



**CONTRALORÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA**



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

**INFORME DE EVALUACIÓN DE LA
EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE
CONTROL INTERNO**

**SERVICIO NACIONAL DE
CALIDAD Y SALUD ANIMAL -
SENACSA**

Mayo, 2021

Índice

I.	Antecedentes	1
II.	Objetivo	1
III.	Alcance.....	1
IV.	Desarrollo	1
	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.....	9
	E. Componente control para la mejora.....	10
V.	Conclusión.....	11
VI.	Recomendación.....	11

INFORME EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL - SENACSA

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 Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal - SENACSA la Nota CGR N° 4274 de fecha 20 de setiembre de 2020, a efectos de solicitar el informe resultante de la evaluación del Sistema de Control Interno - SCI, adjuntando las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control correspondiente al ejercicio fiscal 2020.

En la Nota N.P N° 106 de fecha 22 de febrero de 2021, el Presidente del SENACSA remitió los documentos e informes de respaldo en medio magnético, 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 de la efectividad del SCI se define como: el "Proceso a través del cual, en primer lugar, se analiza si fueron diseñados los instrumentos, mecanismos y técnicas de control conforme a los requisitos mínimos establecidos en la Norma de Requisitos Mínimos, para luego evaluar si estas herramientas son conocidas y aplicadas por la

Máxima Autoridad, directivos y todo el personal de los organismos y entidades del Estado".

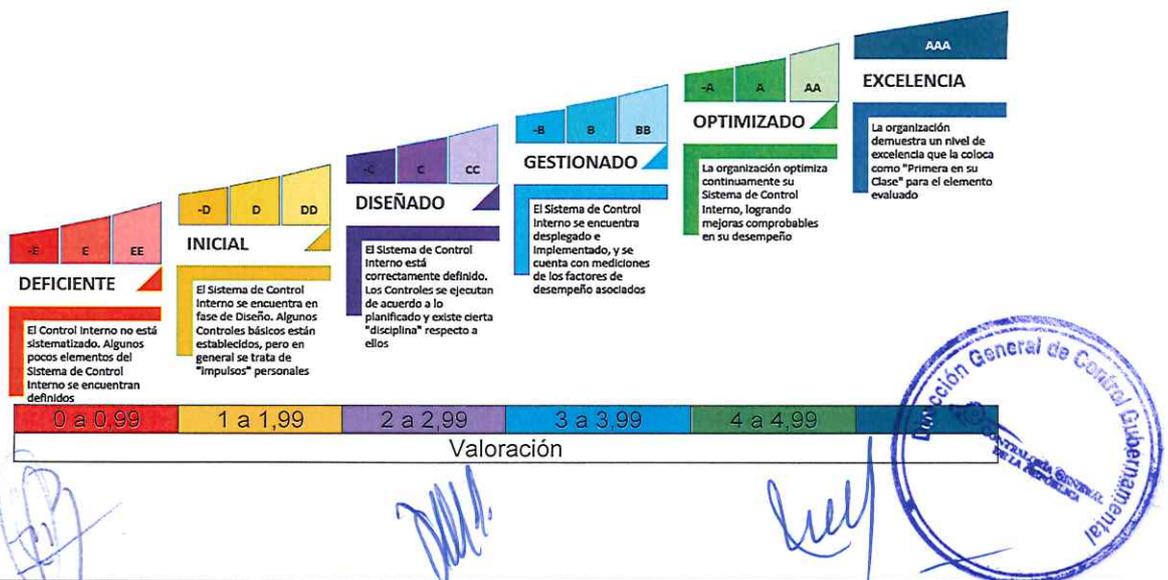
Además, se debe dejar en claro a la institución que, a diferencia del Modelo Estándar de Control Interno vigente desde el 2008, la Norma de Requisitos Mínimos representa la evolución del Sistema de Control Interno debido a que exige que los organismos y entidades del Estado se enfoquen más que en el 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 este contexto, es de suma importancia indicar a la institución que si las herramientas de control no se actualizan, se difunden y se aplican, toda la documentación generada en relación a 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.

Asimismo, representa un 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".*

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 de nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,54	C	Diseñado
Control de planificación	1,59	D	Inicial
Control de implementación	0,83	EE	Deficiente
Control de evaluación	0,89	EE	Deficiente
Control para la mejora	0,85	EE	Deficiente
SCI consolidado	1,46	D	Inicial

A partir del análisis de los documentos proveídos por el Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal, se detallan las siguientes debilidades por componente de control.

