



**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

Julio, 2025



Misión: "Organismo Constitucional de Control Gubernamental, que fiscaliza y protege el Patrimonio Público, en beneficio de la sociedad"



Misión: "Somos un órgano de control interno encargado de realizar auditorías de los Organismos y Entidades del Poder Ejecutivo, diseñar, desarrollar, establecer normativas para la supervisión; y asistencia técnica de las Auditorías Internas Institucionales"

Índice

I. Antecedentes.....	1
II. Objetivo.....	1
III. Alcance	1
A. Componente ambiente de control.....	3
B. Componente de control de la planificación	6
C. Componente de control de la implementación	8
D. Componente de control de evaluación	11
E. Componente de control para la mejora.....	12
I. Conclusión	13
VI. Recomendación	14



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

I. Antecedentes

Con la Resolución 377/16, la Contraloría General de la República resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del 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 aprobó 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 – AGPE, 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 Norma de Requisitos Mínimos - 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 de los documentos proporcionados por la institución en el Sistema NRM, que respaldan la fase de diseño y medición de la aplicación de los controles y que evidencian las acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2024.



IV. Desarrollo

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

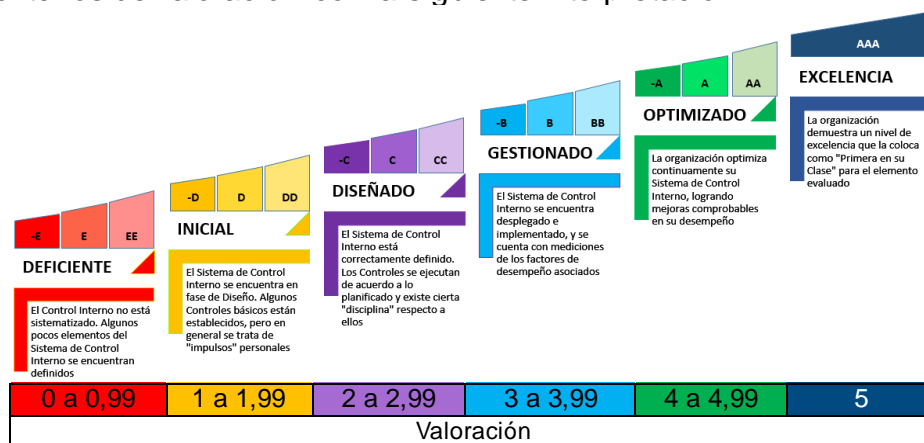
- Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad de los servicios.
- Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal.
- Cumplir las leyes, reglamentos y otras normas gubernamentales.
- Elaborar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

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

- a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos (de la institución, de la ciudadanía u otros grupos de interés y/o legales) de manera coherente.
- b) La consideración de los procesos en términos que aporten valor.
- c) El logro de un control de procesos eficaz.
- d) La mejora continua del Sistema de Control Interno con base en la evaluación de los datos y la información interna y externa.

La NRM incorpora la administración de riesgos como pilar fundamental del control interno. Esto implica establecer una estructura y cultura organizacional que identifique y gestione sistemáticamente los riesgos asociados a cada actividad, función o proceso, minimizando pérdidas y maximizando beneficios.

Para determinar el grado de adopción de la Norma de Requisitos Mínimos en la institución 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 SCI por cada componente, resultados que arrojó la herramienta arriba señalada:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,99	CC	Diseñado
Control de la planificación	2,32	C-	Diseñado
Control de la implementación	1,56	D	Inicial
Control de la evaluación	2,62	C	Diseñado
Control para la mejora	2,27	C-	Diseñado
SCI consolidado	2,24	C-	Diseñado

A partir del análisis de los documentos proporcionados por la institución a través del Sistema NRM, se señalan las debilidades más significativas por componente de control.

