



**CONTRALORÍA  
GENERAL DE  
LA REPÚBLICA**  
PARAGUAY



**AUDITORÍA  
GENERAL DEL  
PODER EJECUTIVO**  
PARAGUAY



Norma de  
Requisitos Mínimos  
para un Sistema de  
Control Interno

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

**MINISTERIO DE JUSTICIA**

**Octubre, 2024**



## Índice

I.	Antecedentes .....	1
II.	Objetivo .....	1
III.	Alcance .....	1
IV.	Desarrollo.....	2
	A. Componente del ambiente de control.....	3
	B. Componente de control de la planificación.....	5
	C. Componente de control de la implementación .....	8
	D. Componente de control de evaluación .....	12
	E. Componente de control para la mejora .....	14
V.	Conclusión .....	15
VI.	Recomendación .....	16



## INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DEL MINISTERIO DE JUSTICIA

### I. Antecedentes

En la Resolución CGR 377/16, 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 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 12 de marzo de 2024, la Contraloría General de la República y la Auditoría General del Poder Ejecutivo, firmaron un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, y ratificaron la suscripción del Convenio Específico a fin de evaluar conjuntamente el grado de implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno mecip:2015, dentro del ámbito de competencia de cada institución parte.

Igualmente, en la Resolución CGR 909/21, se resolvió aprobar y adoptar el uso del sistema informático para la evaluación del Sistema de Control Interno, en el marco de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno para instituciones públicas del Paraguay, denominado Sistema NRM.

### II. Objetivo

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

### III. Alcance

La evaluación realizada, con base a los documentos proporcionados por la institución que respaldan la fase de diseño del Sistema de Control Interno y evidencian acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2023.

## IV. Desarrollo

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

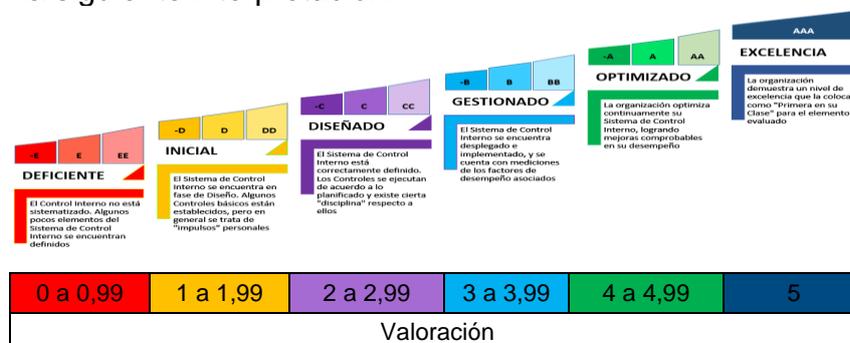
- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad de los servicios.
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.
- Elaborar 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, 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 exponen la evaluación y calificación del Sistema de Control Interno por cada componente, y los resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

<b>Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI</b>			
Ambiente de control	2,97	CC	Diseñado
Control de la planificación	2,47	C	Diseñado
Control de la implementación	1,54	D	Inicial
Control de la evaluación	2,21	C-	Diseñado
Control para la mejora	2,20	C-	Diseñado
<b>SCI consolidado</b>	<b>2,23</b>	<b>C-</b>	<b>Diseñado</b>

A partir del análisis de los documentos proveídos por el Ministerio de Justicia a través del Sistema NRM, 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. Componente del 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 ALTO con una calificación de 2,97, lo que sugiere que ha desarrollado aspectos del entorno de control. Sin embargo, dado que este primer componente constituye la base del Sistema de Control Interno, es fundamental fortalecer su efectividad teniendo en cuenta lo siguiente:

- La Máxima Autoridad debe fomentar, facilitar y participar de manera activa en la creación de un entorno de control por medio de:
  - Una cultura organizacional ética que incentive a los funcionarios a actuar conforme a los planes estratégicos, los objetivos de los procesos, una adecuada gestión de riesgos y una Política de Control Interno que favorezca los logros institucionales.
  - La revisión y el análisis constante de las desviaciones, progresos y el cumplimiento de los planes establecidos.
  - El establecimiento de un flujo de información eficaz en todas las áreas mediante métricas de desempeño y una comunicación clara y transparente.



