



POKATUVETE
Mañahapavẽ
Auditoría General del
PODER EJECUTIVO



Norma de
Requisitos Mínimos
para un Sistema de
Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

**INSTITUTO NACIONAL DE
TECNOLOGÍA, NORMALIZACIÓN Y
METROLOGÍA - INTN**

Noviembre, 2022

Índice

I. Antecedentes.....	1
II. Objetivo	1
III. Alcance.....	2
IV. Desarrollo	2
A. Ambiente de control	3
B. Componente de control de la planificación.....	7
C. Componente de control de la implementación	11
D. Componente de control de evaluación	16
E. Componente de control para la mejora	17
V. Conclusión.....	19
VI. Recomendación.....	20

INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGÍA, NORMALIZACIÓN Y METROLOGÍA - INTN

I. Antecedentes

Con la Resolución N° 377 del 13 de mayo de 2016, la Contraloría General de la República 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 MECIP 2015.

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".

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

Con la Resolución AGPE N° 130/22, fue designada una funcionaria para evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma de Requisitos Mínimos del Sistema de Control Interno.

Asimismo, se habilitó el Portal Web MECIP de la Auditoría General del Poder Ejecutivo, ajustado a la Matriz de Evaluación de Normas de Requisitos Mínimos MECIP; a efectos de que los Organismos Sujetos de Control de la AGPE adjunten el informe resultante de la evaluación del Sistema de Control Interno y las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Por otro lado, en la Resolución CGR N° 909 del 09 de diciembre de 2021, la Contraloría General de la República 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 fue realizada con base a los documentos proporcionados por la Institución y que respaldan la fase de diseño y que evidencian las acciones realizadas durante el del ejercicio fiscal 2021.

IV. Desarrollo

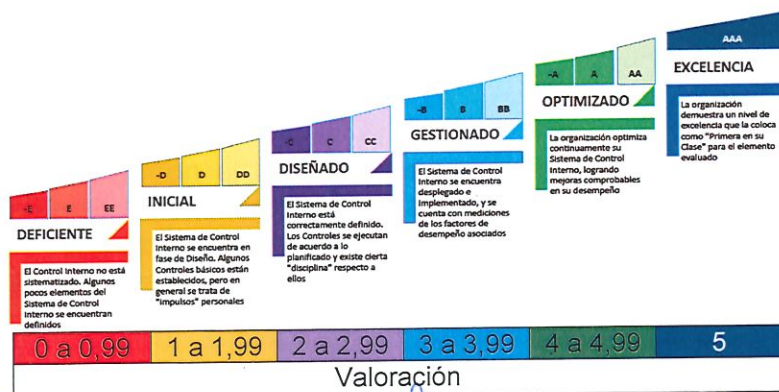
La evaluación de la efectividad del SCI se define como: "Proceso a través del cual, en primer lugar, se analiza si fueron diseñados los instrumentos, mecanismos y técnicas de control conforme a los requisitos mínimos establecidos en la Norma de Requisitos Mínimos, para luego evaluar si estas herramientas son conocidas y aplicadas por la Máxima Autoridad, directivos y todo el personal de los Organismos y Entidades del Estado".

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

- 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.
- La consideración de los procesos en términos que aporten valor.
- El logro de un control de procesos eficaz.
- 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, lo 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.

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	2,18	C-	Diseñado
Control de planificación	1,14	D-	Inicial
Control de implementación	0,86	EE	Deficiente
Control de evaluación	1,98	DD	Inicial
Control para la mejora	0,87	EE	Deficiente
SCI consolidado	1,36	D-	Inicial

A partir del análisis de los documentos proveídos por el Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología - INTN, se señalan las debilidades más significativas, por componente, mediante una evaluación del establecimiento y funcionamiento de los principios y elementos, para identificar oportunidades de mejora.

A. 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".

La institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una calificación 2,18, indicando que el ambiente de control se ha establecido, con las estructuras que sirven como base para llevar a cabo el control, presentando algunos aspectos a ser considerados:

- Se requiere una mayor participación de la Máxima Autoridad para promover y garantizar que los requisitos del Sistema de Control Interno se integren en los procesos y que permita crear un entorno propicio para el control por medio de:
 - La regulación del comportamiento entorno a los principios esenciales de la función administrativa de la institución.
 - Una caracterización del estilo de Dirección que favorezca el control de la entidad y la transparencia de su gestión.
 - Mantener el flujo de información en diferentes áreas con buena comunicación con indicadores de desempeño.
 - Una herramienta que coordine las actividades con la presupuestación para lograr la Misión del Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología y que la misma se constituya un elemento de autocontrol, mediante indicadores, haciéndola oportuna, precisa, midiendo, advirtiendo y recomendando acciones para ajustar.

- Definición de un proceso dinámico e interactivo de identificación y análisis de riesgos para la consecución de los objetivos.

El ambiente de control es fundamentalmente la consecuencia de la actitud asumida por la Alta Dirección y por el resto de los servidores públicos, con relación a la importancia del control interno y su incidencia sobre las actividades y resultados.

