



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Gabinete Social

ABRIL 2021

Índice

I.	Antecedentes	1
II.	Objetivo	1
III.	Alcance.....	1
IV.	Desarrollo	2
	A. Componente ambiente de control.....	3
	B. Componente control de la planificación	5
	C. Componente control de la implementación.....	7
	D. Componente control de la evaluación.....	10
	E. Componente control para la mejora.....	10
V.	Conclusión.....	11
VI.	Recomendación.....	12

INFORME EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL GABINETE SOCIAL

I. Antecedentes

En la Resolución N° 377 del 13 de mayo de 2016, la Contraloría General de la República (CGR) resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del Sistema de 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 N° 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".

Con base en las funciones y atribuciones de control, vigilancia y fiscalización de los bienes públicos y del patrimonio del Estado establecidas en la Constitución Nacional y en la Ley N° 276/94 "Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República", fue cursada al Gabinete Social la Nota CGR N° 055/21, a efectos de solicitar copia en medio electrónico de los documentos que respaldan la implementación de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno, que evidencian las acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2020.

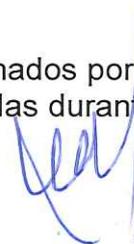
Con la Nota GS/DE/N/N° 02 de fecha 26 de febrero de 2021, la Encargada de Despacho de la Dirección Ejecutiva de la Unidad Técnica del Gabinete Social remitió el resultado de la Evaluación elaborada por la Auditoría Interna y los documentos que respaldan la implementación del Sistema de Control Interno - SCI, a fin de dar cumplimiento al requerimiento de la Contraloría General de la República.

II. Objetivo

Evaluar si los requisitos mínimos exigidos en la norma para un 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 2020.



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.

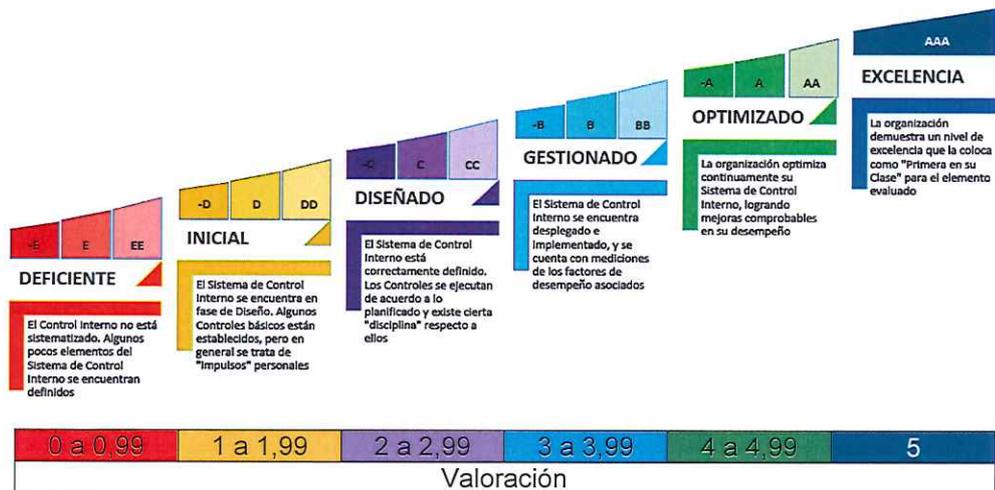
Igualmente, la NRM incorpora la concepción de la administración de riesgos como pilar del control interno, que implica el establecimiento de una estructura y cultura organizacional apropiadas, que aplica un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función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

Asimismo, la implementación de la administración de riesgos a través del SCI le permite a la entidad:

- Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales y proporcionar a la organización un aseguramiento razonable acerca del logro de los mismos, desde la perspectiva de la Misión y Visión institucional.
- Preservar la obtención de resultados, bienes y servicios para la sociedad y los diferentes grupos de interés internos y externos.
- Resguardar el patrimonio público, utilizando en forma efectiva los recursos de la institución evitando daños y pérdidas.
- Garantizar la creación de espacios que favorezcan la comunicación y la confiabilidad de los reportes.
- Mitigar los daños al medio ambiente con el producto de las actividades de la entidad.
- Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentes.

- Mejorar la capacidad de gestión, estableciendo una base confiable para la toma de decisiones y la planificación.
- Permitir la obtención de respuestas oportunas ante eventos no deseados.
- Mejorar el aprendizaje y la flexibilidad institucional.