- La coordinación de las actividades con el presupuesto para asegurar la ejecución efectiva del Ministerio de Justicia, implementando elementos de autocontrol y utilizando indicadores que permitan medir, advertir y recomendar correcciones operativas de manera oportuna y precisa.
- La creación de un proceso dinámico e interactivo para la Identificación y Análisis de Riesgos que garantice el logro de los objetivos.
- No se observó Informe que incluya el resultado de entrevistas con funcionarios de distintos niveles que demuestren comunicación, entendimiento y aplicación de la Política de Control Interno.
- En el informe anterior ya se había señalado que, en algunos aspectos, el Código de Ética fue escrito con un lenguaje que tiende a ser más punitivo que educativo.  
El Manual de Ética Pública del Paraguay recomienda una redacción clara, breve y positiva, con lenguaje propositivo en vez de uno prohibitivo, y una redacción que se oriente más a la motivación y al reconocimiento que al miedo y la sanción.
- El artículo 25 del Código de Ética estableció el procedimiento para la presentación de denuncias, indicando que estas serán recibidas por la Dirección de Asuntos Internos y Anticorrupción. Sin embargo, no se señaló de manera explícita la protección de la confidencialidad en este proceso.
- En el ejercicio evaluado, no se evidenció la aplicación de tratamientos relacionados con la evaluación de incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos.
- Es fundamental que la institución se asegure de que los Acuerdos y Compromisos Éticos sean revisados con regularidad para mantener su pertinencia y adecuación. En este contexto, se observa que solo se actualizaron las versiones, sin cambios en el contenido, a pesar de las observaciones señaladas en el informe anterior.
- Si bien se establecieron mecanismos para la comunicación relacionada con los Acuerdos y Compromisos Éticos, no se demostró su efectividad por medio de un informe que incluya el resultado de entrevistas con funcionarios de distintos niveles.
- No se demostró la existencia de un informe de desempeño de buen gobierno según los indicadores establecidos en el Código de Buen Gobierno.
- No se evidenció informe que incluya el resultado de entrevistas con funcionarios de distintos niveles que indiquen la comunicación, comprensión e importancia del Código de Buen Gobierno.

El Código de Buen Gobierno constituye la forma adoptada por la Máxima Autoridad y el nivel directivo para guiar las acciones de la institución hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de la finalidad social del Estado, por lo que para su revisión requiere de la participación activa de los mismos.



- No se constató la existencia de un informe de evaluación de la gestión de Talento Humano, elaborado por la Auditoría Interna Institucional, con el propósito de revisar y verificar procedimientos, documentos, cumplimiento de políticas entre otros aspectos, que permita identificar áreas con potencial mejora.

## 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 el nivel promedio de madurez fue DISEÑADO MEDIO, con una calificación de 2,47. Esto indica que la institución posee ciertos elementos vinculados a la dirección estratégica; sin embargo, existen aspectos que deben considerarse para lograr una mejora.

- La redacción de la Misión fue muy extensa, con una gran variedad de propósitos, generando confusión respecto de su principal objetivo. Aspecto, que ya fue señalado en la evaluación del ejercicio anterior.

Una Misión y Visión que sean comunicadas de manera clara, comprendidas en su totalidad y compartidas de forma colectiva, resultan más efectivas que aquellas que carecen de estas características.

- En la redacción de la Visión, la institución no indicó un camino claro, que se pueda medir o alcanzar. Además, no se mostraron los logros comparativos que se indican en ella.

La Visión, es una declaración orientada al futuro del propósito y aspiraciones de la organización. En muchos sentidos, se puede decir que la declaración de Misión establece el propósito de ser de la organización, y luego la declaración de Visión dice, con base en ese propósito, esto es lo que se quiere llegar a ser.

- No se observó la existencia de un procedimiento estandarizado y documentado que establezca la metodología y los criterios para la planificación estratégica y operativa.
- En el Plan Estratégico Institucional aprobado con la Resolución 202/22 no se visualizó:
  - La definición de los niveles de revisión y aprobación asociados.
  - La determinación de recursos necesarios para el logro de los fines trazados.
  - El direccionamiento de la operación de la institución bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia requeridos por las diferentes partes interesadas.



- La Resolución 446/23, que ratificó el Plan Estratégico Institucional - PEI 2022-2026, mantiene los mismos objetivos e indicadores que el PEI previamente aprobado mediante la Resolución 202/22. Sin embargo, se observaron diferencias en el Objetivo E.1.1, que el anterior PEI incluyó como acción adicional la definición e implementación del modelo de intervención intra y extramural (SIES), aspecto que no se contempló en el nuevo PEI.