A. Componente ambiente de control

Según 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 este componente el SENACSA evidenció un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, con una calificación 2,54, debido a que el Sistema de Control Interno se encuentra desplegado y diseñado en la mayoría de los criterios evaluados, comprobándose un importante avance.

Respecto a los documentos correspondientes a este componente, se señalan las siguientes debilidades:

- Se observaron varias actas de Acuerdos y Compromisos Éticos de algunas áreas del SENACSA, sin embargo, no se observó que fueran traducidas en formas concreta de actuación. Los compromisos éticos se formulan a partir de prácticas concretas que se identifican en las diferentes áreas organizacionales que componen a la entidad. Para diseñar los compromisos éticos por dependencia, se puede utilizar la metodología propuesta en el Manual de Ética Pública. Al respecto, el Manual indica:

“Los compromisos éticos son los acuerdos colectivos que asumen los funcionarios públicos de la institución con el fin de aplicar los valores éticos en el cumplimiento de la función pública que les corresponde, de acuerdo con las especificidades de sus funciones, competencias y grupos de interés con los que se relacionan. Los compromisos serán acordados y decididos por los funcionarios públicos con base en sus escenarios de trabajo”.

- Si bien se visualizaron correos de algunos de los miembros del Comité de Ética, que evidencia la revisión y ajuste del Código de Ética, no se pudo comprobar si los miembros del Comité representan a los distintos niveles de la institución, tampoco el número de funcionarios fue representativo en cuanto a participación para la elaboración o actualización del Código de Ética.
- Los valores éticos institucionales fueron socializados, sin embargo, el proceso ético implica la necesidad de reflexión colectiva (involucrar a todos los funcionarios) y demanda espacios de aprendizaje a través de didácticas que requiera al compromiso personal.
- No se evidenciaron reuniones del Comité de Ética, durante el año 2020, en las que demuestren las acciones sobre el tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos. Tampoco se visualizaron las funciones y atribuciones del Comité de Ética, aprobadas por acto administrativo.

Con relación a los Acuerdos y Compromisos Éticos, la NRM señala: "La metodología aplicada para el establecimiento de los Acuerdos y Compromisos Éticos debe:

- a) *"Prever que el documento orientador de las prácticas éticas sea construido de manera participativa y consensuada, con los diferentes niveles de la institución.*
 - b) *Establecer los parámetros y criterios para el seguimiento y la evaluación de la gestión ética.*
 - c) *Considerar la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos".*
- En la Resolución N° 496 del 21 de mayo de 2020, se actualizó el Código de Buen Gobierno. Al respecto, no se evidenció que el referido Código fuera construido de manera participativa y consensuada por el nivel directivo de la organización. No se tuvo en cuenta la recomendación de la CGR, en el informe anterior, de actualizar el Código de Buen Gobierno, considerando la inclusión de la Misión y la Visión que se encuentra vigente.

Además, en la Resolución N° 496/20, Capítulo V de la Administración del Código de Buen Gobierno, punto 1 inciso b, se estipulan las funciones del Comité. Al respecto, no se evidenciaron documentos que permitan comprobar el cumplimiento de tales funciones.

Asimismo, no se visualizó un informe sobre datos estadísticos relacionados a resolución de controversias, correspondiente al ejercicio sujeto a análisis.

- 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.



- Si bien la Política de Control Interno, el Código de Ética, el Código de Buen Gobierno y la Política de Gestión del Talento Humano fueron publicados en la intranet, no se visualizaron resultados de entrevistas con funcionarios de distintos niveles y áreas, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación de tales elementos.

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, Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales”.*

En este componente la calificación alcanzada fue de 1,59 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 está en fase de diseño”.* Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser administradas para mejorar la calificación:

- La Visión institucional no provee el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro ni señala el camino que permite a la dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización.
- En la Resolución N° 585/19, se aprobó el Plan Estratégico Institucional 2019-2023. Al respecto, no se comprobó la revisión del Plan Estratégico para ajustarlos a los cambios del entorno, debido específicamente al contexto generado por la pandemia de la COVID-19, así también, es preciso definir lineamientos de articulación de los objetivos estratégicos, programas, proyectos y procesos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS. Asimismo, ajustarlos a políticas públicas relacionadas al sector, en caso que existieren.
- No se visualizó el Plan Operativo Institucional 2020, a fin de asegurar de que el mismo se encuentre alineado al Plan Estratégico Institucional.