El ambiente de control define el establecimiento de un entorno organizacional favorable al ejercicio de prácticas, valores, conductas y reglas apropiadas, para sensibilizar a los miembros de la entidad y generar una cultura de control interno.

- No se observó la existencia de Política de Control Interno. La NRM señala que la institución debe establecer, revisar y mantener una Política de Control Interno, que:
 - a) Sea adecuada al propósito y al contexto de la organización, y apoye al direccionamiento estratégico.
 - b) Proporcione un marco de referencia para el establecimiento y la revisión de los principios de control institucional.
 - c) Incluya el compromiso de cumplir los requisitos aplicables.
 - d) Oriente a los funcionarios a hacer lo correcto.
 - e) Incluya el compromiso de mejora continua del Sistema de Control Interno.
 - A pesar de la observación señalada en el informe de la evaluación anterior, no se consideró el desarrollo de la PCI para este periodo evaluado.
 - En respuesta del Equipo Técnico MECIP al Memorándum DAI N° 235/21 de fecha 22 de setiembre, entre las observaciones se señala en el punto 3. De la Evaluación MECIP, que el manifestó su preocupación, atendiendo la fecha que no se contaba con los reportes tanto de la AGPE y CGR. Al respecto, se debe considerar que la institución no debe esperar las evaluaciones de los organismos de controles para verificar, evaluar o supervisar el Sistema de Control Interno. La entidad debe basarse en los principios del control interno que son autocontrol, autorregulación y autogestión. Tener en cuenta que el último punto (autogestión), entre uno de sus elementos refiere la capacidad institucional para autorregular su funcionamiento, así como la ejecución de planes de mejoramiento que consolidan las recomendaciones provenientes de la autorregulación, de la Auditoría Interna Institucional y por último del control externo y el seguimiento efectivo a su impacto, en la institución.
- En el enfoque basado en procesos, se aplica sistemáticamente la definición de gestión de procesos, y de sus interacciones, a fin de alcanzar los resultados pretendidos de acuerdo con la Política de Control Interno y la Dirección estratégica de la organización.
- El Código de Ética no fue actualizado, por lo que se mantiene la misma observación de la evaluación anterior.

Se recuerda tener en cuenta para el establecimiento de los Acuerdos y Compromisos Éticos los siguientes puntos:

- a) La función constitucional y legal de la institución, su Misión, Visión, valores y principios compartidos por los funcionarios.
- b) La identificación de prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación.
- c) El comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos.

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.
- No se visualizó resultado de entrevistas a funcionarios de todos los niveles y que demuestren conocimiento y empoderamiento de los Acuerdos y Compromisos Éticos. En este aspecto, el Manual de Ética Pública del Paraguay refiere que: *"Resulta claro que por muy técnicos y rigurosos que sean los mecanismos de control y las disposiciones legales, siempre resultan insuficientes para evitar la improductividad y la corrupción en las entidades, si complementariamente a esos controles los funcionarios públicos no tienen interiorizados principios y valores éticos que los induzcan a tener un desempeño laboral altamente eficiente, recto y orientado hacia los fines sociales del Estado. Se debe precisar que el ambiente ético que propugne por el autocontrol, trascienda la buena actitud individual del funcionario público: es fundamental aquí el papel que desempeñen las personas con mayores responsabilidades en la entidad, es decir, los directivos de quienes se espera un liderazgo ético, así como de la efectiva aplicación de los diversos mecanismos de consulta, participación y veeduría de los ciudadanos, que son los medios que garantizan la legitimidad de la gestión pública"*.

Debe considerarse que la ética en los servidores públicos no es una lista de buenos principios, implica un cambio esencial en las actitudes de las personas, debe traducirse en acciones concretas en pro del interés público. En otras palabras, se refiere a la conducta de los funcionarios. Por tanto, es necesario poner en marcha mecanismos para depurar, ordenar y cuidar la mente de los servidores públicos e implantarles valores morales.

- En la planilla de registro de asistencia, de la reunión N° 02/20 Código SGD-F03, figuró la fecha 08/02/2017, mientras que la reunión se realizó el 04/12/2020.

- No se visualizó talleres de capacitaciones, de debates, conceptos, entre otros, sobre el Código de Ética y su aplicación.
- No se observó evidencia de cumplimiento de los compromisos asumidos en el Protocolo de Buen Gobierno, indicadores y evaluaciones del mismo.
- No se evidenció conocimiento de los funcionarios respecto al Protocolo de Buen Gobierno.
- La importancia de implantar el conocimiento de los lineamientos contenidos en el Protocolo de Buen Gobierno, hace que se incorpore en la organización un estilo de buenas prácticas a seguir, proporcionando un mecanismo claro y transparente que perdura en el tiempo, muy importante para crear valor y preservar la confianza de todas las partes interesadas. Las mejores prácticas requieren de procesos de autoevaluación anual de los directorios, para asegurar que estos establezcan las prioridades correctas y apliquen los principios y políticas, así como el proceso de toma de decisiones.

