RESOLUCIÓN CGR N° 377

POR LA CUAL SE ADOPTA LA NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS PARA UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL PARAGUAY – MECIP:2015.

Asunción, 13 MAYO 2016

VISTO: Las funciones y responsabilidades conferidas a la Contraloría General de la República por la Constitución Nacional y la Ley Nº 276/94 *"Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República"*; y,

CONSIDERANDO: Que, conforme a lo dispuesto por la Constitución Nacional, la Contraloría General de la República es el órgano de control de las actividades económicas y financieras del Estado, de los Gobiernos Departamentales y de las Municipalidades.

Que, el Artículo 2º de la Ley Nº 276/94 *"Orgánica y Funcional de la Contraloría General de la República"*, establece: *"La Contraloría General, dentro del marco determinado por los Artículos 281 y 283 de la Constitución Nacional, tiene por objeto velar por el cumplimiento de las normas jurídicas relativas a la administración financiera del Estado y proteger el patrimonio público, estableciendo las normas, los procedimientos requeridos y realizando periódicas auditorías financieras, administrativas y operativas…"*.

Que, entre los deberes y atribuciones contemplados en el Artículo 9° de la Ley Nº 276/94, el inciso ñ) dispone: *"Revisar y evaluar la calidad de las Auditorías tanto internas como externas de las instituciones sujetas a su fiscalización y control"*, en este sentido, resulta pertinente disponer parámetros claros a los efectos de la citada evaluación.

Que, por Resolución CGR Nº 425 del 09 de mayo de 2008, se ha establecido y adoptado el Modelo Estándar de Control Interno para las Entidades Públicas del Paraguay – MECIP, como marco para el control, fiscalización y evaluación de los sistemas de control interno de las entidades sujetas a la supervisión de la Contraloría General de la República.

Que, como consecuencia de las consideraciones que anteceden y otras concordantes, el Poder Ejecutivo ha emitido el Decreto Nº 962 del 27 de noviembre de 2008 *"Por la cual se modifica el título VII del Decreto Nº 8127 del 30 de marzo de 2000 "Por el cual se establecen las disposiciones legales y administrativas que reglamentan la implementación de la Ley Nº 1535/99 "De Administración Financiera del Estado" y el funcionamiento del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)"* donde se modifica el artículo 96, se aprueba y se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para Entidades Públicas del Paraguay (MECIP).

Que, la actualización del marco normativo del MECIP, propone un cambio de enfoque, aunque no de principios, facilitando el proceso de implementación y consolidación del Control Interno, promoviendo un mayor grado de adaptación del modelo a las necesidades particulares de cada institución, e impulsando el desarrollo de las competencias organizacionales y profesionales

Contralor General Interino
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Despacho

…///

RESOLUCIÓN CGR N° 377

POR LA CUAL SE ADOPTA LA NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS PARA UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL PARAGUAY – MECIP:2015.

///...

Que, la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno tiene como propósito definir los requerimientos básicos que deberán estar desarrollados e implementados para asegurar un efectivo Control Interno Institucional, y que serán objeto de evaluación y auditoría.

Que, la Contraloría General de la República es un órgano de naturaleza autónoma, cuya dirección se encuentra a cargo del Contralor General de la República, formal y legalmente investido por los poderes constituidos al efecto.

Que, conforme al Artículo 21 inc. b) de la Ley Nº 276/94, corresponde al Contralor General dirigir las actividades de la institución, para lo cual emite los actos administrativos pertinentes en uso de sus facultades consagradas.

Que, el Contralor General Interino tiene plenas potestades, legítimamente reconocidas para atender los asuntos puestos a su consideración, hallándose consiguientemente facultado a aprobar la adopción de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay – MECIP:2015.

POR TANTO, en uso de sus facultades y atribuciones constitucionales y legales,

EL CONTRALOR GENERAL INTERINO

R E S U E L V E:

Art. 1º **Adoptar** como marco para el control, fiscalización y evaluación de los sistemas de control interno de las instituciones sujetas a la supervisión de la Contraloría General de la República, la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay - MECIP:2015 a partir de la fecha, la cual se anexa.

Art. 2º **Instar** a las instituciones sujetas a la supervisión de la Contraloría General de la República, la adopción de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay - MECIP:2015.

Art. 3º **Impulsar** la adopción efectiva de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay - MECIP:2015, por parte de las instituciones sujetas a su supervisión, mediante las actividades pertinentes con las instancias correspondientes, a efectos de coordinar y armonizar las normas de carácter conceptual, metodológico, procedimientos y de instrumentación para el diseño, desarrollo, implementación, evaluación y mejora del Sistema de Control Interno de las instituciones públicas.

...///

Contralor General Interino
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Despacho

RESOLUCIÓN CGR N° 377

POR LA CUAL SE ADOPTA LA NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS PARA UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL PARAGUAY – MECIP:2015.

///...

Art. 4° **Disponer** la implementación progresiva de la Norma aprobada, y de manera a otorgar un plazo óptimo de adaptación y consolidación a partir del mes de enero de 2018, la Contraloría General de la República evaluará la adopción de la Norma de Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno del Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas del Paraguay - MECIP:2015, por parte de las instituciones sujetas a su supervisión.

Art. 5° **Comunicar** a quienes corresponda, y cumplido, archivar.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

ALFREDO DAVID BARÚA M.
Secretario General

Contralor General Interino
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
Despacho

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

ROY RODGERS CANÁS
Contralor General Interino
Contraloría General de la República

RRC/R/ib

NORMA DE REQUISITOS MÍNIMOS PARA UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA INSTITUCIONES PÚBLICAS DE PARAGUAY

(MECIP:2015)

Conjunto de normas, principios, acciones y procesos efectuados por las autoridades, la administración y los funcionarios de una entidad, a fin de asegurar razonablemente que los objetivos de la institución serán alcanzados

Versión AJUSTADA
Noviembre 2015

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
PARA INSTITUCIONES PÚBLICAS DE PARAGUAY

Requisitos Mínimos para un Sistema de Control Interno

I. ENFOQUE GENERAL

A. Generalidades

1. Introducción

El Control Interno es un conjunto de normas, principios, acciones y procesos efectuados por las autoridades, la administración y los funcionarios de una entidad, a fin de asegurar razonablemente que los objetivos de la institución serán alcanzados. Un Sistema de Control Interno comprende los planes, métodos, políticas y procedimientos utilizados para cumplir con la Misión, el Plan Estratégico y los Objetivos de la entidad.

El Control Interno sirve como la primera línea de defensa en la protección de activos, ayudando a la Máxima Autoridad Institucional y al Equipo Directivo de una entidad (en adelante "la Dirección") a obtener los resultados deseados a través de la efectiva administración de los recursos públicos.

El Control Interno no es un evento, sino una serie de acciones que ocurren a lo largo de las operaciones de la entidad. El Control Interno, entonces, se reconoce como una parte integral de la gestión de los procesos aplicados para dirigir las operaciones, y no como un sistema separado dentro de la entidad. En este sentido, el Control Interno se integra como parte de la estructura organizacional para ayudar a la Dirección a alcanzar los objetivos de la entidad sobre una base continua.

La Dirección es responsable de gestionar un Sistema de Control Interno eficaz. Como parte de esta responsabilidad, se establecen los objetivos de la entidad, se implementan controles y se evalúa el Sistema de Control Interno. Debe quedar claro, sin embargo, que los funcionarios de todos los niveles de la entidad desempeñan un papel relevante en la implementación y operación del Sistema de Control Interno.

