CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

POKATUVETE
Mañahapavẽ
Auditoría General del
PODER EJECUTIVO

mecip 2015

Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR "DR. RAÚL PEÑA"

Julio, 2023

Índice

I. Antecedentes 1
II. Objetivo 1
III. Alcance 1
IV. Desarrollo 2
A. Componente ambiente de control 4
B. Componente control de la planificación 7
C. Componente control de la implementación 10
D. Componente control de la evaluación 12
E. Componente control para la mejora 12
V. Conclusión 13
VI. Recomendación 14

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR "DR. RAÚL PEÑA"

I. Antecedentes

En la Resolución Nº 377 del 13 de mayo de 2016, la Contraloría General de la República - CGR, resolvió adoptar como marco para el control interno de las instituciones sujetas a su supervisión, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM, para un Sistema de Control Interno.

Posteriormente, con la Resolución CGR Nº 147/19: *"...se aprueba la matriz de evaluación por niveles de madurez, a ser utilizada en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno MECIP:2015".*

En fecha 05 de abril de 2021, la Contraloría General de la República y la Auditoría General del Poder Ejecutivo, firmaron un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, cuyos compromisos están establecidos en la Cláusula Segunda del mismo.

Con la Resolución AGPE Nº 95/23, se autoriza a servidora pública de la Auditoría General del Poder Ejecutivo para realizar las verificaciones *in situ* y la evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno - SCI a través del Sistema Informático NRM de la Contraloría General de la República.

Por otro lado, en la Resolución CGR Nº 909 del 09 de diciembre de 2021, se resolvió aprobar y adoptar el uso del Sistema Informático para la evaluación del Sistema de Control Interno, en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno para instituciones públicas del Paraguay, denominado Sistema NRM.

II. Objetivo

Evaluar si los requisitos mínimos exigidos en la norma para un Sistema de Control Interno - SCI, fueron desarrollados e implementados, estableciendo los niveles de madurez de cada uno de los componentes del Sistema, a fin de identificar eventuales deficiencias que requieran mayor profundización y, acompañar a la institución en la búsqueda de la excelencia.

III. Alcance

La evaluación realizada, con base a los documentos proporcionados por la institución que respaldan la fase de diseño y evidencian acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2022.

IV. Desarrollo

La evaluación del SCI se define como: *"El proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de la entidad, para proporcionar seguridad razonable, respecto a si se están logrando los siguientes objetivos:*

- *Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad de los servicios.*
- *Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.*
- *Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.*
- *Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad".*

En ese contexto, la NRM promueve como modelo de gestión la utilización del enfoque basado en procesos de manera que permita:

a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos (de la institución, de la ciudadanía u otros grupos de interés y/o legales) de manera coherente.

b) La consideración de los procesos en términos que aporten valor.

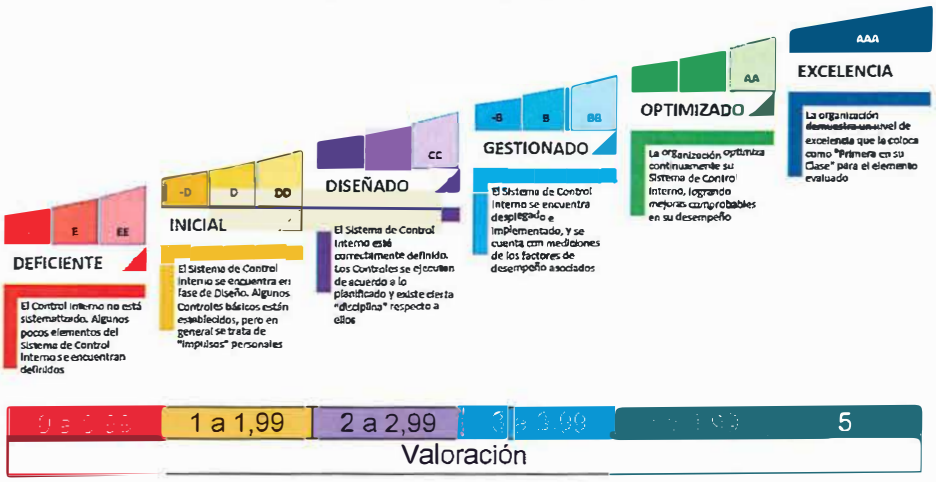
c) El logro de un control de procesos eficaz.

d) La mejora continua del Sistema de Control Interno con base en la evaluación de los datos y la información interna y externa.