La NRM establece que: *"La institución debe asegurar que el Protocolo de Buen Gobierno se comuniqué a todos los funcionarios con la intención de que estén conscientes de sus responsabilidades y obligaciones individuales"*.

- No se observaron versiones superadas del Protocolo de Buen Gobierno; la NRM establece que la institución debe revisarlo periódicamente para asegurar que permanezca pertinente y apropiado.
- No fue evidenciado que los funcionarios conozcan el rol que desempeña el Protocolo de Buen Gobierno.

Corresponde considerar que la importancia del Protocolo de Buen Gobierno como herramienta, radica en asegurar que los servidores públicos orienten su actuar al cumplimiento de los fines misionales y del Estado.

- En el artículo 41º del Protocolo de Buen Gobierno, se estableció que el Comité de Buen Gobierno monitoreará y hará el seguimiento al cumplimiento de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno al respecto, no se observó informe y evaluación para medir la gestión de buen gobierno, así como el método de la institución para detectar y desarrollar soluciones a problemas de gestión de no conformidades o incumplimientos de lo establecido en el mismo.
- En la Política de Talento Humano, no se identificó que los procesos involucrados tengan en cuenta los siguientes valores:
 - a) Igualdad: al garantizar que toda la ciudadanía que cumpla con los requisitos de postulación a un cargo, tenga la misma posibilidad de participar en los procesos de selección, promoción y en el desarrollo de sus actividades, sin ser discriminados por motivo alguno.
 - b) Economía: al usar racionalmente los recursos asociados con la administración del talento humano.

- c) Eficiencia y eficacia: al seleccionar y conservar las personas cuyas capacidades, habilidades y conocimientos se ajusten a las necesidades propias de los cargos requeridos, otorgando prevalencia al logro de los propósitos institucionales y observando que el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades sean desarrolladas con celeridad y profesionalismo.
- d) Integridad: procurando que el ejercicio de las funciones se realice de manera intachable y actuando con rectitud.
- e) Transparencia: al comunicar abiertamente las condiciones para seleccionar o promover a las personas que ocuparán los cargos públicos.

El talento humano es el activo más importante con el que cuentan las instituciones y, por tanto, es un factor clave de éxito que facilita la gestión y el logro de los objetivos y resultados. Es decir, todas las personas que trabajan en la administración pública, en el marco de los valores de la cosa pública, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión del Estado, para garantizar los derechos y satisfacer las demandas de los ciudadanos.

- No se demostró existencia de versiones superadas de la Política del Talento Humano. La NRM señala que la institución debe asegurar que las Políticas de Gestión del Talento Humano sean revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas.

B. Componente de 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 esta fase se comprobó un nivel de madurez INICIAL BAJO, con una calificación 1,14, que indica que la institución dispone de elementos relacionados al direccionamiento estratégico y de estructura organizacional, pero que presenta algunos elementos que deberían considerarse para el mejoramiento:

- La Resolución N° 820/18 por el cual se aprobó la Misión del INTN contiene la suscripción de la autoridad anterior al del periodo evaluado.
- La Visión que se observó si bien es ideal, no es específica, es decir no marcó un punto en el tiempo para su implementación en un futuro no muy lejano. Se debe considerar en este punto, que la Visión debe señalar el camino que permite a la Dirección establecer una hoja de ruta para lograr el desarrollo futuro esperado. La Visión, es una declaración de aspiración de la organización a mediano o largo plazo, es la imagen a futuro de cómo se desea que sea la institución más adelante. Su propósito, es ser el motor y la guía de la organización para poder alcanzar el estado deseado. La Visión es la base para la formulación de los planes y programas ya que la misma representa un conjunto de valores y definición de un estado deseado.

La Visión señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado en el futuro, debe tener claramente definido un horizonte de tiempo, debe ser integradora, amplia, detallada, positiva, alentadora, realista y posible. Es la brújula que guiará a toda la organización.

- No se demostró la realización de actividades o talleres de revisión y actualización que aseguren que la Misión y Visión institucional permanezcan pertinentes y apropiadas.
- No se visualizó metodología para la elaboración del Plan Estratégico Institucional - PEI. La aplicación de metodología permite pensar sobre su propia estructura y recursos, por medio de la revisión de la Misión, definición de su Visión en el mediano plazo y realización de un análisis FODA. Una vez realizado el análisis de Misión, Visión y contexto, el organismo estará en mejores condiciones de definir su plan estratégico (proponer objetivos), plan operativo anual (metas) y el presupuesto estimado.
- En el Plan Estratégico Institucional no se visualizó:
 - Análisis FODA con la determinación de las cuestiones internas y externas que son pertinente para el propósito y la Dirección estratégica.
 - El análisis de los riesgos que definan las limitantes internas y externas que pueden afectar la implementación del PEI: tiempo, presupuesto y recursos (humanos, tecnológicos, financieros, etc.). Hay otros riesgos a considerar como la salud de la cultura organizacional, el liderazgo administrativo y la comunicación interna y externa, entre otros.
 - Revisión del PEI, a pesar de los cambios que se han dado desde su creación. La NRM señala que: *"La institución debe revisar periódicamente los planes, para ajustarlos a los cambios del entorno y al desarrollo de competencias al interior de la institución"*.