A. Componente ambiente de control

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

En este componente, el Ministerio de Justicia obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO ALTO, con una valoración de 2,99, esto demuestra que la institución ha establecido de manera adecuada políticas, estructuras organizativas y normas de conducta que respaldan el Sistema de Control Interno, aunque aún hay aspectos específicos que necesitan ser fortalecidos en la integración de este componente:

- Para lograr un Sistema de Control Interno eficaz y robusto, es crucial que la Máxima Autoridad institucional participe de manera constante en el proceso, gestionando y promoviendo un control interno favorable:
 - Garantizando un análisis detallado de los riesgos que enfrenta la institución, identificando aquellos que son más significativos y desarrollando un enfoque claro para su gestión. Sin una adecuada comprensión de los riesgos, el SCI puede resultar ineficaz, ya que los controles no estarán alineados con las amenazas específicas que enfrenta la entidad.
 - Promoviendo una cultura de mejora continua en todos los niveles de la organización. Esto debe ir acompañado de la asignación de los recursos necesarios y el establecimiento de objetivos claros para la implementación de los controles internos, fomentando la capacitación constante del personal y asegurando que los controles se adapten a las nuevas circunstancias.



- Estableciendo indicadores claros y medibles que permitan evaluar la efectividad de los controles internos. Además, es necesario realizar evaluaciones periódicas para identificar áreas de mejora y corregir deficiencias.
 - Desarrollando e implementando un marco estructural que defina claramente los roles, responsabilidades y procedimientos del control interno.
 - Fomentando una comunicación abierta entre todos los niveles de la organización sobre la relevancia del control interno. Crear un ambiente en el que los colaboradores se sientan responsables y motivados para mejorar los procesos será esencial para garantizar la efectividad del SCI.
- Se identificó que la institución realizó una encuesta de percepción sobre la NRM entre sus funcionarios, del cual no se observó el plan de acciones derivado de la encuesta. Por otra parte, en el documento se visualizó una matriz bajo el título de Resultado de las encuestas de percepción por población, que resultó confuso ya que no se especificó qué representaban los números en cada columna, dificultando la interpretación de los datos.

Es importante considerar que una encuesta de percepción no es un instrumento para medir el conocimiento real de los funcionarios sobre los temas que se abordan en la NRM, ya que captura opiniones y actitudes subjetivas, pero no evalúa de manera objetiva el nivel de comprensión que empodere a los funcionarios.

- Se visualizó que los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia fueron establecidos antes de la aprobación de la nueva versión del Código de Ética que fuera aprobado mediante la Resolución 507/24. Esta situación, plantea la necesidad de revisar si dichos compromisos fueron alineados con los principios y directrices actualizados en la nueva versión del Código.
- No se definieron los mecanismos que permitan a los funcionarios reportar, de forma confidencial, comportamientos que vayan en contra de la ética pública, así como no se visualizó evidencia del tratamiento de situaciones asociadas a la evaluación de incumplimientos.
- En el Protocolo de Buen Gobierno versión IV aprobado con la Resolución 510/24, no se incluyeron algunos aspectos importantes como, por ejemplo; la Política de Anticorrupción e Integridad, Política de Participación Ciudadana, Política de Tecnología y Seguridad de la Información, Política de Gestión del Desempeño Institucional, entre otros que forman parte de un marco integral de buen gobierno.
- Se observó que la institución conformó una única instancia denominada Comité de Ética y Buen Gobierno, el cual asume simultáneamente funciones éticas y de buen gobierno; sin embargo, es importante tener en cuenta que la composición de los Comités debe ser meticulosamente diseñada para asegurar la separación de funciones, la objetividad y la eficacia en las responsabilidades que cada uno debe



cumplir. La concentración de funciones en un solo Comité puede afectar la transparencia y la confianza en el Sistema de Control Interno.

