

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

ESCUELA DE POLÍTICA Y GOBIERNO

MAESTRÍA EN AUDITORÍA GUBERNAMENTAL

Promoción: Cohorte 2014-2015

Nombre y Apellido: Lic. José Miguel Angel

Título de la Tesis:

***Calidad y Control Interno:  
El caso del Referencial IRAM N° 15 - UAIs de la CABA***

Director: Mg. Marcelo Calavia

Buenos Aires, Septiembre 2018

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ÍNDICE

<u>TEMA</u>	<u>PÁGINA</u>
• <b>INTRODUCCIÓN</b>	3
• <b>CAPÍTULO I: CALIDAD Y CONTROL INTERNO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA</b>	7
1.1. Génesis	7
1.2. Evolución	10
1.2.1. Primera Ola: Los Modelos de Excelencia, la introducción de la Calidad en el ámbito público	11
1.2.2. Segunda Ola: Las Normas como mecanismo de adopción de la Calidad en el ámbito del Sistema de Control Interno	16
1.2.3. Tercera Ola: Los Referenciales como herramienta de incorporación de la Calidad en las UAIs	25
1.3. ¿Qué se entiende por Calidad en la Administración Pública? - Una primera aproximación	33
1.4. ¿Quiénes son los destinatarios de la Calidad? - Un doble nivel de análisis	37
• <b>CAPÍTULO II: EL CASO DEL REFERENCIAL IRAM N° 15</b>	43
2.1. Elaboración del Referencial: Análisis de la Experiencia	43
2.2. Implementación del Referencial: Supuestos versus Realidad	50
2.2.1. Primer Período: Adopción Voluntaria del Referencial	51
2.2.2. Segundo Período: Adopción Reglamentaria del Referencial	54
2.2.3. Análisis de la Herramienta	60
2.2.4. Un nuevo contexto para la Herramienta	63
2.2.5. Potenciales riesgos de una mala implementación	67
2.2.6. Los beneficios de la Calidad	71
2.2.7. Términos asociados a la implementación de la Calidad	73
• <b>CAPÍTULO III: REFLEXIONES Y ESTRATEGIAS DE INSTRUMENTACIÓN DE LA CALIDAD</b>	76
3.1. ¿Qué se entiende por Calidad en la Administración Pública? - Una segunda reflexión	76
3.1.1. Estrategia Institucional	83
3.1.2. Estrategia Pedagógica	87
3.1.3. Estrategia de Socialización	92
• <b>CONCLUSIÓN</b>	96
• <b>ANEXO I – ESTRUCTURA DE LOS REFERENCIALES</b>	102
• <b>ANEXO II – MODELOS DE RELEVAMIENTOS</b>	105
• <b>ANEXO III – GUÍA DE AUTODIAGNÓSTICO</b>	113
• <b>BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES</b>	133

## **INTRODUCCIÓN**

El día 22 de noviembre de 2017 se llevó a cabo el I Encuentro Nacional de la Calidad Gubernamental, organizado por la Sindicatura General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante SGCBA) junto con el Instituto Argentino de Normalización y Certificación (en adelante IRAM<sup>1</sup>), que tuvo como objeto compartir experiencias respecto a la implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad en Organismos públicos de los tres poderes del Estado. Es así que contó con la participación de expertos en la materia y de profesionales y funcionarios de diferentes niveles de la Administración Pública, quienes expusieron sobre distintos casos de introducción de la calidad en las respectivas órbitas del Poder Ejecutivo, del Poder Legislativo<sup>2</sup> y del Poder Judicial<sup>3</sup>.

En efecto, el tema de la calidad gubernamental se ha instalado en los últimos 25 años en la Administración Pública argentina como un intento de respuesta a las demandas sociales de una gestión transparente y eficaz que produzca bienes y servicios con un razonable grado de calidad acorde a las expectativas de la ciudadanía, y en pos de apuntar a la optimización de los procesos y procedimientos administrativos internos del aparato del Estado. Por otra parte, no es un hecho menor que este tema haya sido impulsado desde un Órgano de control, lo que en cierta forma pone de manifiesto la

---

<sup>1</sup> El IRAM es una asociación civil sin fines de lucro, que fue fundada en el año 1935 por representantes de los diversos sectores de la economía, del Gobierno y de las instituciones científico-técnicas. Sus principales misiones son: a) Promover el uso racional de los recursos y la actividad creativa y facilitar la producción, el comercio y la transferencia de conocimiento, contribuyendo a mejorar la calidad de vida, el bienestar y la seguridad de las personas. b) Estudiar y aprobar normas, sin limitaciones en los ámbitos que abarquen, siguiendo la metodología establecida por las reglamentaciones sancionadas por los Organismos competentes del IRAM. c) Desarrollar servicios de certificación que contribuyan al desarrollo tecnológico, al uso intensivo de las normas y a la mejora continua de los productos, procesos y servicios para beneficio de los consumidores, de las propias empresas y de la sociedad en general.

<sup>2</sup> A modo de ejemplo, entre las experiencias referidas a la calidad en la órbita del Poder Legislativo, se pueden citar el Programa de Gestión de Calidad y Extensión Parlamentaria (PGCEP) del Honorable Senado de la Nación, el proceso de incorporación de calidad iniciado por la Legislatura de la Provincia de la Rioja y la certificación de la Auditoría General de la Ciudad (AGCBA) -Órgano Rector del Control Externo de la Ciudad, dependiente de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- de la Norma ISO 9001:2015 en el año 2018.

<sup>3</sup> Dentro del Poder Judicial, el Premio Nacional a la Calidad en la Justicia (PNCJ) surge como en el más importante marco de referencia para ponderar la calidad en la justicia a nivel nacional. El PNCJ (concebido y diseñado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, en el marco del Programa Justicia 2020) es un premio que reconoce la excelencia en la implementación de herramientas de gestión de calidad en los servicios de justicia. Su objetivo es apoyar la modernización, la innovación, la accesibilidad a la información, la mejora en la atención y la agilización de los tiempos de respuesta en la gestión de sus organizaciones. El Premio pone a disposición de las organizaciones del Poder Judicial, una metodología para desarrollar un sistema de gestión de calidad y desempeño organizacional, que tienda a implementar el proceso de mejora continua como método de planificación y cumplimiento de los objetivos fijados. El mismo consiste en una adaptación de los Modelos de Excelencia altamente probados, tales como el Premio Deming (Japón), Malcolm Baldrige (USA), el Europeo (EFQM), el Iberoamericano y el Premio Nacional de Calidad Sector de Calidad - Sector Público. También, cabe mencionar que en diciembre de 2011 la Corte Suprema de Justicia de la Nación firmó un convenio con la Auditoría General de la Nación (AGC) -Órgano Rector del Control Externo de la Nación, dependiente del Congreso- a través del cual este Organismo avaló la calidad de la gestión administrativa de la Secretaría General de Administración del Máximo Tribunal y se comprometió a brindar asesoramiento en el proceso de certificación de calidad que iniciará la Secretaría General de Administración.

interrelación implícita existente entre calidad y control y nos revela los primeros indicios del aporte que desde el ámbito del control se pueden generar para potenciar la calidad en el conjunto de la Administración. De hecho, la calidad y eficiencia del control interno se erige en una pieza fundamental del proceso de acceso de la Argentina a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico -OCDE- (Plan Anual SIGEN 2018, 2017:4) lo cual se plantea como uno de los principales objetivos institucionales del Gobierno Nacional<sup>4</sup>.

Así, la presente Tesis busca abordar como comenzó a forjarse desde principios de la década de 1990 hasta nuestros días, esta relación entre la calidad gubernamental y la Administración Pública dentro de la esfera del Poder Ejecutivo, más específicamente en la dimensión del control interno, para enfocarse en el análisis del proceso de creación e implementación del Referencial IRAM N° 15 de Gestión de la Calidad, Seguridad de la Información y Ambientales en las Unidades de Auditoría Interna (en adelante UAIs) de la Ciudad, con el objetivo principal de realizar la bitácora de elaboración del Referencial y relevar las experiencias de su adopción por parte de las UAIs, que junto a la Sindicatura General conforman el Sistema de Control Interno de la Ciudad<sup>5</sup>.

El problema en cuestión se presenta debido a que puesto en vigencia el Referencial IRAM N° 15 en mayo de 2014 (que determina los requisitos de una gestión de la calidad para las UAIs), surge la necesidad de investigar y determinar cuál ha sido el grado de implementación del citado Referencial por parte de las distintas UAIs a 4 años de su lanzamiento. La recolección y sistematización de experiencias, datos e información al respecto, intenta ser un aporte con el fin de optimizar la efectiva instrumentación del Referencial e incorporación de la calidad en las UAIs; dado que,

---

<sup>4</sup> En junio de 2016, Argentina manifestó su voluntad de sumarse a la OCDE. En marzo de 2017, presentó un “*Plan de Acción Argentina & OCDE 2016-2017*” y, al mes siguiente, concretó el pedido formal de ingreso a la organización como miembro pleno o socio estratégico. La solicitud ha dado inicio así a un proceso que, según se ha visto en otros casos, insumirá al menos un trienio. Durante el mismo el país debe aprobar las recomendaciones técnicas que realice la institución y, al mismo tiempo, debe adoptar el acervo normativo que supone la pertenencia a la Organización. La meta final es lograr la aprobación del ingreso por parte de los 35 países que actualmente son miembros de la OCDE. Con ello, el país accedería a beneficios que van desde la asistencia técnica para mejorar políticas hasta un mejor posicionamiento en cuanto a recepción de inversión extranjera.

<sup>5</sup> De acuerdo al artículo 121 de la Ley N° 70, el Sistema de Control Interno queda conformado por la Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires, Órgano normativo, de supervisión y coordinación y por las Unidades de Auditoría Interna de cada Jurisdicción y Entidades que dependen del Poder Ejecutivo. Estas Unidades dependen jerárquicamente de la autoridad superior de cada Organismo y actúan coordinadas técnicamente por la Sindicatura General.

como suele decirse, *si no se mide<sup>6</sup> lo que se hace, no se puede controlar y si no se puede controlar, no se puede dirigir y si no se puede dirigir no se puede mejorar.*

En esta inteligencia, los objetivos específicos han sido: 1) investigar el proceso de elaboración e implementación del Referencial IRAM N° 15 y confeccionar la bitácora de la experiencia; 2) analizar el Referencial N° 15 como herramienta, para identificar la viabilidad teórica, técnica y práctica de los requisitos establecidos, en función de las facultades y competencias propias de las UAIs; 3) realizar un relevamiento de las UAIs con el fin de determinar la cantidad de casos que han iniciado la implementación del Referencial IRAM N° 15 y han consiguieron su certificación; y 4) plantear posibles estrategias orientadas a facilitar la efectiva instrumentación y mantenimiento del Referencial IRAM N° 15.

Para comenzar, en el Capítulo I se presenta el marco referencial sobre cómo surge y se aborda el concepto de calidad en la Administración Pública, particularmente en la esfera del Sistemas de Control Interno, haciendo un rastreo histórico y normativo del avance y devenir del mismo en el ámbito estatal nacional y de la Ciudad, y el posterior análisis de los destinatarios/clientes de la calidad, toda vez que la razón última de un sistema de gestión de la calidad es atender las necesidades y alcanzar la máxima satisfacción de sus destinatarios/clientes.

En el Capítulo II, en una primera instancia, se desarrolla la bitácora de elaboración del Referencial donde por medio de entrevistas realizadas a los distintos actores intervinientes (de las UAIs, de la SGCBA y del IRAM) se recogen los principales aspectos de la experiencia que comenzó a finales de 2013 y finalizó en mayo de 2014. Mientras que, en una segunda instancia, se analiza el contexto, situaciones y circunstancias más relevantes de las etapas del proceso de implementación del Referencial (voluntaria y reglamentaria) por medio de entrevistas (a integrantes de las UAIs, de la SGCBA y expertos en la materia) y del método de observación participante,

---

<sup>6</sup> La medición es *“la acción y efecto de medir”* y medir es *“determinar una cantidad comparándola con otra; proporcionar y comparar una cosa con otra”*. ¿Por qué es importante preocuparse por medir la productividad y la calidad en la organización? La medición permite: 1) Planificar con mayor certeza y confiabilidad. 2) Discernir con mayor precisión las oportunidades de mejora de un proceso dado. 3) Analizar y explicar cómo han sucedido los hechos. Medir adecuadamente es el medio o instrumento para gerenciar sobre la base de datos, para desterrar el *“yo creo”, “me parece”, “yo pienso”*, dejando tales opiniones subjetivas para aquellos asuntos para los cuales no se hayan desarrollado (o puedan desarrollarse) medios cuantificables para medirlos y verificarlos a través de datos. Las características o atributos de una buena medición son: 1. Pertinencia 2. Precisión 3. Oportunidad 4. Confiabilidad 5. Economía (Indicadores de Calidad y Productividad - Marco Teórico. SIGEN, 2012).

para finalmente exponer los resultados relevados desde el inicio de su puesta en vigencia hasta mayo de 2018.

En el Capítulo III, a partir de lo observado y analizado en los Capítulos precedentes, se reflexiona y ensaya una nueva perspectiva de abordaje de la *calidad* a partir de entenderla como *principio y método* más que como un sistema *ad hoc* de la gestión del control interno en particular y de la Administración Pública en general. En virtud de ello, se plantean tres estrategias de instrumentación: una institucional, otra pedagógica y una última de socialización, orientadas a, por un lado, comprometer formalmente a los actores intervinientes responsables de tomar las decisiones políticas y de garantizar los recursos necesarios para la efectiva incorporación de la calidad en las UAIs y, por el otro, a obtener la genuina adhesión de las Direcciones de las UAIs (y del resto del personal) para con los objetivos de la calidad gubernamental a partir de la formación de los Auditores Internos Titulares, la gestión del conocimiento y el intercambio de experiencias entre las UAIs. Dichas estrategias están pensadas sobre la base de los lineamientos de las Normas Internacionales de Entidades Fiscalizadoras Superiores (en adelante ISSAIs) emitidas por la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores<sup>7</sup> (en adelante INTOSAI), y con el propósito de generar los suficientes incentivos (simbólicos y materiales) en el plano organizacional y personal, a fin de persuadir y convencer a los distintos actores que los beneficios sustanciales de la calidad verán su verdadero fruto si la adopción de la misma se efectúa por convicción más que por obligación.

Por último, se presentan las conclusiones a la cuales se ha arribado producto de la elaboración de la presente Tesis.

---

<sup>7</sup> La INTOSAI es la organización central para la fiscalización pública exterior. Desde más de 50 años ha proporcionado un marco institucional para la transferencia y el aumento de conocimientos para mejorar a nivel mundial la fiscalización pública exterior y por lo tanto fortalecer la posición, la competencia y el prestigio de las distintas Entidades Fiscalizadoras Superiores (en adelante EFS) en sus respectivos países. De acuerdo al lema de la INTOSAI, "*Experientia mutua omnibus prodest*" el intercambio de experiencias entre los miembros de la INTOSAI y los consiguientes descubrimientos y perspectivas constituyen una garantía para que la fiscalización pública avance continuamente hacia nuevas metas. La INTOSAI es un Organismo autónomo, independiente y apolítico. Es una organización no gubernamental con un estatus especial con el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). La INTOSAI ha sido fundada en el año 1953 a iniciativa del entonces Presidente de la EFS de Cuba, Emilio Fernandez Camus. En 1953 se reunieron 34 EFS para el primer Congreso de la INTOSAI en Cuba. Actualmente, la INTOSAI posee 194 Miembros de Pleno Derecho, cinco Miembros Asociados y un Miembro Afiliado.

## CAPÍTULO I

### CALIDAD Y CONTROL INTERNO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

#### 1.1. GÉNESIS

Por azar -o no tanto- la institucionalización de la calidad en el ámbito público argentino y la génesis del Sistema de Control Interno nacional (tal como lo conocemos hoy día, independiente de los sistemas de gestión<sup>8</sup>) comparten el mismo año de nacimiento: 1992.

En el contexto de la reforma y modernización del Estado nacional (enmarcada en un clima de época caracterizado por un creciente proceso de Globalización<sup>9</sup> y el auge del paradigma Neoliberal<sup>10</sup> como ideología dominante), convergió la sanción de dos Leyes -con tan sólo un mes de diferencia-:

- *La Ley N° 24.127 “Premio Nacional a la Calidad” del 26 de agosto de 1992.*
- *La Ley N° 24.156 “De Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional” del 30 septiembre de 1992.*

La Ley N° 24.127 declaró de interés nacional el mejoramiento de la calidad en los procesos de producción de bienes y servicios en el ámbito público y privado

---

<sup>8</sup> Cabe señalar que hasta entonces era la Contaduría General de la Nación quien tenía reservado el control administrativo interno, como órgano dependiente del Poder Ejecutivo.

<sup>9</sup> Es un proceso universal de características multidimensionales originado en cambios de orden tecnológico y económico que implica: 1) aumento de la vinculación, expansión y profundización de las distintas relaciones sociales, económicas y políticas; 2) creciente interdependencia de todas las sociedades entre sí, promovida por el aumento de los flujos económicos, financieros y comunicacionales en tiempo real; 3) en su dimensión económica puede ser entendida como una nueva fase de expansión del sistema capitalista que se caracteriza por: -la apertura de los sistemas económicos nacionales, -el aumento del comercio internacional, -la expansión de los mercados financieros, -la reorganización espacial de la producción, -la búsqueda permanente de ventajas comparativas y competitivas, y -la formación de polos económicos regionales. En suma, se trata de un cambio cualitativo de gran velocidad y con carácter multidimensional (económico, político, cultural y social). Plantea un nuevo escenario donde el Estado nación se ve cuestionado tanto por arriba (lo supranacional) como por abajo (lo local). Un nuevo escenario donde también el Estado nación se ve cuestionado por la interdependencia creciente entre países, la pérdida de la soberanía política, la pérdida de la capacidad de regulación autónoma de la economía, a partir de lo cual pierde autoridad, capacidad de control y capacidad de integración social. Por último, la Globalización modificó el paradigma vigente en las relaciones internacionales que confería a los Estados nación el carácter de actores centrales y predominantes del sistema.

<sup>10</sup> En palabras de García Delgado (2002) el enfoque Neoliberal viene a expresarse en términos predominantemente económicos. Se marca como objetivos la lucha contra la inflación y el desafío de alcanzar la estabilidad económica. Para ello se apoya en la necesidad de encarar una drástica separación entre el Estado y la sociedad civil. Destaca y critica el excesivo tamaño adquirido por el sector público, formula críticas al exceso de burocracia y a la descontrolada expansión del gasto fiscal y busca otorgarle una mayor libertad al mercado y a las tendencias autorreguladoras de la sociedad. De esta manera, contraponen la relación público-privado como el eje central de la cuestión, produciéndose una suerte de demonización del Estado: tan grande como inoperante. Se trata, entonces, de establecer un Estado “*garantista*” y mínimo en el marco democrático. Es una perspectiva crítica del Estado benefactor, que presupone la necesidad de una drástica reformulación para la resolución de la crisis económica mediante políticas de desregulación, descentralización y privatización.

instituyendo el Premio Nacional de la Calidad, cuyo objetivo es la promoción, desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo de la calidad en los productos y en los servicios, que se originen en el sector empresario y en la esfera de la administración pública, a fin de apoyar la modernización y competitividad de esas organizaciones.

Asimismo, fijó como atributos de la calidad, no excluyentes de otros, los siguientes: el desarrollo, capacitación y participación de todos los miembros de la organización, la satisfacción del consumidor, la utilización de tecnologías que aumenten la productividad, la integración conceptual y operativa con los proveedores, la preservación del ambiente y la conservación de recursos.

El artículo 19 adicionó tres atributos de calidad para el sector público en particular, a saber: la satisfacción de los intereses de la comunidad, la eficiencia alcanzada y la utilización óptima de los recursos asignados.

Este Premio, de carácter simbólico y no económico, comenzó a otorgarse en 1994 a Organismos y Entidades de los tres poderes del Estado y de Jurisdicción nacional, provincial o municipal.

Por su parte la Ley N° 24.156, que reemplazó a la anterior Ley de Contabilidad de la Nación -en realidad Decreto Ley N° 23.526 del año 1956-, estableció y reguló la Administración Financiera y los Sistemas de Control del Sector Público Nacional, definiendo que la Administración Financiera está comprendida por el conjunto de sistemas, órganos, normas y procedimientos administrativos que hacen posible la obtención de los recursos públicos y su aplicación para el cumplimiento de los objetivos del Estado, mientras que los Sistemas de Control comprenden las estructuras de control interno y externo del Sector Público Nacional y el régimen de responsabilidad asentado en la obligación de los funcionarios de rendir cuentas de su gestión<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> En este punto, es menester indicar que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que es el ámbito que ocupa a la presente Tesis, no fue ajena al nuevo paradigma que marcó el desarrollo de la Administración Pública al fin del siglo pasado, y la propia Constitución de 1996 (que establece el estatuto organizativo de la Ciudad) reconoce de forma explícita en su capitulo temáticas tales como la de consumidores y usuarios de bienes y servicios, y la participación ciudadana. En lo que respecta a la Administración Pública, el artículo 54 de la Constitución determinó que los Sistemas de Administración Financiera y Gestión de Gobierno de la Ciudad son fijados por ley y son únicos para todos los Poderes; y deben propender a la descentralización de la ejecución presupuestaria y a la mayor transparencia y eficacia en la gestión. La información financiera del gobierno es integral, única, generada en tiempo oportuno y se publica en los plazos que la ley determina. A su vez, el artículo 132 de la Carta Magna de la Ciudad incorporó desde su génesis un modelo de control integral e integrado, conforme a los principios de economía, eficacia y

Los sistemas<sup>12</sup> que componen e interactúan dentro del Sistema mayor de Administración Financiera son: el Sistema Presupuestario, el Sistema de Crédito Público, el Sistema de Tesorería y el Sistema de Contabilidad; los cuales están en cada caso a cargo de un Órgano Rector, conforme el principio de centralización normativa y descentralización operativa.

Con respecto a las estructuras del control, la Sindicatura General de la Nación (en adelante SIGEN) y la Auditoría General de la Nación (en adelante AGN) son los Órganos Rectores de los Sistemas de Control Interno y Externo, respectivamente.

El artículo 100 de la Ley N° 24.156, estableció que el Sistema de Control Interno queda conformado por la SIGEN, órgano normativo, de supervisión y coordinación, y por las Unidades de Auditoría Interna que serán creadas en cada Jurisdicción y en las Entidades que dependen del Poder Ejecutivo Nacional. Estas Unidades dependerán, jerárquicamente, de la autoridad superior de cada Organismo y actuarán coordinadas técnicamente por la Sindicatura General.

En forma general, la referida Ley persiguió cinco objetivos de los cuales interesa destacar dos: 1) desarrollar sistemas que proporcionen información oportuna y confiable sobre el comportamiento financiero del Sector Público Nacional, útil para la dirección de las Jurisdicciones y Entidades y para evaluar la gestión de los responsables de cada una de las áreas administrativas; y 2) establecer como responsabilidad propia de la administración superior de cada Jurisdicción o Entidad del Sector Público Nacional, la implantación y mantenimiento de: un sistema contable adecuado a las necesidades del registro e información y acorde con su naturaleza jurídica y características operativas, un eficiente y eficaz sistema de control interno normativo, financiero, económico y de gestión sobre sus propias operaciones, comprendiendo la práctica del control previo y posterior y de la auditoría interna, y un procedimientos adecuados que aseguren la

---

eficiencia, que comprende el control interno y externo del sector público, y que opera de manera coordinada en la elaboración y aplicación de sus normas, en tanto que los funcionarios deben rendir cuentas de su gestión, dotando de rango constitucional a los siguientes Órganos de Control: Sindicatura General, Procuración General, Auditoría General, Defensoría del Pueblo y Ente Único Regulador de los Servicios Públicos. Posteriormente, en 1998, la Ley N° 70 fijó los Sistemas de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la Ciudad y estableció la organización y funcionamiento de sus órganos. Básicamente es el correlato de la Ley N° 24.156 en la jurisdicción de la Ciudad y sigue la misma estructura, principios y enfoque sistémico que aquella. El Capítulo I del Título IV de la Ley N° 70 reglamentó el funcionamiento del Sistema de Control Interno en la Ciudad, con la misma lógica con que lo hizo la Ley N° 24.156.

<sup>12</sup> Estos sistemas se presentan como procesos sustantivos y de apoyo esencialmente de tipo administrativo que contribuyen e impulsan el cumplimiento de los objetivos del Estado. Los mismos tienen por finalidad racionalizar las estructuras y los procedimientos administrativos y, a la vez, promover el mejor uso de los recursos humanos, financieros y materiales, logrando así una mayor eficiencia del accionar estatal.

conducción económica y eficiente de las actividades institucionales y la evaluación de los resultados de los programas, proyectos y operaciones de los que es responsable la Jurisdicción o Entidad.

Esta responsabilidad se extiende al cumplimiento del requisito de contar con un personal calificado y suficiente para desempeñar con eficiencia las tareas que se le asignen en el marco de esta ley.

El hito marcado por la promulgación de estas dos Leyes es el puntapié inicial para abordar el análisis histórico, normativo e institucional que sufrió la calidad gubernamental en la administración pública nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA), haciendo foco especialmente en el impacto que tuvo en los respectivos Sistemas de Control Interno, en el contexto de los procesos de reforma y modernización que a través del tiempo encararon ambas Jurisdicciones.

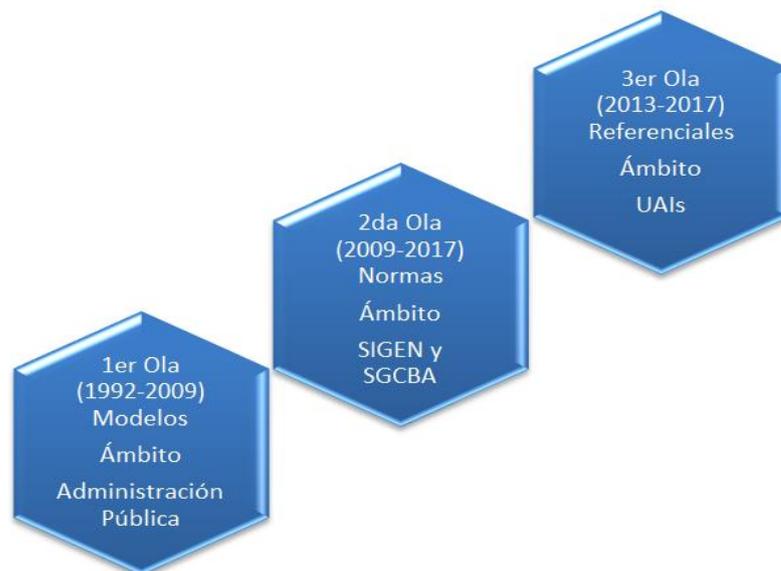
## **1.2. EVOLUCIÓN**

Los 25 años de historia que van de 1992 a 2017 pueden ser analizados a partir de tres etapas que si bien cronológicamente pueden yuxtaponerse, exponen claramente la tendencia y evolución que ha sufrido la calidad gubernamental hasta el presente.

Cada una de estas etapas está vinculada a los tipos de instrumentos que ha adoptado la calidad, que tanto en el ámbito privado como en el público ha buscado implementarse básicamente a partir de dos: los Modelos y las Normas.

De este modo podemos reconocer tres olas que suscitaron el advenimiento y avance de la calidad en las dimensiones de la gestión pública -en general- y del control interno -en particular- durante el último cuarto de siglo, de acuerdo al Gráfico 1.

Gráfico 1. Las Olas de la Calidad



Fuente: Elaboración propia.

### 1.2.1. Primera Ola: Los Modelos de Excelencia, la introducción de la Calidad en el ámbito público

Los *Modelos* se aplican en el mundo por intermedio de los **Premios** (regionales<sup>13</sup>, nacionales y locales<sup>14</sup>) y las denominadas **Cartas** que expresan compromisos para la prestación de los servicios por parte del Estado. Estos Modelos no expresan contraposición a las Normas, pueden -y de hecho es lo que sucede- aplicarse en forma complementaria.

Los Premios son, para las organizaciones que los incorporan en sus procesos de gestión de la calidad, instrumentos valiosos para estimular el aprendizaje, la mejora y el reconocimiento. También resultan útiles para difundir e intercambiar información sobre las buenas prácticas desarrolladas por las instituciones públicas.

Por su parte, las Cartas de compromisos con la calidad históricamente impulsaron a dar el paso inicial a las organizaciones para adoptar una gestión de la calidad con un enfoque integral en el ciudadano receptor del servicio. Generalmente

<sup>13</sup> Por ejemplo, el Premio Europeo a la Calidad, otorgado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (en inglés, European Foundation for Quality Management, EFQM) y el Premio Iberoamericano de la Calidad, que es un Proyecto adscrito a la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, coordinado por la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) y gestionado por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBEQ).

<sup>14</sup> Como en los casos de los Premios Provinciales a la Calidad otorgados por las provincias de Chaco y de San Juan.

tienen un fuerte enfoque en los resultados y la satisfacción de los ciudadanos e incluyen informar a los mismos de los estándares asumidos.

En el país estos Modelos se expresaron en un inicio con la Ley N° 24.127 “Premio Nacional a la Calidad” (como ha quedado plasmado en el apartado anterior) y más tarde con el Decreto N° 229/00 que puso en marcha el “Programa Carta Compromiso con el Ciudadano” (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Cronología de inserción de los Modelos**

1992	1994	2000	2001	2008	2009
Ley N° 24.127 “Premio Nacional a la Calidad”	Decreto N° 1.474 Creación del Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación	Decreto N° 229 “Programa Carta Compromiso con el Ciudadano”	Decreto N° 103 “Plan de Modernización de la Administración Pública Nacional”	Adopción de la “Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública”  Aparición de los Premios Provinciales a la Calidad	Elaboración del “Plan Estratégico para una Gestión Pública de Calidad”

Fuente: Elaboración propia.

Pero previamente es menester indicar que el 23 de agosto de 1994 se sancionó el Decreto N° 1.474/94 por medio del cual se creó el Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación destinado a brindar instrumentos confiables a nivel local e internacional para las empresas que voluntariamente desearan certificar sus sistemas de calidad, productos, servicios y procesos a través de un mecanismo que cuente con los Organismos de normalización, acreditación y certificación, integrados de conformidad con las normas internacionales vigentes. No obstante, la aplicación de las normas de este Sistema no eximia de la observancia de las normas técnicas y de comercialización de cumplimiento obligatorio en el territorio nacional, vigentes a la fecha del Decreto y las que se dictaren en el futuro por los Organismos competentes.

Es así que este Decreto demostró un interés del Estado en organizar el Sistema y participar y reconocer a la única organización preexistente en la materia, el IRAM, como Organismo nacional de normalización. Con la creación del Organismo Argentino de Acreditación (OAA), se pone a la par de los estándares mundiales de controles cruzados

entre los Organismos de Acreditación, de manera de asegurar la fiabilidad de los Organismos de certificación.

Con respecto a la Carta Compromiso, la entonces Subsecretaría de la Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete de Ministros tuvo a su cargo la implementación del Programa, lo cual comprendía, entre otros aspectos, organizar y brindar asistencia técnica y capacitación, a través del Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP), a los Organismos comprendidos por el Decreto N° 229/00.

Se establecieron como principios rectores de este Programa la igualdad<sup>15</sup>, la imparcialidad<sup>16</sup>, la continuidad<sup>17</sup>, la participación<sup>18</sup>, el derecho a la información<sup>19</sup>, la calidad<sup>20</sup> y la transparencia<sup>21</sup>.

De esta manera, la Carta perseguía como objetivos principales: potenciar la transparencia y receptividad del Estado hacia los ciudadanos, optimizando el uso de los recursos humanos y materiales que ellos financian a través del cumplimiento de sus obligaciones tributarias; comprometer a la totalidad de las dependencias de la Administración Pública Nacional y de los agentes afectados a la atención al público a fin de lograr la efectiva satisfacción del ciudadano, teniendo en cuenta que detrás de cada trámite hay una necesidad, un dolor o un derecho, y que toda demora ocasiona un perjuicio; desarrollar herramientas adecuadas para simplificar y facilitar el seguimiento de los procedimientos administrativos que competen a los ciudadanos y el acceso a los servicios de los que son destinatarios; permitir un efectivo control social a través del suministro de información clara, precisa y comprensible para todos los ciudadanos sobre la atención que deben recibir y exigir de cada servicio brindado por la Administración Pública Nacional; contar con un sistema articulado de información y

---

<sup>15</sup> El suministro de servicios públicos ha de regirse por el principio de igualdad de derechos de los usuarios. El acceso y las reglas que rigen las relaciones entre los usuarios y los prestadores de servicios públicos deberán garantizar condiciones de igualdad, sin discriminación de ningún tipo.

<sup>16</sup> Las unidades organizativas deben basar su comportamiento respecto a los ciudadanos en criterios de objetividad, justicia e imparcialidad. Las normas que regulan las condiciones generales y específicas de prestación de los servicios públicos deben ser interpretadas respetando esta obligación.

<sup>17</sup> Deberá garantizarse la continuidad de la prestación de los servicios considerados esenciales.

<sup>18</sup> Los usuarios y beneficiarios de servicios de atención al público deben contar con mecanismos de participación adecuados a cada caso, a fin de garantizar y proteger el derecho a una correcta prestación.

<sup>19</sup> Los usuarios y beneficiarios de servicios deben contar con la posibilidad de tener un efectivo acceso a la información en las condiciones que establece la normativa vigente.

<sup>20</sup> Las organizaciones deben tender, en la medida de sus posibilidades, a la efectiva satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios a su cargo, dando cuenta de las iniciativas que pongan en marcha a tal efecto.

