



**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**

**AUTORIDAD REGULADORA  
RADIOLÓGICA Y NUCLEAR - ARR**

**Mayo, 2024**



## Índice

<b>I. Antecedentes</b>	1
<b>II. Objetivo</b>	1
<b>III. Alcance</b>	1
<b>IV. Desarrollo</b>	2
A. Componente ambiente de control	3
B. Componente control de la planificación	6
C. Componente control de la implementación	9
D. Componente control de la evaluación	12
E. Componente control para la mejora	13
<b>V. Conclusión</b>	14
<b>VI. Recomendación</b>	14



## **INFORME DE EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA AUTORIDAD REGULADORA RADIOLÓGICA NUCLEAR - ARR**

### **I. Antecedentes**

En la Resolución CGR 377/16, la Contraloría General de la República - CGR, resolvió adoptar como marco para el control, fiscalización y evaluación del Sistema de Control Interno de las instituciones sujetas a su supervisión, la Norma de Requisitos Mínimos – NRM, para un Sistema de Control Interno 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 - 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 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 y evidencian acciones realizadas durante el ejercicio fiscal 2023.



## IV. Desarrollo

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

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

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

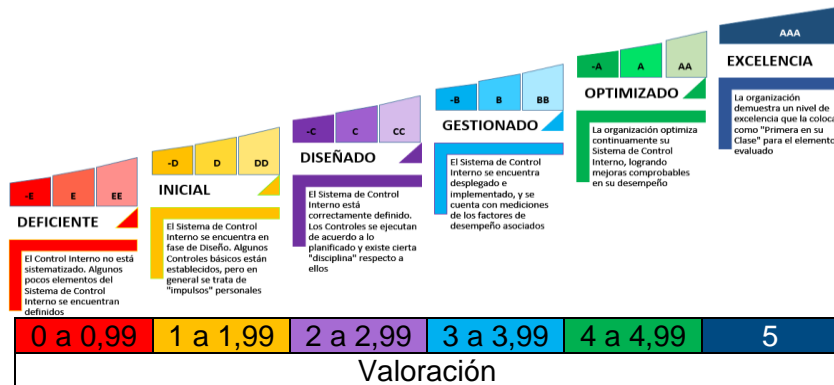
- a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos (de la institución, de la ciudadanía u otros grupos de interés y/o legales) de manera coherente.
- b) La consideración de los procesos en términos que aporten valor.
- c) El logro de un control de procesos eficaz.
- d) La mejora continua del Sistema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

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

La Norma de Requisitos Mínimos representa la evolución del Sistema de Control Interno debido a que exige que los Organismos y Entidades del Estado se enfoquen más que en el diseño de las herramientas de control, en la difusión y en la aplicación de las mismas, lo que debe respaldarse adecuadamente en evidencia formal. Asimismo, como cambio trascendental, exige liderazgo e involucramiento de la Máxima Autoridad y su nivel directivo.

En este contexto, cabe señalar que, si las herramientas de control no se actualizan, se difunden y se aplican, toda la documentación generada en el marco de la implementación de control interno no tiene utilidad, por lo que, la autoevaluación institucional y la evaluación independiente deben estar respaldadas por un alto nivel de reconocimiento crítico y objetivo de la realidad institucional en materia de control interno.

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 los resultados consolidados, que reflejan el nivel de madurez de su Sistema de Control Interno por cada componente:

Evaluación del nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI			
Ambiente de control	2,12	C-	Diseñado
Control de planificación	1,44	D	Inicial
Control de implementación	0,53	E	Deficiente
Control de evaluación	0,89	EE	Deficiente
Control para la mejora	0,00	E-	Deficiente
<b>SCI consolidado</b>	<b>1,16</b>	<b>D-</b>	<b>Inicial</b>

A partir del análisis de los documentos proveídos por la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear, por medio de la herramienta de evaluación de la NRM, se señalan las debilidades por componente de control.

### A. Componente ambiente de control

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

En esta fase la institución evidenció un nivel de madurez DISEÑADO BAJO, con una calificación de 2,12. Esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación, que el control interno está correctamente definido.



La Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear tuvo casi nulo avance en la adopción de la NRM en este componente, es necesario aumentar esfuerzos, a fin de demostrar el compromiso en la implementación de los siguientes criterios:

- La definición de los objetivos institucionales coherentes con la Misión y Visión Plan Estratégico Institucional – PEI, y Plan Operativo Institucional, con acciones concretas para la gestión.
- El establecimiento de procedimientos documentados para la planificación estratégica y operacional.
- La gestión y participación en capacitaciones necesarias para que todos los miembros de la organización adquieran conocimiento acabado sobre el control interno, en particular el nivel directivo.
- La adopción de una gestión ética que defina estrategias para la continua reflexión, internalización y aplicación de los valores, principios y compromisos éticos, en forma participativa y consensuada con los diferentes niveles de la organización.
- El cumplimiento de los compromisos adoptados en el Código de Buen Gobierno.
- La implementación efectiva del sistema de gestión por procesos en todos los niveles de la institución.
- La construcción participativa de la matriz de riesgo institucional y operacional, producto del desarrollo de una gestión por procesos, que la organización debe identificar y evaluar los riesgos asociados.
- La definición de políticas operacionales que sean aplicadas, revisadas y actualizadas permanentemente.
- La evaluación sistemática para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno, a fin de tomar acciones que eliminen o minimicen las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas.
- La identificación, utilización y evaluación de mecanismos de comunicación que puedan servir como herramienta para empoderar a funcionarios y ciudadanos en la búsqueda permanente de mayores niveles de transparencia y confianza.
- El Análisis Crítico del SCI para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia por parte de la Máxima Autoridad y su equipo directivo, con los criterios establecidos en la NRM.
- Las sugerencias y reclamos internos y externos se deben como una oportunidad para las acciones de mejora continua.

Es necesario, además, que la institución enfatice especialmente en las siguientes debilidades, algunas de ellas ya señaladas en el informe anterior:



- En la Resolución D-ARRN 018/21 se aprobó la Política de Control Interno, en la que no se evidenció que oriente a sus funcionarios a hacer lo correcto.  
Pese a las observaciones realizadas en el informe anterior, no se evidenció revisiones de la Política de Control Interno, ya que no se adecua en su totalidad a lo señalado en la NRM.
- No se evidenció que la Política de Control Interno haya sido comunicada y sea entendida por todos los funcionarios y demuestren comunicación, entendimiento y aplicación. Al respecto, la NRM señala que: *"La Dirección 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".*
- En la Resolución D-ARRN 006/21 se aprobó el Código de Ética de la ARRN. Al respecto, se señala cuanto sigue:
  - No se establecieron instrumentos para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos.
  - Se observaron las Actas Nros. 01/21 y 2/21 del Comité de Ética, para la revisión del borrador del Código de Ética, pero no se incluyeron a todos los funcionarios para la construcción participativa de los Acuerdos y Compromisos Éticos, tampoco fue aprobada la nueva versión.
  - No se observaron Acuerdos y Compromisos Éticos de las dependencias de la institución. Al respecto, el Manual de Ética Pública indica: *"Los compromisos éticos se refieren, entonces, a las actitudes, prácticas y formas concretas de actuación a las que los funcionarios se comprometen para darle aplicación en el día a día de la entidad a los valores éticos acordados. Estos compromisos deberán ser enunciados como formas de ser y de actuar concretas y específicas con relación a las funciones e interacciones que la entidad debe cumplir dentro de sus competencias organizacionales, frente a los grupos de interés internos y externos".* Esto se debe considerar en la construcción de los Acuerdos y Compromisos Éticos por dependencia.
- Por Resolución D-ARRN 14/21 se aprobó el Protocolo de Buen Gobierno, sin observarse revisiones para su actualización conforme a los requisitos de la NRM.