- No se evidenció la participación directa de la Máxima Autoridad con su equipo directivo en la revisión y validación del documento del Protocolo de Buen Gobierno Aunque la Política sobre Conflicto de Intereses fue incluida dentro del Protocolo de Buen Gobierno, Capítulo III: Políticas frente a los otros grupos de interés, se observó que su contenido está orientado principalmente al comportamiento ético interno, al establecer una serie de prohibiciones y deberes para la Máxima Autoridad, su equipo directivo, servidores públicos y miembros de Comités. Sin embargo, la ubicación de esta política dentro de un capítulo destinado a grupos de interés externos limita su verdadero alcance, ya que el conflicto de interés tiene raíces fundamentalmente internas, relacionadas con el ejercicio imparcial, transparente y ético de la función pública.
- No se adjuntaron como evidencia los documentos Código de Ética Versión IV y Código de Buen Gobierno Versión IV en el Sistema NRM. Se aclara que, de manera excepcional, se aceptarán los documentos que fueron cargados en el Sistema NRM anterior, a fin de no afectar la continuidad de los registros. No obstante, debido a la reciente actualización del Sistema NRM, será imprescindible que los documentos vigentes del Sistema de Control Interno sean cargados nuevamente en la citada plataforma, garantizando así la validez, integridad y actualización de la información.
- El Protocolo de Buen Gobierno estableció en su Título IV, Capítulo I, una serie de funciones que, si bien son pertinentes en su enfoque general, combinan responsabilidades de promoción, seguimiento, resolución de controversias y reporte institucional, lo cual puede generar confusión de roles, conflictos de intereses o vacíos de responsabilidad y una posible falta de claridad en los límites de su competencia, especialmente en una institución del nivel y complejidad del Ministerio de Justicia.
- La institución no presentó indicadores de gestión asociados al buen gobierno, ni resultados de evaluaciones periódicas que permitan evidenciar el nivel de implementación, cumplimiento y efectividad de las políticas contenidas en el Código de Buen Gobierno.
- Como evidencia de socialización del Protocolo de Buen Gobierno, la institución únicamente presentó una captura de pantalla de su página web donde se encuentra publicado el documento. Esta acción, si bien demuestra su disponibilidad pública, no constituye evidencia suficiente de un proceso formal de socialización interna, que asegure el conocimiento, apropiación y aplicación del protocolo por parte de los servidores públicos y demás actores institucionales.
- En la reunión del Equipo Técnico del MECIP Acta 02 se presentó como dato, que hasta la fecha no contaban con el informe de evaluación anual del periodo 2023



realizado por los organismos de control. Al respecto se señala que, según la NRM para el Sistema de Control Interno, específicamente en sus componentes de planificación, evaluación, y mejora, las acciones de revisión, auditoría, análisis y monitoreo no deben depender exclusivamente de los informes externos provenientes de los organismos de control. El Sistema de Control Interno debe operar de manera autónoma y proactiva, y debe contar con procesos internos establecidos.

- No se presentó evidencia de un informe específico emitido por la auditoría interna institucional relacionado con la evaluación de la gestión de talento humano. La ejecución de esta auditoría facilita la verificación de la evaluación sistemática de la gestión del talento humano, con el fin de asegurar el cumplimiento de los principios de eficiencia, transparencia y mejora continua en la gestión de los recursos humanos.

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 este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una valoración de 2,32; indicando que la entidad cuenta con planes estratégicos e institucionales formalizados, algunos elementos necesarios para un control adecuado, pero aún no cuentan con un SCI plenamente establecido y robusto que funcione de manera integral y eficiente. En este componente se identificaron las siguientes oportunidades de mejoras:

- La Visión institucional, se expresó en términos de un futuro deseado sin un horizonte temporal claro, no proporcionó un camino estratégico concreto que pueda ser medido. La Visión se presentó como una serie de objetivos aspiracionales, pero carece de un enfoque temporal y específico.
- Se vuelve a señalar, que no se visualizó un procedimiento estandarizado y documentado que establezca la metodología y los criterios para la planificación tanto estratégica como operativa.
- Si bien la institución presentó un informe de Avances del Plan Operativo Anual, en el documento se limitó a describir las tareas realizadas, pero no se visualizó el comparativo de dichas acciones con las metas, vinculado con claridad al Plan Operativo Institucional y con lo definido en el Cuadro de Mando Integral. Adicionalmente el Plan Operativo Anual si contempló acciones clasificadas por objetivos estratégicos de manera genérica, como, por ejemplo, asistencia a personas privadas de libertad, consignando cifras mensuales sin especificar el tipo de asistencia. Este enfoque impide el seguimiento efectivo y capacidad de analizar el grado de cumplimientos e identificar brechas.