<sup>21</sup> Los Organismos prestadores de servicios a los ciudadanos en tanto tales, deben realizar la publicidad de su gestión, en cuanto a conocer qué puede razonablemente esperarse en cada caso, como garantía de efectividad y eficiencia en la asignación de sus recursos humanos, económicos y financieros.

seguimiento de la relación de los Organismos con los usuarios y beneficiarios de los servicios que brinda la Administración Pública Nacional, a fin de transparentar el desempeño y rendir periódica cuenta del nivel de prestación alcanzado a través de estándares de calidad de servicio; dotar de transparencia en el desempeño efectivo de cada Organismo, en tanto piedra angular de un Estado que opera de cara a sus administrados, en especial rindiendo cuenta en forma periódica sobre la eficacia en la prestación de sus servicios.

La Carta Compromiso se constituyó, de esta forma, en un documento público en el que la organización debía explicitar a los ciudadanos, entre otros aspectos, sus derechos y obligaciones; informar sobre los servicios que presta y la forma de acceso; comprometerse a brindarlos con determinados niveles de calidad y a establecer compromisos de mejora; fijar las modalidades de participación ciudadana en la gestión, evaluación y control del desempeño institucional; y establecer los mecanismos para la corrección, apelación y reparación cuando la organización no respeta los derechos o no cumple los estándares fijados. En tal sentido, apunto a *“dotar a la ciudadanía de auténticos medios de influencia sobre la administración pública que, además de permitir un reequilibrio del poder (más democracia), aseguren un mejor control y más eficiencia de la administración”* (Cunill Grau, 2008:439).

Es dable destacar que a la par, a nivel nacional, se planteó el *“Plan de Modernización de la Administración Pública”* en los años 2000/2001, que se formalizó con el dictado del Decreto N° 103/01, a partir de tres ejes de acción: 1) Cambio en el Modelo de Gestión, sobre la base de transformaciones institucionales, la Carta Compromiso con el Ciudadano, la gestión por resultados, las transformaciones transversales, la gestión del capital humano, la formación y desarrollo del capital humano, un nuevo sistema de compras, el Sistema de administración financiera y el gobierno electrónico; 2) Proyectos de Modernización Estructural, en virtud de la eliminación de superposiciones, la racionalización del endeudamiento con Organismos internacionales, la adecuación de la estructura estatal; y, 3) Transparencia y Política Anticorrupción.

Años después, a nivel regional, en el marco de la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado desarrollada el año 2008,

en San Salvador, El Salvador, bajo la iniciativa del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (en adelante CLAD), con el respaldo y coorganización del Gobierno de El Salvador, y el apoyo del Gobierno de España, se resolvió aprobar la adopción de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública (en adelante CICGP).

La mencionada Carta surgió con motivo de diversas iniciativas de las Administraciones Públicas iberoamericanas para alcanzar los paradigmas de la calidad y la excelencia en la gestión pública, que afrontaron numerosos obstáculos para su implantación y desarrollo.

Se entendía que los Modelos de Excelencia si bien son de gran utilidad y rigor para mejorar la gestión pública, resultan ser complejos y requieren de un gran esfuerzo para que prosperen y se mantengan en el tiempo. Razones por las que se creyó que era preciso encontrar algunas respuestas a estos retos, a partir de las enseñanzas que se extraigan de los enfoques y experiencias en esta materia. Con base en esta necesidad, los Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado y Jefes de Delegación de los países iberoamericanos, con el apoyo técnico del CLAD, desarrollaron un instrumento abarcativo de las diferentes realidades regionales con el fin de que sirva de guía y orientación a los Gobiernos de Iberoamérica para lograr la viabilidad de sistemas de calidad y excelencia.

Así, la CICGP persiguió como objetivos: promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región; conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública; y, proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

En suma, servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

De este modo, *“La Carta constituye un hito de trascendental importancia en la evolución de la gestión pública iberoamericana y se ha convertido en el marco de referencia insoslayable para cualquier iniciativa nacional en este campo”* (Ruíz López, 2012:3).

En virtud de ello, inmediatamente, y con orientación a la CICGP, desde la ex Secretaría de Gabinete y Gestión Pública dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación se elaboró en el año 2009 el *“Plan Estratégico para una Gestión Pública de Calidad”* en aras de contribuir a la mejora de la eficacia, eficiencia, calidad, equidad y transparencia institucional en la producción e implementación de políticas públicas de la Administración Pública Nacional para alcanzar un Estado más fuerte, ágil e inteligente, capaz de profundizar un mayor desarrollo con inclusión social. Para ello, el propósito del Plan fue innovar, difundir e implementar enfoques, prácticas, herramientas y sistemas de gestión que mejoren las capacidades del Estado para el diseño y ejecución democráticos de políticas públicas.

### **1.2.2. Segunda Ola: Las Normas como mecanismo de adopción de la Calidad en el ámbito del Sistema de Control Interno**

Las *Normas* son un documento público, consensuado por todas las partes interesadas y aprobado por un Organismo de normalización independiente y reconocido.

Las Normas generalmente más aceptadas y utilizadas globalmente son las ISO las cuales son emitidas por la International Organization for Standardization (en adelante ISO) que es una federación mundial de Organismos nacionales de normalización, con sede en Ginebra, Suiza. Está conformada por representantes de más de 160 países que se reúnen en comités técnicos, cada uno responsable de diferentes especialidades. El representante de Argentina en la ISO es el IRAM.

La familia ISO 9000 de normas representa un estándar internacional sobre buenas prácticas de gestión de calidad. Se trata de una serie de normas y directrices relativas a los sistemas de gestión de la calidad y de las normas de apoyo.

En la actualidad, dicha familia está conformada por la Norma ISO 9000 (que describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología para los sistemas de gestión de la calidad), la Norma ISO 9001 (que especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos y servicios que cumplan los requerimientos de sus clientes, y los reglamentarios que le sean de aplicación para aumentar la satisfacción del cliente a través de la mejora de la eficacia del sistema), la Norma ISO 9004 (que proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad, con el objetivo de mejorar el desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas) y la Norma ISO 19011 (que proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad).

Dentro de la serie conocida como 9000, la ISO 9001 es la norma que establece un conjunto de requisitos para un sistema de gestión de calidad, independientemente de lo que la organización hace, su tamaño, las características de sus usuarios o si pertenece al sector público o privado. Justamente por definir requisitos es la única de la familia de las ISO 9000 que es posible certificar<sup>22</sup>.

La primera versión de las normas ISO serie 9000 aplicadas en la década de 1980 se basó en las normas inglesas desarrolladas para el sector industrial. Recién en la revisión del año 2000 se introdujeron cambios que permitieron una mayor adaptabilidad y, en consecuencia, una gran difusión entre los Organismos cuyos productos están integrados también por servicios, lo que resultó decisivo para su aplicación e ingreso al sector público.

La Norma ISO 9001 establece para una organización los requisitos que su sistema de calidad debe cumplir, pero no dicta cómo deben realizarse las actividades.

---

<sup>22</sup> Se entiende por *certificación* al resultado exitoso de un proceso que se inicia al momento de definir un camino en la gestión de la calidad de la organización. Continúa con la implementación de los requisitos expuestos en la norma para finalmente solicitar a un Organismo de certificación (que debe ser un actor independiente) la emisión del sello de calidad relacionado con lo que se quiere certificar (sistema, proceso, producto) (Malvicino, 2001:5).

Esto deja un amplio margen y flexibilidad para su aplicación en diferentes organizaciones, sectores y culturas, y la revisión que realiza la organización en su proceso de implementación, inicia frecuentemente el ciclo de mejora. Hasta septiembre de 2018 estuvo vigente la versión 2008, que tuvo una amplia aplicación en el sector público, y en septiembre de 2015 se emitió la versión que actualmente se encuentra en aplicación, abriendo un período de 3 años de coexistencia de ambas versiones para permitir a las organizaciones migrar sus sistemas a la nueva edición.

Para esta última revisión se consideraron básicamente: 1) el resultado de una amplia encuesta de usuarios, 2) la creciente diversidad de los usuarios de la Norma ISO 9001, 3) la evolución del campo del conocimiento y las tecnologías, 4) los intereses más amplios de los usuarios, 5) la incidencia del contexto en la gestión y 6) la necesidad dar respuestas en escenarios cambiantes que generan incertidumbre (riesgos).

En la Tabla 2 se expone la última evolución de la estructura de la Norma ISO 9001.

**Tabla 2. Estructura de la Norma ISO 9001**

<b>ISO 9001:2008</b>	<b>ISO 9001:2015</b>
1. Objeto y campo de aplicación	1. Objeto y campo de aplicación
2. Normas para su consulta	2. Referencias normativas
3. Términos y definiciones	3. Términos y definiciones
4. Sistema de Gestión de la Calidad	4. Contexto de la organización
5. Responsabilidad de la Dirección	5. Liderazgo
6. Gestión de los Recursos	6. Planificación
7. Realización del producto	7. Soporte
8. Medición, análisis y mejora	8. Operación
-	9. Evaluación de desempeño
-	10. Mejora continua

Fuente: Curso de Gestión de la Calidad en las UAIs - Referenciales IRAM y la nueva ISO 9001:2015, dictado por el Mg. Marcelo Calavia en el Centro de Estudios La Piedad.

De esta manera, los cambios más relevantes que se produjeron fueron: los principios de gestión de la calidad, una nueva estructura y terminología, el concepto de productos y servicios, la comprensión del contexto en el que opera la organización y de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, el pensamiento basado en riesgos, la aplicabilidad, el concepto de información documentada, el conocimientos de

la organización y el control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.

Por otra parte, se destacan el “Liderazgo” y la “Planificación” como ejes importantes y el cambio de “Realización del producto” a “Operación”, para hacer la Norma más adaptable a cualquier sector.

La estructura y secuencia de los capítulos, y parte de la terminología de la presente edición de esta Norma Internacional, en comparación con la edición anterior (Norma ISO 9001:2008), han cambiado para mejorar la alineación con otras normas de sistemas de gestión.

La versión 2015 no establece requisitos en su estructura y terminología para aplicarse en la información documentada del sistema de gestión de la calidad de una organización. No hay ningún requisito para que los términos utilizados por una organización se reemplacen por los términos utilizados en la Norma. Las organizaciones pueden elegir utilizar términos que se adecuen a sus operaciones -por ejemplo: utilizar “registros”, “documentación” o “protocolos” en lugar de “información documentada”; o “proveedor”, “áreas externas” en lugar de “proveedor externo”- (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Cambios terminológicos en la Norma ISO 9001**

ISO 9001:2008	ISO 9001:2015
Productos	Productos y servicios
Exclusiones	No se utiliza
Representante de la Dirección	No se utiliza. Se asignan responsabilidades y autoridades similares pero ningún requisito para un representante único de la Dirección
Documentación, manual de la calidad, procedimientos documentados, registros	Información documentada
Ambiente de trabajo	Ambiente para la operación de los procesos
Equipo de seguimiento y medición	Recursos de seguimiento y medición
Productos comprados	Productos y servicios suministrados externamente
Proveedor	Proveedor externo

Fuente: Curso de Gestión de la Calidad en las UAIs - Referenciales IRAM y la nueva ISO 9001:2015, dictado por el Mg. Marcelo Calavia en el Centro de Estudios La Piedad.

En la terminología utilizada en la nueva versión, se adoptó una redacción más general y entendible para organizaciones prestadoras de servicios. Uno de los cambios más importantes ha sido que la Norma ISO 9001:2008 usaba el término “*Producto*” para incluir todas las categorías de salidas. La presente edición de esta Norma Internacional utiliza “*Productos y servicios*”, que incluyen todas las categorías de salidas (hardware, servicios, software y materiales procesados), ya que la mayoría de los casos, productos y servicios se usan juntos.

En síntesis, una Norma de calidad es una guía que expresa el consenso actual sobre la gestión de la calidad. Y cuando esta norma fija requisitos, además es posible certificar su cumplimiento con un Organismo certificador.

En este sentido, una primera clasificación de los tipos de Normas se puede efectuar en relación a si son: a) certificables, b) no certificables o c) guías.

Las Normas certificables establecen requisitos. Se enuncian los *debe* que la organización tiene que evidenciar que están implementados. Por ejemplo: ISO 9001, ISO 14001<sup>23</sup>, OHSAS 18001<sup>24</sup>.

Las no certificables establecen directrices y buenas prácticas. Se enuncian los *debería* que la organización podría implementar. Por ejemplo: ISO 9004<sup>25</sup>, ISO 26000<sup>26</sup>.

Las guías se basan en una norma seleccionada, expresan lineamientos para implementarla en un determinado sector u orientarse en la realización de una tarea. Por ejemplo: Serie IRAM 30000 que explica cómo adoptar la Norma ISO 9001 en el sector de la educación.

*“La certificación de sistemas, procesos o productos consiste en obtener el reconocimiento de una entidad certificadora de que aquéllos cumplen con las*

---

<sup>23</sup> La serie de normas ISO 14000 es un conjunto de normas que cubre aspectos del ambiente, de productos y organizaciones, destacando la Norma ISO 14001, un estándar internacional de gestión ambiental.

<sup>24</sup> La OHSAS (Occupational Health and Safety Assessment Series) 18001 - Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional, refiere a una serie de especificaciones sobre la salud y seguridad en el trabajo, materializada por British Standards Institution (BSI). Cabe mencionar que en el mes de marzo de 2018 fue publicada la Norma ISO 45001:2018, esto supone la anulación de OHSAS 18001, por lo que las organizaciones certificadas disponen de un período de 3 años, hasta el 12 de marzo de 2021, para realizar la correspondiente transición.

<sup>25</sup> Esta norma internacional, denominada “*Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño*”, proporciona orientación para ayudar a conseguir el éxito sostenido para cualquier organización en un entorno complejo, exigente y en constante cambio, mediante un enfoque de gestión de la calidad.

<sup>26</sup> La ISO 26000 son un conjunto de guías que establecen líneas en materia de Responsabilidad Social.

*exigencias o requisitos establecidos en una norma. De ahí surge que para tal fin es necesario adoptar y responder adecuadamente a los requerimientos de una norma (...)*” (Malvicino, 2001:5).

*“Adoptar una norma implica implementar procedimientos, métodos de verificación y registros funcionales a los requisitos de la norma adoptada. Asimismo, y en no pocas oportunidades se requiere la existencia de Manuales de la Calidad, Manuales de Procedimientos y Manuales de Instrucciones”* (Malvicino, 2001:5).

El Organismo de certificación suele realizar auditorías o inspecciones previas antes de emitir su opinión sobre el objeto de la certificación. *“Tales actividades buscan realizar una tarea de diagnóstico descriptivo de la situación de la organización y de lo que se quiere certificar. Las certificadoras serias no realizan tareas de asistencia técnica o asesoramiento ya que de combinar ambas actividades (asesorar y certificar) se generaría un conflicto de intereses al unir en una sola entidad tanto la función de asesoría como la función de emitir opinión acerca de algo que coadyuvó a desarrollar. Por lo tanto, el sistema de certificación se hace creíble en tanto y en cuanto las funciones de asesoramiento y certificación sean responsabilidades de entidades distintas”* (Malvicino, 2001:5).

Posteriormente, *“Cuando las auditorías o inspecciones previas realizadas por el organismo de certificación hayan obtenido el material suficiente respecto del cumplimiento de la norma adoptada, el mismo es elevado a un Comité de Certificación que es la instancia única y máxima de decisión respecto del otorgamiento del sello de calidad”* (Malvicino, 2001:5).

*“En caso de un juicio favorable, la organización recibe su sello de calidad para su sistema, proceso o producto (según sea su interés) el cual debe ser permanentemente monitoreado a fin de evitar desvíos o sesgos que se aparten de lo prescripto por la norma adoptada”* (Malvicino, 2001:5).

*“Toda certificación es un contrato bilateral entre la organización y la certificadora. Ambas tienen obligaciones y derechos que cumplir en función de un sello de calidad. La certificadora se obliga a auditar y mantener la vigencia del sello en la medida que la organización cumpla con los requisitos normativos y comerciales. Por su*

*parte, la organización se obliga a cumplir con los requisitos normativos y a no transgredir la reglamentación sobre la cual se basan las condiciones de otorgamiento del sello” (Malvicino, 2001:6).*

Una segunda clasificación de los tipos de Normas es en virtud de si son normas reglamentarias o normas voluntarias.

*“Las normas reglamentarias emanan de las autoridades públicas y son de cumplimiento obligatorio (SENASA, INV, INAL, Código Alimentario, reglamentaciones provinciales y municipales) para el sector privado en cuanto que el Estado, a partir de las mismas, asume su papel regulador” (Malvicino, 2001:4).*

Mientras que *“Las normas voluntarias (...) son aquellas que se adoptan por decisión propia del productor o industrial para diferenciar su producción y tener nuevos elementos de negociación con su comprador” (Malvicino, 2001:4); tal es el caso de la Norma ISO 9001.*

Generalmente, las normas voluntarias se adoptan para *“(...) Mejorar aspectos de la organización en cuanto a programar, registrar y verificar la aplicación de procedimientos conducentes a la obtención de un producto o bien diferenciable (...) Establecer nuevas bases de negociación con clientes y proveedores (...) Mejorar el marketing de productos o servicios (...) Adelantarse a posibles exigencias de compradores o mercados que pretenden producciones diferenciadas (...) Certificar el sistema, los procesos o productos para obtener un reconocimiento explícito utilizable como símbolo de compromiso con la calidad” (Malvicino, 2001:4).*

En síntesis, existen *Normas voluntarias* que se desarrollan para productos, servicios y sistemas de gestión, con el propósito de mejorar la atención y satisfacción de los clientes/usuarios/consumidores y el posicionamiento social y/o de mercado (por ejemplo: Normas ISO, IRAM, etc.), y *Normas reglamentarias* que son incorporadas en normativas para su cumplimiento obligatorio, las cuales son generalmente de producto o de procesos que conllevan riesgos significativos (por ejemplo: instalaciones y productos eléctricos, códigos de elaboración de alimentos, etc.).

La CABA fue una de las Jurisdicciones pioneras en la adopción de la Norma ISO 9001:2008. Ello en el marco de la Ley N° 3.304 por medio de la cual el Gobierno de la Ciudad instituyó su propio Plan de Modernización con el fin de encarar un proceso de modernización administrativa, planteando como objetivo general alcanzar una gestión pública de calidad que posibilite la provisión de bienes y servicios públicos a los ciudadanos de manera equitativa, transparente y efectiva; en función de: *mejorar la gestión pública* articulando la toma de decisiones cotidiana, el planeamiento estratégico, el proceso de programación presupuestaria, la reingeniería de procesos, el monitoreo de gestión y la rendición de cuentas por resultados; *orientar la Administración al servicio de los ciudadanos*, a través de una gestión transparente y de canales efectivos de participación y control ciudadano; *promover e introducir el uso de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación* de manera de responder con mayor celeridad y efectividad a las demandas de la sociedad; y, *profesionalizar y jerarquizar los recursos humanos* a través del desarrollo de una carrera basada en el mérito y a partir del fortalecimiento de los sistemas de gestión de personal y de la ejecución sistemática de actividades de capacitación.

Es esta segunda ola basada en las Normas la que finalmente va a adentrar a la calidad a las orillas del control interno, más específicamente al ámbito de los Órganos Rectores de los Sistemas de Control Interno de la Nación y de la Ciudad, es decir, la Sindicatura General de la Nación (en adelante SIGEN) y la Sindicatura General de la Ciudad (SGCBA)<sup>27</sup>.

Dentro del ámbito de la Ciudad, la SGCBA fue precursora en embarcarse en la implementación de su propio Sistema de Gestión de Calidad. Dicha empresa comenzó en el año 2007 y culminó en el año 2009 con la correspondiente certificación bajo la Norma ISO 9001:2008. Cabe destacar que la SGCBA se convirtió así en el primer

---

<sup>27</sup> En este sentido, si bien se encuentra fuera del alcance de la presente Tesis, no pueden dejarse de mencionar los casos de los Tribunales de Cuentas (TC) de las Provincias de Mendoza y de Buenos Aires. El TC de Mendoza comenzó a partir de agosto de 1999, a través de un convenio con la Facultad de Ciencias Económicas de la UNCuyo, la tarea de enmarcar su funcionamiento de acuerdo a los requerimientos organizacionales de las Normas ISO 9000. Así, este TC se sometió a las auditorías pertinentes y el 28 noviembre de 2001 obtuvo la certificación de las normas ISO. De esta forma el TC de Mendoza se convirtió en el primer Organismo público de control, a nivel nacional, en tener todas sus tareas en un ambiente regido por las normas ISO y haber diseñado e implementado un Sistema Integral de Mejora Continua. Posteriormente, el TC de la Provincia de Buenos Aires asumió un fuerte compromiso con la calidad en la gestión de sus procesos e instaló la mejora continua como filosofía del trabajo. Siguiendo esta premisa, implementó un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la Norma ISO 9000. La primera certificación del TC de la Provincia de Buenos Aires fue obtenida el 16 de diciembre de 2004 con la Norma ISO 9001:2000, y a partir de allí se ha mantenido anualmente certificando, en el 2009 con la Norma ISO 9001:2008 y en este año 2018 con la versión de la Norma ISO 9001:2015.

Organismo de la CABA en certificar en forma conjunta todos sus procesos y desde ese momento continuó año tras año revalidando esa certificación bajo el examen del IRAM.

Por su parte, a nivel nacional, a fines de 2011 la SIGEN emitió la Resolución N° 19-SIGEN/11, de fecha 28 de diciembre de 2011, que dispuso la puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad SIGEN basado en el modelo Calidad Total<sup>28</sup> a partir del 3 de enero de 2012, para lo cual se aprobaron dos programas: Programa Sistema de Gestión de Calidad SIGEN: Calidad Total y Programa Sistema de Gestión de Calidad SIGEN: Certificación de Procesos bajo la Norma ISO 9001:2008<sup>29</sup>.

**Tabla 4. Cronología de inserción de las Normas**

2009	2011	2016	2017
<p><b>Ley N° 3.304 "Plan de Modernización del Gobierno de la Ciudad"</b></p> <p><b>Certificación del SGC de la SGCBA conforme a la Norma ISO 9001:2008</b></p>	<p><b>Resolución N° 19-SIGEN, dispone la puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad de SIGEN basado en el modelo de Calidad Total a partir del año 2012 con el objeto de certificar procesos bajo la Norma ISO 9001:2008</b></p> <p><b>Resolución N° 96-SGCBA, formaliza la implementación del SGC conforme a la Norma ISO 9001:2008</b></p>	<p><b>Certificación de la SIGEN de los Procesos: Prestación del servicio de elaboración de precios testigo y de Revisión y aprobación de los planes de trabajo en las UAIs del Sector Público Nacional conforme la Norma ISO 9001:2008</b></p>	<p><b>Certificación del SGC de la SGCBA bajo los términos de la Norma ISO 9001:2015</b></p>

Fuente: Elaboración propia.

<sup>28</sup> En la década de 1980 aparece el concepto de "Calidad Total" impulsado fundamentalmente por los japoneses, que buscaban penetrar en los mercados internacionales, con una estrategia de buenos productos a menor precio. En esta etapa la calidad pasa a ser la diferencia porque implica un cambio de enfoque: se planifica contemplando los requerimientos de los clientes. Hasta entonces, el foco se había puesto en optimizar los procesos de producción, pero poco se había desarrollado sobre el servicio al cliente. La capacitación, participación y motivación del personal y un fuerte enfoque gerencial orientados a la satisfacción del cliente fueron los pilares de este modelo que consideraba también la selección, evaluación y desarrollo de proveedores. La calidad pasaba a ser responsabilidad de toda la organización y todos eran partes de la satisfacción del cliente. El concepto de calidad total traducido en términos simples consiste en planificar todas las actividades de la organización de tal forma que se entregue a los clientes bienes y servicios que respondan a sus requerimientos y tengan una calidad superior a la que podría ofrecerles una eventual competencia. Esta idea de enfoque al cliente, es uno de los conceptos básicos que en la actualidad aplican las Normas o Modelos para los sistemas de gestión de la calidad.

<sup>29</sup> Cabe mencionar que, conforme surge del Plan Anual SIGEN 2018, este año se prevé consolidar el Sistema de Gestión de la Calidad de la SIGEN, avanzando en la ejecución de los programas de Calidad Total, basado en el concepto de mejora continua, actualización de Procesos bajo la Norma ISO 9001:2015 y reingeniería de procesos que apunten a la eficiencia, eficacia y transparencia de los mismos alineados con las nuevas tecnologías y objetivos de gobierno. Superar las auditorías de Certificación de ISO 9001:2015, ampliar el alcance del sistema, coordinar el seguimiento del SGC, elaborar la documentación para las Revisiones por la Dirección y mantener actualizado el SGC. Trabajar en coordinación con la UAI de la SIGEN para la detección de oportunidades de mejora. Preparar los informes y el temario a tratar en las Reuniones de revisión por la Dirección sobre el estado de situación de las Observaciones y Compromisos asumidos por las áreas y la Dirección con respecto a la Gestión de Calidad. Participar como observador del proceso de las auditorías internas y las auditorías a realizar por los auditores del IRAM. Mantener actualizado el espacio de la Intranet del área y comunicar las novedades del Sistema de Gestión de la Calidad de la SIGEN.

De esta forma, los Órganos Rectores de los Sistemas de Control Interno Nacional y de la Ciudad optaron por la Norma ISO como instrumento principal para implementar la calidad en sus procesos internos -como queda expuesto en la Tabla 4-.

### **1.2.3. Tercera Ola: Los Referenciales como herramienta de incorporación de la Calidad en las UAIs**

La calidad se hace presente en las UAIs, tanto nacionales como de la Ciudad, mediante la implementación de los Referenciales (ver Tabla 5).

**Tabla 5. Cronología de inserción de los Referenciales**

2013	2014	2017
Referencial IRAM N° 13 “Requisitos de Gestión de Calidad” aplicable a las UAIs del Sector Público Nacional (sobre la base de la Norma ISO 9001:2008)	Referencial IRAM N° 15 “de Gestión de la Calidad, Seguridad de la Información y Ambientales” en las Unidades de Auditoría Interna (sobre la base de la Norma ISO 9001:2008)	Segunda versión del Referencial IRAM N° 13 (en virtud de la nueva Norma ISO 9001:2015)

Fuente: Elaboración propia.

Los **Referenciales**, específicamente los N° 13 y N° 15 elaborados por IRAM, son un documento normativo e inicialmente voluntario, que reúnen un conjunto de requisitos y que están acompañados por recomendaciones para mejorar la gestión de las UAIs (el N° 13 dirigido a las UAIs de la Nación y el N° 15 a las UAIs de la Ciudad) por tanto resultan certificables<sup>30</sup>.

En este punto comparten las mismas características que la Norma ISO 9001 pero **la principal virtud de esta herramienta yace en que puede definirse como un verdadero traje hecho a medida para las respectivas organizaciones, toda vez que en ella ya se encuentran definidos los procesos y productos<sup>31</sup> específicos que las mismas ejecutan y elaboran, de qué forma deben hacerlo y cuáles son los**

<sup>30</sup> En el Anexo I se describe la estructura de cada uno de los Referenciales.

<sup>31</sup> En el Capítulo 7 de ambos Referenciales, denominado Realización del Producto, se definen específicamente los productos propios de las UAIs de Nación y de la Ciudad y, a su vez, se detallan y describe los procesos necesarios para la realización de cada uno de ellos (ver Anexo I).

**destinatarios<sup>32</sup> de sus actividades**, lo cual facilita en gran medida su análisis e implementación.

*“Las normas o estándares emitidos por un organismo de normalización, en el caso argentino es el IRAM, tienen las mismas características que las normas técnicas salvo que su desarrollo ha sido encarado a partir de una mesa de discusión y negociación con todos los posibles sectores interesados directa o indirectamente. Luego de una serie de reuniones y exposiciones, se llega a un acuerdo que, tras pasar por un período de difusión y discusión pública, es homologado por el Comité de Normas que opera dentro del organismo de normalización”* (Malvicino, 2001:5).

Pero los Referenciales IRAM N° 13 y N° 15, al igual que otros Referenciales emitidos por IRAM, focalizan su elaboración y discusión en los sectores directamente involucrados y para los que es de interés contar con una norma que establezca un estándar de gestión.

En cuanto a este instrumento, la SIGEN fue la primera en elaborar en 2013 junto al IRAM un Referencial para las UAIs que se desempeñan bajo su órbita de competencia, cuya primera edición data de octubre de dicho año.

Mientras que en el año 2014, la SGCBA haría lo propio en su Jurisdicción con el lanzamiento del Referencial IRAM N° 15, objeto de la presente Tesis.

Específicamente, el proyecto de realización de un Referencial para las UAIs de la Ciudad comenzó en el año 2013 con el objeto de establecer los requisitos de Gestión de la Calidad, Gestión Ambiental y Seguridad de la Información para dichas Unidades. Con esa finalidad, la SGCBA decidió convocar al IRAM para el desarrollo de la herramienta. En el mes de noviembre de dicho año, el Director General del IRAM y el Síndico General de la Ciudad firmaron un convenio específico para encarar las actividades necesarias, conforme al Convenio Marco de Colaboración firmado el 4 de abril de 2013.

---

<sup>32</sup> El Referencial N° 15 denomina a los destinatarios de los productos de la UAI como *alcanzados*. Considera como tales a la SGCBA, la máxima autoridad del Organismo y a los auditados.

El desempeño de estas actividades continuó posteriormente con la conformación de un grupo de trabajo compuesto por miembros de siete UAIs, representantes del IRAM y funcionarios de la SGCBA.

El Equipo de Trabajo estuvo integrado por: dos Coordinadores por parte de la SGCBA, 15 integrantes de siete UAI (del Ministerio de Justicia y Seguridad, de la Jefatura de Gabinete de Ministros, de la Secretaría de Gestión Comunal y Atención Ciudadana, de la Agencia de Protección Ambiental, del Ministerio de Educación, del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Hacienda) y tres integrantes en representación del IRAM.

Cabe señalar que el proyecto del Referencial se enmarcó en la iniciativa previa de la SGCBA de implementar su propio Sistema de Gestión de Calidad que culminó en el año 2009 con la certificación de sus procesos, conforme la Norma ISO 9001:2008.

El éxito del proceso llevado adelante por la SGCBA convenció a las autoridades del Órgano Rector de la necesidad de replicarla en las UAIs con el ánimo de que éstas implementen también sus propios Sistemas de Gestión de la Calidad, para lo cual se elaboró el Referencial IRAM N° 15 - Año 2014, incluyendo además requisitos de seguridad de la información y ambientales con el sustento de otras normas internacionales.

De este modo, el objetivo del Referencial fue que las UAIs incorporen a su labor los requisitos específicos que se encuentran contenidos en las Normas IRAM-ISO 9001:2008, IRAM-ISO 14001:2005 e IRAM-ISO/IEC 270012:2007, relativos a la Calidad, al Ambiente y a la Seguridad de la Información en cada Unidad.

Es dable destacar que la idea de incorporar los puntos relativos a la seguridad de la información y la gestión ambiental surgió a solicitud de la propia SGCBA y desde IRAM se consideró oportuno ya que por entonces la nueva versión de la Norma ISO 9001 (en preparación) introducía en la discusión el enfoque en riesgos. Y siendo la información un activo esencial de las UAIs se entendió que ello podría agregar valor.

Por su parte, respecto de los requisitos ambientales, se consideró pertinente incluir aquellos que finalmente impactan en la calidad del ambiente de trabajo<sup>33</sup>.

Desde la SGCBA se observaba que las UAIs no se animaban a encarar la certificación de la Norma ISO 9001:2008 por considerarse una organización chica percibiéndose a sí mismas como una parte de un todo y no un todo en sí mismo. Esto les dificultaba limitar el alcance de acción. Es por ello que la SGCBA escuchó la propuesta del IRAM de hacer una norma que se amoldara a los requisitos específicos de las UAIs y la idea pareció un interesante desafío<sup>34</sup>.

La idea era generar un Referencial que contemplara las necesidades de la SGCBA respecto de las UAIs, que permitiera establecer un estándar mínimo de gestión y que resultase una guía útil para que las mismas ordenen/mejoren su gestión<sup>35</sup>.

Además, en virtud de aquello, el Referencial se diseñó sobre la base de tres niveles madurativos de evolución en el cumplimiento de los requisitos, con el fin de facilitar su implementación a partir de las distintas realidades que atravesaba cada una de las UAIs.

Por otra parte, desde la SGCBA se entendía también que las UAIs debían un brazo del Órgano Rector, tener los mismos criterios y mismos fundamentos, y con la combinación de un Referencial más una fuerte sensibilización se pensó que el objetivo estaría encaminado<sup>36</sup>.

En esta inteligencia, a fines de 2013 y principios de 2014, los Coordinadores del proceso por parte de la SGCBA procedieron a seleccionar y convocar a responsables de diferentes UAIs, sin un criterio fundado ni definido pero sí tratando de invitar a Unidades con distintas características para poder abarcar la mayor diversidad posible; mientras que el Síndico General se puso en contacto con autoridades del IRAM para iniciar el proceso formal de desarrollo del Referencial<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>34</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>35</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>36</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>37</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

Reunidos todos los actores y conformado el Equipo de Trabajo responsable de llevar adelante la tarea, se puso manos a la obra.

Producto de toda esa labor surgió el Referencial IRAM N° 15, lanzado en mayo de 2014 y elaborado en sintonía con la Norma ISO 9001:2008 sobre la base del siguiente capitulado: 0. Antecedentes; 1. Objeto, campo de aplicación y alcance; 2. Documentos normativos para consulta; 3. Definiciones; 4. Sistema de Gestión de la Calidad; 5. Responsabilidad de la Dirección; 6. Gestión de los recursos; 7. Realización del producto; 8. Medición, análisis y mejora; 9. Seguridad de la información; 10. Gestión ambiental. Y en virtud de diez principios fundamentales, a saber:

1. Enfoque a los alcanzados: el enfoque principal de la gestión de la calidad es cumplir los requisitos de los alcanzados y tratar de exceder sus expectativas.