Es importante considerar que, el proceso de planeación incorpora tareas continuas de control y seguimiento de la ejecución, con el fin de detectar desviaciones con relación a lo planeado y realizar consecuentemente las modificaciones y correcciones oportunas.

- No se identificó mapa de procesos que permita visualizar el despliegue y conformación del modelo de gestión por procesos, en macroprocesos; procesos; subprocesos con las relaciones existentes entre ellos.

La NRM indica que: *"La institución debe orientar su operación a través de una gestión basada en procesos, como medio para que pueda alcanzar eficaz y eficientemente sus objetivos, en cumplimiento con su función constitucional y legal, la Misión fijada y la Visión proyectada"*.

- No se identificó caracterización de los procesos, teniendo en cuenta los elementos que originan que los procesos tengan un principio y un final, que describan nombre, objetivo, alcance, líder o responsable, salidas o cliente, recursos, controles, requisitos que debe cumplir la información los productos o servicios que se van a

entregar como resultado del proceso, requisitos legales que debe cumplir el proceso, seguimiento, indicadores, documentos, registros que se van a utilizar en las actividades, entre otros. Al respecto la NRM señala que: *"La metodología aplicada para el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos debe establecer la caracterización de los procesos, incluyendo la definición de:*

- a) *Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la Misión y objetivos institucionales.*
 - b) *Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores.*
 - c) *Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios.*
 - d) *Los reportes e información generados y sus destinatarios.*
 - e) *La interacción con otros procesos.*
 - f) *Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño necesarios para asegurar la operación y el control de estos procesos.*
 - g) *Los recursos necesarios para su ejecución.*
 - h) *La identificación y cumplimiento de la base legal aplicable".*
- No se visualizó nomograma por procesos, los cuales fundamenten su ejecución y ser socializadas entre quienes trabajan en las áreas responsables del proceso y de ser conocida si es posible por todos los funcionarios.
 - No se observó evidencia de definición de los puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos.
 - No se visualizó evidencia de notificación de responsabilidades a los funcionarios.
 - La Resolución INTN 046/18 se presentó como un documento de aprobación de organigrama, pero más bien se refiere a un cambio en la estructura organizacional, no demostrándose acción administrativa que apruebe el organigrama.
 - No se evidenció informes de entrevistas, talleres de debates, que demuestren que los funcionarios conozcan sus deberes y responsabilidades e importancia de sus tareas dentro de la organización y los objetivos de esta. Muchas veces se confunden los términos de responsabilidades y tareas, aunque ambas se complementen, estas son diferentes. Las responsabilidades son los compromisos y obligaciones a los cuales cada funcionario debe dar respuesta, esto involucra toma de decisiones, generar acciones necesarias para que los resultados se originen en el tiempo y la forma esperada. Las actividades que se ejecutan para cumplir las responsabilidades de manera continua, responden al cómo y las responsabilidades al qué y al cuándo. Tener una descripción de cargo en la que se señalen claramente roles y funciones, permite organizar y coordinar acciones al interior de cada unidad y con otras direcciones, para generar sinergia y alcanzar las metas deseadas en forma colaborativa.

- La Resolución N° 585/20 aprobó la guía de riesgos de corrupción, más no se demostró la existencia de procedimientos documentados, guías técnicas para la construcción de los riesgos, así como administración de los mismos. Es importante considerar que, posterior al análisis del contexto se definen la identificación de los riesgos. Estos pueden ser estratégicos u operativos. Los riesgos estratégicos incluyen los que puedan perjudicar el logro de la Misión de la institución y el cumplimiento de sus objetivos estratégicos. En los riesgos operativos se tienen en cuenta los riesgos que puedan presentarse en las actividades de cada uno de los procesos y que atenten contra el cumplimiento de los objetivos.
- El análisis de antecedentes de riesgos proporcionado como evidencia es del año 2019 y no se mostró otro análisis y revisiones para adaptarse al contexto y los cambios en especial consideración que las debilidades pueden acrecentarse, eliminarse o disminuir, las fortalezas pueden aumentar, pero también desaparecer, las amenazas pueden crecer o disminuir, y así también pueden surgir nuevas oportunidades, por lo que es necesario que en la gestión del cambio, la organización identifique y evalúe los riesgos asociados con las modificaciones en el PEI, en el SCI, en los procesos y actividades y que la evaluaciones sean consideradas cuando se determinen los controles operacionales.

La NRM señala que; la metodología definida por la institución para la identificación y evaluación de riesgos debe:

- a) Estar definida con respecto a su alcance, naturaleza y planificación en el tiempo, para asegurar que sea proactiva más que reactiva.
- b) Prever la identificación, evaluación, valorización, priorización y documentación de los riesgos.
- c) Establecer la necesidad de aplicación de controles cuando se detecten riesgos significativos.
- d) Asegurar que la identificación y evaluación de riesgos sea revisada al menos una vez al año.