El Modelo Estándar de Control Interno para Instituciones Públicas de Paraguay (MECIP), desarrollado bajo el marco del Programa Umbral Paraguay y refrendado a través de la Resolución 425/08 de la Contraloría General de la República, estableció la estructura básica para la implementación de un Sistema de Control Interno que permite evaluar la estrategia, la gestión y los mecanismos de evaluación de las instituciones, a fin de garantizar el desarrollo de sus funciones bajo los principios de responsabilidad, eficiencia, eficacia, celeridad y transparencia, contribuyendo con ello al cumplimiento de sus objetivos institucionales, en el contexto de los fines sociales del Estado Paraguayo.

Con el propósito de seguir afianzando este objetivo, se presenta la presente actualización del marco normativo del MECIP, que propone un cambio de enfoque, aunque no de principios, facilitando el proceso de implementación y consolidación del Control Interno, promoviendo un mayor grado de adaptación del modelo a las necesidades particulares de cada institución, e impulsando el desarrollo de las competencias organizacionales y profesionales.

El documento de requisitos, que aquí se presenta, define los requerimientos mínimos que deberán estar desarrollados e implementados para asegurar un

efectivo Control Interno Institucional, y que serán objeto de evaluación y auditoria.

El objeto de esta norma es definir "qué" es lo que se debe hacer para asegurar un adecuado nivel de control interno, dejando en manos de las instituciones la responsabilidad de decidir el "cómo" esos requisitos serán alcanzados.

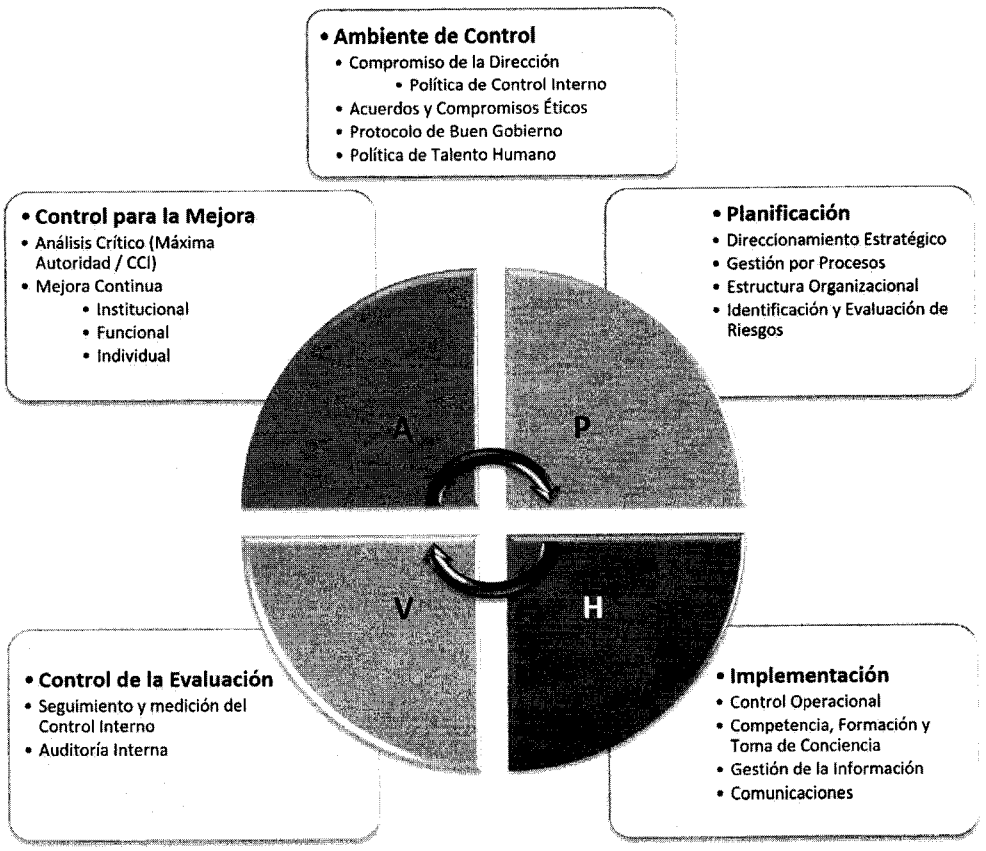
El esquema definido en esta norma continúa sustentándose en los tres fundamentos esenciales en los que se ha venido soportando el Control Interno, a saber: Autocontrol, Autogestión y Autorregulación, pilares que siguen siendo la base para un control efectivo en la administración pública.

Al igual que con el esquema anterior, el nivel de cumplimiento y desempeño del sistema de control interno será objeto de los procesos de Autoevaluación y de Evaluación Independiente previstos en la legislación vigente.

Bajo el presente modelo, las actividades de Autoevaluación se encuentran desplegadas en diversos requisitos con la forma de una revisión periódica de los elementos que constituyen el Sistema de Control Interno, y con la consecuente definición de acciones de mejora. La principal actividad de autoevaluación recae en la Máxima Autoridad de la institución bajo la modalidad de un Análisis Crítico del Sistema de Control Interno. Además, podemos encontrar elementos de autoevaluación en la revisión periódica del Modelo de Gestión por Procesos, de la Identificación y Evaluación de Riesgos y de la Efectividad de los Controles.

2. El Modelo

El modelo del Sistema de Control Interno basado en procesos y riesgos que se muestra en la figura a continuación, ilustra la forma en que puede aplicarse a todos los componentes la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA).



El Ciclo PHVA puede describirse brevemente como:

- Planificar: establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con las políticas de la organización y los requisitos establecidos, incluyendo los legales y reglamentarios, e identificar los riesgos asociados para determinar los controles operacionales correspondientes.
- Hacer: implementar los procesos y controles definidos.
- Verificar: realizar el seguimiento y la medición de la efectividad de los controles respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos establecidos, e informar sobre los resultados.
- Actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los controles.

Debe entenderse al Control Interno como un proceso dinámico, iterativo, participativo e integrado, en el que los diferentes componentes impactan sobre el diseño, la implementación y la efectividad de las operaciones.

No existen dos entidades que tengan un Sistema de Control Interno idéntico, y esto se debe, entre otros factores, a las diferencias en la misión, el entorno regulatorio, el plan estratégico, el tamaño de la entidad, el nivel de sus recursos y la tolerancia al riesgo.

3. Enfoque basado en procesos

Cuando las actividades desarrolladas en una organización se entienden y gestionan como procesos interrelacionados, funcionando como un sistema coherente, se alcanzan resultados consistentes y previsibles de manera más eficaz y eficiente.

Esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de control interno, para asegurar de modo razonable el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales.

El enfoque basado en procesos se aplica sistemáticamente a la definición y gestión de procesos, y de sus interacciones, a fin de alcanzar los resultados pretendidos de acuerdo con la política de control interno y la dirección estratégica de la organización.

Cuando se utiliza dentro de un sistema de control interno, el enfoque basado en procesos asegura:

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.

4. Enfoque basado en riesgos

La administración de riesgos, como pilar del control interno, 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 administración de riesgos es un proceso interactivo e iterativo que permite la mejora continua en el proceso de toma de decisiones y permite a las organizaciones optimizar su esquema de control interno, y su desempeño, arribando a los objetivos propuestos con un grado de seguridad razonable.

Cuando la administración del riesgo se implementa dentro de un Sistema de Control Interno le permite a la entidad:

- Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos institucionales y proporcionar a la organización un aseguramiento razonable acerca del logro de los mismos, desde la perspectiva de la misión y la visión institucional.
- Preservar la obtención de los resultados, bienes y servicios para la sociedad y los diferentes grupos de interés internos y externos.
- Resguardar el Patrimonio Público, utilizando en forma efectiva los recursos de la institución evitando daños o pérdidas.
- Garantizar la creación de espacios que favorezcan la comunicación y la confiabilidad de los reportes.
- Mitigar los daños al medio ambiente con el producto de las actividades de la entidad.
- Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentes.
- Mejorar la capacidad de gestión, estableciendo una base confiable para la toma de decisiones y la planificación.
- Permitir la obtención de respuestas oportunas ante eventos no deseados.
- Mejorar el aprendizaje y la flexibilidad organizacional.