El éxito sostenido se obtiene cuando la UAI atrae y conserva la confianza de los alcanzados y de otras partes interesadas. Cada aspecto de la interacción con ellos proporciona una oportunidad de crear más valor en el desarrollo de los productos y servicios destinados a ellos. Entender las necesidades actuales y futuras de los alcanzados y otras partes interesadas es un elemento fundamental para los objetivos de la calidad.

2. Liderazgo: los líderes en todos los niveles establecen la unidad de propósito y la dirección, y crean condiciones en las que el personal se implica en el logro de los objetivos de la calidad de la UAI.

La creación de la unidad de propósito y la dirección junto a la integración del personal, permiten a la UAI alinear sus estrategias, políticas, procesos y recursos para alcanzar sus objetivos.

Un liderazgo eficaz considera las necesidades de los alcanzados y de todas las partes interesadas, orienta y unifican el accionar y propician la mejora y, además, crea un buen clima interno en la UAI.

3. Participación del personal: las personas competentes, empoderadas y comprometidas en toda la UAI son esenciales para aumentar la capacidad de la misma para generar y proporcionar valor.

Para gestionar una UAI de manera eficaz y eficiente, es importante respetar e implicar activamente a todo el personal en todos los niveles. El reconocimiento, el empoderamiento y la mejora de la competencia facilitan el compromiso de las personas en el logro de los objetivos de la calidad de la Unidad.

4. Enfoque basado en procesos: es decir, se alcanzan resultados coherentes y previsibles de manera más eficaz y eficiente cuando las actividades se entienden y gestionan como procesos interrelacionados que funcionan como un sistema coherente.

Proceso es definido como un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos de entrada de un proceso pueden ser diversos, por ejemplo: el resultado de otro proceso del sistema de gestión; la información suministrada por los alcanzados; los insumos entregados por proveedores; entre otros. Un proceso puede estar o no descrito en un procedimiento y generalmente se lo planifica y controla para que agreguen valor con su operación.

Los procesos existen en cualquier organización aunque nunca se hayan identificado ni definido: los procesos constituyen lo que hacemos y cómo lo hacemos.

En una organización, prácticamente cualquier actividad o tarea puede ser encuadrada en algún proceso. Los procesos suelen involucrar a más de un área de la organización.

Por otra parte, no existen procesos sin un producto o servicio.

En el Gráfico 2 se describen los componentes y la secuencia lógica que sigue un Proceso.

Gráfico 2. Componentes y Secuencia de un Proceso



- **Entrada:** requisitos + insumos (información, docs, etc.)
- **Proceso:** secuencia de actividades.
- **Salida:** resultado de un proceso (producto o servicio)

Fuente: Curso de Gestión de la Calidad en las UAIs - Referenciales IRAM y la nueva ISO 9001:2015, dictado por el Mg. Marcelo Calavia en el Centro de Estudios La Piedad.

Además, sumando el principio de enfoque a los alcanzados, en el sistema de gestión la preocupación está puesta en responder a sus demandas por lo tanto se espera entregarles un producto o servicio que aprecien: con un valor agregado como consecuencia del proceso que se ejecuta.

De esta forma, se puede definir sencillamente que para el sistema de gestión, un proceso será la “*Secuencia establecida de actividades para obtener un producto con valor*”<sup>38</sup>.

5. Enfoque sistémico para la gestión: el sistema de gestión consta de procesos interrelacionados. Entender cómo este sistema produce los resultados permite a una UAI optimizar dicho sistema y su desempeño.

En un sistema de gestión, el *conjunto de actividades* debería transformarse en una *secuencia establecida*: seguramente no da lo mismo cualquier actividad en cualquier orden.

6. Mejora continua: entendida como actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos. Los objetivos de mejora deben propiciar que el sistema de gestión aumente su eficacia y su capacidad para cumplir los requisitos.

<sup>38</sup> Curso de Gestión de la Calidad en las UAIs - Referenciales IRAM y la nueva ISO 9001:2015, dictado por el Mg. Marcelo Calavia en el Centro de Estudios La Piedad.

Las organizaciones con éxito tienen un enfoque continuo hacia la mejora, mediante la evaluación permanente de sus procesos y productos/servicios que generalmente se basa en el Ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar).

7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones basadas en el análisis y la evaluación de datos e información tienen mayor probabilidad de producir los resultados deseados. De lo contrario, como sostiene Deming, “*sin datos, sólo eres otra persona con una opinión*”<sup>39</sup>.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores: para el éxito sostenido, las organizaciones gestionan sus relaciones con las partes interesadas, tales como son los proveedores.

Por tanto, constituyen tareas imprescindibles de las UAIs identificar, seleccionar y evaluar los proveedores clave y, a su vez, establecer actividades conjuntas de desarrollo y de mejora con los alcanzados y otras partes interesadas.

9. Uso racional de los recursos: su propósito es que las UAIs adopten acciones tendientes al uso racional de recursos, propiciando en todo el personal la minimización del consumo al máximo posible, siguiendo el concepto de las “3 Rs” basado en *reducir, reutilizar y reciclar*, haciendo de ellas organizaciones sustentables.
10. Prácticas de seguridad de la información: su objeto es determinar los procesos necesarios, los roles y las responsabilidades para alcanzar una adecuada seguridad de la información frente a las amenazas de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información sensible a las que se enfrentan las UAIs, entendiendo que en la información ellas encuentran su mayor y principal activo.

Se entiende por seguridad de la información a la protección de la información de una amplia variedad de amenazas, con el propósito de asegurar la continuidad del funcionamiento de la UAI y minimizar los riesgos. Se logra con el conjunto de actividades y controles para preservar la información sensible respecto de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la misma. Incluye políticas,

---

<sup>39</sup> Cita extraída del I Encuentro Nacional de la Calidad Gubernamental Año 2017.

procesos, procedimientos, estructuras organizacionales y funciones del software y del hardware. Estos controles se deben establecer, implementar, supervisar, revisar y mejorar -cuando sea necesario-, para garantizar que se alcancen los objetivos específicos de seguridad.

En suma, lo interesante de destacar hasta aquí es que en el último cuarto de siglo, la experiencia de reformas y modernización del Estado Argentino y de la Ciudad, dejaron **dos hechos sustanciales** para la Administración Pública: **1) la creación de un Sistema de Control Interno independiente de la gestión administrativa y 2) la incorporación de la dimensión de la calidad en la Administración Pública en general y en el Control Interno en particular, mediante la utilización de diversos instrumentos: Modelos** -para la faz de la Gestión de la Administración Pública-, **Normas** -para la faz del Control Interno, mediante su adopción por parte de los respectivos Órganos Rectores- y **Referenciales** -elaborados especialmente para las UAIs-.

### **1.3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA? - UNA PRIMERA APROXIMACIÓN**

Ahora bien, en esta instancia resulta necesario intentar una primera respuesta de qué se entiende por calidad en la esfera del Estado.

El concepto desarrollado en la Norma ISO 9000 define a la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos<sup>40</sup>.

Entonces, ¿qué es un requisito? Es la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Podemos enumerar cuatro tipos de requisitos: 1) legales y reglamentarios, 2) de la organización, 3) de los alcanzados/clientes, y 4) de la Norma ISO/Referencial.

---

<sup>40</sup> Esta definición se acompaña con una nota que expresa “el término calidad puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente”.

Esta es una definición técnica y restringida la cual puede -y debe- complementarse con una definición política ampliada para definir de qué se habla cuándo se habla de calidad en el ámbito del sector público.

En este sentido, la CICGP entiende que la **calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer progresivamente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.**

De esta forma, la calidad en la gestión pública debe medirse en función de la capacidad para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos (que pueden ser leídas como los requisitos explícitos e implícitos de los alcanzados/clientes), de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la Administración Pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad.

La concepción de la calidad ha ido evolucionando e incorporando nuevos aspectos hasta conformar una aproximación holística e integradora de la gestión, donde cobran especial importancia todas las *partes interesadas*<sup>41</sup> en sus diferentes formas de relación, así como la sostenibilidad y la corresponsabilidad social.

La calidad en la gestión pública puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir, obtener resultados sostenibles, con tendencias crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales.

---

<sup>41</sup> Este concepto que fue incorporado en la revisión del año 2015 de la Norma ISO 9001, en virtud del cual se exige a las organizaciones la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (más allá de las específicas de los alcanzados/clientes). Puede ser una persona que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad de la organización. Los ejemplos incluyen proveedores, alcanzados o competidores. Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del alcanzado, y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar: a) las partes interesadas que son pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad; b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el Sistema de Gestión de la Calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes. Las partes interesadas y sus requisitos se convierten en factores clave, aunque desde siempre lo han sido, del Sistema de Gestión de la Calidad para proporcionar productos y servicios que satisfagan dichos requisitos. Tanto las partes interesadas como sus requisitos van cambiando con el tiempo, por lo que son objeto de revisión periódica, por ejemplo en la revisión por la dirección.

En tal sentido la calidad es un concepto que abarca tanto al tiempo presente como al tiempo futuro, dado que implica hacer las cosas bien hoy pero a su vez hacerlas mejor mañana. Así, resulta ser un principio dinámico puesto que encuentra en la mejora continua a uno de sus ingredientes fundamentales.

De acuerdo a la CICGP una gestión pública se orientará a la calidad cuando se encuentre referenciada a los fines y propósitos últimos de un Gobierno democrático, esto es, cuando se constituya en una gestión pública centrada en el servicio al ciudadano y en una gestión pública para resultados.

Según dicha Carta, la calidad en la gestión pública implica la práctica del buen gobierno mediante una formulación de políticas públicas convenientes a toda la sociedad, dentro de parámetros equilibrados de racionalidad política, técnica y económica; la contribución a facilitar el desarrollo económico y crear condiciones adecuadas y sostenibles para la competitividad y productividad nacional. Todo ello con el fin último de alcanzar una sociedad de bienestar, con justicia y equidad, garantizando el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, la cohesión social y la garantía del cumplimiento efectivo e integral de los derechos humanos. En especial, asegurando a todas las personas, el acceso oportuno y universal al disfrute de información, prestaciones y servicios públicos de calidad.

La adopción de enfoques, modelos, acciones e instrumentos de calidad en la gestión pública iberoamericana contribuye a la legitimidad y consolidación de la democracia y al logro del desarrollo económico y social de forma sostenible, con la mejora de la cohesión social.

Los principios inspiradores de una gestión pública de la calidad son los siguientes: 1) Principio de servicio público, 2) Principio de legitimidad democrática, 3) Transparencia y participación ciudadana, 4) Principio de legalidad, 5) Principio de coordinación y cooperación, 6) Principio de ética pública, 7) Principio de acceso universal, 8) Principio de continuidad en la prestación de servicios, 9) Principio de imparcialidad, 10) Principio de eficacia, 11) Principio de eficiencia, 12) Principio de economía, 13) Principio de responsabilización y 14) Principio de evaluación permanente y mejora continua.

*“La gestión de calidad fue muy importante si se tiene en cuenta que contribuyó en gran medida a abrir las Administraciones a los procesos de modernización y reforma. En concreto la contribución de la gestión de calidad se plasmó en los siguientes ámbitos: En primer lugar, la incorporación de dos conceptos básicos: la orientación al ‘ciudadano-cliente’ y la mejora continua, como criterios inspiradores de la gestión de los servicios públicos. La gestión de calidad comenzó a dotar a la Gestión Pública de un carácter dinámico frente al estático que sustentaba el anterior paradigma. Las demandas y expectativas de la ciudadanía cambian (generalmente al alza), por lo que la Administración habría de adaptarse a esos cambios. Para ello debía ser gestionada teniendo en cuenta los procesos de toma de decisión y planificación, el funcionamiento de los procesos operativos y sobre todo, tener presente la relación entre la eficacia y eficiencia, los resultados finales en relación a los recursos invertidos. En segundo lugar, la gestión de calidad proporcionó a las Administraciones Públicas un lenguaje común para la gestión. Lenguaje que además concordaba con el utilizado en el sector privado (producto de la incorporación de Normas como las ISO y la adopción de Modelos de Excelencia) con lo que dio comienzo un transvase de conocimientos permanente y una corriente de colaboración entre ambos sectores, que ha devenido en las actuales estrategias de colaboración público-privada en forma de ‘partenariados’ o proyectos conjuntos. Además la gestión de calidad contribuyó a la profesionalización de la administración pública, implantando mejoras y midiendo los resultados. La incorporación progresiva de la evaluación del desempeño está suponiendo un notable esfuerzo, pero que resulta necesario para determinar el valor de las actuaciones públicas<sup>42</sup>. En el caso de los servicios públicos los gestores comenzaron a tener presente la idea de la calidad integral de los servicios que estaban produciendo y su adecuación a los objetivos de los mismos” (Ruíz López, 2012:3).*

---

<sup>42</sup> En relación a esta afirmación de Ruíz López (2012), es dable indicar que dentro de la Jurisdicción de la CABA, la Ley N° 471/00 de Relaciones Laborales - Empleo Público prevé desde el año 2000 un procedimiento de evaluación de desempeño anual de los trabajadores de la Ciudad.

#### **1.4. ¿QUIÉNES SON LOS DESTINATARIOS DE LA CALIDAD? - UN DOBLE NIVEL DE ANÁLISIS**

Durante el transcurso de la década de 1990 y en el marco del neoliberalismo como eje de las reformas y modernización del Estado, el *individuo* como entidad comenzó a ocupar el centro de la escena de la actividad de la Administración Pública, lo que derivó en la consideración del tradicional *ciudadano* como *cliente* (Ruíz López, 2012:2).

De este modo, ***“La irrupción del ciudadano/cliente como unidad de referencia del servicio público y no la burocracia irrepresentativa como beneficiaria primaria de la gestión pública ubica el tema en el campo de la gestión de la calidad”*** (Malvicino, 2001:4).

La satisfacción de necesidades y demandas ciudadanas es colocada, de esta manera, como el nuevo criterio ordenador que debe guiar el trabajo de las administraciones públicas (Plan Estratégico, 2009:15).

Convertir al *administrado* en *cliente* y por tanto en el eje de la prestación de servicios públicos entrañaba el paso de una concepción netamente administrativista a la plena incorporación a la *gestión* (Ruíz López, 2012:2).

Los reformadores gubernamentales urgieron la adopción de un *enfoque hacia el cliente* al estilo del sector privado, pero los críticos lo consideran inapropiado en su aplicación al sector público, particularmente porque devalúa la ciudadanía en tanto que convierte a los sujetos de derechos -los ciudadanos- a ser recipientes pasivos de servicios en lugar de agentes activos (Alford, 2002: 2).

*“Para complicar el debate, existe además una falta de acuerdo sobre los términos mismos que se aplican a los miembros del público con los que interactúan las organizaciones gubernamentales. Etiquetas tales como ‘customer’, ‘consumidor’, ‘cliente’, ‘usuario’, ‘involucrado’ (‘stakeholder’), ‘ciudadanos’, ‘contribuyentes’ o ‘el público’, son utilizados de tantas maneras como autores que se ocupan de ellos”* (Alford, 2002:2).

*“Los receptores de servicios se preocupan no sólo del consumo de valores materiales, sino también de la realización de valores simbólicos, sociales y normativos. Las agencias gubernamentales deben responder a estas preocupaciones, no sólo porque tienen un mandato de sus amos políticos para que lo hagan, sino también porque necesitan obtener de los receptores de servicios un rango más amplio de cosas que el simple dinero -tales como información, cooperación, cumplimiento voluntario y coproducción-, los que son cruciales para un efectivo desempeño organizacional. Al alentar estas diferentes formas de cooperación se es consistente con un modelo de ciudadanía activa” (Alford, 2002:2).*

Alford ensaya una tipología en la cual distingue primariamente entre aquellos que reciben valor público de la organización gubernamental: *ciudadanos*, de aquellos que se ven afectados en su valor privado: *clientes*. *“Esta última categoría comprende a aquellos con los que la agencia de gobierno se maneja en su ‘punto de venta’ (Moore 1995), su ‘público en contacto’ (Blau y Scott 1963, 59) con los cuales tiene interacciones más directas” (Alford, 2002:7).* Dentro de esa categoría se efectúa una distinción secundaria entre tres roles: *customers pagantes, beneficiarios y obligados*. Por cierto, en una determinada actividad o transacción, una organización gubernamental está interactuando con al menos dos de estos roles, y en el proceso, está afectando simultáneamente tanto al valor público como al privado. Los miembros del público son tanto ciudadanos como clientes, y como clientes pueden, por ejemplo, ser *customers pagantes y beneficiarios, o beneficiarios y obligados*.

La potencia explicativa de la visión de Alford radica básicamente en los siguientes argumentos:

*“Primero, la tipología puede facilitar mayor claridad acerca de quiénes deben recibir servicios de la agencia pública (...) Ello facilita el reconocimiento de que a veces lo que los clientes quieren contrasta agudamente con lo que quieren los ciudadanos, y las demandas de estos últimos, por lo general, tienen prioridad. Pero también permite explorar maneras de agregar valor para un grupo sin reducirlo para otros” (Alford, 2002:13).*

*“Segundo, los conceptos de intercambio social revelan una variedad más extensa de contribuciones de los clientes que la simple obtención de ingresos de los mismos, tales como cooperación, consentimiento o co-producción. En la medida en que estos otros tipos de contribuciones aumentan los recursos de la organización, o reducen las demandas sobre los mismos, los clientes pueden ofrecer algo que es de valor, aún si no pagan dinero por los servicios. Dicho de otro modo, las agencias públicas tienen un incentivo operacional para estar atentas a las necesidades de sus clientes” (Alford, 2002:13).*

*“Tercero, una perspectiva de intercambio social permite a los administradores adoptar una visión más comprehensiva acerca de qué valor se supone que deben proveer sus organizaciones y programas a fin de promover las contribuciones deseadas por parte de los clientes (...)” (Alford, 2002:13).*

*“Finalmente, a diferencia del intercambio restringido implícito en el modelo de customer del sector privado, los procesos de intercambios ampliados entre agencias gubernamentales, beneficiarios y/o sujetos de regulación, pueden ayudar a promover una ciudadanía más positiva. La forma en que la agencia gubernamental obtiene contribuciones de sus clientes, tales como cooperación o consentimiento, puede incrementar la legitimidad del gobierno. Dado que tienen sus propias preocupaciones, los clientes pueden o no contribuir, pero la probabilidad de que lo hagan aumenta si la agencia reconoce no solamente sus necesidades materiales sino también sus valores sociales y normativos intrínsecos. Por ejemplo, al tratarlos con respeto o al adoptar fines que representen preocupaciones más amplias. Es probable que estos reconocimientos mejoren la credibilidad del gobierno como institución. También plantean una toma de conciencia acerca de los propósitos colectivos más allá del propio interés material. Además, algunas (aunque no necesariamente todas) de las contribuciones que una agencia gubernamental espera de sus clientes, tales como co-producción de resultados de los servicios brindados, implican comportamientos activos. Los clientes no están simplemente consumiendo bienes o servicios, sino también contribuyendo mediante acciones positivas a fines colectivos, como por ejemplo, informando sobre crímenes o sobre abuso infantil por parte de vecinos, reciclando residuos, o apoyando actividades escolares. Como lo aclara la tipología, el rol del*

*ciudadano no es igual al del cliente. Pero como todos los ciudadanos son también clientes, están sujetos a la apelación que las agencias efectúan a los clientes. En esa medida, las agencias que persiguen una concepción más amplia del intercambio, pueden procurar que los ciudadanos se involucren más en las instituciones y los procesos de gobierno” (Alford, 2002:13).*

Hasta aquí se ha analizado un primer nivel de relaciones que es la que vincula a la Administración Pública con la ciudadanía en general, como *cliente externo*.

Empero, resulta necesario conceptualizar y analizar un segundo nivel de relaciones para comprender las interrelaciones particulares que se producen en la dimensión del Sistema de Control Interno, es decir, las que se dan dentro del seno de la Administración Pública entre los actores gubernamentales que conforman el Poder Ejecutivo, es decir, con los *clientes internos*.

Específicamente, en el marco del control interno, para la Norma ISSAI 40<sup>43</sup> el término *cliente* se refiere a la Entidad pública o Entidades sujetas a la auditoría o auditorías de la Entidades Fiscalizadoras Superiores (en adelante EFS) o de las UAIs, entendiéndose que la auditoría interna es un servicio a toda la organización.

En función de ello surge el concepto de *alcanzados*, que son los destinatarios del servicio o producto que ofrecen las UAIs. Concretamente en el Referencial IRAM N° 15 se denomina *alcanzado* al “*cliente*” definido en la Norma ISO 9000:2015 como “*persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella*”. En el Poder Ejecutivo la persona es el funcionario. Y requerido no necesariamente implica una acción espontánea: la legislación puede transformar que algo sea requerido sin que exista por parte de esa persona el deseo de que así sea. El control interno en esto puede ser un buen ejemplo: es posible que el *alcanzado* no esté demandando ser auditado, pero la normativa lo obliga a serlo y en ese contexto la calidad del servicio de las UAIs contribuye a mejorar el nivel de aceptación/satisfacción del funcionario.

---

<sup>43</sup> La Norma ISSAI 40 denominada “*Control de Calidad para la Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS)*”, está basada en los principios del ISQC-1, desarrollado por el Consejo de Normas Internacionales de Auditoría y Aseguramiento, IAASB (por sus siglas en inglés) y publicado por la Federación Internacional de Contadores, IFAC (por sus siglas en inglés) y adaptado al contexto de las EFS para poder ser utilizados por estas. La Norma constituye un marco general para el control de calidad de las EFS y describe medidas que tienen relevancia para poder cumplir con los altos estándares de calidad en el sector público.

Para los sistemas de gestión de calidad implementados sobre la base de los requisitos del Referencial, se consideran *alcanzados* a tres actores: la SGCBA, la máxima autoridad del Organismo auditado y los auditados.

Si a estos alcanzados se los analiza mediante la tipología propuesta por Alford, los dos últimos comportarían la calidad de clientes tanto en carácter de *beneficiarios* (de los productos de la UAIs) como de *obligados*, mientras que la SGCBA reportaría únicamente el carácter de *beneficiario* en tanto Órgano Rector del Sistema de Control Interno al que deben responder las UAIs.

Ello significa que si reconocemos que las UAIs, como agencias de servicio a beneficiarios, están involucradas en procesos de intercambio que comprenden conjuntos de valores y bienes más complejos (tales como información de carácter sensible), dichas UAIs pueden encontrar que es en su propio interés servir a los alcanzados como clientes tan bien como les resulte posible (Alford, 2002:11).

Por otra parte, es la aplicación de una razonable justicia en el trato con los alcanzados, en tanto obligados, lo que válidamente puede ser concebido como parte de un proceso de intercambio, donde tratar al cliente justa y respetuosamente es darle algo valioso. En retorno por este justo trato, la UAI recibiría un acatamiento más voluntario o, como mínimo, menos renuente y por ende menos costoso (Alford, 2002:11) en relación al tiempo insumido y calidad de bienes recibidos.

En la medida en que están sujetos a un marco normativo y legal, los alcanzados además de ser receptores de beneficios también son obligados y la UAI, a su vez, tiene la responsabilidad de asegurar el acatamiento de estas reglas. En virtud de ello, puede aplicar sobre los auditados poderes coercitivos restringidos, emanados del artículo 125 de la Ley N° 70<sup>44</sup>, con el fin de instarlos a que presten la debida colaboración, considerándose la conducta adversa de aquellos como falta grave. Pero la UAI también puede tratar de entender los factores que hacen difícil el acatamiento por parte de los auditado -tales como falta de información a tiempo o el desarrollo de procedimientos

---

<sup>44</sup> Dicho artículo reza que: “La Sindicatura General podrá requerir en el ámbito de su competencia, la información que le sea necesaria, para el cumplimiento de sus funciones. Para ello todos los agentes y autoridades del sector público prestarán su colaboración, considerándose la conducta adversa como falta grave”; y esta potestad se hace extensiva a las UAIs en el desempeño de sus funciones.

complejos- y atender estos factores para facilitar el acatamiento voluntario por parte de sus clientes haciéndolo más efectivo.

Los Organismos auditados, en el rol de beneficiarios y sujetos de regulación, proveen, en vez de dinero, *cooperación y cumplimiento* a las exigencias de las UAIs de forma directa (y a las expectativas ciudadanas de manera indirecta). Como el cumplimiento (o el consentimiento) del auditado en tiempo y forma a los requerimientos de la UAI permite a ésta lograr más rápida y efectivamente sus objetivos, su cooperación representa un recurso valioso, y a menudo crítico, tal como lo es la cobranza a los *customers* para una firma privada.

En algunos casos, los clientes pueden también proporcionar *co-producción* de servicios (Alford, 2002:12) como ocurre, por ejemplo, cuando los auditados emplean su tiempo y esfuerzo en la elaboración de las opiniones referidas a las observaciones vertidas en los Informes para Opinión del Auditado producidos por las UAIs.

En síntesis, las UAIs pueden obtener un mejor acatamiento de sus *alcanzados*, en tanto *beneficiarios y obligados* (es decir: información, cooperación, cumplimiento voluntario y coproducción), aprendiendo a tratarlos como *customers* y desde un enfoque dirigido a satisfacer sus necesidades.

De ahí surge el primer beneficio de la incorporación de la calidad y la adopción del Referencial IRAM N° 15 en la labor de las UAIs.

## **CAPÍTULO II**

### **EL CASO DEL REFERENCIAL IRAM N° 15**

#### **2.1. ELABORACIÓN DEL REFERENCIAL: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

Con la finalidad de abarcar una visión holística del proceso de elaboración del Referencial y realizar un análisis descriptivo/cualitativo de la experiencia, se efectuaron entrevistas con representantes de los tres actores intervinientes en dicho proceso, es decir: los dos Coordinadores por parte de la SGCBA, tres funcionarios de tres de las siete UAIs participantes y dos de los tres Representantes por parte de IRAM<sup>45</sup>. Para ello, se confeccionaron tres modelos de cuestionarios de preguntas abiertas en virtud del rol específico desempeñado por cada actor del proceso.

A partir de la sistematización de los datos e información recabados durante el transcurso de las entrevistas con los distintos actores, podemos citar lo siguiente respecto de **los aspectos más relevantes de la experiencia**:

- **Inicio y duración del proceso:** El Referencial se desarrolló en cinco meses, iniciando la labor en el mes de diciembre de 2013 y finalizando en abril de 2014. Si bien se preveía que se termine en febrero de 2014 el hecho de haber comenzado las tareas a fin de año, con los correspondientes feriados/días no laborables más la época de vacaciones estivales, hizo que el proceso se retrase dos meses en su conclusión<sup>46</sup>.

- **Metodología de trabajo:** La misma estuvo dada por reuniones quincenales, con revisiones de materiales y de avances de por medio, en las cuales se trabajó cada punto de la Norma ISO 9001:2008 y luego se tomaron requisitos de la ISO 14000 y de la ISO/IEC 27000 para ser adaptados a las UAIs<sup>47</sup>. El equipo del IRAM compilaba los aportes y se revisaban por todos los actores en aquellas reuniones<sup>48</sup>.

---

<sup>45</sup> Por una cuestión metodológica se ha decidido preservar la identidad de los entrevistados utilizando una codificación numérica para hacer mención a cada uno de ellos.

<sup>46</sup> Entrevista con la UAI 3.

<sup>47</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>48</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

- **Documentación del proceso:** Se efectuó mediante minutas de reunión, los envíos y respuestas por correo electrónico de las tareas y las distintas versiones del documento en revisión, hasta alcanzar la versión final del Referencial<sup>49</sup>.

- **Grado de receptividad, participación, compromiso e interrelación de los actores involucrados:** Todos los actores coincidieron en que fue alto y positivo dado que la convocatoria fue bien recibida, se evidenció una alta asistencia a las reuniones y en la participación en los debates, no hubo prácticamente cambios en las fechas de encuentros, se cumplieron los plazos, las comunicaciones circularon adecuadamente y todo el proceso se desarrolló en un excelente clima de trabajo<sup>50</sup> significándoles a la mayoría de los participantes un valioso reconocimiento y aprendizaje el poder ser parte de la experiencia<sup>51</sup>.

*“Creo que se tomó con mucho entusiasmo el proceso, porque por el lado de IRAM fundamentalmente Marcelo Calavia fue un motivador interesante, entonces al sentir que vos estabas formando parte de un cambio, que iba a modificar algo y que alguien te escuchaba y que tomaba nota y que tenía en cuenta lo que vos decías y la verdad es que eso motivaba a que participaras activamente”<sup>52</sup>.*

En efecto, se superó completamente las expectativas con el nivel de participación que tuvieron todos los participantes<sup>53</sup>.

- **Punto de partida:** La herramienta se elaboró a partir del *deber ser* esperado, basándose principalmente en la Norma ISO 9001:2008. La evaluación de cada UAI respecto de los requisitos establecidos en el Referencial fue propuesta cuando el mismo ya estaba elaborado<sup>54</sup>.

---

<sup>49</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>50</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>51</sup> Entrevista con la UAI 1.

<sup>52</sup> Entrevista con la UAI 1.

<sup>53</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 2 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>54</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

Desde la SGCBA se destacó que muchos de los requisitos planteados en la herramienta las UAIs ya los cumplían, y lo que faltaba solamente era, por ejemplo, la guarda de los registros / evidencias que respaldan las actividades<sup>55</sup>.

- **Correspondencia entre expectativas previas y producto final:** El grado de relación entre ambas variables fue satisfactorio según los distintos actores, toda vez que se cumplió con lo planificado y el resultado fue el esperado<sup>56</sup>.

Cabe señalar que la SGCBA realizó a posteriori una encuesta de satisfacción a los participantes que así lo confirmó<sup>57</sup>. No obstante, también se señaló que el Referencial es perfectible, pero es una buena primera versión y sólo la experiencia de la implementación permitirá hacer una evaluación mejor de la herramienta<sup>58</sup>.

*“Al principio mi prejuicio hacia la calidad potencializaba todo buen resultado que se pudiese plantear pero la verdad es que finalmente el proceso fue mucho más interesante para mí, mucho más enriquecedor de las que pensé y también descubrí realidades de otras Unidad de Auditoría Interna y de otros profesionales, descubrí que hay otros muy buenos profesionales, confirmé lo que ya sabía que hay algunos que no entiende nada de auditoría y que todos convivimos en un dulce montón en el que a veces estamos porque tenemos más expertiz y porque otras veces nos ha tocado revestir en determinados lugares”<sup>59</sup>.*

Además, se entendió que el Referencial quedó muy bien, y es completamente aplicable y eso determina el éxito de la experiencia<sup>60</sup>.

- **Previsión de los recursos para la implementación:** En este punto se relevaron varias posturas, una que sostuvo que en la etapa de elaboración del Referencial no se previó quién y de qué manera debería proveer los recursos (presupuestarios/económicos/ financieros, técnicos, humanos, etc.) para la instrumentación del Referencial y sus

---

<sup>55</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>56</sup> Entrevistas con las UAIs 1, 2 y 3.

<sup>57</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>58</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>59</sup> Entrevista con la UAI 1.

<sup>60</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 2 que participó en la elaboración del Referencial. Además el entrevistado comparó la experiencia de la alta participación que tuvieron las UAIs con la que vivió en las Oficinas de Defensa del Consumidor, que como mucho en las reuniones eran cinco representantes de las Oficinas y, en este caso, en ninguna reunión hubo menos de 20 participantes.

requisitos, quedando de esta manera implícitamente en cabeza de las propias UAIs, contemplándose la designación por parte de las Unidades de, por lo menos, un responsable de la coordinación del sistema a desarrollar<sup>61</sup>; y otra, que indicó que desde un comienzo se dejó en claro que quienes debían velar por la provisión de los recursos inherentes a la implementación del Referencial eran las propias UAIs<sup>62</sup>.

*“Los recursos dependían de nosotros e incluso muchas veces se discutió a lo largo del Referencial algunas cuestiones que nos parecían muy importante que se aclarara que en muchos casos no dependía de nosotros poder hacerlo (...) La gran mayoría de las Unidades de Auditoría Interna, no digo la totalidad porque desconozco, pero si entiendo que la gran mayoría no son unidades ejecutoras de su presupuesto, al no ser unidades ejecutores de su propio presupuesto dependen de quienes son sus auditados para definir una cantidad cuestiones, y hay otros cuestiones por ejemplo en este Referencial se hizo mucho hincapié en temas medioambientales más ecológicos y todas esas cuestiones que tienen que ver con la gerencia general de los edificios y de las infraestructuras yo en mi Unidad de Auditoría Interna ni siquiera podía apagar la luz entonces había cosas que a nosotros nos pareció muy importante en el proceso dejar aclarado que no dependían de forma directa de la Unidad de Auditoría Interna y que la Unidad de Auditoría Interna lo único que podía hacer era impulsarlas”<sup>63</sup>.*

Por su parte, desde el IRAM afirmaron que no accedieron a la información sobre la previsión de los recursos pero sí sugirieron que exista la figura de un responsable de la implementación, ya que la experiencia indica que es necesario para que cualquier organización pueda implementar una norma de manera exitosa<sup>64</sup>.

**- Percepciones sobre la importancia de que las UAIs implementen el Referencial y certifiquen calidad:** La implementación del Referencial por parte de las UAIs es muy importante para que haya uniformidad en la metodología de trabajo<sup>65</sup>.

Las UAIs participantes básicamente coincidieron en que el Referencial permitiría ordenar en gran medida la labor de las mismas porque pauta cuál es la lógica del

---

<sup>61</sup> Entrevista con la UAI 2.

<sup>62</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>63</sup> Entrevista con la UAI 1.