Asimismo, no se incluyó un informe sobre las medidas de evaluación y control del PEI, que evidencie el cumplimiento de los objetivos establecidos o su progreso hacia dicho cumplimiento, así como los ajustes realizados en función de los cambios en el entorno y el desarrollo de competencias dentro de la institución.

- No se presentó evidencia de un informe que contenga los resultados de entrevistas realizadas a una muestra representativa de funcionarios de todos los niveles, que evidencien la comprensión y aplicación del PEI. En este punto, es importante considerar que los responsables de los procesos son las personas más adecuadas para motivar y comunicar efectivamente los objetivos y estrategias institucionales, así como los avances en las metas.
- No se adjuntó documentación sobre 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 eficaz y el control de estos procesos.
  - g) Los recursos necesarios para su ejecución.
  - h) La identificación y cumplimiento.
- Si bien la institución actualizó el mapa de procesos con la Resolución 556/23, que aprobó la Política de Gestión por Procesos, no se presentó evidencia que respalde la realización de reuniones, talleres u otras actividades que evidencien las revisiones periódicas del modelo de gestión por procesos, con el objetivo de garantizar su conveniencia y adecuación, tal como lo señala la NRM.
- No se adjuntó evidencia de la definición de puestos de trabajo de áreas misionales, que compruebe las competencias con las actividades y tareas requeridas en los procesos.



- El organigrama que fue aprobado mediante la Resolución 469/14 no ha sido revisado de manera que permita su actualización en función de los cambios que podrían haber ocurrido desde entonces. Asimismo, es necesario verificar su coherencia con el mapa de procesos vigente.
- No se observó reporte de cantidad del perfil de cada cargo en comparación a la cantidad de puestos, ni cuántos de estos fueron homologados por el organismo institucional pertinente.
- No se evidenció la existencia de un informe que contenga los resultados de las entrevistas efectuadas a funcionarios de varios niveles, que demuestre el aprendizaje o conocimiento derivado de talleres previamente realizados sobre las obligaciones y responsabilidades de cada funcionario.
- La Resolución 195/22, que aprobó la Política de Administración de Riesgos y que fue ratificada por la Resolución 443/23, se centró principalmente en conceptos vinculados a los riesgos. Sin embargo, no estableció claramente los lineamientos, así como las intenciones generales de la organización en relación con la gestión del riesgo. Además, no proporcionó directrices específicas sobre el tratamiento, manejo y seguimiento de estos.
- No se presentó el mapa de riesgos, así como tampoco se identificaron riesgos relacionados con los objetivos y planes estratégicos.
- Las matrices de riesgos correspondientes a los años 2022 y 2024, no incluyeron todos los criterios establecidos en la Norma de Requisitos Mínimos. Además, no se visualizó la presentación de resultados de auditoría de campo, en la que se identifiquen riesgos reales y evalúe su tratamiento.
- No se demostró que para la Identificación y Evaluación de Riesgos se utilice una metodología que:
  - Esté definida con respecto a su alcance, naturaleza y planificación en tiempo, para asegurar que sea proactiva más que reactiva.
  - Prevea la identificación, evaluación, valorización, priorización y documentación de los riesgos.
  - Establezca la necesidad de aplicación de controles cuando se detecten riesgos significativos.
  - Asegure que la identificación y evaluación de riesgos sea revisada al menos una vez al año.
- No se observó la identificación de riesgo de control, relacionado con la posibilidad de que los controles internos que fueron diseñados e implementados por la organización no sean realmente efectivos, es decir, que no sean adecuados o suficientes para la prevención y detección de errores importantes como, por ejemplo;



posibles fraudes en los diferentes procesos (operativos, financieros, informáticos, 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 etapa se muestra un nivel de madurez INICIAL MEDIO, con una calificación de 1,54, lo que sugiere que el control interno no se encuentra completamente sistematizado y presenta debilidades que deben ser atendidas:

- No se evidenció la definición de controles provenientes de la evaluación de riesgos críticos. Tampoco se observó información sobre qué sucede con las observaciones o desviaciones al implementar el control, lo cual facilita la verificación de indicadores que reflejen el impacto y la eficacia de los controles. Es crucial recordar que las acciones de tratamiento de los controles se clasifican en:
  - Disminuir la probabilidad: acciones encaminadas a gestionar las causas del riesgo.
  - Disminuir el impacto: acciones encaminadas a disminuir las consecuencias del riesgo.
- No se observó la existencia de un diagrama de flujo que vincule los riesgos con los controles implementados, ni se identificaron indicadores jerárquicos que clasifiquen los controles como preventivos, de detección, de protección o correctivos.
- La Política Operacional, que se incluyó en el Manual de Operación del Ministerio de Justicia y que fue aprobada mediante la Resolución 194/22 y ratificada por la Resolución 442/23, no abarcó todos los lineamientos o directrices que regulan la actuación de los funcionarios de la institución. Esto es fundamental para establecer los límites y parámetros necesarios para llevar a cabo los procesos y actividades que aseguran el cumplimiento de los objetivos del plan estratégico y las políticas asociadas. Estas políticas se aplican a los macroprocesos: misionales, estratégicos y de Apoyo. Las Políticas Operacionales representan una recopilación de directrices, normativas, procedimientos, prácticas y herramientas que orientan a la institución, sirviendo como guías generales de acción en los ámbitos operativo y administrativo.
- El Manual Operativo visualizado contiene una sección que trata sobre las medidas a implementar en caso de incumplimiento; sin embargo, solo indica que el Ministerio



de Justicia contará con los mecanismos pertinentes, sin especificar cuáles son esos mecanismos.

- No se demostró que todos los procesos operativos cuenten con procedimientos.
- No se visualizó el establecimiento de controles específicos documentados, que permitan a la entidad adoptar un enfoque basado en riesgos y evaluarlos de manera sistemática. La implementación de controles debe incluir la separación de funciones o responsabilidades para mitigar los riesgos de acciones incorrectas o fraudulentas, especialmente en procesos críticos o de alto riesgo.
- No se observó procedimiento documentado para evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes y asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- No se evidenció procedimientos documentados y debidamente aprobados, que incluyan los controles establecidos.
- No se comprobó que todos los funcionarios desempeñen sus funciones conforme a las exigencias de la actividad demandada por el proceso.
- Aunque la evaluación del desempeño tiene como objetivo principal medir el avance individual, las necesidades de formación emergen en relación con los requisitos de los procesos. Por ende, se procede a identificar estas necesidades y a evaluar el impacto de las capacitaciones. Sin embargo, no se observó criterios definidos para elegir las capacitaciones que correspondan a las operaciones y al Sistema de Control Interno.
- No se observó la existencia de un informe que evaluara el impacto de las capacitaciones en relación con los indicadores previamente definidos y documentados, de acuerdo con las necesidades del proceso y la actividad.
- No se constató la realización de talleres, reuniones de debate ni otras estrategias de comunicación que abordaran las funciones y responsabilidades de los funcionarios, en relación con la importancia de sus actividades para los objetivos institucionales y las implicaciones de desviarse de los controles y procedimientos establecidos.
- No se observó determinación de fuentes de información internas.
- No se comprobó que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna.
- No se verificó la implementación de mecanismos para mantener la calidad de la información, desde la obtención de los 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: se 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.
- No se visualizó resultado de entrevistas con los niveles de decisión para verificar calidad de datos críticos.
  - No se evidenció controles que aseguren que la información documentada requerida por el Sistema de Control Interno:
    - 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).
  - En cuanto a la información documentada, no se demostró tratamiento de 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.
  - No se verificó la existencia de un procedimiento que describa la metodología y los criterios para la gestión de la información documental, así como un informe que



documento los resultados de la observación sobre la aplicabilidad en los distintos espacios laborales.

- No se comprobó que la información documentada de origen externo, que la institución ha determinado que es necesaria para la planificación y operación del Sistema de Control Interno; sea identificada y controlada, según sea adecuado.

Al respecto, la NRM señala que; la elaboración de la documentación no debería ser un fin en sí mismo, sino que debería ser una actividad que aporte valor.

Cada institución debe determinar la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar. Esto depende de factores tales como el tipo y el tamaño de la organización, la complejidad e interacción de los procesos, la complejidad de los productos y servicios, las necesidades y expectativas de los beneficiarios, los requisitos legales y reglamentarios que sean aplicables, y la competencia demostrada por los funcionarios, entre otros.

- Si bien se dispone de un Manual de Comunicación, no se comprobó la efectiva implementación de las políticas y lineamientos establecidos para comunicar clara y oportunamente la información dentro de la organización, contemplando:
  - Valores.
  - Políticas y procedimientos.
  - Objetivos.
  - Importancia, relevancia y beneficios de los controles internos efectivos.
  - Roles y responsabilidades de las autoridades y demás funcionarios en la ejecución de los controles.
  - Mecanismos para que todos los funcionarios puedan reportar internamente cualquier desvío o evento que pudiera comprometer el funcionamiento del control interno.
- La Política de Comunicación aprobada con la Resolución 189/23 y ratificada con la Resolución 441/23 no definió que información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, signando niveles de responsabilidades adecuados.
- No se evidenció estrategias para promover o fomentar la identidad institucional procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia.
- Se adjuntó una captura de pantalla de la página de la institución como evidencia del espacio destinado para quejas, sugerencias y reclamos. Sin embargo, no se observó información sobre:
  - El procedimiento para su procesamiento.
  - La garantía de confidencialidad.