B. Compatibilidad con sistemas de gestión

Esta norma ha adoptado un modelo basado en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar), común con muchas de las principales normas internacionales de sistemas de gestión lo que permite que la complementariedad e integración de los esquemas normativos sean fácilmente alcanzables.

Esta norma no incluye requisitos específicos de sistemas de gestión, tales como aquellos para la gestión de la calidad, la gestión ambiental, la gestión de la seguridad y salud en el trabajo o la gestión financiera. Sin embargo, permite a una organización utilizar el enfoque basado en procesos y el enfoque basado en el riesgo para alinear e integrar su sistema de control interno con los requisitos de otras normas, como crea conveniente.

C. Objeto y campo de aplicación

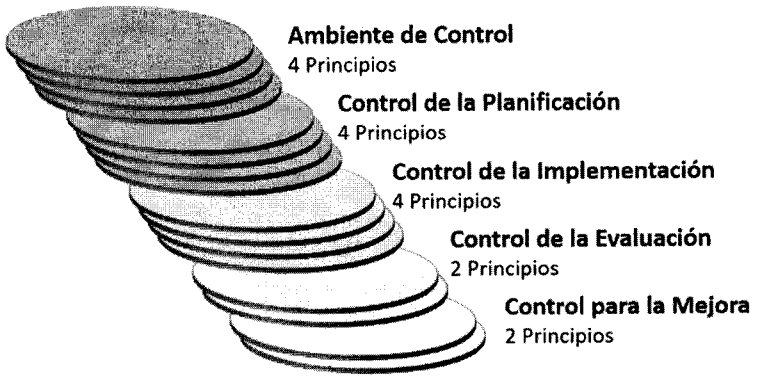
Esta norma especifica los requisitos para un sistema de control interno cuando una organización necesita proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de sus objetivos institucionales, mediante la generación de una cultura que promueva la

transparencia en la gestión pública y potencie su efectividad bajo los fundamentos de Autorregulación, Autocontrol y Autogestión.

Todos los requisitos de esta norma son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones públicas, sin importar su tipo, tamaño o función.

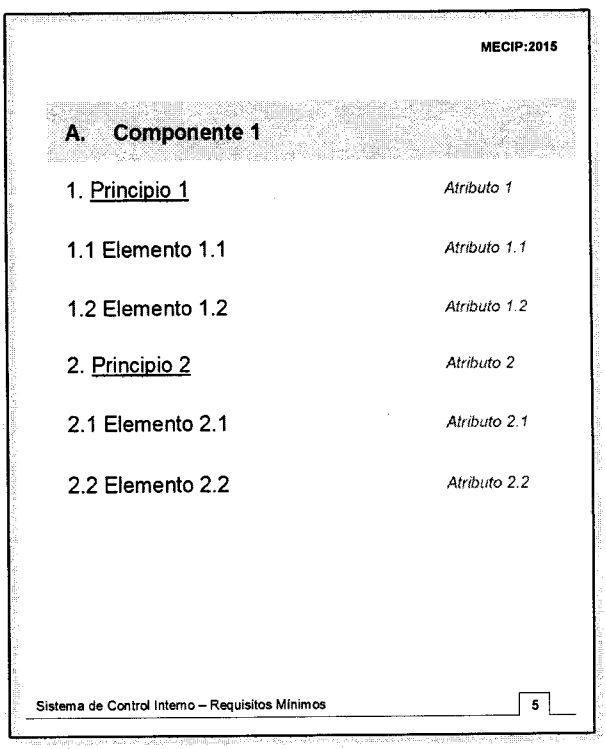
D. Estructura – ¿Cómo leer esta norma?

Como se menciona anteriormente, esta norma se estructura en cinco Componentes, cada uno de ellos desplegado en una serie de Principios (requisitos) que, en algunos casos, vuelven a dividirse en Elementos que favorecen su entendimiento.



Además, y para facilitar la comprensión e implementación de los requisitos establecidos, esta norma incluye la definición de un conjunto de Atributos que describen con mayor detalle las principales características de los Principios del control interno.

Con el objeto de facilitar la lectura de esta norma, a continuación se puede observar el formato en que los diferentes elementos normativos son mostrados en las siguientes páginas:


MECIP:2015

A. Componente 1

1. Principio 1	*Atributo 1*
1.1 Elemento 1.1	*Atributo 1.1*
1.2 Elemento 1.2	*Atributo 1.2*
2. Principio 2	*Atributo 2*
2.1 Elemento 2.1	*Atributo 2.1*
2.2 Elemento 2.2	*Atributo 2.2*

Sistema de Control Interno – Requisitos Mínimos 5

REQUISITOS

A. Ambiente de Control

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.

1. Compromisos de la Alta Dirección

La Máxima Autoridad institucional debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de control interno a través de:

a) Asumir la responsabilidad sobre la efectividad del sistema de control interno;

b) Asegurar que se establezca la política de control interno;

c) Asegurar que los requisitos del sistema de control interno se integren dentro de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo;

d) Promover el uso del enfoque basado en procesos y en la administración de los riesgos;

e) Asegurar que los recursos necesarios para el sistema de control interno estén disponibles;

f) Asegurar que el sistema de control interno logre los resultados previstos;

g) Asumir el compromiso, dirigiendo y apoyando a todos los niveles de la organización para contribuir a la efectividad del sistema de control interno;

h) Promover la mejora continua.

1.1 Política de Control Interno

La Dirección debe establecer, revisar y mantener una política de control interno, que:

*La **política de control interno** se establece para proporcionar un punto de referencia para dirigir la organización hacia el logro de su misión y sus objetivos institucionales*

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.

La política de control interno debe:

a) Estar formalmente documentada;

b) Ser comunicada, entenderse y aplicarse dentro de la institución;

c) Estar disponible para los grupos de interés pertinentes;

d) Ser revisada periódicamente para asegurar su conveniencia y adecuación continua.

*Los **grupos de interés** son personas u organizaciones que pueden afectar, verse afectadas, o percibirse como afectadas por una decisión o actividad desarrollada por una institución. Por ejemplo: comunidades, ciudadanía, proveedores, organismos de control, entes reguladores, organizaciones no gubernamentales, funcionarios, otras entidades públicas, etc.*

La política de control interno debe ser aprobada por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

La institución debe asegurar que la política de control interno sea el marco de referencia básico para la configuración de los demás componentes y principios del control interno.

2. Acuerdos y Compromisos Éticos

La institución debe regirse por principios, valores y comportamientos éticos a seguir para el cumplimiento de la Constitución, las leyes, sus reglamentos y para el cumplimiento de la finalidad social del Estado.

La formulación de estos acuerdos y compromisos define parámetros asociados al comportamiento, que orientan la actuación de todos los funcionarios, generando transparencia en la toma de decisiones y propiciando un clima de confianza para el logro de los objetivos de la entidad y de los fines del Estado

Estos aspectos, además de conformar sólidas bases para el funcionamiento del control interno, constituyen elementos muy importantes para generar motivación y sentido de pertenencia para el personal que se desempeña en la organización

Algunos criterios que se debe tener en cuenta para el establecimiento de los Acuerdos y Compromisos Éticos son:

a) La función constitucional y legal de la institución, su misión, visión, valores y principios compartidos por los funcionarios;

b) La cultura institucional relacionada a la integridad, la transparencia y la eficiencia de la función administrativa de la entidad pública;

c) La identificación de prácticas éticas de la institución, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación;

d) El comportamiento de los funcionarios en su relación con los distintos grupos de interés, tanto internos como externos, y otros factores humanos.