Con relación a la planificación institucional, la NRM señala: *“La institución debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para definir su planificación a nivel estratégico y operacional.”*

Los criterios para la planificación deberán tener en cuenta, entre otros:

- a) La definición de los niveles de revisión y aprobación asociados.*
- b) La determinación de las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica.*
- c) El establecimiento de los objetivos institucionales, en las funciones, niveles y procesos pertinentes, y asegurando que los mismos sean coherentes con la Misión y Visión institucional.*
- d) El cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución en consonancia con las necesidades de la sociedad a la que atiende.*
- e) La definición de los cursos de acción necesarios para el logro de su Misión, Visión y objetivos institucionales, para un período de tiempo determinado.*

- f) *La determinación de los recursos necesarios para el logro de los fines trazados.*
- g) *La coherencia entre los planes estratégicos y operativos establecidos, y el presupuesto y los planes de contratación e inversión institucionales a definir.*
- h) *La definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados.*
- i) *El direccionamiento de la operación de la institución bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia requeridos por las diferentes partes interesadas.*

La institución debe revisar periódicamente los planes, para ajustarlos a los cambios del entorno y al desarrollo de competencias al interior de la institución".

- Si bien el Plan Estratégico Institucional fue socializado en la página web, no se observó un taller de sensibilización dirigido a todos los funcionarios de la institución (permanentes y contratados), 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, por lo que la publicación en intranet no es evidencia suficiente para que los funcionarios sean conscientes de la articulación de su tarea cotidiana con el objetivo específico que le afecta. En ese sentido la NRM señala: *"La institución debe comunicar acerca de su Misión, Visión, objetivos y planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto"*.
- No se evidenció resultados de entrevistas con funcionarios de todos los niveles, que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación, respecto a la Visión, Misión, objetivos y planes de acción.
- En la Resolución N° 1480 del 30/12/20, se aprobó el Mapa de macroprocesos del SENACSA, que identifica los macroprocesos según el enfoque estratégico, misional o de apoyo dentro de la estructura, sin embargo, no se visualizó el Mapa de Procesos con la identificación de proceso y subprocesos.
- No se observó evidencia de caracterización de los 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.
- Tal como lo señalara la Contraloría General de la República en el informe anterior, el normograma debe identificar la base legal por cada proceso o subproceso. Lo señalado obedece a que, por ejemplo, un funcionario de la Unidad Operativa de Contrataciones debe conocer solo las disposiciones legales aplicables a la ejecución de dichas actividades y no las disposiciones legales aplicables a la Gestión de la Política Institucional de Inocuidad de Alimentos de OA, y viceversa. Cada dueño de procesos debe ser responsable de la actualización del normograma que le compete, teniendo en cuenta que hay nuevas normativas y disposiciones que son emitidas anualmente o son modificadas.

Se visualizaron algunos procedimientos operativos que tienen insertas disposiciones legales, sin embargo, no están actualizadas.

- En lo que se refiere a estructura organizacional, la institución se encuentra en proceso de actualización. El Manual de Organización y Funciones debe ser aprobado por la Máxima Autoridad. Además, se debe desarrollar funciones y perfil para la totalidad de los cargos, de acuerdo a la estructura orgánica.
- No se evidenció resultados de Auditoría de campo: identificación de riesgos reales y verificación de su tratamiento, tampoco se observó que se hayan desplegado la Identificación y Evaluación de Riesgos a nivel estratégico ni operativo.

En consideración a esta debilidad, es conveniente que la institución tenga en cuenta, que la identificación de los riesgos se realiza bajo el análisis de un contexto con características particulares de los que puede pasar en el futuro como amenaza que afecte el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de los procesos institucionales. Ese escenario de presencia de eventos desfavorables que pueden afectar a la institución varía de manera constante, por ello, el examen de su pertinencia, también debe ser continuo.

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 este componente la calificación alcanzada fue de 0,83 lo que representa un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación que: *"El Sistema de Control Interno no se encuentra sistematizado"*. Se detalla a continuación, algunas debilidades que deben ser gestionadas para mejorar la calificación:

- No se evidenció Políticas Operacionales para todos los procesos.