- La institución no presentó evidencia de mecanismos sistemáticos y formales que la institución utiliza para dar a conocer la Misión, Visión, objetivos y planes de acción, de tal manera a que se aseguren que todos los funcionarios conozcan, comprendan y asuman como propios la Misión, Visión y objetivos institucionales.
- Nuevamente, no se presentó evidencia documentada que demuestren el desarrollo de actividades para la actualización o validación del mapa de procesos
- Durante la evaluación de la documentación proporcionada a fin de revisar la caracterización de los procesos en el marco de la Resolución 655/24, se identificó que el anexo correspondiente es ilegible, debido a que su calidad de impresión o digitalización es insuficiente, lo que genera una imagen borrosa y dificulta su interpretación. Esta deficiencia, impidió realizar una evaluación adecuada y precisa de la caracterización de los procesos incluidos en dicho anexo, que son fundamentales para valorar si la gestión por procesos está debidamente estructurada y alineada con los estándares de eficiencia y efectividad establecidos.
- Entre las evidencias documentales proporcionadas, se identificó la nota MJ/GM 311/22, mediante la cual el anterior Ministro de Justicia solicitó formalmente a la entonces Secretaría de la Función Pública la designación de técnicos especializados para el asesoramiento en la elaboración e impulso de una Ley Orgánica específica para la institución. Este pedido, revela una necesidad institucional legítima y aún no resuelta, considerando que el Ministerio de Justicia no cuenta actualmente con una Ley Orgánica que establezca con claridad su estructura, competencias, funciones, y mecanismos de coordinación interna e interinstitucional, a pesar de la amplitud y complejidad de su mandato.
- No se visualizaron perfiles de puestos, basado en la gestión por procesos que permita demostrar que se corresponden a las competencias funcionales y conductuales necesarias para el cumplimiento eficaz de las funciones asignadas.
- Nuevamente, no se presentó evidencia documental que demuestre que los funcionarios han sido formal y adecuadamente comunicados respecto a sus funciones, responsabilidades y el impacto de su trabajo en los procesos institucionales. Esto puede incluir procesos de inducción, entrega y firma de descripciones de puesto, entrevistas personales, capacitaciones periódicas y seguimiento por parte de los niveles jerárquicos correspondientes, entre otros, en el marco de una cultura organizacional orientada al cumplimiento, la responsabilidad y la mejora continua.
- No se visualizó documento aprobado de procedimientos para la continua Identificación y Evaluación de los Riesgos.
- Se reitera que no se demostró la existencia de un mapa de riesgos, así como tampoco riesgos relacionados a objetivos y planes.



- La documentación presentada por la institución, bajo la denominación de Política de Administración de Riesgos, constituye en realidad una guía metodológica orientada a la Identificación y Evaluación de Riesgos, sin incluir los elementos esenciales que debe contemplar una política institucional formal, tales como por ejemplo: objetivo y alcance institucional de la política, principios rectores, criterios específicos para la clasificación y priorización de riesgos, mecanismos de respuesta, control, monitoreo y mejora continua, integración explícita con la planificación institucional, el mapa de procesos y la toma de decisiones.
- En cuanto al elemento de metodología y criterios establecidos para la Identificación y Evaluación de Riesgos, este elemento reviste especial importancia dentro de la gestión pública basada en procesos, y aún más en el caso del Ministerio de Justicia, cuyas funciones abarcan áreas de alto riesgo institucional, operativo y reputacional, por lo que es necesario que la institución elabore y formalice una Política de Gestión de Riesgos alineada con su mapa de procesos y planificación estratégica, que contemple roles definidos, herramientas de seguimiento y mejora continua. Asimismo, es imprescindible integrar esta política dentro del Sistema de Control Interno institucional, asegurando su aplicación efectiva en todos los niveles de gestión.

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 este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez INICIAL MEDIO, con una valoración de 1,56. Este puntaje refleja que, aunque existe un esfuerzo por llevar a cabo las actividades planificadas, mecanismos operativos y de supervisión interna, aún no están plenamente institucionalizados ni se aplican de forma sistemática. Para este componente se señalan las siguientes debilidades:

- Nuevamente no se observó la existencia de definición de controles implementados que contribuyen a reducir los riesgos significativos que pueden afectar el logro de los objetivos, hasta niveles tolerables.
- Si bien la institución presentó un Manual de Política Operacionales que fuera aprobado con la Resolución 652/24, el mismo no cuenta con un enfoque específico sobre cómo cada Política Operacional debe guiar la ejecución de tareas concretas dentro de los procesos y que incluyan directrices claras sobre las actividades y tareas. Este Manual, siendo un documento rector o base, no abarcó todos los componentes que se requieren como ser: la articulación entre las políticas, los



procesos institucionales y los riesgos, determinación de responsabilidades claras (quién elabora, aprueba, revisa y aplica las políticas), directrices para su elaboración, revisión, aprobación, implementación, comunicación y monitoreo, entre otros. Se debe considerar que la gestión basada en riesgo es el eje transversal de todas las políticas.