*Por lo general, la conformación de un **Comité de Ética** constituye la instancia organizacional más apropiada para promover y liderar el proceso de implantación de la Gestión Ética, encausado hacia la consolidación del ejercicio de la función pública en términos de eficacia, transparencia, integridad y servicio a la ciudadanía, por parte de todos los funcionarios públicos de la entidad*

Las autoridades deben procurar la internalización de los valores, socializarlos y propiciar la realización de actividades de capacitación al respecto

La metodología aplicada para el establecimiento de los Acuerdos y Compromisos éticos debe:

a) Prever que el documento orientador de las prácticas éticas sea construido de manera participativa y consensuada, con los diferentes niveles de la institución;

b) Establecer los parámetros y criterios para el seguimiento y la evaluación de la gestión ética;

c) Considerar la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones a los incumplimientos de los Acuerdos y Compromisos Éticos

La institución debe asegurar que los Acuerdos y Compromisos Éticos sean revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados.

*El Código de Ética debería ser traducido en **Compromisos Éticos** en cada una de las dependencias de la Institución, asumiendo formas concretas de actuación, de acuerdo con las funciones y responsabilidades específicas que el área cumple en el desempeño de su función*

Los Acuerdos y Compromisos Éticos pueden tomar la forma de un Código de Ética, que debe ser aprobado por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

La institución debe asegurar que los Acuerdos y Compromisos Éticos se comuniquen a todos los funcionarios con la intención de que estén conscientes de sus responsabilidades y obligaciones individuales.

La institución debe asegurar que los Acuerdos y Compromisos Éticos sean la condición básica para la configuración de los demás principios del Ambiente de Control.

3. Protocolo de Buen Gobierno

La institución debe establecer un Protocolo de Buen Gobierno para definir el modelo de administración y su estilo de dirección considerando:

El Protocolo 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

a) La orientación estratégica de la institución, su misión, su visión y su naturaleza;

b) Los principios éticos, incluyendo el compromiso con la igualdad y la no discriminación;

c) Los valores institucionales;

d) Los grupos de interés de la institución;

e) La comunicación institucional;

f) La mejora continua;

g) La identificación de prácticas democráticas de la institución;

h) Las políticas de gestión del Talento Humano de la institución.

La metodología que la institución utilizará para el establecimiento del Protocolo de Buen Gobierno debe:

a) Prever que el documento sea construido de manera participativa y consensuada dentro del nivel directivo de la institución;

b) Establecer los parámetros y criterios para el seguimiento y la evaluación de la gestión de buen gobierno;

c) Considerar la habilidad de la institución para detectar y generar soluciones ante los incumplimientos en su gestión.

El Protocolo de Buen Gobierno debe ser aprobado por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

La institución debe revisar el Protocolo de Buen Gobierno periódicamente para asegurar que permanece pertinente y apropiado.

La institución debe asegurar que el Protocolo de Buen Gobierno se comunique a todos los funcionarios con la intención de que estén conscientes de sus responsabilidades y obligaciones individuales.

La institución debe asegurar que el Protocolo de Buen Gobierno sea considerado para la configuración de los demás estándares del Ambiente de Control.

4. Política de Gestión del Talento Humano

La institución debe establecer su compromiso con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los funcionarios a través de la determinación de políticas y prácticas de gestión del talento humano que consideren los procesos de selección, inducción, reinducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, compensación, bienestar social y desvinculación de los funcionarios, entre otros.

Las políticas y prácticas de desarrollo del talento humano deben establecer un marco de referencia que permita a la institución:

a) Facilitar el mejoramiento de las capacidades y habilidades de los funcionarios, requeridas para el desarrollo de los propósitos institucionales;

b) Promover una compensación justa, equitativa, conforme a la ley y sus reglamentos;

c) Integrar a los funcionarios de acuerdo a los objetivos de la institución, para que encuentren en ella las posibilidades de su propio desarrollo;

d) Velar porque las condiciones de trabajo de los funcionarios sean dignas, justas y ofrezcan formación profesional y técnica a quienes lo requieran.

Las políticas y prácticas de desarrollo del talento humano deben considerar y asegurar que los procesos involucrados tengan en cuenta los siguientes valores:

a) Igualdad, al garantizar que toda la ciudadanía que cumpla con los requisitos de postulación a un cargo, tenga la misma posibilidad de participar en los procesos de selección, promoción y en el desarrollo de sus actividades, sin ser discriminados por motivo alguno;

b) Imparcialidad, al otorgar el mismo trato a toda la ciudadanía en los procesos de ingreso, promoción y evaluación del personal;

c) Economía, al usar racionalmente los recursos asociados con la administración del talento humano;

Las políticas fundamentan la comprensión de lo que se espera de los funcionarios, independientemente de su vínculo laboral, considerando los siguientes aspectos:

- *Planeación: permite definir las características y competencias requeridas, de acuerdo con la naturaleza de las actividades y los cargos definidos*
- *Selección: permite escoger a los funcionarios públicos más competentes para los fines que pretende la entidad, en el cumplimiento de los principios de mérito, igualdad, publicidad, transparencia, imparcialidad, confiabilidad, eficacia y eficiencia*
- *Inducción: fortalece la integración del funcionario público a la cultura de la organización, estimulando el aprendizaje, el desarrollo individual y organizacional*
- *Reinducción: tiene como propósito reorientar a los funcionarios, en virtud de los cambios generados por reformas en la organización del Estado, en la misión institucional o de las funciones propias de su dependencia o puesto de trabajo*
- *Formación y Capacitación: brinda, refuerza y complementa las habilidades y competencias necesarias para incrementar la capacidad de los funcionarios públicos, contribuyendo de la manera más positiva al cumplimiento de la misión institucional*

d) Eficiencia y Eficacia, al seleccionar y conservar las personas cuyas capacidades, habilidades y conocimientos se ajusten a las necesidades propias de los cargos requeridos, otorgando prevalencia al logro de los propósitos institucionales y observando que el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades sean desarrolladas con celeridad y profesionalismo;

e) Integridad, procurando que el ejercicio de las funciones se realice de manera intachable y actuando con rectitud;

f) Trasparencia, al comunicar abiertamente las condiciones para seleccionar o promover a las personas que ocuparán los cargos públicos.

La institución debe asegurar que las Políticas de Gestión del Talento Humano sean revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas.

Las Políticas de Gestión del Talento Humano deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

- *Compensación: tiene como propósito remunerar a los funcionarios públicos de acuerdo con las normas legales vigentes*
- *Bienestar Social: garantiza que la gestión institucional y los procesos de administración del talento humano tengan en cuenta el bienestar y el desempeño eficiente y eficaz de los funcionarios*
- *Evaluación del desempeño: permite calificar el rendimiento del funcionario a partir de los objetivos fijados y planes operativos acordados, buscando su mejoramiento y desarrollo.*
- *Retiro, permite a la entidad definir los procedimientos adecuados ante situaciones generadas por necesidades del servicio o por pensión de los funcionarios públicos*

B. Componente de Control de la Planificación

La institución debe determinar el marco de referencia que oriente su gestión hacia el cumplimiento de su Misión, el logro de su Visión y el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

1. Direccionamiento estratégico

En coherencia con la definición de las competencias y funciones asignadas a la institución por la Constitución y las leyes, la entidad debe definir su Misión y Visión institucionales.

La Misión y la Visión deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional, y deben ser sometidas a revisiones periódicas para asegurar su conveniencia y adecuación.

La institución debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para definir su planificación a nivel estratégico y operacional.