- Se visualizó en el documento del Protocolo de Buen Gobierno la inclusión de las Políticas para la Gestión del Talento Humano, sin incorporar todos los procesos y valores establecidos en la NRM.
- No se observaron informes del Comité de Buen Gobierno en cumplimiento del artículo 3° de la Resolución D-ARRN 131/21.

Es importante señalar a las autoridades que, al realizar la actualización y revisión del Código de Ética y el Protocolo de Buen Gobierno, se sugiere tener en cuenta la metodología propuesta en el Manual de Ética Pública y la NRM.

- No se visualizó un informe de gestión del área de Talento Humano elaborado por la Auditoría Interna Institucional, a fin de verificar el cumplimiento de los procesos y las Políticas del Talento Humano y sus respectivas reglamentaciones o requisitos legales, asegurando que los procesos involucrados tengan en cuenta los valores señalados en la NRM.

La Máxima Autoridad de la institución y su equipo directivo son los responsables de regular, establecer, dirigir y garantizar la implementación y mantenimiento de un efectivo control interno, basado en lo establecido en la NRM.

## B. Componente control de la planificación

Para este componente la NRM señala: *"La institución debe determinar el marco de referencia que oriente su gestión hacia el cumplimiento de su Misión, logro de su Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales"*.

En este componente la calificación alcanzada fue de 1,44 lo que representa un nivel de madurez INICIAL MEDIO. Esto implica, bajo los criterios de la herramienta de evaluación, que el Sistema de Control Interno: *"Se encuentra en la fase de diseño. Algunos controles básicos están establecidos, pero en general se trata de "impulsos" personales"*.

Con respecto a este componente, se señala que persisten las debilidades que ya fueron observadas en el informe anterior, que deben ser administradas para mejorar el SCI:

- Por Resolución D-ARRN 016/17 se aprobó la Misión Institucional, sin embargo, no se evidenciaron actualizaciones, en consideración a la observación ya realizada en el informe anterior.
- No se evidenció el establecimiento de procedimientos para definir la metodología y criterios para la planificación estratégica y operativa en la institución.
- No se evidenció que la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear haya diseñado un Plan Estratégico Institucional. Esto sugiere una falta de compromiso por parte de la Máxima Autoridad y el Comité encargado para el diseño y elaboración del PEI, teniendo en cuenta que los planes estratégicos son instrumentos rectores de la



planificación de la institución, toda vez que toman en cuenta la Visión, la Misión, objetivos estratégicos, metas, los sectores de inversión y los recursos necesarios que conviertan los lineamientos estratégicos, en acciones concretas para la gestión.

- En la elaboración del PEI, se deberán tener en cuenta los lineamientos de articulación de los objetivos estratégicos, programas, proyectos y procesos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS que, conforme al reporte de vinculación del presupuesto obtenido del SICO, los ODS vinculados a la ARRN son el 7 Energía asequible y no contaminante y 9 Industria, innovación e infraestructura.
- No se visualizaron acciones, actividades, talleres o capacitaciones que la institución haya realizado para la efectiva comunicación de su Misión, Visión, objetivos y planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto. En ese sentido la NRM señala: *"La institución debe comunicar acerca de su Misión, Visión, objetivos y planes de acción a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones individuales al respecto"*.
- Por Resolución D-ARRN 010/22 se aprobó el mapa de procesos, al respecto se debe tener en cuenta lo siguiente:
  - El mapa de procesos no se ajustó a la estructura orgánica aprobada por la Resolución D-ARRN 011/22.
  - Se observaron los Formatos 37, 38, 39 y 41 de los macroprocesos de la Dirección General de Administración y Finanzas, direccionamiento estratégico, Auditoría Interna, gestión de comunicación estratégica y gestión operacional de Gabinete, sin verificarse de los demás procesos identificados en el actual mapa de procesos.
  - No se observó caracterización de todos los procesos, la NRM señala que se debe incluir la definición de:
    - *"Los objetivos de cada proceso, y su coherencia y armonía con la Misión y objetivos institucionales."*
    - *Los elementos de entrada requeridos (insumos) y sus proveedores.*
    - *Los elementos de salida esperados (resultados) y sus clientes o beneficiarios.*
    - *La información y los reportes generados y sus destinatarios.*
    - *La interacción con otros procesos.*
    - *Los criterios, las mediciones y los indicadores del desempeño necesarios para asegurar la operación eficaz y el control de estos procesos.*
    - *Los recursos necesarios para su ejecución"*.