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 por cada componente, y los resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

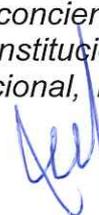
Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,57	C	Diseñado
Control de planificación	2,21	C-	Diseñado
Control de implementación	0,98	EE	Deficiente
Control de evaluación	1,56	D	Inicial
Control para la mejora	1,00	D-	Inicial
SCI consolidado	1,74	DD	Inicial

A partir del análisis de los documentos proveídos por el Gabinete Social, se realizan las siguientes observaciones 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 esta fase, la institución evidenció un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, con una calificación 2,57, indicando que su control interno está definido teniendo en cuenta la elaboración y aprobación de algunos elementos requeridos en el componente. Sin embargo, se pueden señalar las siguientes debilidades:

- La Política de Control Interno fue aprobada por Resolución N° 54/2020. Se evidenció que la misma fue socializada por medio del correo institucional y publicado en la web de la institución. La Política de Control Interno, conforme a las exigencias de la NRM debe: "a) *Estar formalmente documentada; b) Ser comunicada, entenderse y aplicarse dentro de la institución; c) Estar disponible para los grupos de interés pertinentes; y d) Ser revisada periódicamente para asegurar su conveniencia y adecuación continua*".
- Si bien se observó que el Código de Ética fue revisado y actualizado por Resolución N° 123/20, no así el Código de Buen Gobierno que fue aprobado en el año 2016, y se observó que el mismo no tiene actualizadas la Misión y Visión, valores y principios de la institución, éstas fueron actualizadas por Resolución 122/20.
- En el proceso de ajuste del Protocolo de Buen Gobierno, se debe prever que sea construido de manera participativa y consensuada entre los distintos niveles directivos de la institución.
- Se visualizó que el Código de Ética contiene 17 valores éticos institucionales. El Manual de Ética Pública sugiere no exceder de 7 principios éticos, seleccionar de 7 a 10 valores éticos y con relación a los compromisos éticos por dependencia, sugiere no exceder de 20 por área. Esto facilita el aprendizaje, para que posteriormente se traduzcan en prácticas concretas en el ejercicio de la función pública.
- En el Código de Ética de la institución fueron incluidos reglamentos del comportamiento ético. Cabe acotar que, no se debe confundir un Código de Ética con un Reglamento o Código de Conducta. En ese sentido, un Código de Conducta o Reglamento enumera los deberes y obligaciones, las prohibiciones, infracciones y sanciones que se aplicarán según el tipo de falta cometida; en cambio, los Códigos de Ética no tienen una intencionalidad normativa, sino pedagógica; no regulan específicamente los comportamientos de los funcionarios, sino que buscan persuadir y seducir a sus destinatarios para que interioricen sus preceptos y quieran comportarse en coherencia con estos.
- En la Resolución N° 122/20 que aprueba y actualiza la Misión, Visión, Valores y principios, no figura el valor respeto que sí figura en el Código de Ética.
- No se evidenció que la institución aplique instrumentos para detectar o generar al incumplimiento de los Acuerdos y Compromisos Éticos, ni parámetros establecidos, ni criterios, para el seguimiento y evaluación de la gestión ética en la entidad.

- No se visualizó compromisos éticos por dependencias. Para diseñar los compromisos éticos por dependencia, se puede utilizar la metodología propuesta en el Manual de Ética Pública.
- Con la Resolución N° 235/16, se conformó el Comité de Ética, Comité de Buen Gobierno y Equipo de Alto Desempeño en Ética Pública y se establecieron las funciones y atribuciones de cada comité. Al respecto, no se visualizaron documentos que permitan comprobar el cumplimiento de tales funciones.
- La institución no estableció procesos para fortalecer la gestión ética, que requiere que la convocatoria sea lo más amplia posible y que las acciones formativas, reflexivas y comunicacionales lleguen a todos los ámbitos de la entidad.
- Fue visualizada la Política de Gestión de Talento Humano, en formatos 18 y 19, en dichos documentos se observó que no estaban insertos los valores de Eficiencia, Eficacia e Integridad relacionados ambos a los apartados d) y e) del elemento 4., de la NRM.
- No se evidenció la Resolución que aprueba la Política de Gestión de Talento Humano. Al respecto la NRM indica: *"La institución debe asegurar que las Políticas de Gestión de Talento Humano sean revisadas periódicamente para asegurar que permanezcan pertinentes y apropiadas. Las Políticas de Gestión de Talento Humano deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo"*.
- Tampoco 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 Políticas de Gestión del Talento Humano y asegurar que los procesos involucrados tengan en cuenta los valores detallados en la NRM.