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

a) La definición de los niveles de revisión y aprobación asociados;

b) La determinación de las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica;

c) El establecimiento de los objetivos institucionales, en las funciones, niveles y procesos pertinentes, y asegurando que los mismos sean coherentes con la misión y visión institucional;

d) El cumplimiento de los propósitos constitucionales y legales de la institución, en consonancia con las necesidades de la sociedad a la que atiende;

*Para la redacción de la **Misión** institucional es necesario tener en cuenta que esta debe ser la formulación explícita de los propósitos "de la Institución". Debe expresar la razón de ser de la Institución en todas sus dimensiones e involucrar al cliente (usuario, destinatario o beneficiario), como parte fundamental de su deber ser*

*Para la formulación de la **Visión** institucional es necesario tener en cuenta que se trata de un conjunto de ideas generales, algunas de ellas abstractas, que proveen el marco de referencia de lo que la institución quiere y espera en el futuro. La Visión señala el camino que permite a la Dirección establecer el rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización*

*La definición de los **Objetivos** Institucionales (estratégicos) debería poder responder a los siguientes cuestionamientos:*

- *¿Qué resultados se espera lograr a largo plazo?*
- *¿Cómo se logrará hacerlo?*
- *¿Cuál es el fin?*

e) La definición de los cursos de acción necesarios para el logro de su misión, visión y objetivos institucionales, para un período de tiempo determinado;

f) La determinación de los recursos necesarios para el logro de los fines trazados;

g) La coherencia entre los planes estratégicos y operativos establecidos, y el presupuesto y los planes de contratación e inversión institucionales a definir;

h) La definición de instrumentos de seguimiento y medición del grado de avance de los planes, y de los logros alcanzados;

i) El direccionamiento de la operación de la institución bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia requeridos por las diferentes partes interesadas.

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

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.

La institución debe mantener información documentada sobre los objetivos y sus planes, así como de los resultados de su seguimiento y medición.

*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*

*Los **Planes Operativos** constituyen las acciones y los recursos de orden físico, financiero y humano, requeridos para desarrollar las actividades que contribuyen al logro de los resultados en el corto plazo, teniendo en cuenta la capacidad de la institución, estos alineados con el Plan Estratégico de la institución*

*El conocimiento del **contexto externo** (oportunidades y amenazas) puede verse facilitado al considerar cuestiones que surgen de los entornos legal, tecnológico, competitivo, de mercado, cultural, social y económico, ya sea internacional, nacional, regional o local*

*El conocimiento del **contexto interno** (fortalezas y debilidades) puede verse facilitado al considerar cuestiones relativas a los valores, los conocimientos y el desempeño de la organización*

2. Gestión por procesos

La institución debe orientar su operación a través de una gestión basada en procesos, como medio para que pueda alcanzar eficaz y eficientemente sus objetivos, en cumplimiento con su función constitucional y legal, la misión fijada y la visión proyectada.

Para la definición del modelo de gestión por procesos la institución debe tener en cuenta los siguientes criterios:

a) Debe poner foco en el diseño de procesos competitivos, capaces de reaccionar a los cambios, mediante el control y evaluación constante;

b) Debe contribuir a que las actividades se desarrollen hacia la plena satisfacción del ciudadano y de sus necesidades;

c) Debe orientar a la institución hacia la mejora continua de sus procesos, basada en parámetros de control y evaluación, y en la obtención de resultados.

*La **Gestión por Procesos** en la administración pública, supone el paso de una visión "administrativa" hacia una "gestora", y un cambio cultural radical, que no es, ni más ni menos, que situar a la ciudadanía como eje fundamental de la prestación del servicio público*

En el Modelo de Gestión por Procesos de una organización pueden distinguirse tres grandes familias de procesos, también denominados macroprocesos:

- ***Misionales**: corresponden al conjunto de actividades que debe realizar una institución para cumplir con las funciones que le fija la Constitución y/o la Ley, de acuerdo con su nivel y naturaleza jurídica*

La metodología aplicada para el diseño e implementación del modelo de gestión por procesos debe establecer:

a) El desarrollo de un mapa de procesos, que permita el despliegue de los procesos con un enfoque estratégico, misional y de apoyo;

b) La caracterización de los procesos, incluyendo 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;
- Los reportes e información 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.

c) La identificación y cumplimiento de la base legal aplicable.

El modelo de gestión por procesos debe ser aprobado por la Máxima Autoridad institucional, y debe ser sometido a revisiones periódicas para asegurar su conveniencia y adecuación.

El modelo de gestión por procesos deberá ser tenido en cuenta para la definición y/o revisión de la estructura organizacional.

- ***Estratégicos**: se definen a partir del mandato constitucional que establece la obligación de aplicar Planes de Desarrollo o Estratégicos, que derivan en planes operativos y financieros, de acuerdo con sus funciones y objetivos*
- ***De Apoyo**: son aquellos que no tienen relación directa con el mandato constitucional o legal, ni con el conjunto de planes y programas, pero que son fundamentales para lograr los objetivos de éstos*

*El esquema que representa los distintos procesos que la institución utiliza para operar y desempeñar sus funciones se denomina **Mapa de Procesos**, y ofrece una visión conjunta del sistema de gestión de una organización*

*Un **Proceso** es una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas entre sí, que transforman entradas en salidas, dando respuesta o brindando servicios al ciudadano, usuario o beneficiario*

*Un **Subproceso** constituye una parte bien definida de un proceso que, por su complejidad o naturaleza, resulta útil identificar para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar su control efectivo*

3. Estructura organizacional

La institución debe establecer su estructura organizacional, identificando los diferentes niveles de autoridad y de responsabilidad, para que se ejerzan apropiadamente las labores de planificación, ejecución, control y evaluación periódica de las actividades, buscando alcanzar los objetivos institucionales.

La estructura organizacional debe asegurar la armonía, coherencia y articulación entre las actividades que realiza cada área de la institución, con las competencias constitucionales y legales, los objetivos establecidos, y la cadena de valor definida en el Modelo de Gestión por Procesos, además de tener flexibilidad para adaptarse a las exigencias y procesos de cambio permanente.

La estructura organizacional debe configurar de manera integral y articulada, los cargos, las funciones, las relaciones y los correspondientes niveles de autoridad y responsabilidad.

*La **Estructura Organizacional** articula los cargos, funciones, procesos, relaciones y niveles de responsabilidad y de autoridad en cada institución, de tal forma que facilite, dirija y ejecute los procesos y actividades definidos conforme a la Constitución Nacional y normativas legales existentes*

Se construye a partir del modelo de gestión por procesos, generando las unidades organizacionales y los flujos de información, comunicación, autoridad y responsabilidad de la institución, con base en el desarrollo detallado de los procesos, actividades y sus interrelaciones.

La asignación de los niveles de autoridad y responsabilidad debe respetar el criterio de separación de funciones, buscando evitar la concentración de responsabilidades en aquellos puestos que sean incompatibles o generen conflictos de intereses.

Así, se diseñan los cargos requeridos, se definen los niveles de responsabilidad, grado de autoridad y puede determinarse el nivel de dotación requerida y la asignación de las horas de trabajo

El diseño de la estructura organizacional debe incluir los siguientes elementos:

a) Definición de puestos de trabajo, con base a las competencias requeridas por las actividades y tareas identificadas en el despliegue de los procesos;

b) Conformación del organigrama estructural de la institución;

c) Definición de las interfaces e interacciones a nivel horizontal y vertical.

Su diseño tiene en cuenta los requerimientos legales, que imponen características particulares a cada institución pública en el cumplimiento de la función fundamental que dentro del Estado le corresponde

*El **organigrama** es una herramienta informativa y administrativa, en el que se representan gráficamente las unidades departamentales, su distribución, facultades, funciones y competencias, así como información relativa a las atribuciones relacionales y las estructuras jerárquicas de la entidad*

La estructura organizacional debe ser aprobada por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

La institución debe establecer mecanismos para asegurar que cada funcionario conoce cabalmente sus deberes y responsabilidades, de modo que pueda rendir cuenta por los mismos.