Igualmente, la NRM incorpora la concepción de la administración de riesgos como pilar del control interno, que implica el establecimiento de una estructura y cultura organizacional apropiadas, que aplica un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o proceso, de forma tal que permite minimizar pérdidas y maximizar beneficios.

La Norma de Requisitos Mínimos representa la evolución del Sistema de Control Interno debido a que exige que los organismos y entidades del Estado se enfoquen más que en el diseño de las herramientas de control, en la difusión y en la aplicación de las mismas, lo que debe respaldarse adecuadamente en evidencia formal. Asimismo, como cambio trascendental, exige liderazgo e involucramiento de la Máxima Autoridad y su nivel directivo.
En ese contexto, cabe señalar que, si las herramientas de control no se actualizan, se difunden y se aplican, toda la documentación generada en el marco de la implementación de control interno no tiene ninguna utilidad, por lo cual, la autoevaluación institucional y la evaluación independiente deben estar respaldadas por un alto nivel de reconocimiento crítico y objetivo de la realidad institucional en materia de control interno.

Para determinar el grado de adopción de la Norma de Requisitos Mínimos se utilizó la herramienta de evaluación del nivel de madurez del SCI, de acuerdo a criterios de valoración con la siguiente interpretación:



En el siguiente cuadro se expone la evaluación y calificación del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Educación Superior "Dr. Raúl Peña", por cada componente, y los resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,24	C-	Diseñado
Control de planificación	1,72	DD	Inicial
Control de implementación	0,79	EE	Deficiente
Control de evaluación	0,82	EE	Deficiente
Control para la mejora	0,73	EE	Deficiente
SCI consolidado	**1,39**	**D-**	Inicial

Cabe destacar que, en el Informe elaborado por la Contraloría General de la República sobre el Sistema de Control Interno correspondiente al ejercicio fiscal 2021, puesto a conocimiento mediante la nota CGR Nº 8291/22, se solicitó un plan y cronograma de trabajo para la implementación de la NRM, instrumento que no fue visualizado entre los documentos de respaldo, en el Sistema NRM.

En ese sentido se señala que el plan y cronograma de implementación es un documento por el cual las autoridades gestionan el desarrollo de los componentes, principios y elementos de la NRM, a ser ejecutado en un plazo determinado de tiempo, cuyo cumplimiento revelará el compromiso asumido por las autoridades.

A partir del análisis de los documentos proporcionados por la institución a través de la herramienta de evaluación de la NRM, se señalan debilidades por componente de control.

A. Componente ambiente de control

La NRM señala que: "*La institución debe propiciar una conciencia de control que influya profundamente en la cultura organizacional de la institución manteniendo su orientación hacia el cumplimiento de su función constitucional, legal, y la finalidad social del Estado*".

En el componente ambiente de control, obtuvo un puntaje 2,24 con un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, lo que indica que la institución avanzó sustancialmente en la implementación de este componente, sin embargo, aún persisten debilidades que deben ser administradas para seguir fortaleciendo el SCI.

- El primer principio de la NRM, establece que la Máxima Autoridad institucional debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al Sistema de Control Interno asumiendo la responsabilidad sobre su efectividad. Esto se materializa por medio de:
  - Su involucramiento y participación activa en el diseño y aplicación de los mecanismos de control interno tales como la Política de Control Interno.
  - La adopción de una gestión ética que defina estrategias para la continua reflexión, internalización y aplicación de los valores, principios y compromisos éticos.
  - El cumplimiento de los compromisos adoptados en el Código de Buen Gobierno.
  - El establecimiento de procedimientos documentados para la planificación estratégica y operacional.
  - La identificación y aplicación de estrategias para el desarrollo permanente del personal, promoviendo la adopción de nuevas y buenas costumbres, habilidades, conocimientos y sentido de pertenencia.
  - La gestión y participación en capacitaciones necesarias para que todos los miembros de la organización adquieran conocimiento acabado sobre control interno, en particular el nivel directivo.
  - La adopción de gestión por procesos que ponga como factor crítico de éxito a las expectativas del usuario del servicio.
  - La administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

- La definición de políticas de operación que sean aplicadas, revisadas y actualizadas permanentemente.
- La identificación, utilización y evaluación de mecanismos de comunicación que puedan servir como herramienta para empoderar a funcionarios y ciudadanos en la búsqueda permanente de mayores niveles de transparencia y confianza.
- La promoción de la mejora continua.