- No se evidenció la especificación de los criterios necesarios para comprobar el cumplimiento de las políticas y directrices establecidas en el Manual de Comunicación, ni se presentó un informe de análisis que verifique la calidad de la comunicación.
- En el Manual de Comunicación se abordaron los pasos necesarios para la Rendición de Cuentas; sin embargo, no se evidenció la existencia de un procedimiento documentado que respalde su ejecución. Asimismo, no se observaron resultados de entrevistas realizadas con los funcionarios que tienen responsabilidad directa en el proceso de Rendición de Cuentas lo que habría permitido evidenciar su comprensión de los roles y responsabilidades en la ejecución y seguimiento.

#### 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".

Según el análisis documental, se observó que el nivel de madurez en la matriz fue de DISEÑADO BAJO, con una puntuación de 2,21. Lo cual sugiere que los aspectos relacionados a este componente cuentan con ciertos indicadores y elementos diseñados, pero con debilidades que se señalan a continuación:

- No se observó comparaciones de los indicadores de desempeño anuales, ni se realizó un balance final del Plan Estratégico Institucional, el cual debe llevarse a cabo al finalizar su período de vigencia. Este balance es esencial para reconocer los avances alcanzados en relación con los objetivos estratégicos planteados. Asimismo, es importante analizar los resultados inesperados, las lecciones más relevantes aprendidas y las buenas prácticas que se han implementado. El balance final también contendrá recomendaciones que serán valiosas para el siguiente ciclo de planificación.
- No se visualizó un tablero con la caracterización de los indicadores de desempeño y que conecte con los objetivos y planes estratégicos
- Si bien se observó que la Auditoría Interna Institucional remitió a la Dirección General de Planificación y Desarrollo Institucional un proyecto de diseño de procedimiento de la Auditoría Interna, no evidenció resultado documentado que defina metodología y criterios para la planificación e implementación de las auditorías internas.
- El Informe D.A.I.I. 5/23 fue presentado como prueba del alcance de las auditorías realizadas al Sistema de Control Interno. Según el alcance, el trabajo consistió en



verificar las acciones de mejora llevadas a cabo por algunas direcciones de la Institución. El objetivo del informe se asemeja más a una auditoría de seguimiento.

- En la Resolución 558/23, que aprobó el Análisis Crítico, se observó un resultado de la evaluación del Sistema de Control Interno, pero no se proporcionaron los detalles de la matriz de la NRM para la obtención de consolidado de la evaluación presentada.
- En relación al informe de la evaluación del SCI realizada por la CGR y AGPE del informe correspondiente al año 2022, se abordaron algunas observaciones, pero no se identificó un plan de acción con el seguimiento correspondiente. Tampoco se observó un análisis o revisión minuciosa con la identificación de las razones que ocasionaron la falta de logro de los objetivos y acciones propuestas.

Junto con los indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos, deben implementarse mecanismos de monitoreo de los resultados y los desvíos.

La NRM establece que la institución debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y, cuando sea aplicable, la medición de la efectividad del SCI. 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.

La definición de los indicadores debe considerar los siguientes criterios:

- Factor clave a evaluar.
  - Origen de la información.
  - Frecuencia de la medición.
  - Metas y rangos de tolerancia.
  - Responsables del seguimiento.
- En la Resolución 558/23, que aprobó el Análisis Crítico, se observó un resultado de la evaluación del Sistema de Control Interno, aunque no se proporcionaron los detalles de la matriz de la NRM para la obtención de consolidado de la evaluación presentada.
  - No se observó documento que demuestre la presentación de una manifestación personal de independencia por parte de los auditores internos y que esté respaldado por la Máxima Autoridad.

Es importante señalar que, la comunicación oportuna y a tiempo de las debilidades, contribuye a mejorar el Sistema de Control Interno sin consecuencias negativas para la institución.