<sup>64</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>65</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 2 que participó en la elaboración del Referencial.

proceso de auditoría y brinda una serie de buenas prácticas de qué es lo que se espera de cada uno de los procesos, cumpliendo en ese sentido el objetivo de sistematizar y homogeneizar los procedimientos y metodologías de trabajo de las distintas UAIs (que conforman un universo bastante heterogéneo<sup>66</sup>), partiendo de que las ellas tienen una intervención transversal en las Jurisdicciones/Entidades e interactúan con áreas y programas lo que les permite obtener una visión integral<sup>67</sup>.

Ese servicio que brindan, suma valor si la UAI puede asegurar una gestión confiable a través de procedimientos, mediciones, acciones de mejora, etc. Además, si las UAIs piden a las áreas auditadas procedimientos, indicadores, evaluación de resultados, es lógico que la misma UAI realice a su interior lo que demanda a otros actores, entendiendo que el Referencial es una herramienta que puede generar en la Unidad un proceso de revisión y mejora de sus actividades<sup>68</sup>.

Otra voz consideró que es importante que las UAIs tengan implementado un sistema de gestión de calidad. Es un estandarte, una evidencia objetiva que se trabaja de manera eficiente. Al ser la UAI un área que en su rol de asesoramiento y consulta busca generar valor agregado a las áreas auditadas debería contar con esta valiosa herramienta y predicar con el ejemplo<sup>69</sup>.

En lo que respecta a la certificación, en este punto en particular, se distinguieron dos posturas bien definidas:

La primera<sup>70</sup> que entiende que la certificación del Referencial es importante porque con ello se certifica el compromiso con la mejora continua en cada UAI en relación a la calidad. A algunas UAIs esta herramienta puede impulsarles más cambios, a otras menos, porque tal vez ya tienen una Política de Calidad consensuada, objetivos, indicadores, seguimiento de hallazgos de gestión, acciones correctivas, entre otros, pero lo que se certifica es el involucramiento de todo el personal en el camino de la madurez organizacional y de la mejora como Organismos de control, lo cual directamente tendrá

---

<sup>66</sup> Debido a cuestiones cualitativas, como las materias y temáticas a abordar y auditar, como a cuestiones cuantitativas, en relación al tamaño y la cantidad de integrantes que componen las mismas (que van de Unidades unipersonales a otra conformada por 30 funcionarios).

<sup>67</sup> Entrevistas con las UAIs 1, 2 y 3.

<sup>68</sup> Entrevista con el Representante de IRAM 1 que participó en la elaboración del Referencial.

<sup>69</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>70</sup> Entrevista con las Coordinadoras de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

un impacto favorable en el resto de las áreas auditadas que componen cada Jurisdicción/Entidad y, mediante ellas, por añadidura, en la ciudadanía en general.

La segunda<sup>71</sup> postura parte de entender que certificar calidad no es importante, lo importante es tener calidad en el trabajo lo cual son dos cosas distintas. El aporte del Referencial es la estandarización para la heterogeneidad en el sistema de control, este es el principal aporte que hace el Referencial. Y el principal aporte que puede hacer cualquier mecanismo de calidad, en términos de tener un universo muy heterogéneo de actores que necesitan tener acuerdos básicos de funcionamiento. Ahora bien, no se cree en la calidad en términos de una certificación formal que deba ser acreditada todos los años.

- **Obligatoriedad de la implementación:** Desde la SGCBA en esta etapa de elaboración del Referencial no se percibió la necesidad de emitir normativa obligando a implementar la herramienta aunque muchas veces dicho accionar puede llegar a servir en el proceso. En esta instancia se pretendía convencer a los beneficiarios sobre la utilidad del mismo y no imponérselos a las UAIs<sup>72</sup>.

- **Desafíos:** Un importante desafío fue mantener un cierto nivel de exigencia teniendo en cuenta la diversidad de las UAIs y entendiendo las oportunidades y limitaciones de cada una de ellas<sup>73</sup>. No obstante, y ligado al punto anterior:

*“El principal desafío fue hacerles entender [a las UAIs] que es lo que HAY que hacer para tener procesos eficientes y no porque lo diga la normativa. Comprender el porqué de nuestro accionar no porque me lo imponga la normativa sino porque es oportuno. Adecuar la normativa será otro desafío una vez consensuado y asegurado que lo que estábamos haciendo era lo mejor que podíamos hacer”<sup>74</sup>.*

Ello conllevó alcanzar el consenso entre todos los participantes sobre los requisitos obligatorios que representarían el estándar deseado por cada nivel de implementación. En este marco, la idea era dejar establecidos los registros necesarios de cada actividad

---

<sup>71</sup> Entrevista con la UAI 1.

<sup>72</sup> Entrevista con las Coordinadoras de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>73</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>74</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

que evidencien la calidad en el proceso, sin generar una mayor burocracia en cada paso. Con amplias discusiones constructivas se pudo lograr exitosamente el resultado final<sup>75</sup>.

Finalmente, la incorporación de requisitos los relativos a la seguridad de la información y ambientales también fue visto como otro desafío, entendiéndose como algo muy innovador. En la SGCBA ya se venía trabajando en la implementación de buenas prácticas ambientales y de seguridad de la información como parte de la mejora continua del propio Sistema de Gestión y pareció una buena oportunidad dejar plasmados requisitos sobre dichas materias en el Referencial<sup>76</sup>.

- **Actividades pos elaboración y lanzamiento del Referencial:** En el marco de la presentación del Referencial, el 26 de enero de 2015 la SGCBA convocó a un conjunto de 12 UAIs (conformado por las siete que participaron del proceso de elaboración<sup>77</sup> y cinco más) vía correo electrónico institucional a una reunión a realizarse el día 10 de febrero de dicho año con motivo de invitarlas a sumarse a la propuesta de implementación del mismo. El objetivo era que las UAIs logren alcanzar un nivel un nivel certificable. En virtud de ello, desde la SGCBA se ofreció coordinar reuniones con otras UAIs y a brindar su asistencia técnica. Toda vez que los requisitos del Referencial corresponden a tres niveles de madurez evolutiva, la SGCBA dejó a criterio y decisión de cada UAI alcanzar en determinado tiempo el nivel 1 completo, el 2 o el 3 de acuerdo a sus posibilidades y recursos; destacando que lo importante para que el logro sea alcanzable era el compromiso de cada Auditor Interno Titular y de sus equipos con la mejora continua<sup>78</sup>.

Además, como procedimiento sistemático de seguimiento en relación a la efectiva implementación por parte de las UAIs, y el avance en el cumplimiento de los requisitos establecidos, la SGCBA contaba con un tablero de seguimiento y, a su vez, se manejaba a través de reuniones periódicas, generalmente quincenales, conforme lo acordado en conjunto con las UAIs interesadas<sup>79</sup>.

---

<sup>75</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>76</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>77</sup> Dado que la idea era que aquellas UAIs que habían formado parte de la conformación del Referencial fueran las primeras que avanzaran en el proceso de certificación, conforme lo manifestado por la UAI 1 entrevistada.

<sup>78</sup> Fuente: correo electrónico institucional emitido por la entonces Gerente de Fortalecimiento Institucional de la SGCBA.

<sup>79</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

*“Debido a cuestiones particulares en cada UAI, en relación a falta de recursos por ejemplo, no todas pudieron avanzar en el proyecto y las que sí lo hicieron, no todas lo lograron al mismo ritmo. Lo que hicimos desde SGCBA fue planificar y dictar los talleres de implementación por niveles. Cabe señalar que el cumplimiento del Referencial aún no se había establecido como obligatorio por normativa”<sup>80</sup>.*

Los primeros avances fueron realizados por la UAI del entonces Ministerio de Desarrollo Económico, que certificó la totalidad del Referencial<sup>81</sup>, y otras con distintos grados de avance en la implementación como ser las UAIs de Agencia de Protección Ambiental, del Ministerio de Desarrollo Social, de Jefatura de Gabinete, del Instituto de Vivienda de la Ciudad, del Ministerio de Modernización y del Ministerio de Desarrollo Urbano<sup>82</sup>.

## **2.2. IMPLEMENTACIÓN DEL REFERENCIAL: SUPUESTOS VERSUS REALIDAD**

Lanzado el Referencial en el mes de mayo de 2014, se abrió la **etapa de implementación** del mismo<sup>83</sup>.

Las tareas de asistencia técnica, asesoramiento y pre auditorías estuvieron a cargo de la SGCBA y la tarea de certificación recayó en el IRAM<sup>84</sup>.

A la luz de las acciones adoptadas por la SGCBA y las UAIs, y los resultados obtenidos en materia de implementación y certificación del Referencial por parte del 80% de las UAIs que pudieron continuar con el proceso de adopción de la herramienta, dicha etapa puede **dividirse en dos períodos** debido a un hito que fue bisagra, el **primero (de 28 meses) que va de mayo de 2014 a agosto de 2016** y el **segundo (de 21**

---

<sup>80</sup> Entrevista con la Coordinadora 1 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>81</sup> Con la particularidad que lo hizo apenas lanzada la herramienta en el año 2014 y que por una decisión ministerial ya había certificado en el año 2013 la Norma ISO 9001:2008, haciendo un camino inverso al que se les presentaba al resto del universo de las UAIs en el sentido de que partía de la Norma (amplia y general) hacia el Referencial (específico y particular), es decir, de un Sistema de Gestión de la Calidad en funcionamiento y diseñado en virtud de lo planteado en la Norma ISO a una adaptación del mismo conforme los requisitos puntuales establecidos en el Referencial.

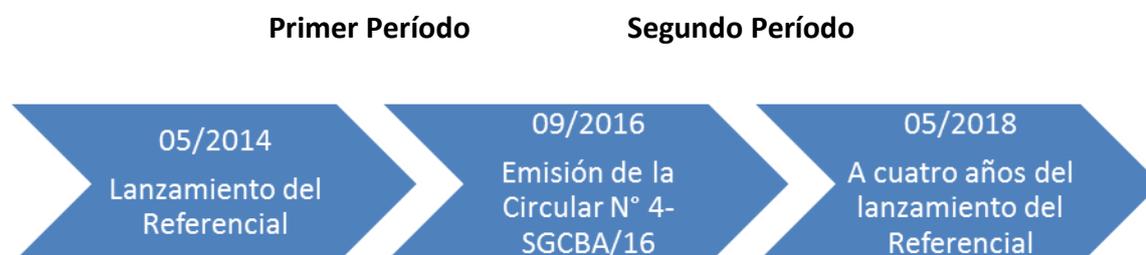
<sup>82</sup> Entrevista con la Coordinadora 2 de la elaboración del Referencial por parte de la SGCBA.

<sup>83</sup> Es menester indicar que en esta etapa, por distintos cambios que se fueron suscitando en la estructura orgánica funcional del GCABA, el universo de UAIs fue variando entre 24, 25, 26 y 27 Unidades en diferentes momentos.

<sup>84</sup> En el Anexo II - Modelos de Relevamientos se exponen los modelos del “Informe de Auditoría Interna de la Calidad” y del “Plan de Auditoría Referencial IRAM N° 15:2014”, utilizados por la SGCBA y el IRAM respectivamente para efectuar las pre auditorías y auditorías en cada caso.

meses) que va de septiembre de 2016 a mayo de 2018 inclusive -cumplidos 4 años del lanzamiento del Referencial- (ver Gráfico 3).

Gráfico 3. Períodos de adopción del Referencial



Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de enmarcar y tener una mejor comprensión del proceso de implementación y certificación del Referencial, desde su inicio hasta el mes de mayo de 2018, surge la necesidad de abordar el contexto político e institucional en que se inscribió cada uno de estos períodos.

### **2.2.1. Primer Período: Adopción Voluntaria del Referencial**

El lanzamiento del Referencial data del mes de mayo de 2014 pero la presentación del mismo se realizó en el 29 de agosto de 2014 en el Centro Metropolitano de Diseño, para lo cual la SGCBA convocó a todas las UAIs. En dicha jornada expusieron funcionarios del Órgano Rector y de las UAIs que participaron del proceso de elaboración del Referencial donde contaron sus sensaciones sobre el trabajo realizado, las experiencias vividas y las expectativas puestas en la adopción del Referencial. A su vez, se suministró a cada UAI un formulario para realizar *in situ* un autodiagnóstico del estado de situación de cada una de ellas con relación a los requisitos de la calidad que planteaba el Referencial para determinar en cuál de los tres niveles madurativos se encontraba cada una de ellas, el cual, posteriormente, fue remitido a la SGCBA para su evaluación interna.

A partir de entonces, lo que restaba del año 2014 fue dedicado por la mayoría de las UAIs a entender de qué se trataba la nueva herramienta y a comprender el alcance del Referencial en la labor y gestión cotidiana de las Unidades dado que, a diferencia de

las siete UAIs que formaron parte del proceso de elaboración, para las 18 restantes la temática de la calidad surgía como algo novedoso.

El 2015 se presentó como un año complejo para la SGCBA y las UAIs, debido a que las prioridades de la Administración, en el marco de un año político y eleccionario, repercutieron ineludiblemente en sus agendas.

En lo que respecta al ámbito de la CABA se vivieron dos procesos electorales, uno para definir a las autoridades del Poder Ejecutivo local y otro para elegir a las autoridades del Poder Ejecutivo Nacional, a Diputados nacionales y a Parlamentarios para el Parlamento del MERCOSUR (PARLASUR) nacionales y regionales. Dichos procesos se tradujeron en seis votaciones a lo largo de todo el año, producto a la vigencia de las elecciones Primarias Abiertas, Simultaneas y Obligatorias (PASO) y del Balotaje, y debido a que la ley impide que los comicios de la Ciudad coincidan con los nacionales. Así, los ciudadanos de la CABA sufragaron en: Marzo 2015: PASO locales; Junio 2015: Elección general local; Julio 2015: Balotaje local; Agosto 2015: PASO nacionales; Octubre 2015: Elección general nacional; Noviembre 2015: Balotaje nacional.

Por ende, el proceso de implementación y certificación del Referencial se vio relegado durante el 2015 frente al calendario electoral y sus implicancias institucionales y políticas.

Otro aspecto que caracterizó a este primer período, y afectó el proceso de implementación del Referencial durante lo que restaba del 2015, fue la asunción de las nuevas autoridades gubernamentales el 10 de diciembre de 2015 a nivel nacional y local que derivó en que una cantidad significativa de funcionarios que se desempeñaban en la Ciudad migraran a la Administración Pública Nacional.

En lo que hace al Sistema de Control Interno en particular, el Síndico General de la Ciudad pasó a ocupar el cargo de Síndico General de la Nación y, además, de los 25 Auditores Internos Titulares (AIT) 23 de ellos rotaron de UAIs o dejaron sus cargos en los sucesivos meses (ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Rotación de los AIT

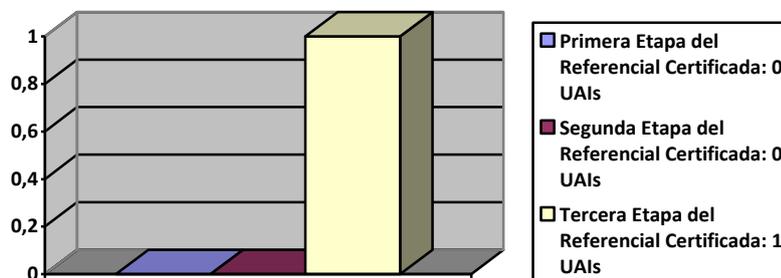


Fuente: Elaboración propia.

Esta situación configuró un nuevo escenario para la gestión del Sistema de Control Interno de la Ciudad donde el inicio del 2016 fue utilizado por las nuevas autoridades de la SGCBA y por el 92% de los Auditores Internos Titulares para adaptarse y asentarse en sus respectivas nuevas órbitas de trabajo.

Por último, el dato más significativo de este período es que en 2 años y cuatro meses del total de 25 UAIs sólo la del ex Ministerio de Desarrollo Económico certificó las tres Etapas del Referencial (ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Primer Período (28 meses) - Resultados del Proceso de Implementación y Certificación del Referencial



Fuente: Elaboración propia.

### 2.2.2. Segundo Período: Adopción Reglamentaria del Referencial

Un significativo hecho dio origen a este segundo período en la etapa de implantación y certificación del Referencial.

Este hecho fue la emisión por parte de la SGCBA de la **Circular N° 4-SGCBA/16**, del **21 de septiembre de 2016**, referida al **Proceso de Certificación del Referencial IRAM N° 15**.

*“La iniciativa para comenzar la implementación del Referencial fue dada por la Síndica General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Cdora. Mónica Freda, quien decide impulsar la aplicación de esta herramienta, creada en mayo del 2014, para promover la optimización del Sistema de Control Interno, mediante el cual se puede observar la trazabilidad de todos los procesos gestionados en las Unidades de Auditoría Interna. Dicho proceso comenzó en el mes de septiembre del 2016, con reuniones con las 26 UAIs en la SGCBA, para definir plan de trabajo a seguir. En consecuencia el 21 de Septiembre de 2016 a través de la Circular N° 4-SGCBA/16, se formalizó el proceso de certificación del Referencial IRAM N° 15, con la colaboración y asesoramiento de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA”<sup>85</sup>.*

Dicha Circular instruyó que las UAIs debían:

- 1) *“Integrar un equipo de trabajo encargado de la obtención e implementación de dicha Certificación en la jurisdicción o entidad correspondiente”.*
- 2) *“Designar entre las personas del equipo de trabajo a un responsable de dar seguimiento al proceso de Certificación, quien deberá además asistir a las reuniones de asesoramiento semanal que se celebrarán a tal efecto”.*

A su vez, encomendó a la Subgerencia Operativa de Gestión de la Calidad dependiente de la Gerencia Relaciones Institucionales de la SGCBA, la realización de la planificación y asesoramiento a cada una de las UAIs en todo lo referente a la implementación de la Certificación del Referencial.

---

<sup>85</sup> Entrevista con la responsable de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

**Es así que técnicamente se convirtió al proceso voluntario de implementación y certificación del Referencial en obligatorio y vinculante para las UAIs.**

De esta forma, la SGCBA retoma y reimpulsa el proceso de implementación y certificación del Referencial.

Para dar comienzo a esta nueva etapa nuevo proceso, desde la SGCBA se dispuso de una dotación de cuatro personas en total, de las cuales tres pertenecían a la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad (dos de estas personas estuvieron en la creación del Referencial desde el inicio del mismo) y una fue contratada externamente para colaborar con el equipo<sup>86</sup>.

Cabe señalar que días antes del dictado de dicha Circular, la SGCBA remitió por Nota (de fecha 9 de septiembre de 2016) a todas las UAIs el Referencial IRAM N° 15 junto a un Autodiagnóstico de Calidad<sup>87</sup> para ser contestado y presentado a fin de mes, en aras de relevar el grado de madurez en que se encontraban las Unidades a ese momento conforme los tres niveles madurativos estipulados en la herramienta<sup>88</sup>, obteniéndose los resultados plasmados en el Cuadro 1.

**Cuadro 1. Grado de Madurez de las UAIs al mes de septiembre de 2016**

<b>45%</b> de las UAIs alcanzaban un grado de madurez para implementar únicamente la <b>Etapas I.</b>
<b>47%</b> de las UAIs contaban con un grado de madurez suficiente para implementar las <b>Etapas I y II.</b>
<b>24%</b> de las UAIs tenían un grado de madurez que le permitía implementar las <b>Etapas I, II y III.</b>

Fuente: Datos proporcionados por la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

<sup>86</sup> Entrevista con la responsable de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

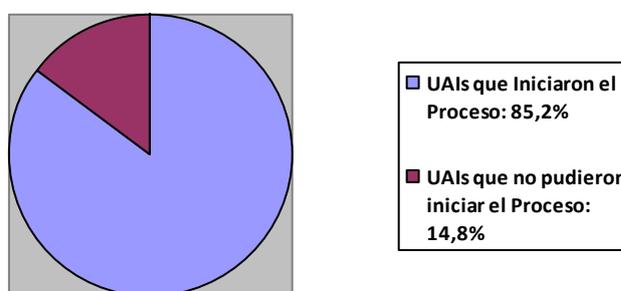
<sup>87</sup> Ver Anexo III.

<sup>88</sup> Dicho relevamiento se efectuó sobre la base de Notas de las Fichas de Implementación de Calidad y el Autodiagnóstico de Calidad de dicho Referencial.

**El hito que marcó la emisión de la Circular se muestra determinante y decisivo para esta etapa de implementación.**

Los datos son contundentes: **a 1 año de emitirse la Circular, es decir al mes de septiembre de 2017, del total de 27 UAIs, 23 habían iniciado formalmente la etapa de implementación del Referencial** con el asesoramiento y/o las pre auditorías de la SGCBA (ver Gráfico 6).

**Gráfico 6. Porcentaje de UAIs que iniciaron el proceso de implementación del Referencial**



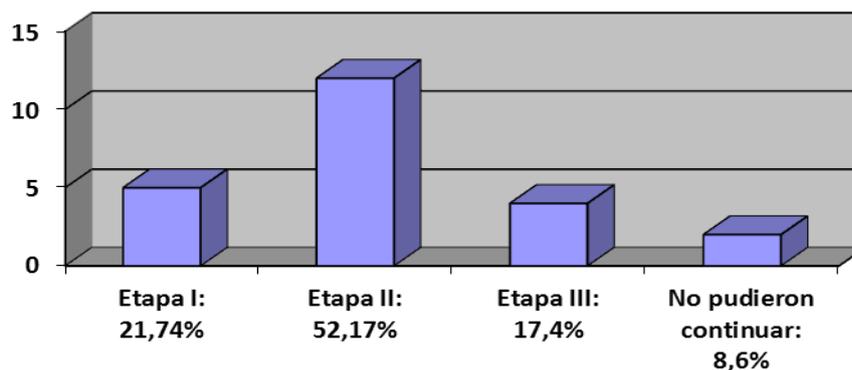
Fuente: Elaboración propia.

De las **cuatro UAIs restantes**, tres de ellas que se encontraban bajo la órbita del Ministerio de Ambiente y Espacio Público no pudieron iniciar el proceso de implementación debido a que no contaban con el aval político de las máximas autoridades de las Jurisdicciones y, en otro caso, la UAI de la Agencia Gubernamental de Control se encontraba colaborando en la implementación de la Norma ISO 9001 en toda su Jurisdicción por lo cual le resultó imposible abocarse a las tareas de implementación del Referencial hasta el mes de enero de 2018.

Asimismo, del **total de las 23 UAIs que iniciaron el proceso de implementación**, durante los meses que van de septiembre de 2016 a septiembre de 2017, **cinco lograron certificar la Etapa I, 12 lograron certificar las Etapas I y II y cuatro consiguieron certificar las tres Etapas del Referencial**. Mientras que **dos de ellas no pudieron continuar con el proceso** de implementación y certificación debido en un caso a la decisión política de la máxima autoridad de la Jurisdicción y, en el otro,

a cambios en la estructura orgánico funcional del Gobierno de la Ciudad que terminaron con la disolución del Organismo (ver Gráfico 7).

**Gráfico 7. Resultados de implementación del Referencial a septiembre de 2017**



Fuente: Elaboración propia.

Si se comparan los datos del Gráfico 7 con los grados de madurez relevados en el Autodiagnóstico realizado por las UAI en septiembre de 2016 -expuestos en el Cuadro 1- surgen las siguientes diferencias (ver Cuadro 2).

**Cuadro 2. Diferencias entre los Grados de Madurez y de Implementación**

Etapas del Referencial	Autodiagnóstico Septiembre 2016	Resultados de Implementación Septiembre 2017	Diferencias
	Grado de Madurez	Grado de Implementación	
Etapa I	45%	22%	-23%
Etapa II	47%	52%	+5%
Etapa II	24%	17%	-7%

Fuente: Elaboración propia.

Así, la mayor y más significativa diferencia se produce en la Etapa I, lo cual podría deberse tal vez a una imprecisa aplicación del Autodiagnóstico producto de un generalizado desconocimiento del proceso de implementación del Referencial.

En el **Cuadro 3**, se detalla cómo fue el **grado de avance desde el mes de septiembre de 2016** y el **estado de situación del total de las UAIs al mes de mayo de 2018**.

**Cuadro 3. Grado de Avance y Estado de Situación**

N° de Orden	UAI	1° Pre auditoría SGCBA Etapa I	2° Pre auditoría SGCBA Etapa II	3° Pre auditoría SGCBA Etapa III	Certificación IRAM Etapa I	Certificación IRAM Etapa II	Certificación IRAM Etapa III
1	Agencia Gubernamental de Control	Desde septiembre del 2016 la UAI se encuentra colaborando en la implementación de la Norma ISO 9001 en toda la Agencia. El 30/01/2018 la SGCBA realizó una reunión con el Titular de la UAI para establecer la agenda de trabajo y proceder al inicio del proceso de implementación del Referencial, coordinando una nueva reunión para el 8/05/2018 en la SGCBA.					
2	Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat	23/11/2016		13/06/2017 y 11/07/2017	26/12/2016		18/07/2017
3	Ministerio de Modernización, Innovación y Tecnología	30/11/2016			14/12/2016		
4	Administración Gubernamental de Ingresos Públicos	21/11/2016		11/09/2017	5 y 6/12/2016		22/12/2017
5	Ministerio de Salud	05/12/2016	24/08/2017	24/10/2017	23/12/2016	23/11/2017	
6	Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte	13/12/2016		27/04/2017	27/12/2016	03/01/2017	08/05/2017
7	Jefatura de Gabinete de Ministros	23/11/2016		25/07/2017	16 y 19/12/2016		18/09/2017
8	Ministerio de Educación	07/12/2016	17/07/2017	12/12/2017	28/12/2016	07/09/2017	21/12/2017
9	Procuración General de la Ciudad	06/12/2016	07/07/2017	31/10/2017	22/12/2016	14/09/2017	05/01/2018
10	Ente Autárquico Teatro Colón	19/12/2016	15/08/2017	13/12/2017	28/12/2016	20/12/2017	
11	Ministerio de Gobierno	04/07/2017		06/11/2017	04/08/2017		29/11/2017
12	Ministerio de Cultura	08/03/2017	24/07/2017	01/03/2018	27/03/2017	13/11/2017	12/03/2018
13	Ente de Turismo	21/02/2017	18/07/2017	29/11/2017	23/03/2017	10/08/2017	11/12/2017
14	Ministerio de Justicia y Seguridad	08/03/2017	17/07/2017	13/11/2017	27/03/2017	09/08/2017	29/11/2017
15	Agencia de Sistemas de Información	13/03/2017	31/08/2017	28/11/2017	30/03/2017	04/09/2017	14/12/2017
16	Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes	13/02/2017	19/07/2017	23/10/2017	23/02/2017	07/08/2017	30/10/2017
17	Instituto del Trasplante	13/12/2016	10/08/2017	23/10/2017	03/01/2017	08/09/2017	17/11/2017
18	Secretaría de Legal y Técnica	03/02/2017	12/07/2017	04/12/2017	08/02/2017	10/08/2017	15/12/2017
19	Ministerio de Hacienda	07/02/2017	26/07/2017	30/11/2017	10/03/2017	29/08/2017	18/12/2017
20	Instituto de Vivienda de la Ciudad	08/03/2017	09/08/2017	19/10/2017	31/03/2017	28/08/2017	27/11/2017
21	Sindicatura General de la Ciudad	31/03/2017	08/02/2018		20/07/2017	2 y 5/03/2018	
22	Consejo Económico y Social	La SGCBA comenzó con el asesoramiento en enero 2017, destacándose que la UAI está compuesta por sólo una persona, lo cual hace que los tiempos de implementación del Referencial sean más lentos que el de las otras UAIs.					
23	Agencia de Protección Ambiental	30/11/2016			15/12/2016	No certificarán por ahora, necesitan aprobación de la máxima autoridad del Ministerio de Ambiente y Espacio Público conforme lo informado mediante correo electrónico a la SGCBA el 08/02/2017	
24	Ministerio de Ambiente y Espacio Público	No certificarán por ahora, necesitan aprobación de la máxima autoridad del Ministerio de Ambiente y Espacio Público conforme lo informado mediante correo electrónico a la SGCBA el 08/02/2017					
25	Ente de Higiene Urbana	No certificarán por ahora, necesitan aprobación de la máxima autoridad del Ministerio de Ambiente y Espacio Público conforme lo informado mediante correo electrónico a la SGCBA el 08/02/2017					
26	Ente de Mantenimiento Urbano Integral	No certificarán por ahora, necesitan aprobación de la máxima autoridad del Ministerio de Ambiente y Espacio Público conforme lo informado mediante correo electrónico a la SGCBA el 08/02/2017					
27	Instituto del Juego y Apuestas de la Ciudad	07/12/2016	Producto del proyecto de ley remitido por el Poder Ejecutivo en el mes de diciembre de 2016 a la Legislatura para la disolución del Instituto, se decidió pausar el proceso de implementación del Referencial dado que no había seguridad que el Directorio del Instituto habilite la contratación del IRAM en este marco de situación.				

Fuente: Datos proporcionados por la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

En conclusión, al mes de mayo de 2018, es decir, a 4 años de lanzado el Referencial, 20 UAIs alcanzaron certificarlo en su totalidad y dos se encuentran recibiendo asesoramiento de la SGCBA para proceder a su implementación.

De esta forma, la empiria demuestra que la anterior gestión de la SGCBA se abocó a proyectar, planificar y gestar la creación del Referencial mientras que la nueva gestión (que asumió en diciembre de 2015) impulsó la implementación y certificación del mismo a través de las reuniones de gabinete con los diferentes Ministros<sup>89</sup> y a partir de convertirlo en reglamentario (obligatorio) en septiembre de 2016, colocando al tema como prioritario en las agendas de las UAIs mediante la convocatoria a reuniones periódicas con los equipos de trabajo instituidos.

En dichas reuniones, junto a los equipos de trabajo conformados en virtud de la Circular N° 4-SGCBA/16, participaron en algunos casos los propios Auditores Internos Titulares.

*“Durante las primeras entrevistas pudimos evidenciar que no todos poseían conocimientos sobre Gestión de Calidad y lo que implicaba implementar el Referencial.*

*Pero a medida que fuimos avanzando en las reuniones de asesoramiento se pudo nivelar a todos los participantes para lograr cumplir el objetivo. Como resultado a ese análisis, utilizamos nuestras reuniones de asesoramiento como capacitaciones, como así también brindamos Talleres específicos brindados sobre la temática”<sup>90</sup>.*

La metodología de trabajo adoptada desde la SGCBA para llevar adelante esta instancia del proceso de implementación y certificación del Referencial fue la definición con los Auditores Internos Titulares de un cronograma de reuniones de trabajo mensual, en el cual se armaron grupos con distintas UAIs en diferentes días, para evacuar dudas e intercambiar información que les sirviera para optimizar los procesos que ejecutan. Dichas reuniones quedaban registradas mediante la confección de minutas de trabajo, remitidas posteriormente a todos los participantes. Asimismo, se mantuvo desde la SGCBA un canal de comunicación constante vía correo electrónico, para evacuar dudas o consultas.

En forma paralela a las mencionadas reuniones, hacia finales del año 2016, se encararon desde la SGCBA capacitaciones específicas sobre el *Capítulo 9 SEGURIDAD*

---

<sup>89</sup> Entrevista con la responsable de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

<sup>90</sup> Entrevista con la responsable de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

DE LA INFORMACIÓN producto de que se detectó como el más complejo a implementar por parte de las UAIs<sup>91</sup>.

Por otra parte, en el año 2018 la SGCBA inició y programó para los meses de mayo y de octubre una capacitación destinada a los integrantes de las UAIs donde se abordan todos los capítulos del Referencial IRAM N° 15, con una duración de 6hs dividida en dos días.

Asimismo, a principios de este año la SGCBA también procedió a convocar a los Equipos de Calidad de las UAIs que lograron certificar el Referencial a una serie de reuniones, a desarrollarse durante el transcurso del 2018, para asistir a dichas Unidades en materia de mantenimiento de la implementación de la calidad. Ello, en gran medida debido a que al cumplirse 1 año de la certificación del Referencial el IRAM, conforme sus normas, realiza una auditoría de mantenimiento anual a las UAIs para corroborar la vigencia y funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad y, a los 3 años, se ejecuta una auditoría de recertificación completa de dicho Sistema.

### **2.2.3. Análisis de la Herramienta**

Habiéndose descripto el contexto político e institucional en el que se produjo el proceso de implementación y certificación del Referencial junto a los resultados alcanzados al mes de mayo de 2018, ahora se procederá a analizar la herramienta en la dinámica de su implementación.

De un primer análisis apriorístico surgen tres cuestiones que resulta importante observar y destacar: una de naturaleza conceptual, una de naturaleza metodológica y otra relacionada a las facultades, competencias y atribuciones propias de las UAIs.

- 1) La primera cuestión de naturaleza conceptual y de carácter extrínseca al Referencial, surge de entender y establecer que la implementación de la calidad y la certificación de la misma están inexorablemente unidas cuando, de acuerdo lo relevado y conforme lo manifestado por los entrevistados y consultado a expertos de la materia, si bien la certificación puede ser entendida como un paso

---

<sup>91</sup> Entrevista con la responsable de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

deseable, no necesariamente es excluyente para dotar a las UAIs de mayor calidad a sus procesos, productos y servicios.

Crear que certificación e implementación son sinónimos es un error. Una UAI puede no estar certificada formalmente pero haber adoptado exitosamente los propósitos y requisitos del Referencial, y a la inversa, haber costeado la certificación pero disponiendo recursos (humanos y de tiempo) para maquillar de calidad su sistema de gestión sin haber incorporado sus principios y fundamentos y asumido un verdadero compromiso con la mejora continua de sus procesos.