La importancia de la matriz de riesgos radica, en que la misma es una herramienta de control de gestión normalmente utilizada para identificar las actividades más importantes de la institución, el tipo y nivel de riesgos inherentes a estas actividades y los factores exógenos y endógenos que engendran estos riesgos (factores de riesgo). Igualmente, una matriz de riesgo permite evaluar la efectividad de una adecuada gestión y administración de riesgos, financieros, operativos y estratégicos que impactan la Misión de la organización. Es necesario identificar y clasificar los riesgos según su naturaleza, realizar análisis y evaluación, determinar políticas institucionales, establecer estrategias de respuestas y mitigación de riesgos y sus responsables, elaborar mapas de riesgos, entre otros.

C. Componente de 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 0,86 que considera que este componente dispone de algunas importantes debilidades que deberán ser consideradas.

- No se evidenció la identificación de controles. Un control operacional es un conjunto de actividades planificadas en el tiempo para implementar, revisar y asegurar que los controles identificados para gestionar los riesgos que enfrenta la organización se implementen según lo planificado.

El diseño de controles se realiza sobre la base de las políticas operativas de la institución, el análisis y la evaluación de los riesgos de las actividades, estableciendo las acciones pertinentes para mantener los riesgos que son inaceptables, importantes y moderados para la institución, en un nivel aceptable o tolerable, de modo que no afecten los resultados esperados de las operaciones, y determinar, posteriormente su efectividad para el manejo adecuado de los riesgos.

La NRM señala que la institución debe diseñar y aplicar controles adecuados para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de las actividades y tareas requeridas para el logro de sus objetivos. La institución debe asegurar que los controles determinados sean considerados dentro de su sistema de control y, cuando resulte oportuno, integrarlos en los procesos y procedimientos aplicables.

- No se constató la existencia de un método que permita identificar riesgos críticos con la descripción de la consistencia entre el alcance y la sofisticación de los controles y la severidad del riesgo. El análisis de riesgos de una organización, es importante y su nivel de complejidad y calificación porque, puede convertirse en un método sistemático que posibilite la planificación, identificación, evaluación, tratamiento y seguimiento de los riesgos relacionados con las operaciones de la institución.

Se debe tener en cuenta que reducir el nivel de errores y amenazas ayuda a que los objetivos del SCI se cumplan de manera correcta.

- La institución no ha definido políticas operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos. Es necesario tener en cuenta que, las políticas operacionales permiten definir los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos, políticas y de los procesos establecidos por la institución. Para la elección de una política depende de los objetivos que se persigan en las operaciones, estas deben indicar cómo alcanzar los objetivos de

operaciones. Se debe desarrollar para cada una de las principales categorías de decisión. Las mismas, deben expresarse en términos sucintos, claros y concretos de tal manera a que los detalles puedan indicar con mayor certeza los recursos que se dedicaran en el sistema de control. En cada uno de los procesos comprendidos dentro de modelo de gestión por procesos, se definen políticas de operación teniendo en cuenta lo que señala la NRM:

- a) El aspecto específico que requiere orientación.
 - b) Los responsables de acatarla y su ámbito de aplicación.
 - c) La directriz que deben cumplir los responsables para evitar las situaciones indeseables.
 - d) Plazo de aplicación, en caso de ser permanente fecha de vigencia.
 - e) Objetivo institucional, macroproceso o proceso al que aplica.
- Los procedimientos presentados como evidencias, fueron diseñados en el año 2014 y, no se acreditó que la institución cuente con todos los procedimientos documentados que cubran situaciones donde su ausencia podría afectar la capacidad de control y/o provocar desviaciones a las políticas y objetivos definidos y que los mismos permanecen vigente y de acuerdo a la base legal que rige la operación de los procesos.

Es necesario mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgos y controles en el día a día. Así mismo, evaluar si los controles están presentes (en las políticas y procedimientos) y si funcionan, apoyando control de riesgos y el logro de los objetivos establecidos en la planeación institucional. Además, establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que las personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna.

- No se comprobó que las áreas están ejerciendo sus capacidades de tal manera a contrastar con las actividades desarrolladas y recopilación de necesidades por área, por actividades, con prioridades acorde a los objetivos institucionales y de acuerdo a los requerimientos del SCI.
- No se observó informe de auditoría basado en indicadores de control dentro de las gestiones del área de Talento Humano, quienes identifican la competencia e idoneidad para la ejecución de las actividades y tareas de los funcionarios y que con base al mismo se haya logrado un plan de capacitaciones, según las necesidades detectadas y posterior impacto en las tareas. Es importante considerar; que el funcionario que realiza trabajos que afectan la conformidad con los requisitos de los productos resultantes de las actividades del proceso, debe ser competente con base en la educación, la formación, las habilidades y la experiencia. Para el caso, competencia en el sector público se refiere a la capacidad que tienen las personas para desempeñarse en diferentes contextos, con base en los requerimientos de calidad y los resultados esperados. De la misma manera, cuando sea necesario, la institución debe proporcionar la formación y desarrollar acciones

para lograr la competencia del funcionario y la evaluación de la eficacia de las actividades desarrolladas.