Las NRM indica que: *"La institución debe definir Políticas Operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos."*

Las Políticas Operacionales deben definir los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos."

Los criterios aplicados a la formulación de las Políticas Operacionales deben incluir:



- a- *Coherencia entre las políticas y los lineamientos estratégicos determinados por el componente de control de la planificación, en particular con los principios de gestión por procesos y la identificación y evaluación de 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".*

La institución debe asegurar que las Políticas Operacionales sean revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas.

Asimismo, las Políticas Operacionales deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

- No se visualizaron procedimientos operativos para la totalidad de los procesos. Al respecto, los procedimientos operativos deben estar alineados al Mapa de Procesos estableciendo la forma más eficaz de realizar las actividades.
- No se comprobó que existan 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.
- El Plan de Capacitación para funcionarios y empleados de SENACSA para el ejercicio 2020, fue aprobado en la Resolución N° 366 del 30/03/20. Al respecto, la planificación de la capacitación de los funcionarios se realiza con antelación a la aprobación del presupuesto, de los montos que serán ejecutados en ese concepto, a fin de asegurar la disponibilidad presupuestaria.
- Fue visualizada la Resolución que aprueba el Plan Anual de Capacitación, pero no el anexo que forma parte de la misma. No se visualizó un informe que señale el porcentaje de ejecución del plan al cierre del ejercicio 2020. Se visualizaron documentos dispersos, desordenados e incompletos, relacionados a capacitaciones, como por ejemplo, una planilla de asistencia sin firma del responsable, no contiene periodo al que corresponde, ni datos sobre el curso, taller o beca.
- La Resolución N° 2021 del 30/12/19, aprobó el Reglamento de Capacitación, Adiestramiento y Becas. Al respecto, no se visualizó un informe sobre el cumplimiento de normas y procedimientos relacionados con capacitación y adiestramiento del personal público, como así también por concesión de becas, correspondiente al ejercicio fiscal 2020 y seguimiento de años anteriores.
- No se evidenció la realización de la evaluación de eficacia de las actividades de capacitación, denominada también, evaluación del impacto de las capacitaciones. Al respecto la NRM establece en el Principio 10. Competencia, formación y toma de conciencia, que: *"La institución debe evaluar la eficacia de las actividades de formación, u otras acciones tomadas, y mantener los registros de dicha evaluación"*.
- Por Resolución N° 4665/16 se aprobó el Manual de Sistemas de Atención de Expedientes del SENACSA, sin embargo, no se visualizó procedimiento que

describa la metodología de gestión de versión y cambio en los documentos. La información documentada debe controlarse para asegurar que la información esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se la necesite, y esté protegida adecuadamente contra la pérdida de confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad.

- Por Resolución N° 4352/16 se aprobó la Política de Comunicación Institucional, al respecto, es pertinente la actualización de la misma, y designar el responsable de ejecución y seguimiento de tales políticas.
- No se observó tablas de niveles de aprobación de documentos u otros actos administrativos que definan niveles de aprobación de documentos.
- No se evidenció acciones que puedan asegurar que la información utilizada sea accesible, correcta, actualizada, protegida, suficiente, oportuna, válida, verificable y conservable.
- La institución debe asegurar que se revise periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados, atendiendo que en la actualidad existen elementos que permiten llegar de manera más afectiva a todos los grupos de interés.
- Si bien en la Resolución N° 320/20 se aprobó el Plan de Rendición de Cuentas del SENACSA, no se visualizó procedimientos documentados para establecer la metodología, alcance, responsabilidad y frecuencia de las Rendiciones de Cuentas. Además, la institución debe documentar la convocatoria y asistencia a las Rendiciones de Cuentas a la ciudadanía.
- En la página web no se visualizó un informe de gestión ni memoria anual correspondiente al ejercicio fiscal 2019.

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 0,89 lo que representa un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, y esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación que: *“El Sistema de Control Interno no se encuentra sistematizado. Se detalla a continuación, algunas debilidades detectadas a ser mejoradas:*

- No se visualizaron 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 tampoco métodos de seguimiento que permitan medir la efectividad del SCI.