- En la Resolución N° 135/22 se aprobó la Política de Control Interno, sin embargo; no se evidenció documentos que demuestren que las mismas fueron adecuadamente comunicadas y comprendidas. Tampoco se observó su disponibilidad en la página web de la institución.

  La NRM indica sobre este punto que la Política de Control Interno debe:

  - "*Ser comunicada, entenderse y aplicarse dentro de la institución*".
  - *Estar disponible para los grupos de interés pertinentes*".

- Se visualizó el Código de Ética, aprobado por la Resolución Nº 151/22, pero no se evidenció la redacción de los principios éticos dentro del documento. El Manual de Ética Pública del Paraguay, sugiere tener en cuenta las siguientes pautas para su formulación:

  - *"Deben enunciarse como una oración que expresa una afirmación positiva y rotunda sobre el tema al cual se refieren, a modo de creencia o precepto. No debe ser una palabra.*
  - *No deben redactarse con verbo infinitivo al comienzo, como si fueran un objetivo. Tampoco deben enunciar funciones.*
  - *No incluirán la expresión debe, deben o deber.*
  - *Su enunciado será preciso, concreto y puntual, de modo que sean evidentes en sí mismos, es decir, que no requieran explicación para su entendimiento.*
  - *Para lograr que su enunciado sea explícito y evitar además que el texto sea tautológico (o sea utilizar lo definido en la definición), en su texto no se incluirán valores, en tanto que los valores se construyen desde ellos".*

- Asimismo, se deberá incluir entre los principios éticos, el compromiso con la igualdad y la no discriminación.
- No se evidenció la formulación de las directrices éticas, las cuales se derivan de los valores adoptados, y enuncian las actitudes y disposiciones conductuales que la entidad y sus miembros se comprometen a tener con los públicos internos y externos.

- No se comprobó de que el Código de Ética, fuera construido de manera participativa y consensuada con los diferentes niveles de la institución.
- No se evidenció la formulación de Acuerdos y Compromisos Éticos de todas las dependencias, conforme a las unidades expuestas en la estructura organizacional. El Código de Ética deberá ser traducido en compromisos éticos en cada una de las dependencias de la institución, asumiendo formas concretas de actuación, de acuerdo con las funciones y responsabilidades específicas que el área cumple en el desempeño de su función. Para diseñar los compromisos éticos de todas las dependencias, se puede utilizar la metodología propuesta en el Manual de Ética Pública y la NRM.
- No se observó la conformación de un Comité de Ética, por tanto, no se pudo evidenciar que la institución haya definido y aplicado instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos.
- Tampoco se visualizó el establecimiento de los parámetros y criterios para el seguimiento y la evaluación de la gestión ética.
- Se verificó la disponibilidad del Código de Ética en la página web institucional, sin embargo, no se observaron actividades de socialización del documento, para la implantación de la gestión ética, se requiere de acciones formativas, actividades que induzcan a la sensibilización y a la reflexión y que llegue a cada funcionario de la entidad.
- En la Resolución Nº 134/22 se aprobó el Código de Buen Gobierno, pero no se comprobó que la elaboración del documento fue realizada de manera participativa y consensuada con el nivel directivo de la institución. En cuanto a la estructura del Código de Buen Gobierno:
  - Se establecieron *"Principios que rigen la gestión de la INAES"* y *"Principios generales y éticos"*. El Manual de Ética Pública sugiere no exceder de 7 principios éticos, esto facilita el aprendizaje, para que posteriormente se traduzcan en prácticas concretas en el ejercicio de la función pública. Para su correcta formulación, se puede tener en cuenta lo establecido en la Guía 5 del citado Manual.
  - Los valores éticos difieren de los establecidos en el Código de Ética.
  - No se visualizaron los grupos de interés de la institución.
  - No se definió la comunicación institucional.
  - No se observó la mejora continua y las políticas de gestión del Talento Humano de la institución.
- No se evidenció el establecimiento de parámetros y criterios para el seguimiento y la evaluación de la gestión de buen gobierno.