- Aunque se indicó que las Políticas Operacionales deben ser revisadas anualmente por los dueños de los procesos, no se evidenció un mecanismo detallado de seguimiento, evaluación e integración de estas políticas en la gestión cotidiana de la institución.
- Es importante que la institución diferencie entre Política de Operación y Políticas Operacionales.

El Manual de Operación debe describir el paso a paso de las actividades (el cómo, quién, cuándo y con qué). El Manual de Políticas Operacionales establece el marco normativo y de actuación general (el qué y el para qué). Las políticas definidas en el Manual de Políticas Operacionales tienen su reflejo práctico en los procedimientos detallados del Manual de Operación.

- No se observó que los procesos cuenten con procedimientos documentados y debidamente aprobados especialmente para los procesos críticos.
- No se registró el Informe de la Auditoría Interna Institucional sobre verificación de legajos de funcionarios (seguimiento de las capacitaciones realizadas, legajos completos y actualizados relacionados con el perfil del cargo ocupado, evaluación de desempeño, entre otros).
- El mecanismo identificado para la detección de necesidades depende exclusivamente de la elección voluntaria de los funcionarios, lo cual no garantiza una alineación estratégica con los objetivos institucionales, ni asegura el desarrollo de competencias críticas para el cumplimiento efectivo de los procesos institucionales.
- No se visualizó metodología estructurada basada en evaluación de competencias o diagnóstico institucional que permite identificar brechas de capacidades reales y prioritarias.
- Si bien en el plan de capacitación aprobado con la Resolución 256/24 se listaron 33 cursos, incluyó una observación de que los mismos están sujetos a la disponibilidad de recursos. Por lo que se señala lo siguiente:
 - Condicionalidad del plan: esta observación deja abierta la posibilidad de que las capacitaciones previstas no se ejecuten efectivamente, lo cual debilita el carácter planificado y estratégico del documento, afectando la previsibilidad y la alineación con los objetivos institucionales.



- Ausencia de priorización: no se evidenció criterios claros de priorización de las capacitaciones en función de procesos críticos, riesgos institucionales o brechas de competencias detectadas, lo cual resta eficacia al plan como herramienta de desarrollo institucional.
- La redacción ambigua en torno a la ejecución del plan dificulta el seguimiento, control y evaluación de su cumplimiento, aspectos esenciales dentro del marco del SCI.
- No se presentó evidencia de mecanismos formales para la evaluación de la eficacia de las actividades de formación implementadas. La ausencia de herramientas de seguimiento y medición impide conocer el impacto real de las capacitaciones en el desarrollo de competencias de los funcionarios y en la mejora de los procesos institucionales.
- No se visualizaron mecanismos formales de sensibilización y formación continua sobre las funciones y responsabilidades de los funcionarios y de las consecuencias de apartarse de los controles y procedimientos establecidos.
- La Política de Gestión Documental que fuera aprobada con la Resolución 575/24 no contempló la gestión de documentos electrónicos, seguridad y acceso a la información, indicadores de gestión documental, mecanismos de auditoría interna o control documental.
- No se observó evidencia de informes de evaluación de documentos pertinentes que permitan verificar si la información utilizada por la institución cumple con los atributos esenciales de accesibilidad, corrección, actualidad, protección, suficiencia, oportunidad, validez, verificabilidad y conservación, conforme a los lineamientos exigidos para el SCI.
- No se observó evidencia de informes de evaluación de documentos pertinentes que permitan verificar si la información utilizada por la institución cumple con los atributos esenciales de accesibilidad, corrección, actualidad, protección, suficiencia, oportunidad, validez, verificabilidad y conservación, conforme a los lineamientos.
- No se presentó evidencia de los procedimientos operativos específicos que deben seguirse para la gestión documental diaria. La ausencia de estos procedimientos detallados limita la capacidad de los funcionarios para aplicar consistentemente las directrices de la política, afectando la correcta implementación del control documental y la eficiencia en la gestión de la información institucional.
- En el Manual de Comunicación aprobado con la Resolución 648/24, se establecieron como canales de comunicación interno y externo a los chats de plataformas externas. Se señala al respecto que, si bien el uso de chats grupales puede ofrecer ventajas en términos de rapidez y agilidad en la comunicación, su implementación como canal requiere una evaluación de los riesgos e implicaciones desde la



perspectiva del control interno, la seguridad de la información, el cumplimiento normativo y la eficiencia comunicacional.