- No se comprobó que la institución cuente con un normograma, que identifique la base legal por cada proceso o subproceso.
- Por Resolución 04/21 se aprobó el Manual de Funciones, sin embargo, este, no se presentó acompañado del documento que contemple el perfil de puestos, a fin de verificar si está en concordancia con la estructura organizacional.
- No se comprobó que las funciones y responsabilidades de cada funcionario hayan sido comunicados adecuadamente, según las normativas en vigencia.
- La institución no tuvo en cuenta lo establecido en la NRM en lo relacionado al establecimiento, e implementación de uno o varios procedimientos para la Identificación y Evaluación de Riesgos, y para la determinación de las medidas de control necesarias.
- Asimismo, no se visualizó el diseño de matrices de Identificación y Evaluación de Riesgos, situación ya comunicada en el informe anterior. Cabe señalar que la Identificación y Evaluación de Riesgos está directamente relacionada a la correcta identificación del mapa de procesos.

La Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear deberá tener que tener los siguientes criterios establecidos para la Identificación y Evaluación de Riesgos:

- a) *"El contexto estratégico interno y externo.*
- b) *La etapa de configuración de los planes estratégicos y operativos.*
- c) *Los diferentes niveles del modelo de gestión por procesos.*
- d) *Las actividades rutinarias y no rutinarias.*
- e) *Las actividades de todo el personal que tengan relación con los objetivos y la Misión institucional (incluyendo aquellas realizadas por contratistas).*
- f) *El comportamiento humano, sus capacidades y otros factores humanos, incluyendo consideraciones sobre la perspectiva de género y la no discriminación.*
- g) *La probabilidad de ocurrencia y el impacto potencial ocasionado.*
- h) *La infraestructura, tecnología y materiales utilizados, tanto provistos por la institución o por otros.*
- i) *Las modificaciones organizacionales o de su sistema de gestión, incluyendo cambios temporarios, y sus impactos en los objetivos, procesos y actividades.*
- j) *Toda obligación legal relacionada con la evaluación de riesgos y la implementación de los controles necesarios.*
- k) *El diseño de procesos, instalaciones, tecnología, procedimientos operativos y la organización del trabajo, incluyendo su adaptación a las capacidades humanas".*



## C. Componente control de la implementación

Para este componente la NRM señala: *"Abarca las acciones establecidas por la institución, mediante políticas y procedimientos, orientadas a reducir los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos de la organización. Las actividades de control son llevadas a cabo por todas las áreas de la organización, a través de los procesos y la tecnología que les da soporte"*.

En este componente se obtuvo un nivel de madurez DEFICIENTE MEDIO con una calificación 0,53 indicando, conforme a la herramienta de evaluación, que: *"El control interno no está sistematizado. Algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos"*. Para avanzar en la efectiva implementación del SCI, deben ser gestionadas las debilidades señaladas:

- La institución no definió e implementó controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que puedan afectar el logro de los objetivos hasta niveles tolerables.
- La institución no definió políticas operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos.
- No se desarrollaron procedimientos documentados para cubrir situaciones en que su ausencia podría afectar la capacidad de control y/o causar desviaciones a las políticas y objetivos definidos.
- La institución no diseñó ni aplicó 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.
- No se observó implementación de una metodología que permita evaluar la efectividad de los controles nuevos o existentes, para asegurar que los mismos sean suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- La institución no remitió evidencia que compruebe que los funcionarios son competentes para la ejecución de las actividades y tareas que puedan causar impacto sobre la capacidad de control interno, tomando como base la educación, formación y/o experiencia adecuadas. No se observaron registros que demuestren la satisfacción de tales competencias.
- No se comprobó la identificación de necesidades de formación relacionadas con la operación y del Sistema de Control Interno.
- Tampoco se visualizó el plan anual de capacitación, a fin de proporcionar formación, o emprender otras acciones apropiadas, para satisfacer las necesidades.
- No se visualizó definición y/o aplicación de procedimientos para que los funcionarios bajo su control tomen conciencia de:



- a) Sus funciones y responsabilidades, y la importancia de lograr la conformidad con las políticas, controles y procedimientos establecidos.
- b) Las consecuencias reales y potenciales de desviarse de los controles y procedimientos especificados.
- No se observó determinación de fuentes de información internas y externas.
- 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 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).