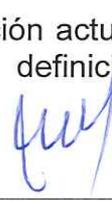
B. Componente control de la planificación

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 DISEÑADO BAJO, con una calificación de 2,21 debido a los pocos elementos definidos, siendo necesario tomar medidas de mejora en base a las siguientes debilidades:

- En la Resolución N° 122 del 11 de febrero de 2021, se aprobó el Plan Estratégico Institucional, correspondiente al periodo 2021 – 2023. El documento, no incluyó la matriz de variables internas y externas (Matriz FODA) la cual incluye las principales oportunidades y amenazas, así como las fortalezas y debilidades a las que está expuesta la institución en su operación diaria.

Cabe señalar la importancia del análisis de la situación actual de la entidad que se planifica, ya que ello contribuye a la correcta definición de lineamientos estratégicos, objetivos generales y específicos.



- Además, en la introducción el Plan Estratégico Institucional - PEI se señala: *"El mencionado Plan Estratégico Institucional, se encuentre a su vez alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, al Plan Nacional de Desarrollo 2030 PND 2020 y a las prioridades del Gobierno Nacional"*, sin embargo, no se comprobó que la institución haya identificado los Objetivos de Desarrollo Sostenible con los cuales se relacionan los objetivos institucionales.
- No se visualizaron actas de reunión del Comité de Control Interno, para la elaboración del nuevo Plan Estratégico Institucional.
- Si bien la institución cuenta con un procedimiento operativo para el seguimiento a la ejecución de planes, no se visualizaron informes relacionados.
- Los objetivos generales y específicos detallados en el Plan Operativo Institucional, deben ser coherentes con los aprobados en el Plan Estratégico Institucional.
- No se visualizó un plan de acción de programas y/o proyectos relacionados a objetivos específicos del PEI, que contenga el detalle de cada producto que se espera generar, la fecha estimada de entrega, las unidades involucradas, factores de riesgo para el éxito del programa, entre otros requisitos.
- Se visualizó un Mapa de Procesos, sin fecha de aprobación, sin número de versión, con firmas sin nombre y dependencia a la que corresponden. El Mapa de Procesos debe estar rubricado por la Máxima Autoridad o bien, estar aprobado por acto administrativo.
- Los macroprocesos identificados en el formulario 37 Definición de Macroprocesos, no es coherente con los identificados en el Mapa de Procesos.
- No se observó evidencia de caracterización de los procesos contenidos en el Mapa de Procesos, conforme lo exige la NRM. La caracterización de procesos abarca la definición de los objetivos de cada uno de ellos, 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.
- Se visualizó el normograma correspondiente al macroproceso Gestión Jurídica, en ese sentido se debe acotar que dicho documento debe ser elaborado por procesos y debe contener todas las disposiciones legales que rigen para los mismos. Asimismo, se deben identificar los requisitos legales para la totalidad de los procesos identificados en el Mapa de Procesos.
- Se evidenció inconsistencias entre los macroprocesos definidos y la estructura organizacional aprobada por Resolución GS/CG N° 10/17, conforme a las dependencias expuestas. Se sugiere identificar el cargo responsable en el Mapa de Procesos o incluir los formatos 37 al 39.
- Se evidenció la Resolución N° 10/17 *"Por la cual se aprueban las modificaciones a la Estructura Orgánica y al Manual de funciones de la Unidad Técnica del Gabinete Social de la Presidencia de la República"*, pero no se visualizó el perfil

de cargos. 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 cada cargo.

- Respecto a la Identificación y Análisis de Riesgos, solo se visualizó la Identificación y Plan de Gestión de Riesgos, elaborado por la Auditoría Interna, para el Plan de Trabajo Anual de esa dependencia. Al respecto, la NRM señala: *"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 0,98, que refiere que la institución debe incrementar sus acciones hacia la implementación de este componente del SCI. Se detalla a continuación las debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:



- No se visualizaron indicadores que demuestren el impacto y la efectividad de los controles. Al respecto, la NRM señala que la institución debe definir e implementar controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que puedan afectar el logro de los objetivos hasta niveles tolerables.
- La institución no comunicó sobre la implementación de controles con nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación, como por ejemplo, el uso de relojes biométricos para marcaciones de funcionarios, instalación de cámaras de seguridad, sistemas de prevención de incendios, sistema de prevención y resguardo de documentos, y otros.
- No se visualizaron Políticas Operacionales para los procesos/subprocesos documentadas y aprobadas por la Máxima Autoridad. Según la NRM, los criterios a ser aplicados en la formulación de las Políticas Operacionales, deben incluir:
 - a) Coherencia entre las políticas y lineamientos estratégicos determinados por el componente de control de planificación, en particular, con los principios de gestión por procesos y la identificación y evaluación de los riesgos.
 - b) Incorporación de parámetros que orienten el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento.
 - c) Definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento.
- El Manual de Procedimientos fue aprobado por Resolución N° 136/17, se pudo observar que los procedimientos están debidamente documentados. Sin embargo, los Procedimientos Operativos deben ser aprobados por los dueños del proceso, y deben ser actualizados, realizando ajustes necesarios, mediante acciones preventivas o de mejora, considerando que pudieran surgir cambios en la estructura o buscando mejorar la ejecución del proceso.
- Asimismo, se visualizó en algunos procedimientos, actividades relacionadas a la elaboración y aprobación de reglamentos, en ese sentido, cabe señalar que los reglamentos corresponden a criterios o requisitos legales y no deben considerarse como actividades o tareas.
- No se evidenció la realización de entrevistas a los funcionarios a fin de comprobar sus conocimientos sobre los procedimientos operativos relacionados a su función.
- No se visualizó un informe de auditoría sobre la verificación de los procesos y actividades de áreas seleccionadas, a fin de identificar oportunidades de mejora.
- No se visualizó un informe de auditoría de gestión al área de legajos o su equivalente, a fin de comprobar la actualización de los mismos y la correspondencia de documentos con el cargo ocupado por funcionarios.

- No se evidenció un informe consolidado (todas las áreas) de las necesidades de capacitación elaborado por el Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas. Tampoco se visualizó el Reglamento de Capacitación ni el Plan Anual de Capacitación 2020, debidamente aprobados por acto administrativo.
- Si bien se evidenció la evaluación de desempeño de una funcionaria, no se observó registros aplicables relacionados al procedimiento evaluación de desempeño de acuerdo al Manual de Procedimientos.
- Se visualizaron certificados varios, sin embargo, no se observaron Resoluciones por la cual se aprobó la realización de los cursos y por la cual se designó a los funcionarios a participar de ellos.
- No se observó evidencias de evaluación de eficacia de las actividades de capacitación, denominada también, evaluación del impacto de las capacitaciones. El párrafo 3 del Principio 10. Competencia, formación y toma de conciencia, establece: *"La institución debe evaluar la eficacia de las actividades de formación, u otras acciones tomadas, y mantener los registros de dicha evaluación"*.
- Respecto al control de la información documentada, no se visualizó procedimientos que describan la metodología que permita evaluar el cumplimiento de los criterios exigidos por la NRM.
- Se visualizó un Manual Estratégico de Comunicación, sin embargo, no se pudo constatar si las políticas en ellas definidas, fueron implementadas en la institución y si las mismas fueron revisadas y actualizadas, teniendo en cuenta que fueron aprobadas en la Resolución N° 236/16.
- No se visualizó reportes de la Dirección de Comunicación sobre la efectividad de los mecanismos de comunicación.
- Se observó el Informe de Gestión correspondiente al ejercicio 2020, sin embargo, no se visualizó el documento en la página web institucional. Además de ello, el Manual de Comunicación señala: *"La Dirección Ejecutiva coordinará acciones estratégicas para rendir cuentas a la ciudadanía apuntando a un espacio de interlocución entre los servidores públicos y la ciudadanía"*, situación no ha sido comprobada.
- No se evidenció la implementación de buzones de sugerencias o reclamos, o los canales de participación ciudadana que se menciona en el Informe de Gestión.

En cuanto al componente control de la implementación, mucho incidirá en la mejora de la gestión al tener los responsables de los procesos, y directrices claras para el desarrollo de sus tareas. En ese sentido, la Política Operacional es útil para establecer líneas de acción cuando un aspecto específico del trabajo requiere orientación y sea necesario definir con precisión quienes son los responsables de acatarla y su ámbito de aplicación. La institución evitará que se presenten situaciones indeseables, mediante directrices claras y responsabilidades bien definidas.

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"*.