- No se demostró la existencia de iniciativas o mecanismos formales destinados a fomentar la identidad institucional y a cultivar en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales de la organización.
- No se visualizó la existencia de procedimientos formales y sistemáticos que faciliten a los funcionarios la expresión de sus opiniones, sugerencias o inquietudes.

Es importante considerar, que la ausencia de canales ascendentes efectivos puede generar dificultad para identificar áreas de mejoras.

- No se presentó evidencia que permita determinar la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados.
- La institución presentó un Plan de Rendición de Cuentas que fuera aprobado con la Resolución 187/24; sin embargo, no se observó procedimientos documentados que detallen los pasos operativos para su implementación. Asimismo, se señala que más allá de la Circular 03/25, que realizó la invitación a los funcionarios para la audiencia de Rendición de Cuentas, no se evidenció documentación que respalde la ejecución efectiva de la audiencia pública de Rendición de Cuentas con la debida interacción ciudadana.

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 este componente, la institución alcanzó un nivel de madurez DISEÑADO MEDIO, con una valoración de 2,62. Esto indica que, si bien el componente ha sido considerado en el diseño del Sistema de Control Interno y existen ciertos mecanismos definidos, su implementación todavía no es sistemática. Se han identificado oportunidades de mejora:

- Referente a los indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos entre las documentaciones se observó lo siguiente:
 - El informe de perfil institucional no incluye indicadores estratégicos y operativos claros y medibles para evaluar la eficacia del control interno en las áreas críticas. aunque se señalan aspectos relevantes, como el hacinamiento penitenciario, no se detallan métricas que permitan medir la mejora de esta situación ni otras áreas clave.



- No se evidenció que los indicadores hayan sido actualizados ni que se apliquen consistentemente en el proceso de toma de decisiones. Los datos, aunque importantes, están dispersos en distintos formularios y no forman parte de un sistema centralizado, lo que dificulta su integración y uso estratégico. Por otra parte, dentro de la evidencia titulada Cuadro de Mando Integral, se indicaron porcentajes, pero no se explicó qué significan y el alineamiento con las metas.

Es necesario asegurar que los objetivos estén acompañados de métricas concretas que permitan hacer un seguimiento claro y que el cuadro de mando integral permita un análisis visual claro y seguimiento de los indicadores a lo largo del tiempo.

- Aunque se han presentado las funciones y perfiles de auditoría interna, no se adjuntó un procedimiento detallado de auditoría interna. Cabe destacar que, en el periodo anterior, se había visualizado que mediante el Memorandum D.A.II.155/23, se presentó un proyecto de diseño para el procedimiento de auditoría interna, pero no se registró el resultado final de dicho proyecto.
- En el Plan de Trabajo Anual de Auditoría Interna, específicamente en el punto E bajo la categoría de Otros Trabajos de Auditoría, se previó la realización de una auditoría al Sistema de Control Interno de la NMR-MECIP 2015; sin embargo, no se presentó evidencia de los resultados de dicha evaluación.
- Se reitera que la institución no presentó un manifiesto formal refrendado con la firma de la Máxima Autoridad, como parte de prueba de independencia del Auditor Interno Institucional.
- La institución presentó informe que incluye la cantidad de recomendaciones emitidas y cumplidas, pero no se observó un informe con detalles específicos sobre el seguimiento continuo ni la evaluación de la eficacia de las acciones correctivas y de mejoras implementadas, a fin de asegurar que cada acción haya sido evaluada en términos de su efectividad para la solución de los hallazgos de la auditoría.

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"*.

En este componente, la institución obtuvo un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una valoración de 2,27; indicando que existen mecanismos normativos y procedimientos básicos para la mejora continua. La retroalimentación y los ajustes necesarios para optimizar el Sistema de Control Interno son limitados. Se encontraron las siguientes oportunidades de mejoras.



- En el componente de mejoras, para el principio de Análisis Crítico del Sistema de Control Interno, la institución presentó como evidencia el Acta 02 de reunión de la Alta Dirección, en la que se expuso el resultado de la evaluación realizada por la Contraloría General de la República y Auditoría General del Poder Ejecutivo; sin embargo, en dicha reunión no se trataron los puntos de forma detallada. Además, se presentó la Resolución 656/24, con fecha del mismo día del Acta, en la que se aprobó el Informe de Análisis Crítico del Sistema de Control Interno 2024, que incluyó los resultados de la percepción aplicada a funcionarios por componentes. Sin embargo, no se visualizó que estos resultados se hayan traducido en acciones concretas. El informe se limitó a reportes, para el cual no se evidenció que cada uno de los componentes de las direcciones hayan participado activamente en el análisis del Sistema de Control Interno ni que se haya derivado la responsabilidad de las acciones que surgieron de dicho análisis.