4. Identificación y evaluación de riesgos

La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para la continua identificación y evaluación de sus riesgos, y para la determinación de las medidas de control necesarias.

*La **administración de riesgos** implica la aplicación de un método lógico y sistemático para establecer los riesgos asociados con cualquier actividad, función o proceso, de forma tal que permita a las entidades minimizar pérdidas y maximizar beneficios*

*Entendemos por **riesgo** a un suceso incierto o un resultado inesperado que afecta la capacidad de cumplir con un objetivo determinado (no debe confundirse con una deficiencia en la gestión)*

Los criterios para la identificación y evaluación de riesgos deberán tener en cuenta, entre otros:

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;

Los elementos principales del proceso de administración de riesgos son los siguientes:

a) <u>establecer el contexto</u>: establecer los contextos estratégico, organizacional y de administración de riesgos en los cuales tendrá lugar el resto de los procesos
b) <u>identificar riesgos</u>: identificar qué, por qué, dónde, cuándo y cómo los eventos podrían impedir, degradar o demorar el logro de los objetivos estratégicos y misionales de la organización
c) <u>analizar riesgos</u>: analizar los riesgos en términos de consecuencia y probabilidad

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.

La metodología definida por la institución para la identificación y evaluación de riesgos debe:

a) Estar definida con respecto a su alcance, naturaleza y planificación en el tiempo, para asegurar que sea proactiva más que reactiva;

b) Prever la identificación, evaluación, valorización, priorización y documentación de los riesgos;

c) Establecer la necesidad de aplicación de controles cuando se detecten riesgos significativos;

d) Asegurar que la identificación y evaluación de riesgos sea revisada al menos una vez al año.

Para la gestión del cambio, la organización debe identificar y evaluar los riesgos asociados con modificaciones en la organización, en el sistema de control, o en sus procesos y actividades, antes de introducir dichos cambios.

La organización debe asegurar que los resultados de estas evaluaciones sean consideradas cuando se determinen los controles operacionales.

en el contexto de los controles existentes

d) <u>evaluar riesgos</u>: comparar los niveles estimados de riesgo contra los criterios preestablecidos para identificar las prioridades de gestión.

e) <u>tratar riesgos</u>: Si los niveles de riesgo establecidos son bajos y son tolerables entonces no se requiere tratamiento. Para mayores niveles de riesgo, se deben desarrollar e implementar estrategias y planes de acción específicos, de costo-beneficio adecuado, para aumentar los beneficios y reducir los costos potenciales

C. Componente de Control de la Implementación

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.

1. <u>Control operacional</u>

La institución debe definir e implementar controles que contribuyan a reducir los riesgos significativos que puedan afectar el logro de los objetivos hasta niveles tolerables.

El nivel de profundidad, sofisticación y tecnificación de los controles deberá definirse considerando las características de la organización: tamaño, complejidad, tipo de funciones, regulaciones aplicables, nivel de centralización y/o descentralización, nivel tecnológico, etc.

1.1 Políticas operacionales

La institución debe definir políticas operacionales que permitan estructurar y direccionar el buen desempeño del modelo de gestión por procesos.

Las políticas operacionales deben definir los parámetros de diseño de las actividades y tareas requeridas para dar cumplimiento a los objetivos de los procesos.

*Llamamos **Política Operacional** a las orientaciones o directrices que rigen la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado.*

Los criterios aplicados a la formulación de las políticas operacionales deben incluir:

a) Coherencia entre las políticas y los lineamientos estratégicos determinados por el componente de Control de la Planificación, en particular con los principios de gestión por procesos y la identificación y evaluación de riesgos;

b) Incorporación de parámetros que orienten el despliegue de los procesos, la definición de controles y el establecimiento de instrumentos para la evaluación de su cumplimiento;

c) Definición de acciones a realizar en caso de incumplimiento.

La institución debe asegurar que las políticas operacionales sean revisadas periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiadas.

Las políticas operacionales deben ser aprobadas por la Máxima Autoridad institucional, a través de un acto administrativo.

La institución debe comunicar las políticas operacionales a todos los niveles de la organización, con la intención de que estén conscientes de sus obligaciones al respecto.

Una política operacional se define teniendo en cuenta lo siguiente:

a) El aspecto específico que requiere orientación;
b) Los responsables de acatarla y su ámbito de aplicación;
c) La directriz que deben cumplir los responsables, para evitar las situaciones indeseables;
d) Plazo de aplicación o, en caso de ser permanente fecha de vigencia;
e) Objetivo institucional, macroproceso o proceso al que aplica

1.2 Procedimientos

La institución debe desarrollar 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.

El desarrollo de los procedimientos debe considerar los siguientes criterios, entre otros:

a) Hacer efectiva la base legal que rige la operación de los procesos;
b) Describir la forma o ruta requerida para ejecutar un proceso, y definir los parámetros de operación, las actividades y tareas, que garanticen el cumplimiento del objetivo perseguido;
c) Definir los flujos de información necesarios para la adecuada gestión u operación de la institución;
d) Asignar las responsabilidades que le competen a cada funcionario para que la institución desarrolle adecuadamente su función y misión;
e) Establecer los niveles de autoridad y responsabilidad requeridos en la ejecución de las acciones propias a la operación de la institución;
f) Canalizar los recursos y capacidades institucionales hacia el cumplimiento eficaz y eficiente de las actividades planificadas.

*Los **procedimientos**, constituyen los métodos mediante los cuales deberá desarrollarse una actividad o tarea en una entidad pública. Se materializan a través de documentos descriptivos o flujogramas, que representan los pasos necesarios para ejecutar las actividades de un proceso, asociándolos a los cargos responsables de su ejecución, y estableciendo los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad*

El directivo responsable de cada proceso o dependencia vinculada, juega un papel protagónico en el diseño de los procedimientos, dado su nivel de autoridad y responsabilidad directa sobre ellos

Cada funcionario es responsable de ejecutar sus actividades conforme a los procedimientos definidos en la institución

1.3 Controles

La institución debe diseñar y aplicar controles adecuados para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de las actividades y tareas requeridas para el logro de sus objetivos.

La institución debe implementar 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.

Cuando se determinen los controles, o cambios a controles existentes, la institución debe tener en cuenta la reducción de los riesgos con la siguiente jerarquía:

a) Prevención, actuando sobre la causa de los riesgos con el fin de disminuir su probabilidad de ocurrencia;

b) Detección, a fin de descubrir tempranamente un evento, irregularidad o un resultado no previsto, generando alertas que permitan tomar medidas inmediatas;

c) Protección, de manera de neutralizar los efectos de los eventos no deseables y minimizar la propagación de los daños que pudieran ocurrir;

d) Corrección, para permitir el restablecimiento de una actividad, después de ser detectado un evento no deseable, posibilitando la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia y permitiendo la mejora del esquema de control establecido.

La institución debe asegurar que los controles determinados sean considerados dentro de su sistema de control y, cuando resulte oportuno, integrarlos en los procesos y procedimientos aplicables.

La institución debe asegurar que los controles establecidos sean revisados periódicamente para asegurar que permanecen pertinentes y apropiados.