- No se comprobó la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones ante los incumplimientos en su gestión.
- Se evidenciaron encuestas realizadas por medio de plataformas, pero las mismas no son un medio suficiente para demostrar que todos los funcionarios (comisionados, contratados y permanentes) hubieran tomado conocimiento de los documentos. La institución debe asegurar que el Código de Buen Gobierno se comunique a todos los funcionarios con la intención de que estén conscientes de sus responsabilidades y obligaciones individuales.
- La Política de Talento Humano, aprobada en la Resolución Nº 75/19, no fue revisada; al respecto, la NRM señala que la institución debe asegurar que las Políticas de Gestión de Talento Humano sean revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas.
- No se visualizó un informe de gestión del área de Talento Humano elaborado por la Auditoría Interna a fin de verificar el cumplimiento de los procesos y las Políticas del Talento Humano y asegurar que los procesos involucrados tengan en cuenta los valores de igualdad, imparcialidad, economía, eficiencia y eficacia, integridad y transparencia.

B. Componente control de la planificación

Para este componente la NRM señala: "*La institución debe determinar el marco de referencia que oriente su gestión hacia el cumplimiento de su Misión, logro de su Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales*".

En esta fase el componente se ubicó en un nivel de madurez INICIAL ALTO, con una calificación de 1,72; que se puede traducir como que la institución cuenta con algunos elementos del Sistema de Control Interno definidos. Se describe seguidamente debilidades detectadas, y que deben ser administradas con miras a la mejora continua:

- La Misión y la Visión se visualizaron insertas en el Plan Estratégico Institucional - PEI aprobado por Resolución Nº 182/22; aunque no se observó antecedentes de revisiones, ajustes o decisiones de mantener vigentes ambos enunciados, la NRM señala al respecto que: *"La Misión y la Visión deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional, y deben ser sometidas a revisiones periódicas para asegurar su conveniencia y adecuación"*.
- No se visualizó procedimiento para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa.
- Fue aprobado el Plan Estratégico Institucional (2022 – 2026) en la Resolución Nº 182/22, sin embargo, en el documento no se visualizó:

- Análisis FODA.
- Metas cuantificables y medibles, que incluyan plazos para el cumplimiento de cada objetivo específico.
- Definición de los recursos para el logro de las metas y objetivos.
- Alineación del Plan Estratégico Institucional al Plan Operativo Anual 2022.
- Instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados.

- Se visualizó que el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS 4 fue vinculado a un objetivo general de la institución. Pero de acuerdo a la clasificación presupuestaria por finalidades y funciones, según el reporte del SICO, los ODS vinculados al Instituto Nacional de Educación Superior "Dr. Raúl Peña" son el 1, 4 y el 5, por lo que es pertinente la revisión y ajuste del PEI, a fin de unificar criterios.

- Se verificó la disponibilidad del PEI 2022 -2026 y las definiciones de la Misión y Visión en la página web institucional. Pero no se comprobó la realización de talleres de sensibilización dirigido a todos los funcionarios de la institución (permanentes, contratados y comisionados), con el fin de que estos tengan conocimiento de los objetivos a ser alcanzados, dentro de su área de competencia y enfocados al cumplimiento del objetivo estratégico.

A continuación, se reiteran las observaciones realizadas en el informe anterior:

- El Proyecto Educativo Institucional (2019-2030) aprobado por Resolución Nº 29/19, no fue revisado, para ajustarlo a los cambios del entorno y al desarrollo de competencias al interior de la institución, atendiendo a que el proyecto describe a la institución con el anterior nombre.
- Se visualizaron mapas de identificación de macroprocesos, procesos y subprocesos. Pero no se evidenció el mapa de procesos aprobado por la Máxima Autoridad Institucional.
- No se observó evidencia de la caracterización de los procesos, tal como lo exige la NRM. La caracterización de procesos abarca, la identificación de los insumos requeridos para la elaboración de los productos y servicios y la identificación de sus proveedores, productos, sus características y beneficiarios o clientes, los reportes relacionados, interacción con otros procesos, indicadores y los recursos necesarios para su ejecución.
- El normograma no fue revisado, dicho documento debe ser elaborado por procesos y subprocesos y debe contener todas las disposiciones legales que rigen para el ejercicio del proceso. El mismo debe estar actualizado, teniendo en cuenta que hay normativas y disposiciones que son emitidas anualmente o son modificadas, además deben estar aprobados por el

dueño de proceso y subproceso conjuntamente con el área responsable del seguimiento.