- 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 comprobó que la información documentada de origen externo, que la institución haya 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: *"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".*

- No se observaron documentos o evidencia que permitan confirmar la fluida y transparente circulación de la información interna y externa de la entidad a los diferentes grupos de interés, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales, mejorando su nivel de apertura, receptividad y capacidad de interlocución con la ciudadanía y permitiendo la publicidad, visibilidad de su gestión y de sus resultados, generando confianza y posicionamiento ante la sociedad.
- 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 observó procedimiento establecido que permita a los funcionarios expresar sus opiniones y sugerencias, logrando su motivación y compromiso con la institución, y haciendo que se sientan parte importante dentro del proceso de mejoramiento institucional.
- No se verificó que la institución tenga en cuenta el control interno en las comunicaciones con sus diferentes grupos de interés.
- No se visualizó informe del Encargado de Comunicación, para verificar la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados.



- No se visualizó informe sobre la estadística de los casos recibidos, casos tramitados, mejoras realizadas con relación a las quejas y reclamos, opiniones y sugerencias, durante el ejercicio sujeto a análisis.
- No fueron actualizados los documentos de la Norma de Requisitos Mínimos publicados en la página web institucional.
- Por Resolución D-ARRN 08/2020 se aprobó el Plan de Rendición de Cuentas al ciudadano, asimismo, en la Resolución ARRN 29/22 se aprobó el plan y cronograma de Rendición de Cuentas al ciudadano, en ese contexto, se señala lo siguiente:
  - No se visualizó un Balance Anual de Gestión que contenga informes cualitativos y cuantitativos alineados al Presupuesto Anual ni Rendición de Cuentas a la ciudadanía o Memoria Anual.
  - No se observaron actas u otros documentos que evidencien la convocatoria y la realización de la Rendición de Cuentas a la ciudadanía.
  - No se evidenció promoción del diálogo entre la administración y la ciudadanía, mediante espacios de interacción. Tampoco, se observó evidencia documental de su cumplimiento y/o un informe sobre la ejecución del cronograma de este plan.
  - No se observaron formularios de evaluación de satisfacción y sugerencias a ser distribuidos a los destinatarios de la Rendición de Cuentas para reflejar las opiniones y recomendaciones que servirán de insumo para medir la efectividad y mejorar la planificación de otras actividades.

#### D. Componente control de la evaluación

Para este componente la NRM señala: *"La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno"*.

En cuanto al componente de control de evaluación se ubicó en un nivel de madurez **DEFICIENTE ALTO** con un puntaje de 0,89, debido a que el control interno no está sistematizado y algunos pocos elementos del Sistema de Control Interno se encuentran definidos. Se observaron nuevamente las siguientes debilidades:

- No se evidenciaron indicadores o métricas útiles en los niveles estratégicos y operativos críticos de manera a monitorear el desempeño en cuanto al logro de los objetivos institucionales y tampoco métodos de seguimiento que permitan medir la efectividad del SCI.
- No se visualizó documentación relacionada a evaluación de desempeño de funcionarios de la Auditoría Interna Institucional.



- Entre los documentos proveídos por la institución, no se evidenciaron capacitaciones dirigidas a los auditores.
- No se visualizó matriz e informe de evaluación del ejercicio sujeto a análisis.
- No se evidenciaron acciones que aseguren la implementación y verificación de eficacia de las acciones correctivas, y de mejora resultantes de los hallazgos de auditoría.
- No se evidenció el establecimiento de criterios de selección que asegure la independencia y objetividad de los auditores internos.
- No se visualizó informe de la Auditoría Interna de la verificación de la implementación de los planes de mejoramiento, y la efectividad de las acciones tomadas.