- 2) Al momento de estudiar el Referencial y analizar la estrategia para la implementación de los requisitos establecidos en el *punto 7 Realización del Producto* se detectó un problema de carácter metodológico e intrínseco a la herramienta, toda vez que se fijan procedimientos y requisitos en el *punto 7.2.2 Ejecución de la auditoría* que en virtud de las Fases o Etapas de Auditoría generalmente aceptadas, y que se encuentran plasmadas en el propio Manual de Auditoría Interna que compone el Manual de Control Interno de la SGCBA<sup>92</sup> (vinculante para las UAIs) y en otros Manuales relevantes, tal como el Manual de Control Interno Gubernamental de la SIGEN, serían propias del *punto 7.2.1 Planificación global/operativa de la auditoría*. Específicamente, dichos requisitos son los desarrollados en el *punto 7.2.1.1.b*, el cual a continuación se traduce de forma textual, dirigidos a relevar la información referida a:

*1. evaluación del Sistema de Control Interno (metodología COSO), incluyendo:*

*- ambiente de control,*

*- actividades de control,*

*- riesgos,*

---

<sup>92</sup> La SGCBA, en su vigésimo aniversario de creación y funcionamiento, presentó en el año 2016 la reedición del Manual de Control Interno que compila e incluye entre otros apartados: - las Normas éticas aplicables para los funcionarios y agentes de la Sindicatura General y de las Unidades de Auditoría Interna; - el Manual de Auditoría Interna; - el Manual de Políticas de la Calidad; - el Manual de Análisis de Riesgos; - el Manual de Seguridad de la Información; - Modelos de Control Interno. Ver: <http://www.buenosaires.gob.ar/sindicatura/manual-de-auditoria>

- *información y comunicación,*

- *supervisión y monitoreo;*

2. *análisis de riesgos:*

- *inherentes,*

- *de control,*

- *de no detección;*

3. *identificación de áreas críticas;*

4. *identificación de los puntos de control;*

*Deben conservarse los registros del relevamiento realizado.*

La falta de armonía entre el Manual de Auditoría Interna y el Referencial se presenta como una disyuntiva para las UAIs al momento de abordar los propios procedimientos de auditoría y cumplimentar concomitantemente con los requisitos de calidad, dado que el Manual es de carácter vinculante para las Unidades y, desde septiembre de 2016, el Referencial también lo es. Esto hace que resulte necesaria la intervención de la SGCBA para dirimir y subsanar la situación descripta con la premura del caso.

- 3) Las UAIs tienen una doble dependencia: jerárquica/presupuestaria de la máxima autoridad del Organismo y técnica/funcional de la SGCBA. Esta situación conlleva a que el cumplimiento de una serie de requisitos establecidos en el Referencial no estén al alcance de las UAIs de forma plena y directa.

Conforme lo relevado, los recursos para lograr la implementación y certificación del Referencial dependían de las UAIs y éstas, al no ser unidades ejecutores de su presupuesto, dependen de quienes son sus auditados para definir una cantidad de cuestiones estipuladas en el Sistema de Gestión de la Calidad<sup>93</sup>. De hecho, las UAIs debieron recurrir a las respectivas autoridades de los Organismos donde

---

<sup>93</sup> Entrevista con la UAI 1.

cada una de ellas opera para solicitar y gestionar los gastos de certificación de las distintas etapas del Referencial<sup>94</sup>. Ello quedó plasmado y evidenciado cuando cuatro UAIs no pudieron iniciar o continuar el proceso de implementación y certificación del Referencial debido a que no contaban con la anuencia de las máximas autoridades de sus Jurisdicciones/Entidades.

Por otra parte, existen requisitos y cuestiones que se desprenden de los *Capítulos 9 Seguridad de la Información* y *10 Gestión Ambiental* cuyos cumplimientos en muchos casos no dependen las UAIs sino que se relacionan con: 1) la existencia de un proveedor externo, 2) con un conjunto de recursos humanos, técnicos y tecnológicos que no siempre se encuentran al alcance de las UAIs<sup>95</sup> y 3) otros derivados de la gerencia general de los edificios y/o de las infraestructuras donde se encuentran ubicadas físicamente las UAIs<sup>96</sup>.

En todos esos casos las únicas acciones que quedan al alcance de las UAIs, para lograr satisfactoriamente el cumplimiento de los requisitos de calidad, es el impulso o la gestión de los mismos ante las áreas y/o Autoridades competentes de cada Organismo auditado.

No obstante ello, al momento de definir el *Anexo IV Etapas de implementación* del Referencial se tuvieron en cuenta estas cuestiones y se elaboró en miras de que en las primeras etapas se establezcan requisitos que sí estuvieran al alcance de las UAIs poder ser resueltos de forma plena y directa, con el fin de alentar e impulsar el inicio del proceso de certificación del Referencial<sup>97</sup>.

#### **2.2.4. Un nuevo contexto para la Herramienta**

Desde el lanzamiento del Referencial se produjeron tres situaciones que modificaron el contexto organizacional de las UAIs: una vinculada a los productos a ser elaborados, otra en relación a la responsabilidad frente a los Comités de Control y la última en relación a la plataforma y sistema en que deben operar dichas Unidades.

---

<sup>94</sup> Entrevista con la UAI 3.

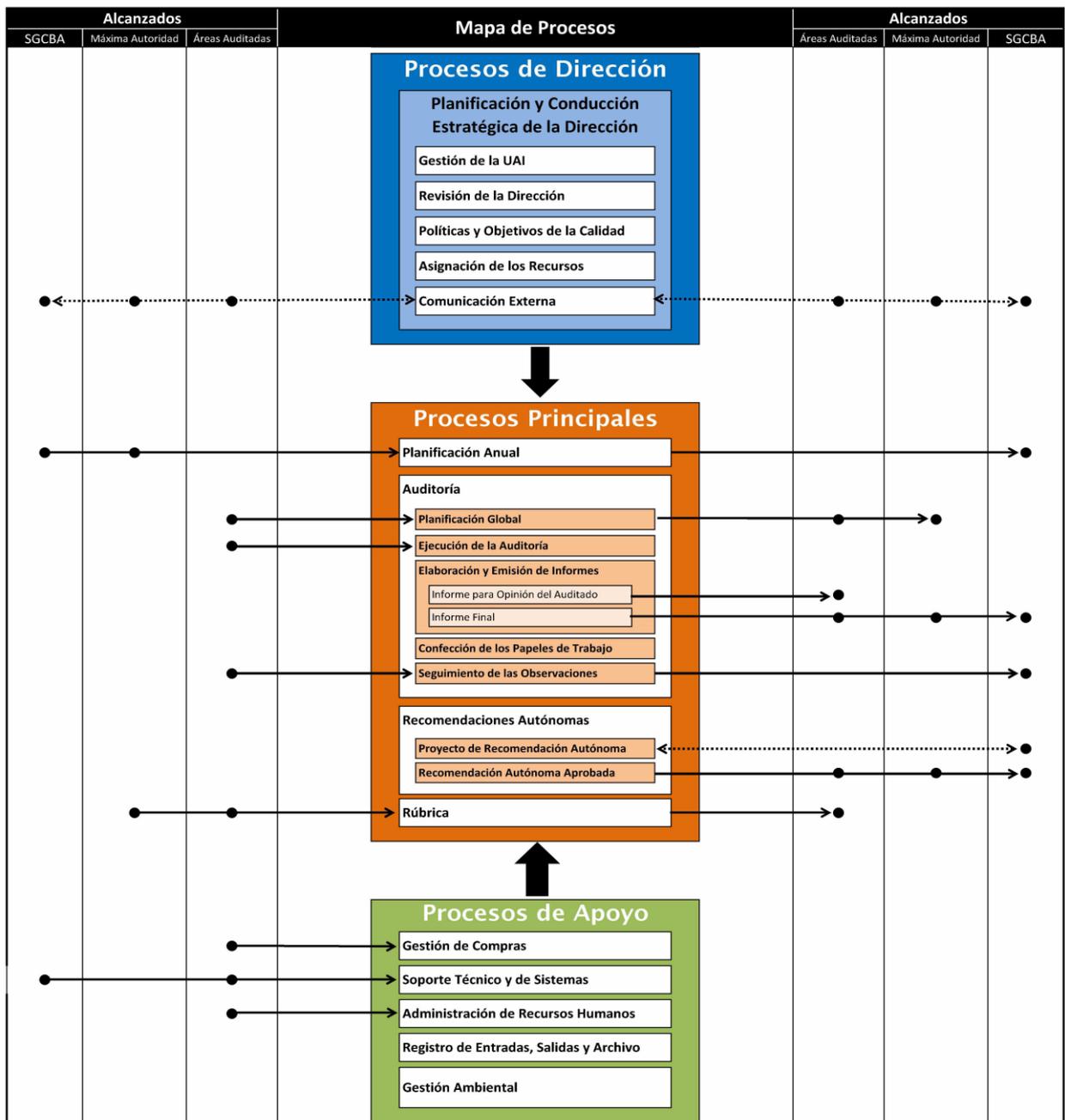
<sup>95</sup> Entrevista con la responsable de la Subgerencia Operativa de Gestión de Calidad de la SGCBA.

<sup>96</sup> Entrevista con la UAI 1.

<sup>97</sup> Entrevista con la UAI 1.

La primera data del mes de mayo de 2014, días después de lanzado el Referencial, y refiere a un nuevo proceso y consecuente producto a ser emitido por las UAIs: las Recomendaciones Autónomas. Para una mejor comprensión y entendimiento, en el Gráfico 8 se expone el Mapa de Procesos genérico de las UAIs, en virtud del funcionamiento de las mismas.

Gráfico 8. Mapa de Procesos de las UAIs



Fuente: Elaboración propia en virtud del análisis de los relevamientos efectuados en las UAIs.

De este modo, mediante la Circular N° 3-SGCBA/14, de fecha 23 de mayo de 2014, la SGCBA facultó a las UAIs de todas las Jurisdicciones, Organismos y Entes del Poder Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad a implementar el uso de las Recomendaciones Autónomas como una nueva herramienta de control interno y suministro de información a efectos de mejorar y profundizar el Control Interno dentro de cada uno de los órganos de la Administración.

Esto significa que a los Productos: Planificación Anual, Auditoría y Rubrica, estipulados en el *Capítulo 7* del Referencial, debieran sumarse a la Recomendación Autónoma<sup>98</sup>.

Máxime que conforme surge de la propia Circular N° 3-SGCBA/14, con miras a contribuir al mejoramiento de la gestión pública, la SGCBA entiende que resulta conveniente fomentar la utilización de las Recomendaciones Autónomas por parte de las UAIs.

La segunda situación se produjo producto de la emisión de la Resolución Conjunta N° 3-MJGGC-SGCBA/16, firmada entre la Sindicatura General y la Jefatura de Gabinete de Ministros, que estableció la creación en cada una de las Jurisdicciones del Poder Ejecutivo de la CABA, de los Comités Ministeriales de Control Interno<sup>99</sup> y deroga la Resolución Conjunta N° 60-MJGGC-SGCBA/10 que creaba a los Comités de Control Interno.

La principal modificación entre una Resolución y otra, más allá de la denominación del Comité, radica en la designación del Secretario Titular del mismo<sup>100</sup>. Mientras que en la Resolución Conjunta N° 60 establecía que sería un funcionario de la

---

<sup>98</sup> El procedimiento para la confección de las Recomendaciones Autónomas está reglamentado por la Resolución N° 12-SGCBA/16 y la Circular N° 1-SGCBA/16 -y su modificatoria Circular N° 2-SGCBA/16-.

<sup>99</sup> El Comité Ministerial de Control Interno es un órgano colegiado creado para entender en temas específicos del Sistema de Control Interno y estará integrado principalmente por: a) El/la Síndico/a General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quien presidirá el Comité; b) El Ministro o la máxima autoridad de la Jurisdicción; c) El Titular de la Unidad de Auditoría Interna de la Jurisdicción; d) un Secretario titular del Comité. Es una herramienta dirigida a fortalecer el Sistema de Control Interno de las organizaciones ya que otorga respaldo institucional a la tarea que en este sentido realizan las autoridades ejecutivas de las organizaciones, las Unidades de Auditoría Interna y la Sindicatura General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, el Comité proporciona a las máximas autoridades responsables del control interno, un espacio de interconsulta y un ámbito donde podrán canalizar las propuestas, inquietudes y el plan para el mejoramiento y fortalecimiento presupuestario, contable, financiero, patrimonial, legal y de gestión, de las distintas áreas operativas de la organización, y en especial de aquellas que presenten puntos críticos. Asimismo, el Comité será el ámbito donde podrán interactuar y coordinar actividades, los distintos integrantes del Sistema de Control Interno buscando evitar la superposición o reiteración de procedimientos con miras a obtener la optimización de los mismos.

<sup>100</sup> Responsable de convocar a las reuniones ordinarias y de elaborar y distribuir el temario a todos los miembros y participantes de la reunión -con un mínimo de diez (10) días hábiles antes de la misma- que deberá contener una síntesis de los temas a tratar y un listado de aquellas personas convocadas a participar. A su vez es el encargado de remitir las Actas de las reuniones a todos los miembros del Comité dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la realización de las mismas.

organización designado en acuerdo entre el máximo responsable ejecutivo y el Titular de la UAI, la Resolución Conjunta N° 3 dispone que debe ser un funcionario de la SGCBA designado por el/la Síndico/a General.

Ello implica indirectamente un cambio en el *punto 5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN* del Referencial, específicamente en el segundo ítem del requisito b) del *punto 5.3 Comunicación externa*, donde se explicita que es un deber de la Dirección de la UAI coordinar el Comité de Control, y en el segundo ítem del requisito c) del mismo punto donde se establece que la Dirección de la UAI debe coordinar las reuniones y agenda del Comité de Control.

La tercera situación se dio a partir de lo normado por la Resolución N° 191-SGCBA/16, de fecha 3 de noviembre de 2016, donde la SGCBA estableció para las UAIs de cada una de las Jurisdicciones y Entidades dependientes del Poder Ejecutivo de la Ciudad, el uso obligatorio del Sistema Integral de Gestión y Control Interno (SIGECI), a partir del 1° de enero de 2017, convirtiéndose dicho Sistema en un nuevo requisito reglamentario para las UAIs.

Conforme sostienen los considerandos de dicha Resolución, en el marco del Plan de Modernización de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad (creado en 2009 por medio la Ley N° 3.304) la SGCBA desarrolló el “*Sistema Integral de Gestión y Control Interno*” (SIGECI) como un instrumento idóneo a fin de integrar la debida información para el monitoreo continuo de la gestión y del Sistema de Control Interno; entendiendo necesario que las UAIs cuenten con dicho instrumento, con el objetivo de informatizar, automatizar y despapelizar todos los productos que se elaboran en ellas.

En consecuencia, se aprobó el Manual de Usuario Sistema Integral de Gestión de Control Interno SIGECI<sup>101</sup> - MÓDULO UAI, y se estableció el uso obligatorio de este Sistema en las UAIs, con el fin de fortalecer el cumplimiento de sus responsabilidades. Cabe señalar que la administración y soporte técnico del SIGECI se encuentra en cabeza de la SGCBA.

---

<sup>101</sup> Cuya última versión se encuentra aprobada por la Resolución N° 41-SGCBA/18.

En suma, estas tres situaciones hicieron que se modifique la planificación y ejecución de los procesos y procedimientos llevados a cabo por las UAIs en relación al escenario en el cual se pensó y confeccionó en primera instancia el Referencial.

Este nuevo contexto amerita y hace necesario una revisión del Referencial con el fin de incluir a las Recomendaciones Autónomas como nuevo producto -tal como se advierte en el Gráfico 8. Mapa de Procesos de las UAIs expuesto precedentemente-, rever la responsabilidad sobre la coordinación del Comité Ministerial de Control Interno e incorporar al SIGECI como plataforma de operaciones de las UAIs.

### **2.2.5. Potenciales riesgos de una mala implementación**

Sobre la base de las experiencias relevadas en las UAIs, se pueden identificar cuatro situaciones, las cuales pueden darse a la vez o bien por separado, que van en detrimento de un eficaz proceso de implementación del Referencial, a saber:

1) *Doble estándar, es decir, trabajar para el Referencial en vez que el Referencial trabaje para la UAI.*

Esto es que las UAIs pueden caer en la tentación de seguir funcionando y operando como *siempre y de costumbre* y, por otro lado, generar circuitos administrativos y procedimientos paralelos en línea con los requisitos y pautas que establece el Referencial, que auspicien de *fachada* ante la genuina implementación de la calidad.

Este doble estándar conlleva a una duplicidad de las tareas y a un esfuerzo desgastante para el personal de las UAIs dado que continúan trabajando tal y como lo venían haciendo previo a la emisión del Referencial y, a su vez, deben elaborar y ejecutar nuevos procedimientos, en virtud de lo dispuesto en los requisitos y propósitos de la nueva herramienta.

Esta disociación entre la gestión real de la UAI y la adopción auténtica y consiente de la calidad, es uno de los principales problemas y obstáculos que pueden encontrarse para la efectiva implementación de la calidad, que pueden impactar en un

desgaste crónico de las capacidades de la UAI en vez de fomentar el desarrollo de nuevos conocimientos y habilidades.

*2) Extrema burocratización de los procesos.*

En el intento de querer cumplimentar taxativa y acabadamente con lo establecido por el Referencial las UAIs, por desconocimiento y/o falta de capacitación, pueden conducirse hacia la creación de procesos y procedimientos internos por demás detallados y rígidos que pueden volver lento y tedioso cualquier tipo de accionar, dedicando excesivos recursos (humanos y de tiempo) en la elaboración de un gran cúmulo de documentos escritos, manuales o instructivos (aunque no sea condición *sine qua non* que las UAIs posean *a priori* un Manual de Procedimientos propio para la implementación del Referencial) en detrimento de una efectiva implementación de la calidad.

No obstante, ello estará íntimamente relacionado con el tamaño y estructura organizacional de cada UAI. Es una relación directamente proporcional: mientras más grande sea la UAI más necesario y beneficioso será a los fines de su gestión contar con una mayor cantidad de procesos y procedimientos documentados que pueden compilarse en un Manual. Pero ahora bien, dicho Manual debería reflejar como deben ejecutarse los procesos y procedimientos con los requisitos de calidad previstos en el Referencial incorporados, y hacerlo de forma clara, simple y precisa, y con la capacidad de ser un instrumento flexible de gestión adaptable a posibles cambios del contexto y a actualizaciones normativas. De lo contrario se corre el riesgo de generar procesos e instrumentos que deriven en una administración ineficiente por el incremento de papeleo y formalidades y la calidad, bien entendida, debe simplificar, agilizar y reducir los tiempos de la gestión, no ralentizarla o burocratizarla.

*3) Concentración de saberes y responsabilidades.*

La Circular N° 4-SGCBA/16, referida al Proceso de Certificación del Referencial IRAM N° 15, instruyó que las UAIs debían: *“Integrar un equipo de trabajo encargado de la obtención e implementación de dicha Certificación en la jurisdicción o entidad correspondiente”*, y a su vez *“Designar entre las personas del equipo de trabajo a un responsable de dar seguimiento al proceso de Certificación, quien deberá*

*además asistir a las reuniones de asesoramiento semanal que se celebrarán a tal efecto”.*

Si dichas pautas no son inteligentemente dirigidas, planificadas y desarrolladas por la Dirección, puede suceder que dentro de la UAI se conforme un *gueto de la calidad* que concentre los conocimientos teóricos y prácticos del proceso de implementación del Referencial y, que a su vez, tenga que sobrellevar exclusivamente la carga y todas las responsabilidades del éxito o fracaso de dicho proceso, en detrimento de los principios y fundamentos que sustentan a la calidad que descansan en la comprensión y la participación activa de todos los integrantes de la organización.

Este no es un tema menor si se tiene en cuenta que, según expertos en la materia, el proceso de implementación de un sistema de gestión de la calidad en una organización es posible si al menos un 70% del personal se siente participe, comprometido e involucrado. De allí surge la necesidad de empoderar<sup>102</sup> a los miembros de las UAIs.

En el marco de la presente Tesis, se entiende que empoderar a los recursos humanos es una tarea fundamental de la Dirección de las UAIs y, mínimamente, debería basarse en las siguientes acciones: 1) capacitar al personal sobre los principios, fundamentos y términos sobre el que se basa el concepto de calidad, haciendo énfasis en sus atributos y en los beneficios que trae aparejado para la gestión y la labor que ellos realizan diariamente, con el fin de fortalecer sus conocimientos y habilidades; 2) instruir a la totalidad del personal en el manejo del Referencial con el propósito de brindarles las herramientas necesarias para implementarlo eficazmente y de reconocerse -a la luz del mismo- en sus acciones y labores cotidianas, a fin de propiciar una mayor adhesión a las políticas de calidad; 3) otorgar a cada miembro de la UAI un rol específico en el proceso de implementación del Referencial y, a su vez, dentro del sistema de gestión de la calidad, fomentando tanto el involucramiento individual como el trabajo en equipo; y

---

<sup>102</sup> La palabra, como tal, es un calco que proviene del inglés, deriva del verbo to empower, que en español se traduce como “empoderar”, del cual a su vez se forma el sustantivo empoderamiento. En forma genérica como empoderamiento se conoce el proceso por medio del cual se dota a un individuo, comunidad o grupo social de un conjunto de herramientas para aumentar su fortaleza, mejorar sus capacidades y acrecentar su potencial, todo esto con el objetivo de que pueda mejorar su situación social, política, económica, psicológica o espiritual. Empoderar, pues, significa desarrollar en una persona la confianza y la seguridad en sí misma, en sus capacidades, en su potencial y en la importancia de sus acciones y decisiones para afectar su vida positivamente.

4) efectuar periódica y sistemáticamente reuniones plenarias y por grupos de trabajo para que los miembros de la UAI presenten ideas, aportes, mejoras y se registren en minutas los avances del proceso de implementación y mantenimiento de los requisitos del Referencial, alentando la participación y el protagonismo dentro del proceso.

En este sentido, designar a dueños de procesos y procedimientos, distribuyéndolos entre la mayor cantidad posible de integrantes de las UAIs que ostenten la responsabilidad del diseño, ejecución y registración de los mismos, junto a la coordinación y asistencia del Equipo de Calidad y la supervisión y monitoreo de los resultados por parte de la Dirección, surge como una buena práctica que podría subsanar este potencial riesgo y, a su vez, fomentar un mayor involucramiento, empoderamiento y aprendizaje de todo el personal de la Unidad en torno a la implementación y mantenimiento del Referencial.

#### *4) Delegación exagerada por parte de la Dirección.*

La Dirección de la UAI puede delegar la función de administrar el sistema de control de la calidad a una persona o personas con experiencia suficiente y apropiada (Norma ISSAI 40, 7) pero lo que no puede es deslindar su responsabilidad al respecto.

Si bien la delegación de tareas *per se* es una de las virtudes de un liderazgo efectivo cuando se ejerce con responsabilidad, no es menos cierto que cuando la delegación alcanza niveles exagerados y muta en el desentendimiento del proceso ella se puede transformar en un vicio que afecte la correcta implantación de la calidad.

La UAI debe establecer políticas y procedimientos diseñados a promover una cultura interna reconociendo que la calidad es esencial en el desempeño de los trabajos. Estas políticas y procedimientos deben ser establecidos por la Dirección de la UAI, quien retiene la responsabilidad total del sistema de control de la calidad (Norma ISSAI 40, 6).

La exagerada delegación se produce cuando la Dirección tiene un bajo nivel de compromiso y no ha comprendido el significado de la calidad gubernamental por lo cual tiende a desentenderse del proceso de su implementación en la UAI. Según lo relevado, en estos casos la calidad suele ser percibida como algo *ad hoc* ajena a la gestión diaria

de la UAI y que debe ser instrumentada al sólo efecto de cumplimentar con un mandato de la SGCBA<sup>103</sup> (materializado a través de la Circular N° 4-SGCBA/16), en vez de basarse en un entendimiento y convencimiento de los beneficios que la misma trae aparejada para el desempeño y gestión de la Unidad.

Este potencial riesgo se presenta como uno de los más peligrosos si consideramos que la Dirección de la UAI es la mayor responsable y la única que detenta la autoridad suficiente y necesaria para persuadir, dirigir e impulsar el proceso de implementación del Referencial.

Como el punto anterior, este tipo de delegación colisiona con los principios de la calidad y atenta contra su genuina y efectiva implementación.

#### **2.2.6. Los beneficios de la Calidad**

La convergencia del sistema de gestión real de la UAI y el sistema de gestión de la calidad en un sistema único es el principal desafío y a la vez el mayor éxito de la implementación del Referencial. Si ambos sistemas se mantienen disociados y trabajando cada uno por separado la certificación del proceso de implementación será sólo un *sello* vacío de contenido, y los beneficios esperados de la calidad distaran largamente de los efectivamente alcanzados.

Pero si la UAI consigue consolidar gestión y calidad en un único sistema de trabajo ello traerá aparejado una serie de potenciales beneficios, tales como: incremento del valor para los alcanzados; incremento de la satisfacción de los alcanzados; mejora de la relación e interacción con los alcanzados; aumento de la eficacia y eficiencia al cumplir con los objetivos de la UAI; mejora en la coordinación de los procesos mediante la adopción de un enfoque sistémico de la gestión de la UAI; mejora en la comunicación entre los niveles y miembros de la UAI; desarrollo y mejora de la capacidad de la UAI y del personal para entregar los resultados deseados y esperados en un tiempo oportuno; mejora de la comprensión de los objetivos de la UAI por parte del personal y aumento de la motivación para alcanzarlos; aumento de la participación del personal en las actividades de mejora de la UAI; aumento en el desarrollo, iniciativa y creatividad del personal; aumento de la satisfacción del personal y mejora del clima

---

<sup>103</sup> Entrevista con la UAI 2.

laboral de la UAI; aumento de una actitud pro activa en el personal; aumento de la confianza y colaboración entre los miembros de la UAI; aumento de la atención a los valores compartidos y la cultura e identidad de la UAI; aumento de la capacidad de centrar los esfuerzos en los procesos clave y en las oportunidades de mejora; resultados coherentes y previsibles mediante un sistema de procesos alineados; optimización del desempeño mediante la gestión eficaz de los procesos y el uso eficiente de los recursos; posibilidad de que la UAI proporcione confianza a los alcanzados en lo relativo a su coherencia, eficacia y eficiencia; mejora del desempeño de los procesos, de las capacidades de la UAI y de la satisfacción de los alcanzados a partir de la adopción de la lógica de la mejora continua; mejora del enfoque en la investigación y la determinación de la causa raíz, seguido de la prevención y las acciones correctivas; aumento de la capacidad de anticiparse y reaccionar a los riesgos y oportunidades internas y externas; mayor atención a la mejora progresiva como a la mejora abrupta; mejor uso del aprendizaje para la mejora en virtud del registro de los eventos y hallazgos relevantes acontecidos en la UAI; aumento de la promoción de la innovación; mejora de los procesos de toma de decisiones basada en hechos; mejora de la evaluación del desempeño de los procesos y de la capacidad de lograr los objetivos; mejora de la eficacia y eficiencia operativas; aumento de la capacidad de revisar, cuestionar y cambiar de opiniones y decisiones; aumento de la capacidad de demostrar la eficacia de las decisiones previas; entendimiento común de los objetivos y valores entre los alcanzados y demás partes interesadas; aumento de la capacidad de crear valor para los alcanzados y demás partes interesadas; desarrollo de una cadena de suministros bien gestionada que proporciona un flujo estable de productos y servicios; aumento del prestigio de la UAI y de la Jurisdicción en la que se desempeña; aumento del reconocimiento de los pares.

Hacer foco en estos beneficios establecidos en el Referencial y trabajar en su comunicación y divulgación, puede ser una útil estrategia para motivar e incentivar a las Direcciones de las UAIs, junto al resto del personal, para que adopten por convicción y no sólo por obligación el Referencial, lo cual podría repercutir positiva y efectivamente en los resultados y desempeño de la gestión de dichas Unidades.

### 2.2.7. Términos asociados a la implementación de la Calidad

A partir del relevamiento de las experiencias de adopción del Referencial en las UAIs, surgieron los siguientes términos asociados a la implementación de la calidad que resultan relevantes destacar, entender y exponer como forma de evidenciar su desarrollo y aplicación:

**Registro:** el Referencial define al registro como el documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Los registros pueden ser generados por la UAI o proporcionados por los alcanzados y/o partes interesadas<sup>104</sup>.

La calidad promueve la cultura de documentar la información y dentro de ello está el registro. Conforme lo consultado a expertos en la materia, sin registro no hay calidad, toda vez que de otra manera el enfoque basado en hechos para la toma de decisiones difícilmente se podría aplicar y la evaluación y mejora continua no tendrían sustento sobre el cual retroalimentarse.

En este sentido, el registro de datos en documentos para consignar eventos, hallazgos y oportunidades de mejora permitirá nutrir y mejorar el sistema de gestión y la etapa de Revisión por la Dirección de las UAIs.

Ahora bien, el beneficio del registro no sólo aplica sobre los datos duros sino también sobre las personas. Como ya se ha mencionado, la calidad (en tanto principio y método) interpela e invita a que los funcionarios *registren* e internalicen de forma consciente qué hacen y para qué lo hacen en vistas de hacerlo mejor cada día.

**Trazabilidad:** entendida como la capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración. El enfoque basado en procesos propiciado por la calidad permite seguir la evolución y desarrollo de los productos en cada una de sus etapas. Esta posibilidad de mirar por el espejo retrovisor para verificar y controlar como se elaboraron las Planificaciones Anuales, los Informes de Auditoría y el servicio de Rubrica, en virtud del análisis de los procesos y

---

<sup>104</sup> El Referencial amplía esta definición con una Nota que indica que los registros pueden utilizarse, por ejemplo, para documentar la trazabilidad y para proporcionar evidencia de verificaciones, no conformidades, etc.

procedimientos involucrados, otorga un importante avance en la gestión y monitoreo de las UAIs.

En suma, es la capacidad de repasar la trayectoria y el camino seguido por cada producto y servicio, lo que permite conocer de dónde vienen sus componentes, cuáles son los procesos y procedimientos que se le aplicaron y cómo se concreta la entrega de los mismos a los alcanzados. Esto posibilita mejorar la calidad del producto y de los servicios y aumentar el valor brindado a los destinatarios finales.

**Previsibilidad:** entendida como la estimación de la exactitud de nuestra previsión. La calidad aporta un alto grado de previsibilidad en relación a la ejecución de los procesos y la elaboración de los productos y servicios de las UAIs, en virtud de estar previamente estipulado los requisitos que deben cumplimentarse para la realización de los mismos.

Ello redundará a su vez en aumentar la certeza de las operaciones desarrolladas y repercutirá positiva y significativamente en los niveles de confianza del sistema de gestión de las UAIs.

**Reingeniería:** la adopción de la calidad conlleva repensar los procesos implicados para la elaboración de los productos y servicios de las UAIs y los enfoques sobre los cuales se encara el trabajo desde una mirada sistémica. En este sentido el Referencial es una herramienta útil que permite identificar claramente los aspectos sobre los cuales debe apoyarse la gestión de las UAIs para la incorporación de la calidad.

De esta forma, el Referencial es un instrumento que facilita la reingeniería de los procesos sobre un enfoque sistémico de la gestión dotándolos de simplicidad, agilidad, transparencia y calidad mediante el cumplimiento de los requisitos estipulados en el Referencial.

La reingeniería debe inscribirse en una matriz de funcionamiento global e integral de las UAIs, que permita entender la relación y conexión de todos los procesos (de Dirección, Principales y de Apoyo) de forma lógica y coherente con el objeto de

optimizar y eficientizar la operatividad y el cumplimiento de las funciones y responsabilidades de las Unidades.

**Parametrización:** es decir, asignar valores a los principales parámetros de las UAIs mediante la creación y utilización de indicadores de desempeño/gestión que permitan medir, monitorear y evaluar los resultados esperados con los efectivamente alcanzados.

Principalmente, dichos indicadores deben suministrar información sobre los resultados a alcanzar o alcanzados en la entrega de productos (bienes y/o servicios) generados o adquiridos por las UAIs; estos indicadores pueden abarcar las dimensiones cuantitativas y cualitativas de ese logro o resultado. La definición de los mismos resulta clave para trazar una línea de base, definir metas y realizar un seguimiento objetivo sobre la evolución de la mejora continua de las UAIs.

Un ejemplo de indicadores son los expuestos en el Anexo II del Referencial, a saber: porcentajes de áreas auditadas por plazos o períodos determinados; desarrollo de la capacitación de auditores internos (cantidad de actividades, horas por persona); cantidad de versiones del proyecto de informe; porcentaje de cumplimiento de auditorías planificadas y requeridas; nivel de satisfacción de los alcanzados; desvíos injustificados en los plazos estipulados en la planificación anual; porcentaje de planes de mejora presentados en tiempo y forma; grado de regularización de observaciones sobre el total de observaciones pendientes, diferenciando niveles de riesgo; procesos auditados de un área determinada en relación al total de procesos de un área determinada; grado de aplicación de las recomendaciones formuladas por la UAI (aplicable a observaciones regularizadas); porcentaje de incidentes de seguridad de la información no tratados; cantidad de informes emitidos por año y por tipo de auditoría.

En conclusión, el proceso de implementación del Referencial obliga a conocer no sólo los requisitos sino a interpretarlos para su aplicación eficaz. En esto se destaca cómo los integrantes de la UAI de manera paulatina van comprendiendo los enfoques, los requisitos y la **terminología** de la gestión de la calidad. Esta autoformación basada en la praxis resulta muy útil particularmente para las UAIs que en sus Organismos tienen bajo su control áreas que han logrado una certificación bajo la Norma ISO 9001.

### **CAPÍTULO III**

#### **REFLEXIONES Y ESTRATEGIAS DE INSTRUMENTACIÓN DE LA CALIDAD**

##### **3.1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA? - UNA SEGUNDA REFLEXIÓN**

El planteo general del problema de la presente Tesis surgió en un inicio de la pregunta: ¿qué interrelación existe entre los Sistemas de Administración Financiera/Gestión, de Control Interno y de Gestión de la Calidad?