- El organigrama aprobado en la Resolución INAES Nº 53/21, no incluyó la definición de puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos, pues el mismo no fue construido a partir del modelo de gestión por proceso. Al respecto, la NRM señala que: *"La estructura organizacional debe asegurar la armonía, coherencia y articulación, entre las actividades que realiza cada área de la institución con las competencias constitucionales y legales, los objetivos establecidos, y la cadena de valor definida en el modelo de gestión por procesos, además de tener flexibilidad para adaptarse a las exigencias y procesos de cambio permanente*", para lo cual deben estar actualizados y relacionados, la estructura, las funciones y el perfil de cargos.
- Se verificó la disponibilidad del organigrama en la web institucional, sin embargo, no se evidenció registros de asistencia a talleres, capacitaciones o entrevistas con funcionarios de distintos niveles, que demuestren conocimiento y comprensión de sus deberes y responsabilidades la NRM señala: *"La institución debe establecer mecanismos para asegurar que cada funcionario conoce cabalmente sus deberes y responsabilidades, de modo que pueda rendir cuenta de los mismos"*.
- No se visualizó la Identificación y Evaluación de Riesgos, a nivel estratégico y operativo. Al respecto la NRM señala en cuanto a: *"los criterios para la Identificación y Evaluación de Riesgos deberán tener en cuenta, entre otros:*

  a) El contexto estratégico interno y externo.

  b) La etapa de configuración de los planes estratégicos y operativos.

  c) Los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos.

  d) Las actividades rutinarias y no rutinarias.

  e) Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la Misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas).

  f) El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación.

  g) La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado.

  h) La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros.

i) Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades.

j) Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios.

k) El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas".

C. Componente control de la implementación

Para este componente la NRM señala: *"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientadas a reducir los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos de la organización. Las actividades de control son llevadas a cabo por todas las áreas de la organización, a través de los procesos y la tecnología que les da soporte".*

En esta fase se evidenció un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, con una calificación 0,79 ya que se visualizó escasa documentación que demuestre la implementación de elementos requeridos en este componente del SCI.

Para aumentar la calificación, las autoridades deberán aunar esfuerzos a fin de diseñar e implementar elementos requeridos por la NRM, por lo que reiteramos que no se visualizó:

- Controles que contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables.
- Informe sobre el nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles definidos y si son adecuados a las características de la organización.
- Políticas Operacionales documentadas que permitan estructurar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos, las mismas deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional por medio de un acto administrativo.
- Procedimientos documentados para cubrir situaciones en que su ausencia podría afectar la capacidad de control y/o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos.
- La determinación e implementación de los controles, o los cambios a controles existentes, que tengan en cuenta la reducción de los riesgos de acuerdo a la siguiente jerarquía: prevención, detección, protección y corrección.

- Evidencia de implementación de una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- Base de datos o registros que permitan evidenciar que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno.
- Planificación e implementación de actividades de formación de acuerdo a las necesidades detectadas.
- Informe de evaluación de la eficacia de las actividades de formación implementadas.
- Evidencia de que los funcionarios de todos los niveles sean conscientes de sus funciones y responsabilidades, y de las consecuencias de apartarse de los controles, debido a que no fueron realizadas entrevistas, para el efecto.
- Identificación de fuentes de información relevantes y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno.
- Mecanismos de mantenimiento de la calidad de la información, desde la obtención de los datos facilitando que la misma sea correcta, accesible por área, se encuentre actualizada, protegida, sea suficiente y oportuna, válida, verificable y conservable.
- Información documentada requerida por el Sistema de Control Interno (políticas, procedimientos, matrices, tablas de datos, etc.) disponibles en su lugar de uso, y adecuadamente protegida.
- Criterios para la gestión de acceso, distribución y archivo de la información documentada.
- Procedimiento que describa el estado de revisión y de cambios en los documentos existentes.
- Metodología sobre identificación y control de los documentos de origen externo
- Evidencia de revisión periódica de la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados.
- Informe sobre la estadística de los casos recibidos, casos tramitados, mejoras realizadas con relación a las quejas y reclamos, opiniones y sugerencias, durante el ejercicio sujeto a análisis.

Auditoría General del Poder Ejecutivo

Dirección General de Control Gubernamental
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

D. Componente control de la evaluación

Para este componente la NRM señala: "*La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno*".