- Se visualizó capacitaciones desagregadas en lugar de un plan consolidado, relacionado con actividades de capacitación y formación de los funcionarios que influyan e impactan positivamente en el buen funcionamiento de sus tareas.
- No se demostró que todos los funcionarios de diferentes niveles sean conscientes de la importancia de sus funciones con respecto al SCI. Se debe considerar que el funcionario sea capaz de abordar los riesgos dentro de su competencia, de manera a que esté empoderado y consiente de la importancia del trabajo que desempeña. Esto, permite a la institución lograr las metas al tiempo que se aborda los riesgos. Los funcionarios, necesitan una Dirección y estrategia para conseguir sus objetivos, y requieren saber qué papel deben cumplir dentro de la institución para favorecer el buen desarrollo de su trabajo y en consecuencia del crecimiento mutuo institucional.
- En el artículo 22° del Código de Buen Gobierno, se indicó que el INTN se compromete a establecer una política de información hacia los grupos de interés, que no se visualizó, así como tampoco reportes que evidencien que entre los procesos fluya la información relevante y oportuna, con resultado de entrevistas de conocimiento de las informaciones requeridas por SCI para el desarrollo eficiente de las actividades. Los funcionarios deben no solo captar una información, sino también intercambiarla para desarrollar, gestionar y controlar sus operaciones. Por lo tanto, este punto hace referencia la forma en que las áreas operativas, administrativas y financieras de la organización identifican, capturan e intercambian información. La información es necesaria para que la entidad lleve a cabo las responsabilidades de control interno que apoyan el cumplimiento de los objetivos. La gestión de la institución y el progreso hacia los objetivos establecidos implican que la información es necesaria en todos los niveles de la organización. La NRM señala que; para el establecimiento de su sistema de información, la institución debe determinar las fuentes de información internas y externas, y procurar que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en la forma adecuada y oportuna.
- No se elaboró informe de evaluación de entrevistas para verificar calidad de datos que contemple los siguientes aspectos de la NRM: *"Deben mantenerse mecanismos para conservar la calidad de la información, desde la obtención de datos, procurando que la misma sea:*
 - a) *Accesible: Debe resultar sencillo obtener la información para cada área, de acuerdo a sus requerimientos de información. Los usuarios deben saber qué información está disponible y en qué sistema de información pueden acceder a ella.*
 - b) *Correcta: los datos utilizados como base deben ser confiables y completos. Los sistemas de información deberían contener validaciones que contribuyan a la integridad y confiabilidad de la información.*

- c) *Actualizada: los datos deben obtenerse de fuentes vigentes y actualizarse con la frecuencia necesaria.*
 - d) *Protegida: debe restringir el acceso a la información crítica de modo que sólo las personas autorizadas puedan acceder a ella. Para esto, se deben implementar mecanismos apropiados de clasificación de la información.*
 - e) *Suficiente: la información debe resultar apta, y debe presentar el nivel de detalle necesario considerando los requerimientos de información relevante.*
 - f) *Oportuna; la información debe estar disponible en los momentos en que sea requerida.*
 - g) *Válida: la información debe ser obtenida de fuentes autorizadas de acuerdo a procedimientos preestablecidos y debe reflejar con precisión los hechos.*
 - h) *Verificable; la información debe contar con respaldos de evidencia desde el inicio.*
 - i) *Conservable; la información debe mantenerse disponible por el período de tiempo necesario, de modo de respaldar las acciones, permitir una apropiada Rendición de Cuentas y responder ante eventuales revisiones o auditorías".*
- Si bien la intranet podría ser una herramienta que facilita la disponibilidad de los documentos, no se demostró resultado de entrevistas que demuestren que la información documentada requerida por el Sistema de Control Interno asegure que:
 - a) Esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite.
 - b) Esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).

Para el control de la información documentada, la institución debe tratar las siguientes actividades, según sea aplicable:

- a) definición de niveles de aprobación;
- b) distribución, acceso, recuperación y uso;
- c) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
- d) control de cambios (por ejemplo, control de versión);
- e) retención y disposición.

La información documentada de origen externo, que la institución ha determinado que es necesaria para la planificación y operación del Sistema de Control Interno, debe ser identificada y controlada, según sea adecuado.

El exitoso cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización, así como la eficiente toma de decisiones, la transparencia administrativa y la Rendición de Cuentas dependen de una efectiva gestión de la documentación, al disponer de información veraz, confiable, íntegra y oportuna. No podrá hablarse de la obtención

de información oportuna, veraz, íntegra, auténtica y accesible, sin una efectiva gestión documental.

- No se demostró resultado de evaluación de documentos disponibles en diferentes lugares que incluya revisiones de la actualización de versiones.
- El Manual de Comunicación fue escrito más con forma de procedimientos en lugar de una declaración general que establece los límites para la toma de decisiones y que asegura una acción coherente.

Se debe tener en cuenta que, los procedimientos implican la secuencia paso a paso para el desempeño de la actividad dentro de la organización y, las políticas son una declaración concisa y proporcionan parámetros comunes sobre los cuales se toman una decisión consistente. Las políticas involucran toma de decisiones y los procedimientos implican comportamientos.