La implementación de controles debe contemplar la separación de funciones o responsabilidades de modo de reducir los riesgos de acciones erróneas o fraudulentas, esencialmente en los procesos críticos o de alto riesgo. En la medida en que resulte factible, se deben separar las funciones de registración, autorización y aprobación de operaciones o transacciones, segregando asimismo la responsabilidad por la manipulación y custodia del activo en cuestión, si corresponde

En los casos en que la separación de funciones no resulte viable o presente una relación costo-beneficio desfavorable, deben implementarse controles compensatorios específicos

Siempre que resulte factible, debe propiciarse la implementación de controles automatizados (en lugar de aquellos realizados en forma manual), ya que permiten reducir el nivel de discrecionalidad y riesgo de errores

Las actividades de control sobre las operaciones o transacciones deben complementarse con actividades de supervisión o monitoreo sobre el desempeño organizacional a nivel general, mediante indicadores y reportes específicos (por ejemplo que apunten a comparar variaciones interanuales o con otras organizaciones)

2. Competencia, Formación y toma de conciencia

La institución debe asegurarse que los funcionarios sean 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. Se deben mantener registros que demuestren la satisfacción de tales competencias.

La institución debe identificar las necesidades de formación relacionadas con su operación y de su sistema de control interno, como así también planificar y proporcionar formación, o emprender otras acciones apropiadas, para satisfacer estas necesidades.

La institución debería considerar que las actividades de capacitación deberían reforzar los valores institucionales, guiando a cada funcionario en el entrenamiento necesario, a fin de asegurar el alineamiento con dichos valores y con las competencias requeridas para el logro de los objetivos.

La institución debe evaluar la eficacia de las actividades de formación, u otras acciones tomadas, y mantener los registros de dicha evaluación.

Se debe procurar, asimismo, un desarrollo general para cada persona que contribuya a su crecimiento personal y profesional, generando mecanismos de motivación, sentido de pertenencia y compromiso con la organización

La institución debe establecer y mantener uno o varios 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.

3. Gestión de la información

La institución debe obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para la gestión y el funcionamiento del control interno.

3.1 Sistema de información

Para el establecimiento de su sistema de información, la institución debe determinar las fuentes de información internas y externas, y procurar que los datos procesados se encuentren ordenados, sistematizados y estructurados en forma adecuada y oportuna.

*Se denomina **sistema de información** al conjunto de recursos y elementos que interactúan para producir información, abarcando personas, procedimientos, datos y tecnología*

Deben implementarse 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;

Los mecanismos establecidos para identificar la necesidad de información deberían abarcar:

- *Los requerimientos de información de los niveles medios y operativos de la organización, en cuanto a recibir una comunicación clara y concisa de los objetivos particulares a alcanzar por cada área;*
- *Los requerimientos de información de los niveles de conducción en cuanto a recibir de las áreas, reportes de cumplimiento y de rendición de cuentas, con la periodicidad necesaria y asegurando la relevancia de los contenidos de información;*
- *Los requerimientos de información de las distintas áreas para el ejercicio de sus competencias, para lo cual deben identificarse claramente las fuentes de información relevante, tanto externas como internas;*
- *Los requerimientos de información que permitan a las distintas áreas y a la conducción, el adecuado funcionamiento del sistema de control interno.*

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.

*Se debe propiciar la utilización de **sistemas de información automatizados** para obtener y procesar los datos y producir la información relevante que permita satisfacer los requerimientos de información identificados*

3.2. Control de documentos

La información documentada requerida por el sistema de control interno se debe controlar para asegurarse de que:

a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;

b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).

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

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

a) definición de niveles de aprobación;

b) distribución, acceso, recuperación y uso;

c) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;

d) control de cambios (por ejemplo, control de versión);

e) retención y disposición.

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

4. Comunicación

La comunicación debe garantizar la circulación fluida y transparente 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.

La comunicación en las entidades públicas, tiene una dimensión estratégica fundamental, como factor que posibilita que las personas puedan asociarse para lograr objetivos comunes

4.1. Comunicación interna

La organización debe comunicar internamente tanto los objetivos como las responsabilidades por el control interno.

Deben implementarse políticas y mecanismos 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.

Los mecanismos de comunicación establecidos al interior de la institución deben asegurar que los distintos niveles de decisión reciban información oportuna y adecuada para poder ejercer la supervisión sobre la gestión y el funcionamiento del control interno, permitiendo a las autoridades detectar desvíos de manera oportuna.

Los criterios aplicados al establecer los procesos de comunicación deben:

a) Definir qué información será comunicada a cada uno de los grupos de interés internos de la institución, asignando niveles de responsabilidades adecuados;

b) Fomentar la identidad institucional, procurando crear en los funcionarios una clara conciencia de su pertenencia y compromiso con los propósitos misionales;

c) Incorporar mecanismos que permitan 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.

La institución debe revisar periódicamente la efectividad de los mecanismos de comunicación utilizados.

*En un organismo o entidad eficaz, la **comunicación institucional** (o interna) circula en varias direcciones, lo que conduce a la necesidad de establecer estrategias comunicativas concretas que incidan en los flujos de comunicación descendente, ascendente y cruzada*

Los canales o métodos aplicados para realizar las comunicaciones dentro de la organización deben resultar efectivos para transmitir la información que corresponda en cada caso contemplando, según sea apropiado, informes internos y/o externos, tableros de comando, mensajes de correo electrónico, notas o memorandos, reuniones, evaluaciones de desempeño, procedimientos, comunicados de prensa, publicaciones en el sitio web o intranet, etc.

Las comunicaciones con información relevante en relación con el cumplimiento normativo y de aspectos de control interno deben realizarse mediante mecanismos que aseguren el mantenimiento de adecuados niveles de seguridad, incluyendo los resguardos y evidencias formales que resulten necesarios en cada caso (ej. comprobantes de notificaciones, evaluaciones de desempeño, etc.)

4.2. Comunicación externa

La institución debe tener en cuenta el control interno en las comunicaciones con sus diferentes grupos de interés.

Deben establecerse políticas y mecanismos para realizar oportuna y adecuadamente las comunicaciones desde y hacia afuera de la institución, contemplando:

a) Canales oportunos y adecuados para informar sobre la gestión a los organismos de control externo;

b) Canales apropiados para interactuar con otras instituciones para la ejecución de las funciones que se encuentren relacionadas;

*La **comunicación pública** (o externa), está constituida por la información amplia y transparente de la entidad pública intercambia con los diferentes grupos de interés externos, sobre los objetivos y los resultados comparativos de su gestión.*

c) Canales adecuados para su relacionamiento con medios de prensa y comunicación;

d) Canales adecuados con los organismos de regulación, según corresponda;

e) Canales adecuados para interactuar con proveedores y otras organizaciones con las que se hayan suscripto convenios específicos (ej. universidades, empresas proveedoras de determinados servicios, etc.);

f) Canales apropiados para informar a la ciudadanía sobre las actividades organizacionales y, en los casos que corresponda, recibir sugerencias, reclamos, comentarios, denuncias, etc. por parte de éstos.

La comunicación pública contribuye a la rendición de cuentas a la sociedad, a los órganos encargados de la fiscalización del uso de los recursos públicos, y a generar el respeto colectivo por lo público y lo institucional

4.3. Rendición de cuentas

La institución debe desarrollar e implementar uno o más procedimientos para mantener informada a la sociedad sobre los proyectos a emprender, el uso de los recursos que le fueron confiados, el rendimiento de su gestión y los resultados logrados en términos del cumplimento de los objetivos institucionales, y su contribución a la finalidad social del Estado.

La metodología aplicada para la rendición de cuentas debe tener en cuenta los siguientes criterios:

a) Definición de frecuencia, alcance y ejes temáticos;

b) Establecimiento de métodos, recursos e instrumentos aplicables;

c) Establecimiento de roles y responsabilidades para la ejecución y seguimiento.