En ese sentido, la NRM señala: *“La institución debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y, cuando sea aplicable, la medición de la efectividad del Sistema de Control Interno. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los*

controles para contribuir al logro de los resultados planificados, tomando las medidas correctivas que sean necesarias cuando se presenta algún incumplimiento".

- No se evidenció un criterio para la selección de auditores, así como registros de capacitación y calificación de los mismos, observación ya realizada por la CGR en el informe anterior.
- En el Plan Anual de Auditoría, aprobado en la Resolución N° 178/20, no se evidenció que incluya auditorías al Sistema de Control Interno.
- No se evidenciaron 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".*

En este componente la calificación alcanzada fue de 0,85 lo que representa un nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, 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 un Análisis Crítico del SCI por parte de la Alta Dirección. El informe de evaluación del SCI elaborado por la Auditoría Interna, se debe tomar como insumo en reunión del Comité de Control Interno, en donde se tomarán decisiones con base a la situación planteada y debe quedar plasmado en un acta.

Es importante recordar que la principal actividad de autoevaluación recae en la Máxima Autoridad de la institución bajo la modalidad de un Análisis Crítico del Sistema de Control Interno.

Con relación al Análisis Crítico del SCI la NRM señala: *"La Dirección debe revisar el Sistema de Control Interno de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. Se considera apropiado que la revisión sea realizada al menos una vez al año. La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo, incluyendo consideraciones sobre:*

- a) El estado de las decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la dirección.*
- b) La vigencia de la Política de Control Interno.*

- c) *Los cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al Sistema de Control Interno, incluyendo su direccionamiento estratégico.*
 - d) *La información sobre el desempeño del control interno, incluidas las tendencias e indicadores relativos a:*
 - *Evolución de planes y objetivos institucionales.*
 - *Seguimiento y resultados de las mediciones.*
 - *Resultados de las auditorías internas y externas.*
 - *Retroalimentación de los grupos de interés.*
 - *Cuestiones relativas a los proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes.*
 - *Adecuación de los recursos requeridos para mantener un Sistema de Control Interno eficaz.*
 - *El desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios.*
 - *La eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos.*
 - *La gestión de los programas de mejora y las nuevas oportunidades de mejora potenciales".*
- No se visualizó implementación o aplicación de registros de acciones correctivas, preventivas o de mejora.

V. Conclusión

Como resultado del análisis de los documentos suministrados por el SENACSA, la institución obtuvo una valoración consolidada de 1,46, que representa un nivel de madurez INICIAL MEDIO, en consideración a los elementos definidos en los componentes de ambiente de control, control de la planificación, control de la implementación, control de la evaluación y control para la mejora.

Se debe señalar además que, las actividades de autoevaluación se encuentran desplegadas en diversos requisitos con la forma de una revisión periódica de los elementos que componen el Sistema de Control Interno, con la consecuente definición de acciones de mejora, aprobación de la Máxima Autoridad y socialización correspondiente.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba, y a fin de alcanzar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia, el Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal, deberá:

1. Gestionar la capacitación del personal directivo y de los funcionarios sobre los requisitos mínimos señalados en la Norma de Requisitos Mínimos, a fin de apoyar la implementación de la referida norma de control interno.
2. Tener en cuenta las recomendaciones realizadas por la CGR y, a su vez, dar cumplimiento y ejecución de las mismas.

3. Desarrollar iniciativas para la implementación de la Agenda 2030.
4. Ajustar el plan y cronograma aprobado si fuese necesario.
5. 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 de manera ordenada todas las evidencias correspondientes por principios por componente de control y asegurando la legibilidad de las mismas.

Es nuestro informe.

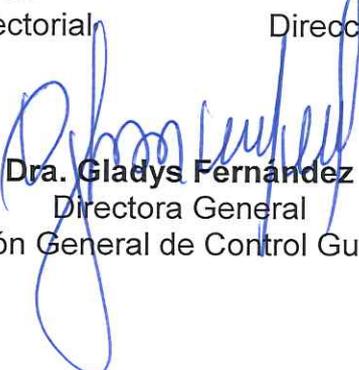
Asunción, de mayo de 2021.



Lic. Andrea Rodríguez
Jefa de Departamento
Dirección de Análisis Sectorial



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



Dra. Gladys Fernández
Directora General
Dirección General de Control Gubernamental