Empero, al ensayar una respuesta el interrogante derivó en sí es apropiado hablar de la calidad como un sistema en sí mismo o bien es mejor abordarla desde una doble acepción/dimensión: cómo *principio* y cómo *método*, en el marco de los Sistemas de Administración Financiera/Gestión y de Control Interno, conforme la definición de calidad en la gestión pública que adopta la CICGP, a saber:

*“La Calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer progresivamente las necesidades y expectativas de la ciudadanía, al servicio público, con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.*

*La calidad en la gestión pública debe medirse en función de la capacidad para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la Administración Pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad”.*

A partir de esa definición se entiende que así como el *Control Interno* es un proceso integrado a los procesos propios de la *Administración Financiera/Gestión*, y no un conjunto de pesados mecanismos burocráticos añadidos a los mismos efectuado por los niveles directivos de la organización y el resto del personal, la *Calidad* -en tanto *principio* y *método*- debería ser entendida como inherente a los procesos y productos

que emanen de los Sistemas de Administración Financiera/Gestión y del Control Interno, y no como un sistema independiente de ellos.

De esta forma, la calidad no sería un Sistema en sí mismo, ajeno o ad hoc de los Sistemas de Administración Financiera/Gestión y de Control Interno, sino una cualidad/atributo de ellos que debe impregnarlos en todos sus componentes, procesos, procedimientos y productos/servicios, a partir de interpretar a la *calidad* como *principio rector* y *método de acción*.

Como sostiene la Norma ISSAI 40: “Para que un sistema de control de calidad sea efectivo, necesita ser parte de la estrategia, cultura, políticas y procedimientos de cada EFS [o UAI] (...) De esta manera, la calidad es incluida en el desempeño del trabajo y los reportes de cada EFS [o UAI], en vez de ser un proceso adicional una vez que el reporte es producido” (Norma ISSAI 40, 3).

Además, definir a la calidad sólo como un sistema no resultaría tan acertado si se tiene en cuenta que la misma surge en la Administración Pública como un adjetivo calificativo de los bienes y servicios producidos por el Estado (frente a la demanda de los ciudadanos), no como un sustantivo en sí mismo, toda vez que la finalidad del Estado no es la calidad *per se* sino la producción de bienes y servicios de calidad para la satisfacción de las necesidades y demandas sociales.

En virtud de ello, es posible abordar a la calidad en el ámbito de la Administración Pública en una doble dimensión: como *principio* (en el plano teórico/ideal) y como *método* (en el plano práctico/material).

Como *principio* entendiendo a la calidad como la idea fundamental que tiene que regir el pensamiento y la conducta de los funcionarios en su actitud cotidiana y en el cumplimiento de sus misiones, funciones y responsabilidades, en tanto cultura transformadora que tiende a la excelencia de la Administración Pública.

Así, se puede interpretar a la calidad como ese *ethos* que debería impregnar a la Administración Pública, presentándose como el conjunto de rasgos y modos de comportamiento que conforman el carácter e identidad del funcionario y de las organizaciones gubernamentales.

Como *método* concibiendo a la calidad como modo de obrar y proceder de los funcionarios frente a los procesos y procedimientos que son responsables de ejecutar, es decir, como estrategia específica de *cómo hacer* lo que deben hacer de forma de construir hábitos y costumbres virtuosas para alcanzar eficaz, eficiente y económicamente los fines y propósitos de la Administración Pública, conforme los objetivos, propósitos y principios desarrollados en la CICGP (expuestos en el Capítulo I).

Por ende, se puede considerar a la calidad como *praxis*. La *praxis* se hace presente cuando las ideas son experimentadas en el mundo físico para continuar con una contemplación reflexiva de sus resultados. Es un tipo de actividad práctica propia del hombre, que resulta objetiva y subjetiva a la vez y que permite que el ser humano transforme el medio en el cual opera y, por lo tanto, se transforme a sí mismo.

Entender a la calidad como *praxis gubernamental* permite comprender la necesidad de poner en práctica y en acción la dimensión ideal de la calidad, de modo de lograr que la misma pase a formar parte de la realidad concreta y de la experiencia viva de los administrados y administradores; traduciéndose en el método a través del cual se consigan plasmar en la dimensión material resultados tangibles y cuantificables sobre la base de los principios y fundamentos inherentes a la calidad, mediante la elaboración e implementación de proceso, procedimientos e indicadores de gestión que tiendan a garantizar razonablemente la excelencia de los productos y servicios brindados por el Estado, y la mejora continua de la Administración Pública<sup>105</sup>.

Hay que entender que los beneficios de la calidad son tangibles, medibles y parametrizables, no se encuentran únicamente en el plano ideal o abstracto. Por otra parte, a ello debe sumarse que hacer las cosas bien resulta a corto, mediano y largo plazo más económico que hacerlas mal (basta con medir los costos de la “*no calidad*”

---

<sup>105</sup> Una confusión que suele producirse es que lo intangible es inmedible directamente y que cualquier medición indirecta es poco confiable. ¿La fiebre del cuerpo humano es tangible? Cuando se dice que una persona tiene 39° C, ¿acaso no se está midiendo? Sin embargo, cuando se mide la fiebre, lo que realmente se hace es medir el cambio de volumen que experimenta una columna de mercurio, y ello proporciona una expresión cuantitativa de la temperatura a partir de una propiedad física del mercurio. Al realizar esta medición indirecta nadie podría sostener que no se está midiendo la fiebre o que esta medición no es confiable. Una medición no necesariamente tiene que basarse en escalas universalmente reconocidas para expresar resultados, como alternativa se pueden utilizar indicadores con escalas propias, que permitan -por ejemplo- comparaciones históricas las cuales son útiles para conocer grados de avances. Ahora bien, cuando se construyen escalas e instrumentos propios se debe: 1) validar su correlación con el hecho a medir y 2) mantener la coherencia entre mediciones (Indicadores de Calidad y Productividad - Marco Teórico. SIGEN, 2012).

para convencerse<sup>106</sup>), sin entrar en cuestiones legales, éticas o morales que puede acarrear la inobservancia de las leyes y normas en el quehacer del funcionario.

En efecto, para abordar la calidad no es necesario implementar un nuevo sistema sino redefinir los procesos específicos de la Administración Financiera/Gestión y el Control Interno en virtud de un nuevo enfoque, entendiendo que la calidad es endógena y no exógena a dichos procesos.

La *Administración Financiera/Gestión* y el *Control Interno* son dos caras de una misma moneda y la *Calidad* debe estar presente en ambas como fuerza catalizadora de la optimización de los procesos propios de cada una de ellas.

Por ello, la implementación de la calidad refiere, entonces, a cómo crear subjetivismo y adhesión más que a como restringir y reprimir conductas. Es decir, como se alienta entre los funcionarios conductas positivas hacia la calidad. *“La EFS [o UAI] debe esforzarse por lograr una cultura que reconozca y recompense el trabajo de alta calidad en la EFS [o UAI]”* (Norma ISSAI 40, 7).

En este punto *accountability* y *calidad* se conectan íntimamente. Mientras el control interno conlleva una especie de *“responsabilización”* de los agentes y *“(…) alude a una relación donde un sujeto es sometido por otros (u otros) a un proceso o exigencia puntual de rendición de cuentas, en función de compromisos u obligaciones*

---

<sup>106</sup> *“Los costos de no calidad no son más que el punto de vista pesimista de los costos de calidad como las ineficiencias o incumplimientos, los cuales son evitables, como por ejemplo: reprocesos, desperdicios, devoluciones, reparaciones, reemplazos, gastos por atención de quejas y exigencias de cumplimiento de garantías, entre otros. El ‘costo de la no calidad’, conocido también como el ‘precio del incumplimiento’ o el costo de hacer las cosas mal o incorrectamente. Se define como aquellas erogaciones producidas por ineficiencias o incumplimientos, las cuales son evitables, como por ejemplo: reprocesos, desperdicios, devoluciones, reparaciones, reemplazos, gastos por atención a quejas y exigencias de cumplimiento de garantías, entre otros. Por otra parte, otros incluyen a ambos bajo el concepto de costo de calidad. Los costos de no calidad se clasifican en costos tangibles e intangibles. Estos últimos se asocian por ejemplo con la pérdida de imagen”* (Barrios Junco, 2013). En este sentido cabe señalar que para el año 2018 uno de los nueve Objetivos Estratégicos delineamos por la SIGEN para la elaboración de su propia Planificación Anual y para las de las UAIs, refiere a la supervisión de las tareas efectuadas por las UAIs sobre los costos de la *“NO CALIDAD”*, para lo cual se indican como *Aspectos/Referencias* el relevamiento de las 10 acciones u omisiones que generan los mayores costos en los Organismos auditados. Y se define como *Resultado esperable en el mediano plazo* ejercitar en las UAIs la identificación de los costos de la *“NO CALIDAD”*, que frecuentemente subyacen en forma aparentemente oculta por la demora de la aplicación de una medida, reemplazos de equipos, etc., o en la simple omisión de una acción imprescindible que puede ser abordada por los recursos disponibles. La valorización económica de estos costos de la *“NO CALIDAD”* significa la necesaria estructuración de los costos internos dentro de los Entes, para que dicho desagregado posibilite evaluar en todo momento la *“NO CALIDAD”* de los actos y se convierta en un indicador necesario en el proceso de fortalecimiento institucional que requiere la incorporación en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el control por resultados. Para ello, se definen como *Acciones a incorporar en el Plan Anual SIGEN 1* elaborar Instructivos que incluyan mecanismos que alerten acerca de los costos ocultos (propios de la *“NO CALIDAD”*) por diversos motivos: generar tardíamente una adquisición, adquirir tecnología obsoleta, no generar una adquisición imprescindible para un proceso esencial disponiendo de presupuesto, tener sistemas, equipos nuevos durante meses/años sin instalarlos (todos estos casos y otros pueden contar con procesos de adquisición impecables desde la perspectiva jurídico-contable); 2) promover este enfoque en las UAIs y supervisar la ejecución de las tareas destinadas a identificar los costos de la *“NO CALIDAD”* en cada proyecto de auditoría componente del Plan Anual de Trabajo.

que el mismo adquiriera al hacerse cargo de alguna gestión (v.g., logro de ciertos objetivos o metas, resultantes de la aplicación de recursos)” (Moreno, 2014:19); la “*accountability* connota la obligación misma de rendir cuentas, voluntariamente asumida por el sujeto, sin necesidad de que medie la intervención de un tercero para exigirla” (Moreno, 2014:19). Al carecer la lengua castellana de un vocablo análogo, Oszlak propone “(...) la expresión de ‘responsabilidad’ por considerar que podría reflejar mejor el sentido del original, en tanto denota acción y objeto de responder, y no exigencia de que el sujeto lo haga, por más que el obligante pueda ejercer coerción por ello” (Moreno, 2014:19).

Por tanto, en términos del pensamiento kantiano la rendición de cuentas aparece en los conceptos de *accountability* y *responsabilidad* como un verdadero imperativo categórico, entendido como “*un mandato con carácter universal y necesario que prescribe una acción como buena de forma incondicionada, manda algo por la propia bondad de la acción, independientemente de lo que con ella se pueda conseguir. Declara la acción objetivamente necesaria en sí, sin referencia a ningún propósito extrínseco. Para Kant sólo este tipo de imperativo es propiamente un imperativo de la moralidad*” (Bömer, Moguillansky y Rimoldi, 2001:36).

Por ejemplo, si como agentes de la Administración Pública no hemos cometido una acción ilícita en el marco de nuestra función, nuestra conducta es conforme al deber (conforme al imperativo *no debes cometer ilícitos en la función pública*), pero si no hemos cometido un ilícito por temor a ser descubiertos y sancionados, el imperativo que hemos seguido es hipotético (*no debes cometer ilícitos si no quieres ser descubierto y sancionado*); sin embargo, si no hemos cometido un ilícito porque la acción de hacerlo es mala en sí misma, independientemente de si podamos ser descubiertos y sancionados o no, entonces nuestro imperativo es categórico.

De este modo, pasar del enfoque del control interno al enfoque de la *accountability* se presenta como un deseable salto cualitativo y, a su vez, un desafío que debe ser afrontado tanto por la Administración Pública como por la Sociedad en su conjunto, donde la calidad (en tanto *principio* y *método*) tiene mucho que aportar en el desarrollo y quehacer de los funcionarios.

Por otra parte, la calidad como método de acción, encuentra entre sus premisas fundamentales el tener bajo control los procesos de inicio a fin, y la auditoría interna (como un servicio a toda la organización) cumple un rol crucial en su función de examinar las operaciones realizadas y evaluar el sistema de control interno imperante, con el fin de coadyuvar a la mejora continua de la gestión las Jurisdicciones/Entidades.

Entonces, así como la calidad tiene implícita al control y el control es inherente a la gestión ahora de lo que se trata es de generar políticas e incentivos (tanto simbólicos como materiales) para que tanto los procesos como los productos de la *Administración Financiera/Gestión* y del *Control Interno*, estén impregnados de *Calidad*. Calidad en el marco del control interno conlleva que los productos de las UAIs sean de utilidad para los administradores/gestores (alcanzados/clientes) y cumplan con los atributos y requisitos a partir de las metas planificadas. Esta es la sinergia que debe motorizar la transformación de la *Administración Pública* y tender a optimizar sus resultados con la mira puesta en generar día a día una mayor legitimidad y valor público mediante la cabal satisfacción de las demandas, necesidades y expectativas de los receptores/clientes directos e indirectos de dichos productos (entendidos como bienes y/o servicios).

Dejar de hablar de los Sistemas de la Administración Financiera/Gestión y del Control Interno por un lado, y del Sistema de Gestión de la Calidad por el otro, es tal vez el primer paso para consolidar una verdadera reforma del Estado de cara a las necesidades y expectativas de los alcanzados/ciudadanos/clientes.

Lograr armonizar la *gestión estatal real* con la *gestión de la calidad* es la tarea que aparece en el horizonte próximo de las Administraciones para consolidar una verdadera *gestión pública de calidad*. Reparar y pensar en la compatibilidad y la complementariedad que detentan los conceptos de control interno y calidad, podría allanar el camino hacia aquel horizonte.

En suma, sobre la base del relevamiento efectuado -expuesto en el Capítulo II- y partiendo de la premisa de que la calidad en la Administración Pública no se impone sino que se construye y que ella conlleva un cambio cultural que debe darse tanto a nivel organizacional como personal, se plantean y desarrollan *tres estrategias* de instrumentación del Referencial -sobre la base de las Normas ISSAIs- de tal manera que

la calidad no sea percibida como un apéndice de la gestión/control sino como parte constitutiva de las mismas. Una *institucional* que persigue la consolidación del proceso de implementación del Referencial y su posterior mantenimiento a partir del compromiso formal de las Autoridades implicadas; una *pedagógica* dirigida a formar a la Dirección (y el resto del personal) sobre la calidad; y otra de *socialización* con el propósito de fortalecer e internalizar el cambio cultural que conlleva la calidad gubernamental a partir del intercambio de los aprendizajes y experiencias entre las UAIs.

Respaldo institucional (que garantice los recursos necesarios), liderazgo (mediante la formación y el desarrollo de habilidades de conducción efectivas para lograr la adhesión del personal a partir de técnicas de motivación y de incentivos) y conocimiento (a partir del intercambio de aprendizajes/experiencias y capacitaciones) se presentan como los términos de la ecuación sobre la cual descansa el éxito de una efectiva implementación de la calidad gubernamental, orientada a la optimización y legitimación del accionar estatal (ver Gráfico 9).

**Gráfico 9. Ecuación de la Calidad Gubernamental**



Fuente: Elaboración propia.

### 3.1.1. Estrategia Institucional

En la actualidad existe un andamiaje institucional provechoso para impulsar el proceso de implementación y mantenimiento de los requisitos del Referencial.

La Resolución Conjunta N° 3-MJGGC-SGCBA/16, firmada entre la Sindicatura General y la Jefatura de Gabinete de Ministros, estableció la creación en cada una de las Jurisdicciones del Poder Ejecutivo de la CABA de los Comités Ministeriales de Control Interno:

*“El Comité Ministerial de Control Interno es una herramienta dirigida a fortalecer el Sistema de Control Interno de las organizaciones ya que otorga respaldo institucional a la tarea que en este sentido realizan las autoridades ejecutivas de las organizaciones, las Unidades de Auditoría Interna y la Sindicatura General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.*

*“Para ello, el Comité proporciona a las máximas autoridades responsables del control interno, un espacio de interconsulta y un ámbito donde podrán canalizar las propuestas, inquietudes y el plan para el mejoramiento y fortalecimiento presupuestario, contable, financiero, patrimonial, legal y de gestión, de las distintas áreas operativas de la organización, y en especial de aquellas que presenten puntos críticos”.*

*“Asimismo, el Comité será el ámbito donde podrán interactuar y coordinar actividades, los distintos integrantes del Sistema de Control Interno (...)”.*

En este sentido el Comité Ministerial de Control Interno, por sus integrantes, propósitos y objetivos, se presenta como un espacio propicio para alentar la instrumentación de la calidad tanto en las UAIs como también en las diferentes Jurisdicciones y Entidades. Y permitiría asegurar a las UAIs que tienen los suficientes recursos disponibles para mantener el sistema de gestión de la calidad (Norma ISSAI 40, 7).

En el marco de la Teoría de los Juegos se puede decir que se está frente a un esquema o escenario institucional que permite y predispone a que se genere un ámbito

de negociación basado en la dinámica *ganar-ganar*, donde los intereses de todos los actores se encuentran atendidos.

De este modo, la Jurisdicción/Entidad podría demostrar la fortaleza interna de tener a su UAI certificada en calidad y su consecuente compromiso para con la calidad gubernamental y su Sistema de Control Interno<sup>107</sup>, tanto frente a sus superiores jerárquicos y demás Organismos del Estado como frente a la ciudadanía en general.

Por su parte, la Sindicatura General, al estar certificada bajo la Norma ISO 9001:2015, si consigue alentar y apoyar la certificación del Referencial de la totalidad de las UAIs de la Ciudad podría ostentar ser la primera Jurisdicción -a nivel Nacional, Provincial y Municipal- que tiene su Sistema de Control Interno íntegramente certificado y, a su vez, como Órgano Rector de dicho Sistema, podría sumar nuevos parámetros para las evaluaciones anuales de las UAIs a partir de los indicadores de gestión y datos homogéneos proporcionados con la instrumentación de la calidad.

Mientras que las UAIs podrían potenciar sus capacidades y sus labores con los beneficios implícitos de la calidad (desarrollados en el punto 2.2.6. de la presente Tesis), lucir el valor simbólico que representa el reconocimiento por la certificación del Referencial y convertirse en organizaciones modelo dentro de sus respectivas Jurisdicciones/Entidades mediante el ejemplo en el esfuerzo por conseguir la excelencia en la calidad del servicio interno prestado<sup>108</sup>.

La preexistencia de este escenario para la instrumentación del Referencial -en particular- y de la calidad -en general-, resulta de ante mano un gran avance, puesto a que ya se encuentra formalmente establecido un espacio que reúne a todos los actores implicados y que abre un canal de comunicación directa donde cada uno de ellos puede presentar sus necesidades e intereses.

---

<sup>107</sup> Hay que recordar que el artículo 122 de la Ley N° 70 establece que el titular de cada Jurisdicción/Entidad, es responsable de la implantación y mantenimiento de: un *adecuado sistema de control interno*, que incluye instrumentos de control previo y posterior incorporados en: la estructura organizativa, el plan de organización y los reglamentos y manuales de procedimiento de cada Organismo, que tendrán en cuenta las normas de control interno que dicte la Sindicatura General; y de la adopción de las medidas necesarias para su efectivo cumplimiento. Y, a su vez, de la *auditoría interna*, como un servicio a toda la organización, consistente en un examen posterior de las actividades financieras y administrativas de las Entidades a que hace referencia esta Ley, realizada por los/las auditores/as integrantes de las UAIs. Las funciones y actividades de los/las auditores/as internos/as deben mantenerse desligadas de las operaciones sujetas a su examen.

<sup>108</sup> En línea con los principios de la Norma ISSAI 12 denominada "*El Valor y los Beneficios de las Entidades Fiscalizadoras Superiores - marcando la diferencia en la vida de los ciudadanos*", que también pueden ser aplicados a las UAIs.

Por tanto, institucionalmente está dado el diseño y la estructura formal para alentar y fortalecer los procesos de implementación, certificación y mantenimiento de la calidad, desde un espacio creado para mejorar el Sistema de Control Interno.

Es así que desde el plano del control interno también se le podría allanar el camino a la introducción de la calidad en los diferentes procesos gubernamentales de las Jurisdicciones/Entidades auditadas.

El carácter transversal que las UAIs detentan dentro de la estructura orgánico funcional de las respectivas Jurisdicciones/Entidades, las convierte en potenciales agentes polinizadores de la calidad al interior de las orbitas donde se desempeñan, en línea con la decisión de la SGCBA de facultar desde el año 2011 a su Gerencia de Diagnósticos Especiales y Normativa (actual Gerencia de Relaciones Institucionales) a prestar colaboración y asesoramiento a las áreas de Gobierno, que así lo soliciten, en la implementación de sus propios Sistemas de Gestión de la Calidad<sup>109</sup>.

En el Cuadro 4, se presenta un modelo de Acta Acuerdo del Comité Ministerial de Control Interno como un instrumento para dejar plasmado el compromiso formal e institucional de todos los actores intervinientes en la Implementación, Certificación, Mantenimiento y Recertificación del Referencial IRAM N° 15, entendiendo, además, que este andamiaje institucional y funcional contribuiría a potenciar la sinergia latente entre la gestión y el control sobre la base de la calidad.

---

<sup>109</sup> Por medio de las Resoluciones N° 96-SGCBA/11 y N° 13-SGCBA/16.

**Cuadro 4. Modelo de Acta Acuerdo del Comité Ministerial de Control Interno**

**Acta Acuerdo - Comité Ministerial de Control Interno**

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los..... días del mes de..... de 2018 a las..... horas, en....., sito en..... se realizó la reunión del Comité Ministerial de Control Interno creado por la Resolución Conjunta N° 3-MJGGC-SGCBA/16.

Estuvieron presentes el/la Sr/a....., Ministro/a de.....; el/la Sr/a....., Síndico/a General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el/la Sr/a....., Auditor/a Interno/a Titular; el/la Sr/a....., Secretario/a Titular del Comité.

Orden del Día: Implementación, Certificación, Mantenimiento y Recertificación del Referencial IRAM N° 15 de Gestión de la Calidad, Seguridad de la Información y Ambientales en las Unidades de Auditoría Interna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las Autoridades presentes manifiestan su expresa adhesión y compromiso con la calidad gubernamental y con la implementación, certificación, mantenimiento y recertificación del Referencial IRAM N° 15 -o en el que en un futuro lo remplace- por parte de la Unidad de Auditoría Interna (en adelante UAI).

El Ministro/a de..... se compromete a asegurar, en tiempo y forma, los recursos presupuestarios y financieros suficientes destinados a costear las auditorías de certificación, mantenimiento y recertificación del Referencial IRAM N° 15 -o en el que en el futuro lo reemplace- por parte de la UAI, con el fin de optimizar y fortalecer la gestión del Organismo en general y del Sistema de Control Interno en particular.

El Síndico/a General de la Ciudad se compromete a brindar a la UAI de la Jurisdicción/Entidad la asistencia técnica y la capacitación que se considere necesaria para lograr una efectiva implementación y mantenimiento de los requisitos del Referencial IRAM N° 15.

El Auditor/a Interno/a Titular se compromete a formarse y capacitarse, en el marco del ejercicio de su función, en lo relativo a la calidad gubernamental y a las herramientas de liderazgo eficaz que coadyuvan a la correcta implementación y mantenimiento del Referencial IRAM N° 15 y a arbitrar los medios para alcanzar una adecuada adhesión del personal a cargo para con los objetivos de la calidad.

Siendo las..... horas y no habiendo más temas para tratar se da por finalizada la reunión del Comité Ministerial de Control Interno.

Se procede a la firma conjunta de los presentes, en tres copias y a un sólo efecto.

### **3.1.2. Estrategia Pedagógica**

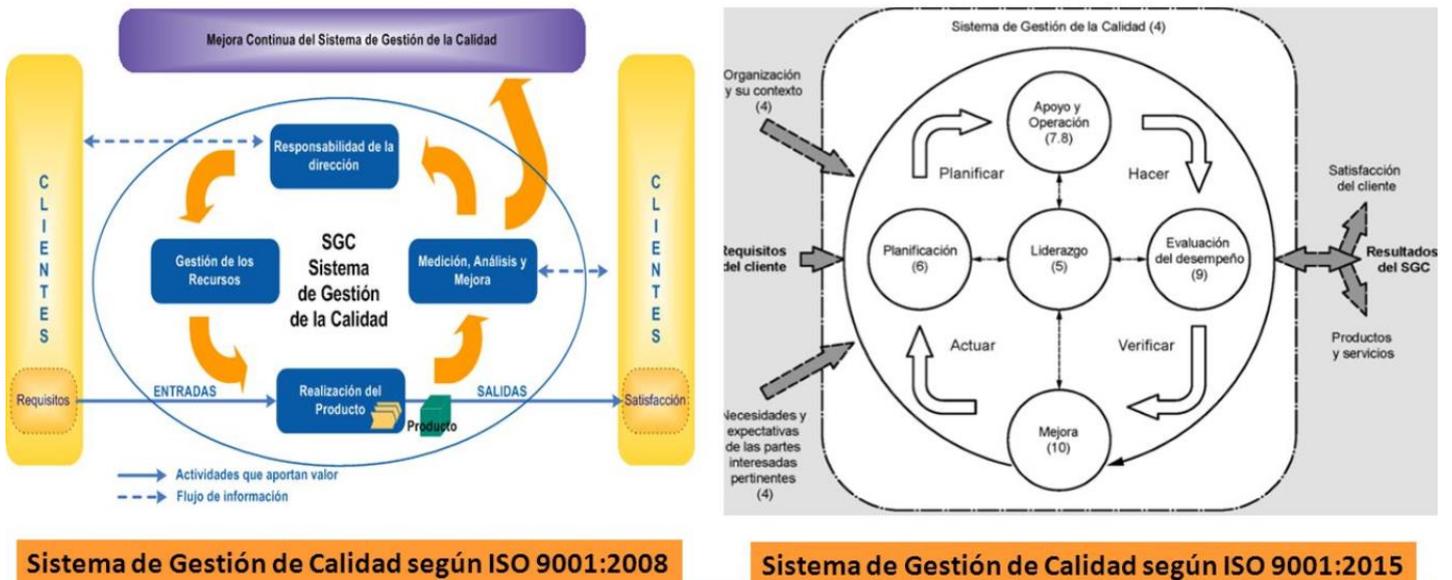
A partir del relevamiento del proceso de implementación del Referencial, se observó que en estos 4 años ninguno de los cursos y capacitaciones que se llevaron adelante en torno al Referencial estuvo dirigida específicamente a formar a los Auditores Internos Titulares (AIT) que, en definitiva, son los máximos responsables y los únicos con autoridad suficiente y capacidad para conducir la efectiva incorporación de la calidad en sus respectivas UAIs.

Esta situación llama mucho la atención cuando uno de los principios fundamentales en los que descansa el Referencial es el Liderazgo y que la nueva y vigente Norma ISO 9001:2015 (que reemplazó a la Norma ISO 9001:2008) encuentra en el Liderazgo uno de sus principales pilares -con un Capítulo exclusivo (el número 5) para la temática-.

Así, mientras que la Norma ISO 9001:2008 (sobre la cual se elaboró el Referencial) habla de *Responsabilidad de la Dirección* orientada a asegurar que la Dirección evidencie su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, la nueva versión de dicha Norma, la ISO 9001:2015, evolucionó hacia el *Liderazgo*, es decir, la participación de la conducción en la gestión orientada a la calidad y en la realización de acciones que generen el compromiso del personal de la organización con el desarrollo de una cultura de calidad.

De este modo, en la Norma ISO 9001:2015 ya no alcanza con el hecho de que la Dirección esté comprometida con la calidad sino que también debe gestionar acciones tendientes a que el resto del personal se comprometa e involucre con ella, brindándole así mayor peso y relevancia a la intervención del nivel de conducción de una manera más explícita, mediante el ejercicio de un liderazgo efectivo que se ubica en el centro de la interacción del Sistema de Gestión de la Calidad (ver Gráfico 10).

Gráfico 10. Comparación del SGC: ISO 9001:2008 vs ISO 9001:2015



Fuente: <https://slideplayer.es/slide/10632402/>

Por tanto, si la Dirección no asume un verdadero compromiso y ejerce un *liderazgo efectivo* sobre la base del ejemplo, para generar un contagio virtuoso, difícilmente consiga el alineamiento del resto del personal hacia los objetivos de calidad planteados.

El éxito del proceso de implementación y mantenimiento de la calidad descansa fundamentalmente en el liderazgo y la conducción eficaz que ejerza la Dirección sobre el personal y el resto de los procesos adyacentes; caso contrario, éste será el principal escollo y Talón de Aquiles de dicho proceso y del sistema de gestión en su conjunto.

Es así que una Dirección comprometida y formada, sobre los fundamentos e impacto de la calidad gubernamental en la UAI -y en la Administración Pública en general-, es una variable crucial y condición *sine qua non* para llevar adelante la adopción exitosa del Referencial.

Máxime entendiendo que la implementación del Referencial debe ser un proceso dirigido de arriba hacia abajo, que se sostiene únicamente a partir de una filosofía de conducción y liderazgo alineados a las políticas y objetivos de la calidad.

Esta falta de formación, que hasta ahora se presenta como una debilidad en el proceso de implementación del Referencial, se puede reconvertir en una fortaleza tanto para las UAIs que aún no lo certificaron como para las que en la actualidad están en la tarea de mantener y mejorar día a día su gestión, a partir de la instrumentación de un *Programa de Liderazgo y Calidad Gubernamental* dedicado a: capacitar a los AIT sobre la base de los principios de la calidad, dotarlos de herramientas de gestión, conducción y motivación que les facilite ejercer un liderazgo eficaz que aliente la adhesión activa del personal hacia los objetivos de la calidad y formarlos para ser verdaderos agentes catalizadores y protagonistas del cambio cultural que implica la adopción de la calidad gubernamental tanto en sus Unidades como en sus respectivas Jurisdicciones/Entidades.

Por otra parte, capacitar y formar a los AIT sería un buen principio de solución para intentar prevenir y erradicar los potenciales riesgos de una mala implementación del Referencial (desarrollados en el punto 2.2.5. de la presente Tesis), es decir: doble estándar, extrema burocratización de los procesos, concentración de saberes y responsabilidades y delegación exagerada por parte de la Dirección.

Cabe señalar que para el año 2018 dos de los nueve Objetivos Estratégicos delineamos por la SIGEN para la elaboración de su propia Planificación Anual y para las de las UAIs<sup>110</sup>, refieren: 1) a la supervisión de las tareas sobre el estado de aplicación de Sistemas Normalizados de Gestión, acreditaciones, etc., para lo cual se toman como aspectos/referencias las siguientes Normas: Calidad- Procesos ISO 9001, Ambiental ISO 14001, Anticorrupción ISO 37001 y Responsabilidad Social ISO 26000 (no certificable); y 2) a la supervisión de las tareas efectuadas por las UAIs sobre los Costos de la “NO CALIDAD”, para lo cual se indican como aspectos/referencias el relevamiento por parte de las UAIs de las 10 acciones u omisiones que generan los mayores costos en los Organismos auditados.

Estos Objetivos, que si bien en principio no operan dentro de la Jurisdicción de la Ciudad, van marcando y delineando la tendencia y pauta de hacia donde se orientan las tareas que deben comenzar a realizar las UAIs para la SIGEN, que reviste el carácter

---

<sup>110</sup> Es dable mencionar que la revisión y aprobación de los Planes Anuales de Trabajo de las UAIs fue efectuada por la SIGEN según el Proceso vigente de Certificado ISO 9001:2008 (oportunamente 9001:2015) (Lineamientos para el Planeamiento UAI 2018, 2017:4).

de Órgano Rector del Sistema de Control Interno Nacional. Por ello, este no es un dato menor y debería empezar a ser tenido en cuenta por la SGCBA, como Órgano Rector del Sistemas de Control Interno de la Ciudad.

En este sentido y dada la relevancia que ha tomado la calidad gubernamental en el ámbito público, podría evaluarse la posibilidad de sumar dentro de los requisitos de la calidad técnica y las condiciones mínimas que deben reunir los AIT de las UAIs, la formación en la materia.

Actualmente, en las Resoluciones N° 52-SGCBA/02, N° 35-SGCBA/06, N° 10-SGCBA/08 y N° 23-SGCBA/08 se encuentran reglamentados los requisitos, condiciones y antigüedad que deben reunir los AIT, a saber: como requisito de calidad técnica los profesionales integrantes de las UAIs deben contar con una antigüedad no inferior a 3 años de ejercicio profesional y poseer una experiencia mínima de 1 año en tareas de control o fiscalización; asimismo deben reunir las siguientes condiciones mínimas: a) ser argentino nativo o por opción, b) poseer Título Universitario en Ciencias Económicas y/o Derecho y/o carrera afín al área de competencia específica, c) poseer una calificada experiencia en temas jurídicos, económicos, contables financieros y de gestión vinculados al sector público no inferior a 5 años, d) poseer experiencia en la conducción de grupos de trabajo, preferentemente en actividades de auditoría relativas al sector público.

Incorporar la formación en liderazgo y calidad gubernamental como requisito técnico profesional para los AIT podría coadyuvar a la eficacia del proceso de instrumentación y mantenimiento de los requisitos establecidos en el Referencial y como una política de gobierno dirigida a alcanzar la excelencia de la Administración Pública.

Además, ello estaría en concordancia con el principio de la Norma ISSAI 40 que sostiene que *“Las EFS [UAIs] deben promover el aprendizaje y el entrenamiento de todo el personal para favorecer el desarrollo profesional y ayudar a asegurar que el personal está entrenado en los desarrollos actuales en la profesión”* (Norma ISSAI 40, 12).