En la política de comunicación, se deben establecer las pautas a partir de las cuales se debe relacionar la organización con sus públicos de interés; de los directivos hacia los funcionarios, de los funcionarios hacia el nivel directivo y de la organización en su conjunto hacia los otros públicos de interés y la sociedad en general.

- En el Manual de Comunicación, se hace referencia a la evaluación de la actividad de inducción o reinducción señalándose que el mismo, se realizará mediante diferentes instrumentos. La citada evaluación, no fue demostrada.
- No se demostró la existencia de un plan de comunicación con reportes de indicadores que midan eficiencia y eficacia de la comunicación interna y externa.
- No se comprobó la aplicación de lineamientos establecidos para fomentar la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales.
- No se evidenció mecanismos que demuestren no conformidades o reclamos originados en las fallas de comunicación, facilitando canales de comunicación anónimos o confidencial como complemento de los canales establecidos y, que permita a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias, logrando su motivación y compromiso con la institución haciendo que se sientan parte importante dentro del proceso de mejoramiento institucional.
- No se verificó que la institución haya tenido en cuenta el control interno en las comunicaciones con sus diferentes grupos de interés.
- No observó documentación que demuestre los tipos de información que se compartirá con el público de interés externo y la evaluación de la eficacia de los canales y métodos utilizados en el flujo de comunicación con los mismos.
- A pesar de la constitución del Comité de Rendición de Cuentas con la de Resolución N° 33/20, no se ha comprobó la existencia de un procedimiento de Rendición de Cuentas.

La NRM, establece que la metodológica aplicada para la Rendición de Cuentas debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- a) Definición de frecuencia, alcance y ejes temáticos.
- b) Establecimiento de métodos, recursos e instrumentos aplicables.
- c) Establecimiento de roles y responsabilidades para la ejecución y seguimientos.

La Rendición de Cuentas es responsabilidad de la Máxima Autoridad institucional, y debe ser realizada en forma periódica, en acuerdo a las frecuencias y modalidades establecidas en la normativa legal vigente.

La supervisión del Sistema de Control Interno es esencial para contribuir a asegurar que el mismo se mantenga alineado con los objetivos institucionales, el entorno operativo, el marco legal aplicable, los recursos asignados y los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos. Las evaluaciones en curso (de la institución) y las evaluaciones independientes (realizadas por auditores internos o externos y terceros interesados) o la combinación de las dos, se utilizan para determinar si cada uno de los componentes del control interno, están presentes y funcionan de manera sistémica. La supervisión permite evaluar la calidad del desempeño en el tiempo y asegura que los resultados de las auditorías y de otras revisiones se atiendan con prontitud. Las acciones correctivas son un complemento necesario para las actividades de control, con el fin de alcanzar los objetivos institucionales.

D. Componente de control de 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 el análisis de los documentos, para este componente se evidenció un nivel de madurez identificado en la matriz como INICIAL ALTO, con una puntuación de 1,98, que refiere que ciertos elementos de este componente están diseñados y aplicados, pero con algunas debilidades citadas a continuación:

- No se visualizó indicadores o métricas de los riesgos críticos del Sistema de Control Interno como, por ejemplo; riesgos estratégicos, operacionales, de cumplimiento y de procesos ocasionados por la estrategia, la gente, los procesos, sistemas y factores externos, proceso de administración de riesgos utilizado para identificar, escalar, evaluar, priorizar, responder, monitorear y reportar riesgos que impacten en el cumplimiento de los objetivos de la institución.

La NRM indica que: *"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. Deben definirse*

indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos de la institución para monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales, y deben implementarse mecanismos de monitoreo de los resultados y desvíos.

La definición de los indicadores debe considerar los siguientes criterios de diseño:

- Factor clave a evaluar.
- Origen de la información.
- Frecuencia de medición.
- Metas y rangos de tolerancia.
- Responsables del seguimiento.

Los indicadores definidos para la medición del desempeño, deben revisarse periódicamente y mantenerse actualizados en función de los objetivos planteados, los riesgos que puedan afectarlos y otros cambios que puedan producirse en la organización o en el entorno".

- La existencia de mecanismos de monitoreo de desvíos puntuales de todo el SCI, no fue demostrado. La NRM refiere sobre este punto que: *"la institución debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y la medición de la efectividad de SCI. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los controles para contribuir con el logro de los resultados planificados, tomando las medidas correctivas que sean necesarias cuando se presenten algún incumplimiento"*.
- Del Informe DAI N° 018/21 de Evaluación de la Efectividad del SCI, no se demostró la existencia de un plan de acción, así como seguimiento activo del mismo por parte de la Máxima Autoridad.
- No se observó perfil del auditor y funciones, así como aprobación formal de mecanismos de aseguramiento de la independencia y objetividad del mismo.

E. Componente de 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"*.

La calificación obtenida para el componente de la mejora es de 0,87, mostrando el nivel de madurez DEFICIENTE ALTO, teniendo en cuenta que el control interno debe ser reforzado, siendo necesario tomar medidas de mejora con base a las siguientes debilidades:

- Del informe de la evaluación del Sistema de Control interno, no se visualizó Análisis Crítico y en consecuencia acciones con planes de mejoras y medición de la eficiencia y eficacia de las acciones.