## **E. Componente control para la mejora**

Al definir este componente la NRM señala: *"La institución debe mejorar continuamente la efectividad del Sistema de Control Interno mediante el uso de los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y el Análisis Crítico de la Alta Dirección"*.

Para este componente, se evidenció un nivel de madurez DEFICIENTE BAJO, con una calificación de 0 (cero).

En este componente la institución no tuvo avance y no consideró las observaciones de del informe anterior, por lo que es necesario tomar medidas de mejora detalladas a continuación:

- No se observó un Análisis Crítico, del SCI por parte de la Dirección. Al respecto, la Máxima Autoridad y su equipo directivo deben participar de la mesa de trabajo denominada Análisis Crítico, y dejar constancia de sus decisiones respecto a los temas planteados, en ese sentido, no se observó según evidencia documental que la Dirección haya realizado el Análisis Crítico del SCI.  
  
Este proceso debe realizarse, según indica la NRM, al menos una vez al año, e incluir en tal revisión las decisiones y acciones relacionadas con las oportunidades de mejora continua y cualquier necesidad de cambio del SCI.
- No se evidenció la implementación de acciones para optimizar continuamente su Sistema de Control Interno, y eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de debilidades detectadas.
- No se observaron procedimientos para definir la metodología y criterios para la gestión de acciones de mejora.



En lo relacionado a este componente y, con el objetivo de mejorar continuamente la gestión institucional, es necesario que las revisiones se realicen a intervalos planificados y periódicos, para permitir identificar las tendencias y evaluar los progresos de la organización en el logro de sus objetivos y su capacidad de control. También se deberían utilizar para identificar oportunidades de mejora, de innovación y de aprendizaje.

Es necesario además crear 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 confiado a cada institución.

## V. Conclusión

Como resultado del análisis practicado a los documentos suministrados, la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear obtuvo una valoración de 1,16 equivalente a un nivel de madurez INICIAL BAJO, considerando los elementos definidos en los componentes de control de la implementación, control de planificación, control de la evaluación y control de la mejora definidos del SCI, situación que evidencia que la Máxima Autoridad y su equipo directivo no demostraron compromiso con la implementación del SCI durante el ejercicio fiscal 2023.

Es indispensable que la Máxima Autoridad y el nivel directivo, apoyen, gestionen e impulsen, la implementación de la NRM para un Sistema de Control Interno, que redundará en beneficios para la institución, y en consecuencia brindará mayor satisfacción de sus usuarios o grupos de interés, generando confianza y posicionamiento ante la sociedad.

Las herramientas de control deben ser desarrolladas en primer lugar, actualizadas, difundidas y aplicadas, caso contrario, toda la documentación generada en el marco de la implementación de control interno no tiene utilidad alguna, por lo cual, la autoevaluación institucional y la evaluación independiente deben estar respaldadas por un alto nivel de reconocimiento crítico y objetivo de la realidad institucional en materia de control interno.

## VI. Recomendación

En consideración a lo expuesto precedentemente, es necesario que las autoridades se comprometan a tomar las medidas necesarias a fin de implementarlo de manera urgente, por tanto, la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear, deberá:

1. Revisar y analizar todos los componentes del SCI que están en fase de elaboración, a fin de determinar las actividades consecuentes para el avance de su



implementación, evaluación y mejora continua, que le permita ir madurando hacia la etapa subsiguiente.

2. Gestionar la capacitación del personal directivo y funcionarios sobre la NRM a fin de apoyar su efectiva implementación.
3. Desarrollar iniciativas para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
4. Elaborar un plan y cronograma de implementación del SCI.
5. 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.

Es nuestro informe.

Asunción, mayo de 2024.

**Ing. Fernando Guggiari**

Auditor

Dirección de Análisis Sectorial  
Contraloría General de la República

**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