Por otra parte “(...) un auditor profesional debe estar en condiciones de poner de relieve el verdadero costo de la ‘NO CALIDAD’ que frecuentemente no emerge de una prolija rutina jurídico-contable y que compromete al Sector Público Nacional a hacer lo que tiene que hacer con el estándar más alto de eficacia y eficiencia que se pueda tener (...)” (Plan Anual SIGEN 2018, 2007:4).

En esta inteligencia, un espacio institucional adecuado e idóneo para llevar adelante dicha formación es el Instituto Superior de Control de la Gestión Pública<sup>111</sup> (ISCGP) de la SIGEN, como Órgano Rector del Sistema de Control Interno Nacional.

Dentro de las funciones del ISCGP están las de: 1) establecer y desarrollar las actividades de capacitación y formación teniendo en cuenta las competencias del Sector Público Nacional y las necesidades actuales y esperadas en materia de control de políticas públicas; 2) ejecutar programas permanentes de perfeccionamiento y especialización en materia de control de políticas públicas destinados al personal del Sector Público Nacional; 3) desarrollar actividades académicas, docentes, de investigación y divulgación en cuestiones de orden técnico, económico, financiero y presupuestario, orientadas al logro de un sistema de control público y a una gestión pública eficiente y eficaz; y 4) responder las consultas académicas o de estudio o de investigación que le sean formuladas.

La real y concreta posibilidad de la SGCBA de celebrar un convenio con el ISCGP<sup>112</sup> para llevar adelante un *Programa de Liderazgo y Calidad Gubernamental* inter-jurisdiccional se presenta como una extraordinaria oportunidad para dar un salto cualitativo de calidad en la formación y perfiles de los AIT. Lo cual, además, comienza a surgir como una necesidad, toda vez que, como ha sido previamente expuesto, ya se ha comenzado a requerir a las UAIs (en este caso nacionales) la realización de tareas sobre el estado de aplicación de Sistemas Normalizados de Gestión, acreditaciones, etc., y sobre los Costos de la “No Calidad” en sus Organismos auditados.

---

<sup>111</sup> Creado en el año 2010 por medio del Decreto N° 279/10.

<sup>112</sup> Esta posibilidad descansa en primera instancia en que las Jurisdicciones de la Nación y de la Ciudad en la actualidad responden a un mismo color político y, en segundo lugar, en la cooperación y reciproca participación que los Síndicos Generales de la SIGEN y SGCBA vienen demostrando y sosteniendo institucionalmente en diferentes actividades, eventos, encuentros, jornadas, coloquios y congresos en pos de actualizar y fortalecer permanentemente los sistemas de control interno y las herramientas de la auditoría gubernamental.

### **3.1.3. Estrategia de Socialización**

La Real Academia Española define al término socialización como la “acción o efecto de socializar”. Y socializar refiere tanto a “extender al conjunto de la sociedad algo limitado antes a unos pocos” (por ejemplo a socializar la cultura), como a “adaptar a un individuo a las normas de comportamiento social”<sup>113</sup>.

Por tanto, se denomina *socialización* al proceso a través del cual los seres humanos aprenden e interiorizan las normas y los valores de una determinada sociedad y cultura específica bajo la influencia de diferentes experiencias y de relaciones con distintos actores sociales. Y este aprendizaje les permite obtener las capacidades y habilidades necesarias para desempeñarse con éxito en la interacción social.

Dicho ello, se entiende que las *Revisiones entre Pares* -como estrategia de socialización- podría ser una actividad plausible y enriquecedora tendiente a compartir y gestionar los aprendizajes y el conocimiento adquirido por las UAIs durante el desarrollo del proceso de implementación y mantenimiento de los requisitos del Referencial y, a su vez, estimular la innovación, aplicación y uso de mejores herramientas y prácticas de gestión en las UAIs sobre la base de los principios y valores de la política y objetivos de la calidad.

Esta estrategia persigue como uno de sus objetivos principales la “creación de capacidades a través de la promoción del aprendizaje y de compartir conocimientos” (Norma ISSAI 12, 12), en relación con el Principio 12 de la Norma ISSAI 12<sup>114</sup>.

Esta práctica es enriquecedora tanto para la UAI revisora como para la UAI revisada, dado que una podría aprender diferentes formas de aplicar el Referencial y la otra recibir una mirada superadora de cómo lo viene implementando. “Una revisión entre pares puede ser beneficiosa tanto para la EFS [UAIs] objeto de revisión como para las EFS [UAIs] revisoras. Así por ejemplo, las buenas prácticas y otros conocimientos obtenidos durante la revisión pueden inspirar a las EFS [UAIs] revisoras para volver a evaluar y mejorar sus propias prácticas y actividades” (Norma ISSAI 5600, 17). Este intercambio es entonces mutuamente beneficioso. Pero además,

---

<sup>113</sup> Ver: <http://dle.rae.es/?id=YC13MU3>

<sup>114</sup> Norma ISSAI 12 denominada: “El Valor y los Beneficios de las Entidades Fiscalizadoras Superiores - marcando la diferencia en la vida de los ciudadanos”, cuyos criterios también pueden ser aplicados en forma genérica a las UAIs.

las *Revisiones entre Pares* “(...) fomentan y divulgan las buenas prácticas (...) tanto para las EFS [UAI] directamente involucradas como para la comunidad de EFS [UAI] en un sentido más amplio” (Norma ISSAI 5600, 11).

De esta forma, el intercambio de experiencias entre las UAIs, coordinadas por la SGCBA<sup>115</sup> -como Órgano Rector del Sistema de Control Interno-, permitiría integrar saberes, recoger diferentes miradas, acciones y procedimientos y, por tanto, nutrir a las Unidades de una nueva fuente de conocimiento para estimular y retroalimentar la mejora continua y la evolución permanente hacia mejores prácticas, basadas en la cultura transformadora de la calidad.

En este sentido, a partir del relevamiento efectuado durante el desarrollo de la presente Tesis, se deduce pertinente que las UAIs determinen y definan previa y claramente que integrantes detentaran las responsabilidades y los roles de: 1) dueños de los procesos (encargados de ejecutar los procedimientos involucrados en cada uno de los procesos asignados y registrar los resultados), 2) supervisores de los procesos (responsables de monitorear y evaluar la correcta ejecución de los mismos a partir de los indicadores de gestión establecidos para cada uno de ellos) y 3) Equipo de Calidad (responsables de coordinar la implementación del Referencial, dar seguimiento al proceso de certificación y ser el nexo con la SGCBA).

Ello en línea con lo que sostiene la Norma ISSAI 40 en relación a que deben establecerse políticas y procedimientos que deben incluir: a) asuntos relevantes que promuevan consistencia en la calidad del trabajo realizado; b) responsabilidades de supervisión; y c) responsabilidades de revisión (Norma ISSAI 40, 13).

Esta medida permite facilitar el mayor involucramiento de los integrantes de la UAI y generar una participación activa durante el proceso, lo que redundará en una mayor y mejor probabilidad de alcanzar una eficaz implementación y mantenimiento de los requisitos del Referencial, siendo el primer sustento para el desarrollo de buenas prácticas a ser tenidas en cuenta por las Unidades a partir de la aplicación de *Revisiones*

---

<sup>115</sup> En este orden de ideas, se estima pertinente que sea la SGCBA la que establezca un cronograma adecuado y una grilla tendiente a evitar revisiones entre pares recíprocas (dos UAIs que revisan las prácticas una de la otra de forma alterna) ya que podría verse como una influencia en la objetividad y la independencia de los respectivos equipos y en los resultados (Norma ISSAI 5600, 19), como así también que sea quien instruya formalmente a las UAIs la previsión de los recursos y la cantidad de horas necesarias en las Planificaciones Anuales de las UAIs para llevar adelante estas revisiones.

*entre Pares*, como estrategia de aprendizaje y control cruzado que hace confiables a los sistemas de gestión.

Esta estrategia sigue los principios pregonados por la Norma ISSAI 40, que sostiene que la EFS, y por qué no también la UAI, “*debe considerar comprometerse con otra (...) para realizar una revisión independiente del sistema de control de calidad en general (como la revisión de un colega)*” (Norma ISSAI 40, 16).

En este contexto, “*el término ‘revisión entre pares’ se refiere a una revisión externa e independiente de uno o más elementos de la organización y/o el funcionamiento de una EFS [UAI] por un equipo de profesionales homólogos de una o más EFS [UAIs]*” (Norma ISSAI 5600, 7).

Es importante destacar que “*una revisión entre pares no es una auditoría, sino una evaluación y un asesoramiento proporcionados voluntariamente por homólogos. La decisión de someterse a una revisión entre pares, o de participar en la revisión entre pares de otra EFS [o UAI], es siempre voluntaria. La naturaleza voluntaria de una revisión entre pares también se refleja en todos los contactos e intercambios entre la EFS [o UAI] y el equipo de revisión entre pares durante el transcurso de la actividad*” (Norma ISSAI 5600:7). Y por ende, “*la EFS [o UAI] revisada no está obligada a aplicar las conclusiones y recomendaciones del equipo de revisión entre pares, y puede decidir, según proceda y sea necesario, como utilizar los resultados de la evaluación. El hecho de que una revisión entre pares se lleve a cabo por homólogos profesionales externos e independientes, proporciona al proceso un nivel adicional que resulta esencial de garantía de calidad y de credibilidad*” (Norma ISSAI 5600, 7).

La *Revisión entre Pares* sirve entonces para: 1) comprobar en qué medida la misma aplica las normas internacionales y nacionales de auditoría; 2) obtener una opinión informada sobre el concepto y/o funcionamiento de uno o más aspectos de sus métodos y sistemas; 3) ayudar a tomar decisiones informadas sobre cómo aumentar o mejorar la eficiencia y la eficacia en las diferentes áreas de sus operaciones; 4) recibir ideas sobre cómo fortalecer determinados enfoques, metodologías y herramientas de auditoría; 5) identificar formas de mejorar la productividad y la calidad de su trabajo; 6) comparar sus prácticas internas con las mejores prácticas internacionales de referencia;

7) seguir desarrollando la forma en que trabaja; y/o 8) confirmar o aumentar su credibilidad ante terceros interesados, mediante un refrendo independiente a su organización y funcionamiento (Norma ISSAI 5600, 10).

Finalmente, la Norma ISSAI 5600<sup>116</sup> propone una *Guía para Revisiones entre Pares* que tiene como propósito “*servir como fuente de buenas prácticas y orientación a las Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS) en la planificación, ejecución y evaluación de las revisiones entre pares*” (Norma ISSAI 5600, 4). Esta Norma “*puede servir como inspiración y/o proporcionar una estructura para los aspectos analizados en una revisión entre pares*” (Norma ISSAI 5600, 6) y puede adaptarse a las UAIs en el marco de esta *estrategia de socialización*, en pos de alentar el mantenimiento de los requisitos de la calidad y la mejora permanente de la aplicación del Referencial.

---

<sup>116</sup> La Norma ISSAI 5600 se encuadra en el cuarto nivel (Directrices de Auditoría) del Marco de las ISSAIs, donde los Principios Fundamentales constituyen el primer nivel, los Requisitos Previos para el Funcionamiento de las EFS representan el segundo nivel y los Principios Fundamentales de Auditoría (las Normas de Auditoría de la INTOSAI) conforman el tercer nivel. Esta Norma se aprobó por primera vez en el XX Congreso de INTOSAI, celebrado en Johannesburgo en 2010. Se concibió desde el principio como un documento vivo que debe ser revisado y actualizado periódicamente con el fin de seguir reflejando las últimas novedades y ofreciendo ejemplos de buenas prácticas en el área.

## CONCLUSIÓN

*“El pez nunca descubre que vive en el agua, de hecho, porque vive inmerso en ella, su vida transcurre sin advertir su existencia. De igual forma, cuando una conducta es normalizada por un ambiente cultural dominante la misma se vuelve invisible”.*

- Michel Foucault

Hacer de la calidad algo invisible pero perceptible, algo vinculante pero a su vez deseable, es el desafío actual de la Administración Pública en general y del ámbito del Control Interno en particular.

El concepto de calidad ampliado y el análisis de los procesos se contraponen a la cultura del *siempre se hizo así*, tan imperante históricamente en las administraciones públicas.

La calidad invita a pensar y a cuestionar por qué y de qué manera se hacen las cosas y también a reflexionar cómo se pueden hacer mejor, con ánimo de elaborar las acciones concretas necesarias tendientes a superar la filosofía del *siempre se hizo así*.

En este orden de ideas la calidad es un concepto que encuentra su lugar tanto en el tiempo presente como en el tiempo futuro, en virtud de hallar en el principio de evaluación permanente y mejora continua una de sus principales aristas y fundamentos. No alcanza con hacer las cosas bien hoy, además es necesario pensar constante y concomitantemente como se pueden hacer mejor mañana.

Todo ello supone y representa un reto y una oportunidad que inevitablemente conlleva un compromiso personal, organizacional e institucional. En este sentido el funcionario público es tanto mármol como escultor, y requiere que él mismo piense y repiense continuamente su rol y las acciones que cotidianamente lleva a cabo -las cuales se traducen y enmarcan en los procesos y procedimientos que ejecuta- con el fin de mejorar sus condiciones éticas, personales y profesionales, en aras de contribuir a una Administración Pública que en última instancia tienda a la excelencia en la producción y suministro de bienes y servicios para la ciudadanía.

En efecto, se trata de conseguir que en su conjunto la Administración Pública entienda a la calidad como una cultura transformadora y, por ende, la adopte por convicción más que por un mandato extrínseco. Y que para ello la implemente como principio y método no únicamente cómo un sistema en sí mismo. Los funcionarios deben percibir en la calidad una verdadera herramienta dinámica, superadora y funcional tendiente a la optimización permanente de sus procesos, productos y servicios. Las estrategias (institucional, pedagógica y de socialización) planteadas en el Capítulo III (y fundamentadas a partir de las Normas ISSAI 12, 40 y 5600 emitidas por la INTOSAI) persiguen ese objetivo, y están diseñadas como acciones concretas y plausibles de ser realizadas en el corto y mediano plazo, orientadas a fomentar el liderazgo y compromiso de la Dirección y la adhesión del resto del personal para con los objetivos de la calidad y, además, pensadas con el fin de generar la suficiente conciencia y compromiso institucional, organizacional y personal para persuadir a los actores intervinientes que la calidad va a ser realmente provechosa si su adopción es por convicción más que por una cuestión reglamentaria u obligación.

En el caso específico del Referencial, más allá de las situaciones poco propicias en que se produjo su lanzamiento en mayo de 2014, debido al contexto político e institucional imperante, se encontró como causa principal del letargo de su implementación la carencia de una estrategia definida de instrumentación una vez elaborada la herramienta. Lo cual se sumó a la incompreensión de la mayoría de las Direcciones de las UAIs (sobre todo las que no participaron del proceso de elaboración del Referencial) de lo que realmente representa la calidad gubernamental, debido a la ausencia de un espacio de sensibilización, capacitación y formación integral sobre la temática y la divulgación de los beneficios esperados para la gestión y desempeño de las Unidades.

La ausencia de una metodología establecida para la implementación del Referencial tendiente a satisfacer sus 113 requisitos -o al menos los más sustantivos- hizo mella. Sobre todo porque el Referencial se lanzó en mayo de 2014 sin una capacitación previa para las Direcciones e integrantes de las UAIs, que tuvieron que aprender sobre la marcha de que se trataba esta nueva temática -y que además posteriormente adquirió carácter de reglamentario- siendo que sólo el 24% de ellas

estaban en condiciones de implementarlo en su totalidad -de acuerdo a lo relevado en septiembre de 2016-.

Esta situación hubiese requerido desde un inicio una mayor divulgación, guía y dirección del proceso de implementación por parte de la SGCBA con, por ejemplo, la circularización de modelos, instrumentos o ciertos criterios comunes a ser aplicados por las Unidades<sup>117</sup>.

Uno de los principales hallazgos remite a que el Referencial fue observado principalmente por las UAIs como una norma técnica a ser incorporada por obligación. Esto surge de que en su etapa como documento voluntario sólo una de las 25 UAIs procedió a su implementación y certificación, con la salvedad de que la misma ya había certificado un año antes la Norma ISO 9001:2008 por una decisión ministerial del Organismo donde operaba.

No obstante, sin dudas el Referencial fue un paso sustancial y cualitativo hacia el intento de homogeneización y optimización de los procesos de gestión de las UAIs. Pero comenzó a hacerse efectivo recién 4 años después cuando una masa crítica de 20 UAIs alcanzó su certificación.

En esta instancia, dada la trayectoria ya recorrida, resulta pertinente que se realice una profunda evaluación de los reales cambios producidos en el desempeño y en la gestión de las UAIs a partir de la plena instrumentación del Referencial -más allá de la auditoría de mantenimiento que realiza metódicamente el IRAM en cada organización al año de conseguida la certificación- para determinar las verdaderas virtudes de la herramienta y las cuestiones a mejorar.

A su vez, a partir de dicha evaluación y dado las situaciones descriptas en los puntos 2.2.3. *Análisis de la Herramienta* y 2.2.4. *Un nuevo contexto para la Herramienta*, junto a la revisión que sufrió en el año 2015 la Norma ISO 9001:2008<sup>118</sup>, resultaría adecuado y oportuno llevar adelante una actualización del Referencial<sup>119</sup>.

---

<sup>117</sup> Lo cual podría haberse hecho teniendo en cuenta la experiencia de implementación del Referencial IRAM N° 13 de la SIGEN, que se llevó adelante sobre la base de la difusión de modelos concretos de instrumentación de la calidad entre las UAIs.

<sup>118</sup> Sobre la cual se diseñó y elaboró el Referencial IRAM N° 15.

<sup>119</sup> Como ya lo ha hecho el Referencial IRAM N° 13 (aplicable para las UAIs de Nación) con el lanzamiento de la Segunda edición en el año 2017, atento los cambios introducidos en la revisión 2015 de la Norma ISO 9001.

En síntesis, la introducción de la calidad a la esfera pública del país fue un proceso lento que comenzó hace 26 años atrás y fue encarado a partir de diferentes acciones y mecanismos, sin embargo no dejó de ser continuo y contundente, convirtiéndose en un proceso robusto e irreversible tanto por los conocimientos adquiridos como por los costos institucionales y simbólicos que representarían su abandono de cara a los alcanzados/ciudadanos/clientes. Es así que hoy día la calidad es un camino de ida que no permite vuelta atrás. El desafío es diseñar estrategias que faciliten y alienten su recorrido.

Sobre todo teniendo en cuenta que en la actualidad uno de los objetivos del Gobierno Nacional es llevar adelante una gestión con eficacia, eficiencia y calidad, entendiendo que la forma más eficiente para que los Organismos cumplan cabalmente sus objetivos es mediante la implementación de comprobadas herramientas modernas de gestión, reconocidas internacionalmente, las que además, optimizan y hacen mucho más eficiente el control a ejercer sobre los mismos. La implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad en lo referido a procesos, impacto ambiental y anticorrupción, permite establecer un control claramente pautado, con la impronta propia de la mejora continua y un concepto sistémico de gestión<sup>120</sup>.

En particular en la esfera del control interno nacional y de la Ciudad, este camino comenzó a trazarse a partir de las Normas y los Referenciales, como herramientas de incorporación de la calidad. En Nación la SIGEN elaboró junto al IRAM en 2013 el Referencial N° 13 “*Requisitos de Gestión de Calidad para las UAIs*” como primera experiencia de introducción de la calidad en los procesos del sistema de control interno en el país. En cambio, en la Ciudad la SGCBA propició internamente la certificación de sus propios procesos bajo la Norma ISO 9001 para luego proceder con la elaboración del Referencial IRAM N° 15 “*Requisitos de gestión de la Calidad, Seguridad de la Información y Ambientales*” para las UAIs.

Un dato relevante es que al momento de que el resto de las UAIs de la Ciudad alcancen la certificación del Referencial, la Jurisdicción se convertirá en la primera del país en tener todo su Sistema de Control (Interno y Externo) íntegramente

---

<sup>120</sup> Según surge de los Considerandos de la Resolución N° 172-SIGEN/17 que aprobó el Plan Anual 2018 de la SIGEN.

comprometido con la calidad, toda vez que la SGCBA y la AGCBA ya se encuentran certificadas bajo la Norma ISO 9001:2015.

Este avance, como quedó evidenciado, respondió en gran medida al impulso que le otorgo la obligatoriedad al proceso de implementación del Referencial. Ello hace pensar por qué si el Estado impone a muchas organizaciones el cumplimiento de estándares normativos, por ejemplo para habilitaciones, aprobación de materiales, acreditación de laboratorios, etc. ¿por qué no auto imponerse normas reglamentarias/vinculantes de gestión de la calidad que permitan transparentar, monitorear, evaluar y mejorar su accionar?

Ello invita a cambiar el enfoque auto referencial de la Administración Pública para poner la óptica en los alcanzados/ciudadanos/clientes. Materializar ello en procesos y resultados concretos representaría plasmar las tan mentadas reformas del Estado -que se vienen produciendo desde la década de 1990- pero esta vez de cara a la Sociedad.

Por otra parte, cabe subrayar que abordar a la calidad como la incorporación de un sistema independiente más que cómo un cambio cultural se corre el riesgo de reducirla a una simple receta tecnocrática cuando en realidad si es adoptada con seriedad y convicción provee un gran valor -tanto a la gestión como al control- a partir de sus enfoques y principios.

Así, la calidad debe ser pensada como un medio y no como un fin en sí misma, como un andamiaje que colabore en la optimización, fortalecimiento y legitimación del accionar de las Administraciones Públicas a partir del diseño de procesos gubernamentales inspirados en los 14 principios de una gestión pública de la calidad, a saber: 1) Principio de servicio público, 2) Principio de legitimidad democrática, 3) Transparencia y participación ciudadana, 4) Principio de legalidad, 5) Principio de coordinación y cooperación, 6) Principio de ética pública, 7) Principio de acceso universal, 8) Principio de continuidad en la prestación de servicios, 9) Principio de imparcialidad, 10) Principio de eficacia, 11) Principio de eficiencia, 12) Principio de economía, 13) Principio de responsabilización y 14) Principio de evaluación permanente y mejora continua.

La gestión de la calidad está siendo incorporada por distintos sectores de la Administración Pública como una herramienta que ayuda a recuperar la confianza de los ciudadanos, que posibilita la agilización de los tiempos de respuesta, la optimización de los procesos, la gestión de conocimientos, el uso eficaz de los recursos y la gestión por resultados, con el fin de dar adecuada respuesta a las necesidades y demandas de los alcanzados/ciudadanos/clientes y cumplir, a su vez, con los estándares normativos y de gestión exigidos por reconocidas Organizaciones internacionales (como es el caso de la OCDE).

En conclusión, la calidad tiene que ser entendida como un elemento enriquecedor de los Sistemas de Administración/Gestión y de Control Interno, como un medio para potenciar dichos Sistemas y no como un fin en sí misma, haciéndola parte integrante de sus procesos y productos, es decir, como una cualidad y atributo inherente a ellos. Ello coadyuvaría a que la calidad se vuelva realmente parte de los ámbitos de la Gestión y el Control, haciéndose parte del ADN constitutivo de ambas dimensiones de la Administración Pública para el beneficio de la Sociedad en su conjunto.

## **ANEXO I**

### **ESTRUCTURA DE LOS REFERENCIALES**

- **Referencial IRAM N° 13**

0 ANTECEDENTES

1 OBJETO, CAMPO DE APLICACIÓN Y ALCANCE

2 DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA CONSULTA

3 DEFINICIONES

4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1 Requisitos generales

4.1.1 Organización, responsabilidades y autoridades

4.1.2 Supervisión y control de los procesos

4.2 Requisitos de la documentación

5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la Dirección

5.1.1 Política de la calidad

5.1.2 Objetivos de la calidad

5.2 Revisiones por la Dirección

6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Infraestructura

6.2 Recursos humanos

6.3 Compras

7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1 Planeamiento

7.2 Desarrollo de Auditorías

7.3 Seguimiento de las observaciones

7.4 Otras actividades

8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Seguimiento y medición de los procesos y productos

8.1.1 Requisitos para los procesos

8.1.2 Requisitos de los productos

8.2 Autoevaluaciones

8.3 No conformidades y acciones correctivas

Anexo I - Satisfacción del usuario

Anexo II - Etapas de implementación

Anexo III - Relación con los requisitos de la norma IRAM-ISO 9001:2008

Anexo IV - Grupo de trabajo

- **Referencial IRAM N° 15**

0 ANTECEDENTES

1 OBJETO, CAMPO DE APLICACIÓN Y ALCANCE

2 DOCUMENTOS NORMATIVOS PARA CONSULTA

3 DEFINICIONES

4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1 Requisitos generales

4.1.1 Organización, responsabilidades y autoridades

4.1.2 Control y seguimiento de los procesos

4.2 Requisitos de la documentación

5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la Dirección

5.1.1 Política de la calidad

5.1.2 Objetivos de la calidad

5.1.3 Gestión de Riesgos de seguridad de la información

5.2 Revisiones por la Dirección

5.3 Comunicación externa

6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Infraestructura

6.2 Recursos humanos

6.3 Gestión de Insumos

7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1 Planificación Anual

7.2 Auditoría

7.2.1 Planificación global/ operativa de la auditoría

7.2.2 Ejecución de la auditoría

7.2.3 Elaboración y emisión de Informes

7.2.4 Confección de papeles de trabajo

7.2.5 Seguimiento de las observaciones

7.3 Rúbrica

8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Seguimiento y medición de los procesos y productos

8.1.1 Procesos

8.1.2 Productos

- 8.2 Percepción de los alcanzados
- 8.3 No conformidades y acciones correctivas

## 9 SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

- 9.1 Establecimiento de la seguridad de la información
  - 9.1.1 Flujo de la información
- 9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información
  - 9.2.1 Seguridad de los recursos humanos
  - 9.2.2 Gestión de activos
  - 9.2.3 Clasificación de la información
  - 9.2.4 Control de acceso
  - 9.2.5 Seguridad física y ambiental
  - 9.2.6 Equipamiento
  - 9.2.7 Seguridad de las operaciones
  - 9.2.8 Gestión de medios extraíbles
- 9.3 Operación y seguimiento de la gestión de seguridad de la información
  - 9.3.1 Registro y Supervisión
  - 9.3.2 Información de gestión de incidentes de seguridad
- 9.4 Revisión, mantenimiento y mejora de la gestión de seguridad de la información
  - 9.4.1 Revisión de la seguridad de la información
  - 9.4.2 Planificación e Información de la continuidad de la seguridad

## 10 GESTIÓN AMBIENTAL

- 10.1 Requisitos generales

Anexo I (Informativo) Modelo para la elaboración de una matriz de hallazgos

Anexo II (Informativo) Medición, análisis y mejora

Anexo III (Informativo) Satisfacción de los alcanzados

Anexo IV Etapas de implementación

Anexo V (Informativo) Equipo de trabajo

**ANEXO II**

**MODELOS DE RELEVAMIENTOS**

**Modelo de "Informe de Auditoría Interna de la Calidad" - SGCBA**

	Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE LA CALIDAD</b>	Código: SGC-PRO-03 F02 Rev. 03
			Fecha de Vigencia: 12/05/2015

<b>SECTOR AUDITADO</b>	
<b>RESPONSABLE DEL SECTOR</b>	
<b>FECHA DE LA AUDITORÍA</b>	
<b>OBJETO DE LA AUDITORÍA</b>	Verificar la implementación del Referencial N° 15
<b>ALCANCE DE LA AUDITORÍA</b>	Etapas...

<b>DOCUMENTOS DE REFERENCIA</b>	Procedimientos, documentos y registros requeridos por el Referencial N° 15, de acuerdo a las Etapas...
-------------------------------------	--

<b>AUDITORES</b>	
------------------	--

<b>DESARROLLO DE LA AUDITORÍA INTERNA DE LA CALIDAD</b>			
<b>DÍA</b>	<b>HORARIO</b>	<b>CONCEPTOS</b>	<b>PERSONAL ENTREVISTADO</b>
		Apertura	
		Recolección de evidencias	
		Cierre	
SGC-PRO-03 F02 Rev. 03 Informe de Auditoría Interna.doc			Página

	Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE LA CALIDAD</b>	Código: SGC-PRO-03 F02 Rev. 03
			Fecha de Vigencia: 12//05/2015

<b>RESULTADOS HALLAZGOS DE AUDITORÍA</b>

SGC-PRO-03 F02 Rev. 03 Informe de Auditoría Interna.doc	Página
---	--------

	Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires	<b>INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE LA CALIDAD</b>	Código: SGC-PRO-03 F02 Rev. 03
			Fecha de Vigencia: 12/05/2015

<b>FORTALEZA DEL SECTOR</b>		
<b>DEBILIDAD DEL SECTOR</b>		
<b>CONCLUSIONES</b>		
<b>AUDITOR RESPONSABLE</b>	<b>NOTIFICACIÓN DEL AUDITADO</b>	<b>FECHA</b>
<b>FIRMA</b>	<b>FIRMA</b>	

**Aclaración:**

Esta auditoría se basa en un muestreo limitado y pueden existir otras no conformidades.

SGC-PRO-03 F02 Rev. 03 Informe de Auditoría Interna.doc	Página
---	--------

Modelo de "Plan de Auditoría Referencial IRAM N° 15:2014"- IRAM



Instituto Argentino  
de Normalización  
y Certificación

A



# PLAN DE AUDITORIA

## REFERENCIAL IRAM N° 15:2014

---

Fecha de emisión:

Registro N°: REFERENCIAL N° 15

Tipo de auditoría: Etapa A y B

---

### Organización:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

E-Mail:

Contacto:

---

**Norma/s de referencia: REFERENCIAL IRAM N° 15:2014**

**Fecha Auditoría:**

**Auditor  
Responsable:**



### Objeto de la auditoría

Evaluación del Sistema de Gestión la Organización según los criterios de auditoría indicados en el punto 5, con el objeto de:

- Verificar si el diseño del Sistema de Gestión, cumple con los requisitos de la norma REFERENCIAL IRAM N° 15:2014 ETAPA...
- Verificar la implementación eficaz del Sistema de Gestión en base al cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma REFERENCIAL IRAM N° 15:2014 para otorgar la Certificación IRAM de Sistemas de Gestión según se establece en el Reglamento de Contratación y Uso.
- Efectuar el seguimiento del Sistema de Gestión, según se establece en el Reglamento de Contratación y Uso mencionado para la norma REFERENCIAL IRAM N° 15:2014

### 1. Alcance de la auditoría

Los requisitos normativos indicados en el **Anexo I** y los procesos y áreas de la organización detallados en el plan de actividades diarias descriptos en el **Anexo II**.

### 2. Alcance del Sistema de Gestión (Actividades y/o productos)

(En caso de que los alcances de los Sistemas de Gestión para dos o más normas difieran, especificar los alcances para cada norma auditada)

### 3. Equipo auditor

<b>Auditor responsable:</b>	
Auditor 2:	Observador:
Auditor 3:	Experto Técnico:

Si Ud. no estuviera de acuerdo con el equipo de auditores o con alguno de los auditores asignados a su Organización, por favor le solicitamos enviar una nota describiendo las causas de su apelación, dirigida al Gerente de Certificación de Sistemas de Gestión, quien reverá la formación del equipo.



#### **4. Criterios de auditoría**

Los criterios de auditoría utilizados como referencia son los requisitos establecidos en:

- La norma: REFERENCIAL IRAM N° 15:2014
- Documentación del Sistema de Gestión de la Organización y sus documentos referenciados.

#### **5. Confidencialidad**

Toda la documentación que se emplee durante la auditoría o la originada durante la misma, tiene carácter confidencial, incluido el informe de la auditoría, no pudiendo transcribirse a terceros o reproducirse sin permiso expreso de la Organización auditada.

La documentación generada durante todo el proceso de la evaluación, así como la documentación del Sistema de Gestión de la Organización, enviada a IRAM, quedará bajo la custodia de la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión de IRAM.

#### **6. Recursos**

El equipo auditor deberá disponer de una sala, despacho u oficina adecuada para realizar las reuniones internas y elaborar el informe final.

La documentación controlada del Sistema de Gestión deberá estar disponible para el equipo auditor.

De existir no conformidades en la auditoría anterior realizada por IRAM, la Organización deberá entregar una copia de las acciones correctivas tomadas, acompañadas de evidencias de su implementación eficaz.

#### **7. Requisitos a evaluar en la auditoría según áreas y procesos:**

La auditoría al Sistema de Gestión de la organización se estructura sobre la base de la evaluación de los procesos enfocando siempre el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar). En el **Anexo I** se enumeran los requisitos que serán tenidos en cuenta al evaluar dichos procesos.

#### **8. Plan de Auditoría**

Ver **Anexo II** – Planificación de actividades diarias

.....  
Auditor Responsable



Instituto Argentino  
de Normalización  
y Certificación



## Anexo I - Requisitos a evaluar en la auditoría según áreas y procesos:

### Entrevista con la dirección (máximo responsable de la UAI):

- 5.1 Compromiso de la Dirección
  - 5.1.1 Política de la calidad
  - 5.1.2 Objetivos de la calidad
  - 5.1.3 Gestión de Riesgos de seguridad de la información
- 5.2 Revisiones por la Dirección
- 5.3 Comunicación externa

*Nota: según los requisitos que correspondan a cada etapa)*

### Entrevista con el responsable del SGC:

- 1. Objeto, campo de aplicación y alcance
    - 4.1 Requisitos generales
      - 4.1.1 Organización, responsabilidades y autoridades
      - 4.1.2 Control y seguimiento de los procesos
    - 4.2 Requisitos de la documentación
  - 8.2 Percepción de los alcanzados
  - 10. Gestión ambiental
- Divulgación de la certificación.  
Uso de logos. (Aplica sólo en auditorías de seguimiento o recertificación)  
Revisión de acciones surgidas de la auditoría anterior. (No aplica en auditorías de etapa A/I)  
Gestión del cumplimiento de requisitos legales del producto.