Para este componente, se evidenció un nivel de madurez identificado en la matriz como DEFICIENTE ALTO, con una puntuación de 0,82. Al respecto, no se observaron documentos como:

- Indicadores efectivos en los niveles estratégicos y operativos críticos, con el seguimiento de acciones concretas, ni de medición de la efectividad del Sistema de Control Interno.
- Procedimientos documentados para definir la metodología y criterios para la planificación e implementación de las Auditorías.
- Revisiones por componente y el cronograma para la implementación del SCI. La Resolución INAES Nº 78/22 que aprobó el plan y cronograma anual de trabajo de la unidad de Auditoría Interna, solo incluyó la evaluación del SCI.
- Matriz de evaluación del Sistema del Control Interno e Informe de evaluación de la efectividad del SCI. Al respecto, la NRM establece que: *"La institución debe llevar a cabo auditorías del SCI a intervalos planificados para determinar si el Sistema de Control Interno:*
    - *Satisface los requisitos de la NRM y los requisitos del Sistema de Control Interno establecidos por la organización.*
    - *Cumple la normativa legal vigente.*
    - *Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz*".
- Perfil para cargos de auditores.
- Registros de capacitación y calificación de auditores internos.
- Acciones que aseguren la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría.

E. Componente control para la mejora

Al definir este componente la NRM señala: "*La institución debe mejorar continuamente la efectividad del Sistema de Control Interno mediante el uso de los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y el Análisis Crítico de la Alta Dirección*".

El Instituto Nacional de Educación Superior "Dr. Raúl Peña", remitió escasos documentos relacionados al componente de control para la mejora, arrojando un puntaje de 0,73 y un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO. Se describe seguidamente algunas debilidades detectadas y que deben ser administradas:

- No se evidenció el Análisis Crítico del Sistema de Control Interno. Este proceso debe realizarse, según indica la NRM, al menos una vez al año, e incluir en tal revisión las decisiones y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora continua y cualquier necesidad de cambio del SCI. Es indispensable conservar la documentación del Análisis Crítico para futuras apreciaciones.
- No se observó el diseño de procedimientos para la gestión de acciones de mejora.
- No se evidenciaron acciones para optimizar continuamente su Sistema de Control Interno, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de debilidades detectadas.

V. Conclusión

El Instituto Nacional de Educación Superior "Dr. Raúl Peña" obtuvo una valoración 1,39 equivalente a un nivel de madurez INICIAL BAJO, teniendo en cuenta los pocos elementos implementados del Sistema de Control Interno, y la ausencia de medidas adoptadas por la institución para corregir las debilidades señaladas en el informe anterior.

Por ello, es indispensable, además, que la Máxima Autoridad y su equipo directivo, apoyen, gestionen e impulsen, la implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno, que redundará en beneficios para la institución, y en consecuencia una mayor satisfacción de sus usuarios o grupos de interés, generando confianza y posicionamiento ante la sociedad.

A diferencia del Modelo Estándar de Control Interno vigente desde el 2008, la Norma de Requisitos Mínimos representa la evolución del Sistema de Control Interno debido a que exige que los Organismos y Entidades del Estado se enfoquen más que en el diseño de las herramientas de control, en la difusión y en la aplicación de las mismas, lo que debe respaldarse adecuadamente en evidencia formal. Asimismo, como cambio trascendental, exige liderazgo e involucramiento de la Máxima Autoridad y su nivel directivo.

En ese contexto, cabe señalar que, si las herramientas de control no se actualizan, se difunden y se aplican, toda la documentación generada en el marco de la implementación de control interno no tiene ninguna utilidad, por lo cual, la autoevaluación institucional y la evaluación independiente deben estar

respaldadas por un alto nivel de reconocimiento crítico y objetivo de la realidad institucional en materia de control interno.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba, y de manera a la mejora continua en la gestión en busca de la excelencia, el Instituto Nacional de Educación Superior "Dr. Raúl Peña" deberá:

1. Elaborar el plan y cronograma para la implementación del Sistema de Control Interno en el marco de la Resolución CGR Nº 377/16, por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
2. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM a fin de apoyar su efectiva implementación.
3. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2023, sea actualizado en el Sistema Informático para la evaluación del Sistema de Control Interno en la página web de la Contraloría General de la República, a más tardar el 28/02/24, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, julio de 2023.

C.P. Vanessa Domínguez
Auditora
Dirección de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Lic. Nancy Rejala Chiola
Directora de Evaluación de Control Interno de los Organismos y Entidades del Poder Ejecutivo
Auditoría General del Poder Ejecutivo

C.P. Irma Delfino
Directora de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Lic. Héctor Godoy
Director General de la Dirección General de Control Interno
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Dra. Gladys Fernández
Directora General de Control Gubernamental
Contraloría General de la República