## 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 2,20, mostrando un nivel de madurez DISEÑADO BAJO. Esto sugiere que es necesario fortalecer las condiciones de los elementos de control y llevar a cabo estrategias de mejora, dado que este componente presenta debilidades tales como las siguientes:

- No se visualizó comparaciones de los indicadores de desempeño anuales, ni se realizó un balance final del Plan Estratégico Institucional, el cual debe llevarse a cabo al finalizar el período de vigencia del PEI. Este balance es esencial para reconocer los avances alcanzados en relación con los objetivos estratégicos planteados. Asimismo, es importante analizar los resultados inesperados, las lecciones más relevantes aprendidas y las buenas prácticas que se han implementado. El balance final también contendrá recomendaciones que serán valiosas para el siguiente ciclo de planificación.

La NRM establece 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.

Las revisiones deberían realizarse a intervalos planificados y periódicos, para permitir que se determinen las tendencias, así como evaluar los progresos de la organización en el logro de sus objetivos y su capacidad de control.

- Aunque se identificaron planes de mejoramiento institucional, no se evidenciaron los resultados del análisis crítico del Sistema de Control Interno, cuya ejecución recae en la Máxima Autoridad. Estos resultados deben incluir las decisiones y acciones pertinentes a:
  - Las oportunidades de mejora continua.
  - Cualquier necesidad de cambio en el Sistema de Control Interno, incluyendo las necesidades de recursos.
- No se comprobó la existencia de procedimiento documentado que defina la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.

Es importante considerar que al identificar las áreas que necesitan mejoras, la organización debe proceder a realizar cambios que fortalezcan su Sistema de Control Interno. Esto puede incluir la revisión de políticas y procedimientos, la implementación de tecnologías innovadoras o la reestructuración de los equipos,



---

entre otros. Es de suma importancia que estos cambios sean seguidos de una nueva evaluación para asegurar su efectividad.

## V. Conclusión

El Ministerio de Justicia, obtuvo una calificación de 2,23, lo que indica un nivel de madurez DISEÑADO BAJO según el análisis de los documentos proporcionados por la institución.

Los resultados obtenidos indican que la institución cuenta con un ambiente de control diseñado y procesos que contribuyen al funcionamiento del Sistema de Control Interno. Sin embargo, es necesario implementar medidas que fortalezcan de manera efectiva la estructura del SCI, reconociendo su importancia como un proceso de mejora continua.

El Ministerio de Justicia debe potenciar la ejecución del Sistema de Control Interno, asegurando la participación de todos los funcionarios, y aplicar la gestión por procesos de manera efectiva, como un recurso que aporte valor tanto a la institución como a los ciudadanos, quienes son los beneficiarios finales.

Las acciones derivadas de las evaluaciones y análisis continuos de cada componente del SCI deben abordarse considerando las desviaciones y oportunidades identificadas. Se deben desarrollar estrategias específicas con indicadores de desempeño para alcanzar las metas establecidas.

La Máxima Autoridad y su equipo directivo tienen la responsabilidad de mostrar un liderazgo sólido, dinámico y de concebir la implementación de la NRM como un medio para gestionar adecuadamente los intereses del Ministerio de Justicia. A pesar de disponer de los documentos del Sistema de Control Interno, no se logró garantizar de manera suficiente los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus objetivos.

Es necesario considerar que el control interno, lejos de ser un obstáculo para las entidades, es un recurso clave para lograr sus objetivos y metas. Por lo tanto, debe ser tomado en cuenta como un proceso dirigido por la alta dirección y ejecutado por todos los miembros de la organización. Esta responsabilidad es de todos los servidores públicos, por lo tanto, es fundamental que todos estén familiarizados con su marco conceptual, componentes, importancia y operatividad.



## 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 Ministerio de Justicia 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. Fomentar el compromiso con el Sistema de Control Interno por medio del fortalecimiento y evaluación continua de los componentes del SCI.
3. Ajustar un plan y cronograma (plan de mejora) para la implementación del Sistema de Control Interno, desarrollarlo e incluyendo acciones o iniciativas para la corrección de las desviaciones encontradas y para elaborar los elementos requeridos por la NRM.
4. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2024, 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 28/02/25, 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, octubre de 2024

**Lic. Nancy Rejala Chiola**

Directora de Evaluación de Control  
Interno de los Organismos y Entidades  
del Poder Ejecutivo  
Auditoría General del Poder Ejecutivo

**Lic. María Cristina Franco**

Directora de Análisis Sectorial  
Contraloría General de la República

**Dra. Gladys Fernández**

Directora General  
de Control Gubernamental  
Contraloría General de la República