Cabe señalar que la Norma de Requisitos Mínimos 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. Esta revisión debe ser llevada a cabo de manera planificada y de acuerdo a los puntos señalados en la NRM, asegurando que se realice un análisis detallado y que se definan acciones concretas y responsables para cada área evaluada.

La Máxima Autoridad y su equipo directivo deben ser quienes realicen esta revisión porque son los responsables de la gobernanza, la toma de decisiones estratégicas y el seguimiento de los procesos clave de la organización, lo que garantiza que la revisión del Sistema de Control Interno sea efectiva, coherente con los objetivos estratégicos de la institución y alineada con las mejores prácticas de control y mejora continua.

- La institución no presentó evidencia del procedimiento utilizado para la elaboración, implementación y seguimiento de los planes de mejora, lo cual impide verificar si existe una metodología formal y sistemática para gestionar las acciones correctivas y de mejora dentro del marco del Sistema de Control Interno.

I. Conclusión

El Ministerio de Justicia, como resultado del análisis practicado a los documentos proveídos en el Sistema NRM, obtuvo una valoración de 2,24, equivalente a un nivel de madurez DISEÑADO BAJO.

Se identifican avances relevantes en el diseño formal de los elementos del SCI; sin embargo, persisten desafíos importantes en cuanto a su implementación práctica, evaluación objetiva y retroalimentación orientada a la mejora continua.



Esta situación refleja la necesidad de una estrategia integral que permita cerrar la brecha entre el diseño normativo y la ejecución operativa, con miras a garantizar mayores niveles de eficacia, eficiencia y control institucional.

En este contexto, resulta prioritario que la institución:

- Fortalezca los mecanismos de implementación efectiva del SCI en todos sus componentes.
- Establezca procesos sistemáticos de evaluación y mejora, que permitan verificar resultados y tomar decisiones informadas.
- Refuerce la planificación institucional, asegurando que esta sea integral, alineada con los objetivos estratégicos y con un enfoque preventivo.

Finalmente, el compromiso activo y sostenido de la Máxima Autoridad institucional y su equipo directivo constituye un factor crítico para avanzar en la consolidación de un Sistema de Control Interno robusto, confiable y orientado a resultados.

VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto más arriba, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias para alcanzar la mejora continua en la gestión institucional en busca de la excelencia.

Por tanto, el Ministerio de Justicia:

1. Dirigir los esfuerzos hacia un enfoque integral que permita fortalecer las áreas de debilidades identificadas, priorizando la implementación de planes de acción enfocados en la gestión de riesgos, la mejora en la ejecución de procesos y la evaluación periódica de los controles internos.
2. Implementar una gestión efectiva de riesgos institucionales, mediante la identificación, análisis, valoración, priorización y tratamiento de los mismos, conforme a metodologías reconocidas y en alineación con los procesos estratégicos y operativos del Ministerio de Justicia.
3. Mejorar la implementación de los controles Internos, a través del desarrollo e implementación de procedimientos claros y documentados para cada área crítica de la institución, así como el cumplimiento y seguimiento de acciones derivadas de auditorías, revisiones internas y oportunidades de mejora.
4. Establecer un plan de capacitación y concientización, que cubra tanto a la alta dirección como a los funcionarios de todos los niveles, para asegurar la efectividad del SCI.



5. Implementar un proceso formal de mejora continua.
6. Arbitrar las medidas administrativas para que los avances y resultados de la efectiva implementación de la NRM al cierre del ejercicio fiscal 2025, 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 28/02/26, adjuntando todas las evidencias correspondientes a cada uno de los principios por componente de control.

Es nuestro informe.

Asunción, julio de 2025

Lic. Nancy Rejala Chiola

Directora de Evaluación de Control Interno
de los OEPE
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Lic. María Cristina Franco

Directora de Análisis Sectorial
Contraloría General de la República

Mag. Cinthia Ortiz

Directora General de Control Interno
Auditoría General del Poder Ejecutivo

Dra. Gladys Fernández

Directora General
de Control Gubernamental
Contraloría General de la República