En este componente la calificación alcanzada fue de 1,56 lo que representa un nivel de madurez INICIAL MEDIO, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de Evaluación que: *"El Sistema de Control Interno se encuentra en fase de Diseño. Algunos controles básicos están establecidos, pero en general se trata de "impulsos" personales"*. Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- No se evidenció la aplicación indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos, de manera a monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales y operativos, como así tampoco métodos de seguimiento que permita medir la efectividad del SCI.
- Cabe señalar que los indicadores estratégicos, los del Plan Operativo Institucional y los indicadores por procesos deben estar alineados, o en su defecto, ajustarlos.
- No se observó un informe de auditoría del Sistema de Control Interno conforme a las Normas de Requisitos Mínimos. Además, la Auditoría Interna debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de la efectividad del Sistema de Control Interno. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de la implementación de los planes de mejoramiento y la efectividad de las acciones tomadas.
- El formulario de análisis del Sistema de Control Interno, debe ser adecuado e incluir los componentes aprobados en la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.
- No se pudo verificar criterios de selección de Auditores Internos (perfil de cargos).

Asimismo, es importante que la Auditoría Interna, en el proceso de evaluación de la efectividad del Sistema de Control Interno, identifique las fortalezas, oportunidades de mejora e incumplimientos relacionados a la adopción del SCI, promoviendo la ejecución de acciones correctivas, preventivas o de mejora, para direccionar a la institución hacia una gestión eficiente y al desarrollo de sus actividades bajo los fundamentos y principios que rigen el control interno, con el objetivo de conducir a la institución a lograr continuamente mayores índices de calidad.

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".

Para este componente, la institución evidenció un nivel de madurez INICIAL BAJO, con una calificación 1,00, que se fundamenta en las siguientes observaciones:

- No remitió evidencias que demuestre la elaboración, por parte de la Máxima Autoridad, del análisis crítico del Sistema de Control Interno. Este proceso debe realizarse, según indica la NRM, al menos una vez al año, por los miembros de comité directivo y la Máxima Autoridad, e incluir en tal revisión las decisiones y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora continua y de cualquier necesidad de cambio del SCI. Es necesario conservar la documentación del análisis crítico para futuras apreciaciones.
- No se observó la utilización de registros de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora.
- Se visualizaron Avances de Planes de Mejoramiento sin fecha de aprobación o realización; en los que se constata que informes de años anteriores siguen con un porcentaje inconcluso de las acciones propuestas por las áreas responsables de la ejecución a fin de subsanar las debilidades observadas por la Auditoría Interna. Al respecto, la NRM señala: *"La dirección responsable del área auditada debe asegurarse que se realicen las correcciones y que se toman las acciones correctivas o de mejora necesarias, sin demora injustificada, para eliminar los desvíos detectados y sus causas"*.

V. Conclusión

Como resultado del análisis practicado a los documentos remitidos por el Gabinete Social, obtuvo una valoración de 1,74; equivalente a un nivel de madurez INICIAL ALTO, teniendo en cuenta los pocos elementos implementados del Sistema de Control Interno, con lo que se evidenció que la Máxima Autoridad y su equipo directivo, no demostraron liderazgo ni compromiso con la implementación y efectiva aplicación del SCI.

Las autoridades del Gabinete Social deben concebir la implementación de la NRM, como una nueva forma de accionar del funcionario para el mejor manejo de los intereses de la institución, en ese sentido la institución carece de un control interno que garantice los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus fines.

Para la efectiva implementación de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno, es indispensable la voluntad, compromiso, acompañamiento e involucramiento, de la Máxima Autoridad y su equipo directivo, no basta con un pronunciamiento ocasional de compromiso y conformación de equipos, sin realizar acciones recurrentes de manera a dar continuidad al proceso de implementación.

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.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto precedentemente, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias a fin de implementarlo de manera urgente, por tanto, el Gabinete Social deberá:

1. Revisar y analizar de inmediato todos los componentes del SCI que están en fase de elaboración, a fin de determinar las actividades consecuentes para el avance de su implementación, evaluación y mejora continua, que le permita ir madurando hacia la etapa subsiguiente.
2. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM a fin de apoyar su efectiva implementación.
3. Desarrollar iniciativas para la implementación de los ODS.
4. Arbitrar las medidas administrativas para que la Auditoría Interna proceda a evaluar la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2021, utilizando la matriz de evaluación por niveles de madurez, aprobada en la Resolución CGR N° 147/19, cuyo resultado deberá ser remitido, a más tardar, el 28/02/22, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.
5. Elaborar un plan y cronograma de implementación del SCI en el marco de la Resolución CGR N° 377/16, por la cual se adopta la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno.

Es nuestro informe.

Asunción, de abril de 2021.



C.P. Maura Martínez
Auditor



C.P. Irma Delfino
Directora de Área
Dirección de Análisis Sectorial



Dra. Gladys Fernández
Directora General
Dirección General de Control Gubernamental