La NRM señala que: *"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.
 - 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.
- e) La eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos.
- f) la gestión de los programas de mejora y las nuevas oportunidades de mejora potenciales.

Los elementos de salida del Análisis Crítico por la Dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) Las oportunidades de mejora continua.
- b) Cualquier necesidad de cambio en el Sistema de Control Interno, incluyendo las necesidades de recursos.

La institución debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones realizadas".

- No demostró la existencia de un procedimiento escrito para determinar los siguientes requisitos:
 - a) Revisar las oportunidades de mejora o las debilidades de control interno detectadas.
 - b) Determinar los beneficios o causas reales o potenciales asociadas

- c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse que las mejoras sean alcanzadas o las debilidades sean resueltas.
- d) Determinar e implementar las acciones necesarias, dentro de un plazo razonable.
- e) Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- f) Revisar la eficacia de las acciones.

Es necesario un análisis constante de los controles adoptados y que ofrecen una mayor seguridad en las actividades operacionales, creando conciencia de que la finalidad de los planes de mejoramiento es desarrollar una cultura institucional orientada a la mejora, efectuando acciones que garanticen el buen uso de los recursos públicos y una eficiente prestación del servicio público confiando a cada institución.

Es importante recordar, que la principal actividad de autoevaluación, recae en la Máxima Autoridad de la institución, exigiendo del mismo la participación activa en el Análisis Crítico del Sistema de Control Interno y en el conocimiento de los indicadores y avances de los mismos. Señalándose en este componente, como un elemento que deberá reforzarse.

V. Conclusión

El Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología, como resultado del análisis practicado a los documentos proveídos, obtuvo una valoración de 1,36 equivalente a un nivel de madurez INICIAL BAJO, teniendo en cuenta los elementos definidos y aprobados en los componentes 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.

El resultado obtenido, pone de manifiesto que si bien se ha instalado un ambiente de control básico que propicia la operación de un Sistema de Control Interno, es necesario reforzar la estructura del mismo, considerando que un control interno efectivo puede ayudar a mejorar su desempeño al permitirles gestionar oportunidades adicionales y desafíos, mediante la gestión de sus riesgos, identificación y administración de controles efectivos, el seguimiento de los planes, con el fin de lograr los objetivos misionales.

El seguimiento efectivo de las acciones resultantes de la evaluación de cada uno de los componentes del sistema considerando las deficiencias y oportunidades detectadas deberán ser considerados, a fin de mantener un marco de control interno que promueva la consecución de los objetivos institucionales y se adapte a los cambios que pudieran surgir.

La institución necesita actualizar, cumplir el diseño del SCI y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control que contribuyan a mitigar y dar respuesta a los riesgos que dificultan el logro de los objetivos.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba y de manera a impulsar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia, el Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología deberá:

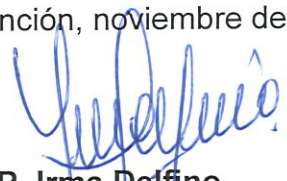
1. Promover un ambiente o entorno de control organizacional favorable, asumido desde la Alta Dirección y por todos los servidores que conforman la institución.
2. Es prioritario continuar trabajando por el mantenimiento de un Sistema de Control Interno eficiente, por ser este el que asegura de manera razonable el cumplimiento de las metas y objetivos.
3. Desarrollar iniciativas para la ejecución efectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.
4. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2022, 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 28/02/23, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control, de manera ordenada y asegurando la legibilidad de las mismas.

Es nuestro informe.

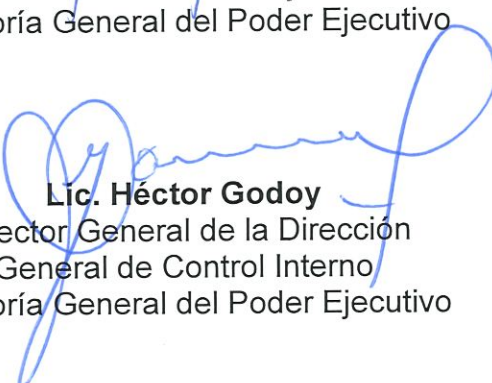
Asunción, noviembre de 2022



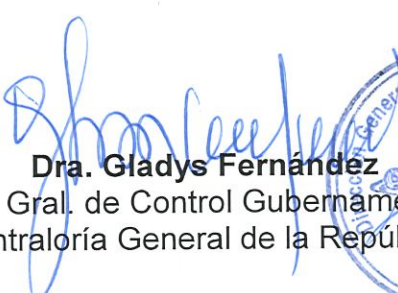
Lic. Nancy Rejala Chiola
Directora de Evaluación de Control
Interno de los Organismos y
Entidades del Poder Ejecutivo
Auditoría General del Poder Ejecutivo



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
Dir. Gral. de Control Gubernamental
Contraloría General de la República