*Nota: según los requisitos que correspondan a cada etapa)*

### Auditoría a los procesos: (según corresponda)

- Identificación y comunicación de los requisitos del alcanzado (4.1.2)
- Identificación de la vinculación (secuencia e interrelación) con otros procesos (4.1.2)
- Seguimiento y medición de los procesos y productos (8.1)
- Competencia del personal (6.2)
- Adecuación de recursos y ambiente de trabajo (6.1 y 6.3)
- Adecuación de la documentación que describe las prácticas de operación (4.2) (7)
- Disponibilidad de registros (4.2) (7)
- Control de no conformidades y aplicación de acciones correctivas (8.3)
- Seguridad de la información (9)
- Gestión del cumplimiento de requisitos legales del producto.

*Nota: según los requisitos que correspondan a cada etapa)*



Instituto Argentino  
de Normalización  
y Certificación



---

## **Anexo II - PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS**

---

**ORGANIZACIÓN:**

**NORMA:                      REFERENCIAL IRAM N° 15:2014**

**ANEXO III**

**GUÍA DE AUTODIAGNÓSTICO**



buenosaires.gob.ar

Sindicatura General de la Ciudad de Buenos Aires



Gerencia de Relaciones Institucionales

Referencial N°15 IRAM

**GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN  
Aplicación de requisitos en las UAIs**

**UAI:**

**Participantes de la autoevaluación:**

**4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

4.1 Requisitos generales	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
<b>4.1.1 Organización, responsabilidades y autoridades</b> La UAI definió: a) ¿la estructura operativa involucrada en los procesos del sistema de gestión de la calidad? b) ¿las responsabilidades y cargos o funciones del personal? c) ¿un responsable que, independientemente de las actividades inherentes a la auditoría, atienda las cuestiones relacionadas al cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad, incluyendo la seguridad de la información, para la conformidad con los requisitos de este referencial?				
<b>4.1.2 Control y seguimiento de los procesos</b> La UAI: a) ¿determina los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y la secuencia e interacción de estos procesos? b) ¿identifica los requisitos de los alcanzados? c) ¿establece los registros que sean necesarios para asegurar el control y seguimiento de cada proceso? d) ¿identifica los temas relevantes de seguridad de la información asociados a los procesos de realización, su alcance y aplicabilidad?				

<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>  La UAI establece e implementa un procedimiento documentado (PD) que define los controles para:	<b>Sí y está establecido en un procedimiento documentado</b>	<b>Se cumple el requisito pero no se ha establecido en un procedimiento documentado</b>	<b>El requisito no se cumple o se cumple parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿aprobar los documentos antes de su puesta en vigencia?				
b) ¿revisar los documentos, realizando su actualización de ser necesario?				
c) ¿asegurar que se utilicen solamente los documentos vigentes identificando su versión, registrando sus cambios y previniendo el uso indebido de documentos obsoletos?				
d) ¿asegurar la distribución de las versiones actualizadas para que todo el personal tenga conocimiento y acceso a la documentación vigente que necesite para desarrollar sus actividades?				
e) ¿asegurar que los documentos de origen externo determinados por la organización como necesarios para la planificación del sistema de gestión de la calidad, se identifiquen y se controle su distribución?				
f) ¿asegurar que los registros se identifiquen, se conserven y se archiven por plazos pre establecidos de manera segura y se facilite el acceso a ellos?				

## 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la Dirección	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
La Dirección:				
a) ¿establece una política de la calidad, que contempla la seguridad de la información y los aspectos ambientales?				
b) ¿establece los objetivos de la calidad, de la seguridad de la información y de los aspectos ambientales?				
c) ¿establece los procedimientos documentados y los registros requeridos por este Referencial, y los documentos, incluidos los registros, que la UAI determine que son necesarios para asegurarse la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?				
d) ¿comunica a todo el personal la importancia de satisfacer los requisitos de los alcanzados, así como los legales y reglamentarios?				
e) ¿planifica y asegura la disponibilidad de los recursos necesarios para el sistema de gestión?				
f) ¿revisa el sistema de gestión de la calidad, incluyendo el seguimiento de los distintos proyectos?				
g) ¿asegura que se implementen las recomendaciones para la mejora continua?				

h) ¿impulsa y propende el manejo adecuado de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información?				
i) ¿asegura que se establecen los procesos de comunicación interna apropiados dentro de la UAI y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad?				
<b>5.1.1 Política de la calidad</b>  La Dirección asegura que la política de la calidad:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿es adecuada al propósito de la UAI?				
b) ¿incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y la mejora continua del sistema de gestión de la calidad; de la seguridad de la información y de los aspectos ambientales?				
c) ¿es comunicada y comprendida por todo el personal de la UAI?				
d) ¿es revisada periódicamente para su adecuación?				
e) ¿está disponible para las partes interesadas?				
<b>5.1.2 Objetivos de la calidad</b>  La Dirección asegura que los objetivos de la calidad:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la UAI?				
b) ¿incluyen objetivos específicos para la seguridad de la información y los aspectos ambientales?				

c) ¿son coherentes con la política de la calidad?				
d) ¿son medibles, específicos, alcanzables y acotados en el tiempo?				
e) ¿cuentan con una planificación de acciones asociadas para su cumplimiento?				
<b>5.1.3 Gestión de Riesgos de seguridad de la información</b>  La Dirección:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿establece y mantiene criterios sobre los riesgos de seguridad de la información, incluidos los criterios de aceptación de dichos riesgos?				
b) ¿define un proceso para el análisis, valoración, evaluación y tratamiento de los riesgos significativos de seguridad de la información, que permita obtener resultados coherentes, válidos y comparables?				
<b>5.2 Revisiones por la Dirección</b>  La Dirección:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿Revisa anualmente? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el desempeño de los procesos del sistema de gestión de la calidad,</li> <li>○ los resultados de la gestión de la calidad, incluyendo su relación con las políticas y objetivos, las metas y plazos,</li> <li>○ las no conformidades y quejas y la eficacia de las acciones aplicadas,</li> </ul>				

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ los cambios en la legislación y normativa aplicable,</li> <li>○ los cambios en el entorno,</li> <li>○ los resultados de los informes de percepción de los alcanzados y</li> <li>○ el estado de avance de las medidas tomadas en las revisiones anteriores con el fin de determinar las acciones que le permitan continuar prestando sus servicios en forma confiable y según las necesidades o requerimientos de sus alcanzados;</li> </ul>				
<p><b>b) ¿Revisa en períodos definidos según el análisis de riesgos de seguridad de la información?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ los resultados de las evaluaciones de riesgo para la seguridad de información,</li> <li>○ la eficacia de la implementación de los planes de seguridad de la información para lograr los objetivos determinados,</li> <li>○ el cumplimiento de los objetivos de seguridad de información,</li> <li>○ el estado de las acciones derivadas de revisiones anteriores,</li> <li>○ la retroalimentación de incidentes de seguridad de la información,</li> <li>○ los cambios que sean relevantes para la gestión de la seguridad de la información.</li> </ul>				
<p><b>c) ¿conserva registros de la información analizada y del resultado de estas revisiones, donde deben quedar plasmadas las decisiones tomadas para</b></p>				

la mejora del sistema de gestión de la calidad; la seguridad de la información y los aspectos ambientales?				
d) ¿las decisiones mencionadas en c) contienen las medidas necesarias para lograr la eficacia del producto y asegurar la suficiencia de recursos para mantener el sistema de gestión de la calidad y la mejora continua?				
<b>5.3. Comunicación externa</b>  La Dirección	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿determina y establece con acuerdo de las partes involucradas, una metodología eficaz para la comunicación?				
b) en la vinculación con la Sindicatura General:  - ¿Mantiene los registros de esa vinculación que se relacionan con los procesos de realización del producto?  - ¿Coordina el Comité de Control?				
c) En la relación con la máxima autoridad del organismo y los auditados:  - ¿Requiere las necesidades de control para el armado de la planificación?  - ¿Coordina las reuniones y agenda del Comité de Control?  - ¿Implementa las actividades de capacitación de acuerdo a las necesidades de la jurisdicción?  - ¿Asesora sobre aspectos técnicos derivados de consultas de los alcanzados?				

## 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

<b>6.1 Infraestructura</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
La UAI dispone de:				
a. ¿la infraestructura física y los servicios asociados que permitan la prestación del servicio, de acuerdo con la planificación realizada?				
b. ¿los registros de los bienes asignados a la UAI?				
c. ¿sistemas informáticos (hardware y software) apropiados para realizar la gestión del servicio de acuerdo a la normativa vigente y la planificación realizada; y acuerdos para garantizar la adecuada confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información gestionada por la UAI?				
<b>6.2 Recursos humanos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
La UAI:				
a) ¿asegura la competencia del personal que interviene en los procesos de realización del producto de acuerdo a sus funciones?				
b) ¿determina, evalúa y registra las competencias del personal en base a la educación, formación, habilidades y experiencias?				
c) ¿identifica las necesidades para la formación?				
d) ¿planifica las actividades de formación necesarias para que el personal pueda desarrollar y actualizar las competencias requeridas para el puesto?				
e) ¿implementa las acciones de formación planificadas y mantiene registros de las actividades realizadas?				
f) ¿propicia en el personal de la UAI la toma de conciencia de cómo contribuye a la eficacia del sistema de gestión de la calidad?				
g) ¿desarrolla actividades que permitan sensibilizar al personal de la UAI sobre las implicancias de los requisitos de seguridad de la información?				
<b>6.3 Gestión de insumos</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
La UAI:				
a) ¿releva las necesidades de compras para su funcionamiento eficaz?				
b) ¿solicita la adquisición detallando las especificaciones técnicas de los bienes y servicios específicos a adquirir?				

c) ¿verifica que los productos cumplen con las especificaciones de la solicitud y registra los resultados de la compra?				
---	--	--	--	--

## 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1 Planificación Anual La UAI	Sí y está establecido en un procedimiento documentado	Se cumple el requisito pero no se ha establecido en un procedimiento documentado	El requisito no se cumple o se cumple parcialmente	Observaciones
a) ¿Identifica los procesos a auditar de acuerdo a las definiciones de la SGCBA y las necesidades de control del organismo (objetivos de las autoridades / gestores de la Jurisdicción)? ;				
b) ¿Releva las actividades de control desarrolladas previamente (auditorías realizadas en los últimos 5 Años – Plan Ciclo)?				
c) ¿Elabora una evaluación de riesgos documentada (riesgos de auditoría, de no detección, inherentes y de control)?				
d) ¿Selecciona los proyectos de auditoría teniendo en cuenta los requisitos de la SGCBA, de la Jurisdicción y de los riesgos evaluados?				
e) ¿Elabora una programación que incluye? 1. Las áreas /programas /procesos a auditar para así establecer la importancia de cada auditoría. 2. El objeto, alcance y principales procedimientos a aplicar en cada auditoría. 3. El producto final –Nota o Informe- de cada auditoría. 4. Los recursos humanos necesarios.				
f) ¿Asegura el cumplimiento de los plazos de presentación requeridos por la normativa para la aprobación del plan?				

## 7.2 Auditoría

7.2.1. Planificación operativa de la auditoría	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
La UAI:				
a. ¿Clasifica las auditorías, a fin de seleccionar la metodología de trabajo?				
b. ¿Asigna al responsable/s del proyecto de Auditoría?				
c. ¿Elabora la planificación operativa, con un plazo de antelación definido?				

### 7.2.2. Ejecución de la auditoría

7.2.2.1 Auditoría planificada sustantiva La UAI	Sí y está establecido en un procedimiento documentado	Se cumple el requisito pero no se ha establecido en un procedimiento documentado	El requisito no se cumple o se cumple parcialmente	Observaciones
a. ¿Realiza la presentación de la auditoría?				
b. ¿Releva la información referida a?: 1. Evaluación del Sistema de Control Interno (metodología COSO), incluyendo: - Ambiente de control, - Actividades de control, - Riesgos, - Información y comunicación, - Supervisión y Monitoreo. 2. Análisis de riesgos - Inherentes, - De control, - De no detección. 3. Identificación de áreas críticas; 4. Identificación de los puntos de control; ¿conserva los registros del relevamiento realizado?				
c. ¿Describe la metodología de obtención de la evidencia?				
d. ¿Realiza el análisis de la evidencia obtenida (pertinente, suficiente y competente)?				

e. ¿Elabora la matriz de hallazgos?				
f. ¿Elabora los papeles de trabajo?				

<b>7.2.2 Auditoría imprevista sustantiva</b>	<b>Comentarios sobre la aplicación en la UAI</b>			
<b>Requisitos</b> Los requisitos son los mismos que el apartado 1.2.1, con excepción del "a", porque esta auditoría se hace a requerimiento del auditado, máxima autoridad del organismo o de Sindicatura General. Se debe informar el inicio de la misma a la Sindicatura General de la Ciudad conforme a la normativa vigente.				

<b>7.2.2.3 Auditoría planificada requerida</b> La UAI:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a. ¿Notifica al auditado y releva la información?				
b. ¿Obtiene la evidencia, analiza la misma y elabora la matriz de hallazgos, en caso de corresponder, de acuerdo a la normativa vigente?				
c. ¿Elabora el proyecto de Reporte de Resultados (Informe o Nota en caso de corresponder)?				

<b>7.2.2.4 Auditoría imprevista requerida</b>	<b>Comentarios sobre la aplicación en la UAI</b>			
<b>Requisitos</b> Estas auditorías se rigen por la normativa vigente sin adicionar otros requisitos.				

<b>7.2.3 Elaboración y emisión de Informes</b> La UAI:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a. ¿Elabora el proyecto de Informe para Opinión del Auditado, en caso de existir observaciones?				
b. ¿Realiza el análisis del descargo de la opinión del auditado, en caso de existir?				
c. ¿Confeciona el Informe Final?				

d. ¿Emite el Informe Final?				
e. ¿Realiza la carga en el Sistema informático vigente?				

7.2.4. Confección de papeles de trabajo	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
La UAI:				
a. ¿Determina los papeles de trabajo en cada etapa?				
b. ¿Mantiene los registros de cada etapa del proceso de auditoría?				

7.2.5 Seguimiento de las observaciones	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
La UAI:				
a) ¿Verifica y clasifica las observaciones para su seguimiento?				
b) ¿Constata que las observaciones regularizadas tengan su respaldo en un nuevo informe o en nuevas evidencias válidas y suficientes?				
c) ¿verifica que las medidas correctivas implementadas por los auditados estén evidenciadas mediante documentación válida y suficiente?				
d) ¿constata que los nuevos estados de las observaciones hayan sido debidamente actualizados?				
e) ¿verifica que se hayan ejecutado las actividades que permiten medir la eficacia y el grado de implementación de las acciones encaradas en la corrección de las observaciones?				

7.3 Rúbrica	Sí y está establecido en un procedimiento documentado	Se cumple el requisito pero no se ha establecido en un procedimiento documentado	El requisito no se cumple o se cumple parcialmente	Observaciones
La UAI				
a) ¿Recibe las solicitudes formales por la máxima autoridad de la dependencia?				
b) ¿Analiza la procedencia y pertinencia del libro y registrar la recepción?				

c) ¿Establece las acciones para la rúbrica?				
d) ¿Asegura el seguimiento del plazo para realizar la rúbrica?				
e) ¿Comunica formalmente que el libro está listo para ser retirado?				
f) ¿Registra la entrega del libro?				

## 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Seguimiento y medición de los procesos y productos	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
<b>8.1.1 Requisitos para los procesos</b>				
La UAI:				
a) ¿define los indicadores que utiliza?				
b) ¿define la metodología de medición y seguimiento?				
c) ¿registra los resultados?				
<b>8.1.2 Requisitos de los productos</b>				
Para cada producto la UAI :				
a) ¿realiza el seguimiento y mide las características para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?				
b) ¿mantiene los registros de la conformidad de la aceptación?				

8.2 Percepción de los alcanzados	Comentarios sobre la aplicación en la UAI
<b>Requisitos</b> La UAI debe determinar métodos que le permitan obtener información relativa a la percepción de los alcanzados respecto al cumplimiento de sus requisitos. Estos métodos deben incluir la planificación de los elementos de entrada, la obtención de la información y su utilización en la identificación de acciones para la mejora continua.	

8.3 No conformidades y acciones correctivas	Sí y está establecido en un procedimiento documentado	Se cumple el requisito pero no se ha establecido en un procedimiento documentado	El requisito no se cumple o se cumple parcialmente	Observaciones
La UAI				
a) ¿revisa las no conformidades, incluyendo las quejas de los alcanzados, del personal y de otras partes interesadas y aplica correcciones?				
b) ¿analiza y determina las causas de las no conformidades?				

c) ¿define e implementa las acciones correctivas dirigidas a evitar la reiteración de la no conformidad?				
d) ¿registra los resultados de las correcciones y acciones correctivas implementadas?				
e) ¿revisa periódica y sistemáticamente la eficacia de las acciones implementadas?				

**9. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

<b>9.1. Establecimiento de la seguridad de la información</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿Cuenta con los registros actualizados sobre la planificación de los objetivos de control de seguridad de la información en concordancia con la política de la calidad?				
b) ¿asegura que se han considerado las obligaciones legales, reglamentarias o contractuales relacionadas con la seguridad de la información?				
c) ¿asegura la protección de los registros?				
d) ¿asegura que se respeta la privacidad y protección de datos personales?				
<b>9.1.1 Flujo de la información</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
¿define los criterios para la elaboración de los acuerdos de confidencialidad o de no divulgación y el registro individual de cada uno de los acuerdo suscriptos, tanto con personal interno como externo que afecten a la operación?				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.1 Seguridad de los recursos humanos</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿establece e implementa un procedimiento documentado para definir la gestión de la seguridad de los recursos humanos? (Este documento debe contemplar las situaciones antes, durante y cuando se efectúe un cambio en los recursos humanos o una cancelación de sus actividades)				
b) ¿tiene un registro de las actividades de sensibilización y concientización sobre los riesgos de seguridad de la información?				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.2 Gestión de activos</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
¿tiene un registro del inventario de activos de la información sensible con la nominación del propietario de dichos activos actualizado anualmente?				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.3 Clasificación de la información</b> La Dirección de la UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿define un criterio de clasificación de la información según su importancia respecto de la Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad?				
b) ¿tiene evidencia de la clasificación y etiquetado de la información?				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.4 Control de acceso</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>

¿garantiza el acceso de usuarios autorizados y evita el acceso no autorizado a los sistemas y servicios a través de evidencias de control acceso de los mismos? como ser por medio de: a) gestión de Privilegios; b) registro de usuarios; c) registro de inhabilitación; d) política de gestión de contraseñas.				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.5 Seguridad física y ambiental</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
¿define las Áreas Seguras para el resguardo de la información confidencial?				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.6 Equipamiento</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿define el emplazamiento y protección del equipamiento y servicios de apoyo que afecten a la información sensible, según el análisis de riesgo correspondiente?				
b) ¿establece criterios para implementar prácticas de escritorio y pantalla limpia?				
c) ¿define la metodología para resguardar la información o eliminación segura, durante el proceso de eliminación de los activos o la reutilización de los equipos?				
d) ¿define la política de seguridad sobre la utilización de equipos y de activos, fuera de las instalaciones?				
e) ¿establece los criterios de mantenimiento de equipos que permitan la normal operación de la unidad?				
<b>9.2 Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.7 Seguridad de las operaciones</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿cuenta con un registro de los controles implementados contra el software malicioso?				
b) ¿asegura la correcta realización de las copias de seguridad? (Backup)				
<b>9.2. Implementación de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.2.8 Gestión de medios extraíbles</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿protege los medios de comunicación extraíbles que contengan información sensible contra el acceso no autorizado, mal uso o corrupción durante su transporte?				
b) ¿los dispone de manera segura cuando ya no sea necesaria su utilización?				
<b>9.3. Operación y seguimiento de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.3.1 Registro y Supervisión</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>

a) ¿mantiene el registro de los eventos e incidentes de seguridad de la información?				
b) ¿revisar regularmente esos registros?				
<b>9.3. Operación y seguimiento de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.3.2 Información de gestión de incidentes de seguridad</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) definir un procedimiento para la gestión de incidentes de seguridad de la información;				
b) contar con registros del tratamiento de los eventos de seguridad de información;				
c) evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.				
<b>9.4. Revisión, Mantenimiento y Mejora de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.4.1 Revisión de la seguridad de la información</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿revisa en forma independiente, el cumplimiento de: los objetivos de control, los controles, las políticas, los procesos y los procedimientos para la seguridad de la información, al menos una vez al año (o cuando ocurran cambios significativos)?				
b) ¿define los métodos, y responsabilidades para su verificación?				
c) ¿informa los resultados a la dirección de la UAI de manera fehaciente?				
d) ¿Mejora continuamente la pertinencia, adecuación y eficacia de los objetivos de seguridad de la información?				
<b>9.4. Revisión, Mantenimiento y Mejora de la gestión de seguridad de la información</b> <b>9.4.2 Planificación e Información de la continuidad de la seguridad</b> La UAI	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Parcialmente</b>	<b>Observaciones</b>
a) ¿elabora e implementa planes de continuidad de sus procesos críticos a fin de mantener o restablecer sus operaciones y asegurar la disponibilidad de la información (al nivel requerido y en las escalas de tiempo requeridas) luego de la interrupción o falla?				
b) ¿controla y actualiza periódicamente los planes de continuidad para asegurar que sean válidos y eficaces durante situaciones adversas?				

## 10. GESTIÓN AMBIENTAL

10.1 Requisitos generales La UAI	Sí	No	Parcialmente	Observaciones
a) ¿propicia el uso racional del agua en los sanitarios que utiliza el personal del UAI, tanto en la adecuación del equipamiento como en la limpieza de los mismos?				
b) ¿imprime en doble faz y con márgenes estrechos? (siempre que no incumpla la normativa vigente de estilo en la presentación de documentos oficiales)				
c) ¿implementa la reutilización de papel, exceptuando la documentación confidencial?				
d) ¿propicia el uso de escáner para disminuir las fotocopias?				
e) ¿no supera el tiempo de guarda de archivos en papel establecido por la normativa vigente?				
f) ¿prioriza la "No impresión" en la comunicación interna y externa, utilizando correos electrónicos o documentos digitales?				
g) ¿configura los equipos de impresión en la opción "económica"?				
h) ¿gestiona el uso racional de la energía eléctrica en las instalaciones que dependen de la UAI?				
i) ¿gestiona las bajas de los bienes en desuso de acuerdo a los procedimientos determinados por la normativa vigente?				
j) ¿prioriza la adquisición de productos reutilizables en las actividades organizadas por la UAI y que no estén realizados de plásticos del tipo PVC?				
k) ¿dispone de recipientes para la separación de los residuos en origen?				

## **BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS FUENTES**

### ***Normas Nacionales:***

- Ley N° 24.127 - Premio Nacional a la Calidad.
- Ley N° 24.156 - De Administración Financiera y de los Sistemas de Control del Sector Público Nacional.
- Decreto Ley N° 23.526/56 - Ley de Contabilidad de la Nación.
- Decreto N° 1.474/94 - Creación del Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación.
- Decreto N° 229/00 - Programa Carta Compromiso con el Ciudadano.
- Decreto N° 103/01 - Plan de Modernización de la Administración Pública Nacional.
- Decreto N° 279/10 - Creación del Instituto Superior de Control de la Gestión Pública (ISCGP) de la SIGEN.
- Resolución N° 19-SIGEN/11 - Puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad SIGEN basado en el Modelo Calidad Total en la SIGEN.
- Resolución N° 172-SIGEN/2017 - Aprueba el Plan Anual 2018 de la SIGEN.

### ***Normas de la CABA:***

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley N° 70 - Sistema de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la Ciudad.
- Ley N° 471 - Relaciones Laborales - Empleo Público.
- Ley N° 3.304 - Plan de Modernización del Gobierno de la Ciudad.

- Resolución N° 52-SGCBA/02 - Establece los requisitos técnicos que deben cumplir los profesionales integrantes de las UAIs.
- Resolución N° 35-SGCBA/06 - Aprueba condiciones mínimas e incompatibilidades de los Auditores Internos y Auditores Internos Adjuntos de las UAIs.
- Resolución N° 160-SGCBA/06 - Aprueba las “*Normas de Auditoría Interna*” aplicables en la SGCBA y en las UAIs de cada Jurisdicción y Entidad dependiente del Poder Ejecutivo de la CABA.
- Resolución N° 10-SGCBA/08 - Modifica el artículo 1° de la Resolución N° 35-SGCBA/06. Establece condiciones mínimas que deben reunir los Auditores Internos Titulares de las UAIs y los requisitos de calidad técnica que deben cumplir los profesionales integrantes de las UAIs.
- Resolución N° 23-SGCBA/08 - Modifica el artículo 2° de la Resolución N° 10-SGCBA/08 sobre la antigüedad de los profesionales integrantes de las UAIs.
- Resolución Conjunta N° 60-MJGGC-SGCBA/10 (Norma derogada) - Creación de los Comités de Control Interno.
- Resolución N° 96-SGCBA/11 - Formalización de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y Mejora Continua conforme a la Norma ISO 9001:2008 en la SGCBA.
- Resolución Conjunta N° 3-MJGGC-SGCBA/16 - Creación de los Comités Ministeriales de Control Interno.
- Resolución N° 12-SGCBA/16 - Aprueba el “*Instructivo para la Confeción de Recomendaciones Autónomas*”.
- Resolución N° 13-SGCBA/16 - Faculta a la Gerencia de Relaciones Institucionales de la SGCBA a prestar colaboración y asesoramiento a las otras áreas de Gobierno, que así lo soliciten, en la implementación de su Sistema de Gestión de la Calidad. Deroga el artículo 2° de la Resolución N° 96-SGCBA/11.

- Resolución N° 191-SGCBA/16 - Establece el uso obligatorio del Sistema Integral de Gestión y Control Interno (SIGECI), a partir del 1° de enero de 2017.
- Resolución N° 205-SGCBA/16 - Aprueba las Normas Éticas aplicables para los funcionarios y agentes de la SGCBA y de las UAIs de cada Jurisdicción y Entidad dependiente del Poder Ejecutivo de la CABA.
- Resolución N° 41-SGCBA/18 - Aprueba el Manual de Usuario Sistema Integral de Gestión y Control Interno - SIGECI, aplicable a la SGCBA y a las UAIs. Deroga artículo 1° Resolución N° 56-SGCBA/14, artículo 1° Resolución N° 191-SGCBA/16, y Resoluciones N° 6-SGCBA/09 y N° 133-SGCBA/16.
- Circular N° 3-SGCBA/14 - Faculta a las UAIs de todas las Jurisdicciones, Organismos y Entes del Poder Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad a implementar el uso de las Recomendaciones Autónomas.
- Circular N° 1-SGCBA/16 - Recomendaciones Autónomas. Se establece el Instructivo para su confección, *“Instructivo para la Confección de Recomendaciones Autónomas por las Unidades de Auditoría Interna”*.
- Circular N° 2-SGCBA/16 - Modifica el Punto III del ANEXO I de la Circular N° 1-SGCBA/16.
- Circular N° 4-SGCBA/16 - Proceso de Certificación del Referencial IRAM N° 15.

***Normas Técnicas:***

- Norma ISO 9000:2008 - Sistemas de Gestión de la Calidad: Fundamentos y vocabulario. Ginebra (Traducción oficial).
- Norma ISO 9000:2015 - Sistemas de Gestión de la Calidad: Fundamentos y vocabulario. Ginebra (Traducción oficial).
- Norma ISO 9001:2008 - Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad. Ginebra (Traducción oficial).

- Norma ISO 9001:2015 - Requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad. Ginebra (Traducción oficial).
- Norma IRAM-ISO 9004:2000 - Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño. Primera edición 2001-05-30. Buenos Aires.
- Norma ISO 14001:2004 - Sistemas de gestión ambiental. Requisitos con orientación para su uso. Fecha de publicación: 2001-01-15. Ginebra.
- Norma ISO 19011:2011 - Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión. Segunda edición 2011-11-15. Ginebra.
- Norma ISO 26000:2010 - Guía de Responsabilidad Social. Ginebra.
- Norma ISO 37001:2016 - Sistemas de Gestión Antisoborno - Requisitos con orientación para su uso. Ginebra.
- Norma ISO 45001:2018 - Sistemas de Gestión Ambiental. Ginebra.
- Norma OHSAS 18001 - Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Esquema A IRAM-ISO/IEC 27001:2014 - Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI). Requisitos.
- Referencial IRAM N° 13 - Requisitos de Gestión de Calidad aplicable a las UAIs del Sector Público Nacional. Primera edición octubre de 2013, Buenos Aires.
- Referencial IRAM N° 13 - Requisitos de Gestión de Calidad aplicable a las UAIs del Sector Público Nacional. Segunda edición 2017, Buenos Aires.
- Referencial IRAM N° 15 - Gestión de la Calidad, Seguridad de la Información y Ambientales en las UAIs de la Ciudad. Primera edición mayo de 2014, Buenos Aires.
- Norma ISSAI 12 - El Valor y Beneficio de las Entidades Fiscalizadoras Superiores - marcando la diferencia en la vida de los ciudadanos. INTOSAI.

- Norma ISSAI 40 - Control de Calidad para la EFS. INTOSAI.
- Norma ISSAI 5600 - Guía para revisiones entre pares. INTOSAI.
- Norma ISSAI 5600 - Anexo: Áreas y preguntas de revisión entre pares. INTOSAI.

***Manuales:***

- Manual de Control Interno Gubernamental. SIGEN. Año 2010.
- Manual de Control Interno de la Ciudad de Buenos Aires. SGCBA. Año 2016.  
Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/sindicatura/manual-de-control-interno-de-la-ciudad-de-buenos-aires>

***Documentos:***

- Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008. Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de octubre de 2008 (Resolución N° 25 del “*Plan de Acción de San Salvador*”).
- El Sistema Presupuestario de la Administración Nacional de la República Argentina. Recuperado de:  
[https://www.minhacienda.gob.ar/onp/documentos/manuales/el\\_sistema\\_presupuestario\\_publico.pdf](https://www.minhacienda.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf)
- Indicadores de Calidad y Productividad - Marco Teórico. SIGEN. Año 2012.
- Informe de la Comisión Independiente de Revisión de la Oficina del Auditor General de Canadá - Wilson Comité.
- Lineamientos para el Planeamiento SIGEN 2018. SIGEN. Octubre de 2017.
- Lineamientos para el Planeamiento UAI 2018 - Lineamientos estratégicos para elaborar la Planificación 2018. SIGEN. Septiembre de 2017.

- Plan Anual SIGEN 2018. Diciembre de 2017.
- Plan Estratégico para una Gestión Pública de Calidad. Secretaría de Gabinete y Gestión Pública, Jefatura de Gabinete, Presidencia de la Nación. Abril de 2009.
- Programa Carta Compromiso con el Ciudadano - Marco Conceptual. Agosto de 2014.

**Libros:**

- Alford, John (2002): *“Definiendo al cliente en el sector público: una perspectiva de intercambio social”*. Trabajo publicado originalmente en *“Public Administration Review”* Vol. 62, N° 3.
- Barrios Junco, Susana (2013): *“Costos de Calidad y Costos de no Calidad: una decisión de mercado”*. Santa Clara, Centro de Estudios de Dirección Empresarial, Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Recuperado de: <http://www.cyta.com.ar/ta1202/v12n2a2.htm>
- Bustelo, Pablo (2003): *“Desarrollo económico: del Consenso al Post-Consenso de Washington y más allá”*. Estudios en homenaje al profesor Francisco Bustelo, Madrid, Editorial Complutense.
- Bömer, Martin; Moguillansky, Rodolfo; Rimoldi, Rogelio -Compiladores- (2010): *“Por qué el mal”*. Buenos Aires, Editorial Teseo.
- Cunill Grau, Nuria (2008): *“La democratización de la administración pública. Los mitos a vencer”*. En C. H. Acuña (comp.) *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Buenos Aires, Jefatura de Gabinete de Ministros.
- García Delgado, Daniel (2002): *“Estado, regulación y bien común. La experiencia argentina”*. Buenos Aires, FLACSO.
- García Sánchez, Isabel María (2007): *“La nueva gestión pública: evolución y tendencias”*. Presupuesto y Gasto Público 47/2007: 37-64, Madrid, Secretaría General de Presupuestos y Gastos, Instituto de Estudios Fiscales.

- Kliksberg, Bernardo (2001): *“Diez falacias sobre los problemas sociales de América Latina”*. Revista Reforma y Democracia N° 19, Caracas, CLAD.
- Malvicino, Guillermo (2001): *“La Gestión de la Calidad en el ámbito de la Administración Pública. Potencialidades para un cambio gerencial”*. Documento presentado como ponencia en el VI Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y la Administración Pública, Buenos Aires, 5-9 noviembre 2001.
- Mayntz, Renate (2001): *“El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna”*. Revista Reforma y Democracia N° 21, Caracas, CLAD.
- Moreno, María Estela (2014): *“El Anfibio. La Auditoría Gubernamental Contemporánea entre la teoría y la realidad”*. Buenos Aires, Librería Editorial Osmar D. Buyatti.
- Repetto, Fabián y Alonso, Guillermo V. (2004): *“La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización”*. Serie Políticas Sociales N° 97, Santiago de Chile, Naciones Unidas / CEPAL.
- Ruíz López, Joaquín S. (2012): *“Calidad en la gestión pública: del azar a la necesidad”*. Revista Reforma y Democracia N° 54, Caracas, CLAD.

**Otras Fuentes:**

- Calavia, Marcelo (2016): Curso de Gestión de la Calidad en las UAIs - Referenciales IRAM y la nueva ISO 9001:2015, dictado en el Centro de Estudios La Piedad.