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

*La **Rendición de Cuentas** se refiere al derecho que tiene la ciudadanía a estar informada con respecto a la gestión de las entidades públicas, y al deber de la Máxima Autoridad de informar el resultado de su gestión*

A su vez, hace referencia a la obligación que toda entidad pública tiene de informar a los organismos de control fiscal, sobre los asuntos pertinentes a su gestión y al uso de los recursos públicos

La rendición de cuentas genera, además, una imagen y credibilidad que redundan en beneficio de la institución, de la sociedad y de los grupos de interés, permitiendo la articulación de un proceso comunicacional fluido y transparente sobre la gestión y los resultados institucionales

D. Componente de Control de Evaluación

La organización debe definir, desarrollar y ejecutar evaluaciones sistemáticas para determinar la suficiencia y adecuado funcionamiento de los componentes del control interno.

1. Seguimiento y medición del control interno

La institución debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y, cuando sea aplicable, la medición de la efectividad del sistema de control interno. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los controles para contribuir al logro de los resultados planificados, tomando las medidas correctivas que sean necesarias cuando se presenta algún incumplimiento.

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

*El seguimiento y medición puede realizarse a través de la formulación de **tableros de indicadores**, consolidando la información asociada a los proyectos, procesos o áreas institucionales*

*Los **indicadores** se diseñan tomando como base la función constitucional y legal de la institución, su misión y las características que le son propias.*

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

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

Cuando se diseñan apropiadamente, los indicadores reflejan el comportamiento de las variables que representan el estado actual o la tendencia de los procesos, proyectos, programas y planes, y forman parte de los sistemas de información

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

2. Auditoría Interna

La institución debe llevar a cabo auditorías del sistema de control interno a intervalos planificados para determinar si el sistema de control interno:

a) Satisface los requisitos de esta norma y los requisitos del sistema de control interno establecidos por la organización;

b) Cumple la normativa legal vigente;

c) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

*Una **auditoría** es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de los criterios y requisitos definidos*

*Las **evidencias de la auditoría** están conformadas por registros, declaraciones de hecho o cualquier otra información que resulte pertinente para contrastar contra los criterios de auditoría, y que son verificables*

La auditoría, entonces, permite establecer fortalezas, oportunidades de mejora e incumplimientos al sistema de control interno, promoviendo la ejecución de acciones correctivas, preventivas o de mejora, para direccionar a la institución hacia una gestión eficiente, y al desarrollo de sus actividades bajo los fundamentos y principios que rigen el control interno

Se deben planificar las auditorías tomando en consideración el estado, la importancia y los riesgos asociados a los procesos y áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.

La institución debe establecer uno o varios procedimientos documentados para:

a) Definir las responsabilidades y los requerimientos para planificar y realizar las auditorías;

b) Determinar los criterios de auditoría, el alcance de la misma y la metodología a aplicar;

c) Establecer los registros aplicables, y la modalidad y destinatarios de la presentación de los resultados;

d) Definir criterios para la selección de los auditores, asegurando la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.

Deben mantenerse registros de las auditorias y de sus resultados.

La dirección responsable del área auditada debe asegurarse que se realicen las correcciones y que se toman las acciones correctivas o de mejora necesarias, sin demora injustificada, para eliminar los desvíos detectados y sus causas.

Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de la implementación de los planes de mejoramiento y la efectividad de las acciones tomadas.

E. Componente de Control para la Mejora

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.

1. Análisis crítico del sistema de control interno

La Dirección debe revisar el sistema de control interno de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. Se considera apropiado que la revisión sea realizada al menos una vez al año.

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. También se deberían utilizar para identificar oportunidades de mejora, de innovación y de aprendizaje

La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:

a) El estado de las decisiones y acciones emanadas de anteriores revisiones por la dirección;

b) La vigencia de la política de control interno;

c) Los cambios en el contexto externo e interno que sean pertinentes al sistema de control interno, incluyendo su direccionamiento estratégico;

Las revisiones deberían tratar la evaluación de las actividades de mejora realizadas anteriormente, incluyendo aspectos de adaptabilidad, flexibilidad y receptividad, en relación con la misión, visión y los objetivos de la organización

d) La información sobre el desempeño del control interno, incluidas las tendencias e indicadores relativos a:

- Evolución de planes y objetivos institucionales;
- Seguimiento y resultados de las mediciones;
- Resultados de las auditorías internas y externas;
- Retroalimentación de los grupos de interés;
- Cuestiones relativas a los proveedores e instituciones externas, y a otras partes interesadas pertinentes;
- Adecuación de los recursos requeridos para mantener un sistema de control interno eficaz;
- El desempeño de los procesos y la conformidad de los productos y servicios.

*Los **resultados del análisis crítico** se pueden utilizar para hacer estudios comparativos con las mejores prácticas, de manera interna o externa, y para mostrar tendencias a lo largo del tiempo*

e) La eficacia de las acciones tomadas para el tratamiento de los riesgos;

f) La gestión de los programas de mejora y las nuevas oportunidades de mejora potenciales.

Los resultados de las revisiones pueden indicar si los recursos aplicados al control interno han sido adecuados, y si se han utilizado de manera eficaz en el logro de los objetivos de la organización

Los resultados de las revisiones deberían presentarse en un formato que pueda facilitar la implementación mejoras en el sistema de control interno

Los elementos de salida del análisis crítico por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:

a) Las oportunidades de mejora continua;

b) Cualquier necesidad de cambio en el sistema de control interno, incluyendo las necesidades de recursos.

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

2. Mejora continua

La institución debe tomar acciones para optimizar continuamente su sistema de control interno, y para eliminar o minimizar las causas reales o potenciales de las debilidades detectadas.

Las acciones tomadas deben ser apropiadas a los beneficios esperados y/o a los efectos de las debilidades encontradas.

La institución debe establecer uno o varios procedimientos documentados para definir los requisitos para:

a) Revisar las oportunidades de mejora o las debilidades de control interno detectadas;

b) Determinar los beneficios o causas reales o potenciales asociadas;

c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse que las mejoras sean alcanzadas o las debilidades sean resueltas;

d) Determinar e implementar las acciones necesarias, dentro de un plazo razonable;

e) Registrar los resultados de las acciones tomadas;

f) Revisar la eficacia de las acciones.

*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 que le ha sido encomendado*

*Se denomina **plan de mejoramiento institucional** a las acciones que la institución aplica para fortalecer su desempeño institucional, y cumplir con su función, misión y objetivos*

*Los **planes de mejoramiento funcionales** permiten fortalecer el desempeño y funcionamiento de cada dependencia o proceso, orientándolos al logro de las metas asignadas en el contexto de los objetivos de la institución*

*Los **planes de mejoramiento individual** permiten consolidar las acciones de mejora a desarrollar por los funcionarios, con el objeto de mejorar su desempeño*

II. ANEXO

Matriz de relación MECIP 2007 vs. 2015

MECIP:2007		MECIP:2015	
Requisito	**Descripción**	**Requisito**	**Descripción**
---	Acta de Compromiso	I.A.1	Compromisos de la Alta Dirección
		I.A.1.1	Política de Control Interno
1.1.1	Acuerdos y compromisos éticos	II.A.2	Acuerdos y compromisos éticos
1.1.2	Desarrollo del talento humano	II.A.4	Desarrollo del talento humano
1.1.3	Protocolos de buen gobierno	II.A.3	Protocolos de buen gobierno
1.2.1	Planes y programas	II.B.1	Direccionamiento estratégico
1.2.2	Modelo de gestión por procesos	II.B.2	Gestión por Procesos
1.2.3	Estructura organizacional	II.B.3	Estructura Organizacional
1.3.1	Contexto estratégico	II.B.4	Identificación y evaluación de Riesgos
1.3.2	Identificación de riesgos		
1.3.3	Análisis de riesgos		
1.3.4	Valoración de riesgos		
1.3.5	Políticas de administración de riesgos	II.C.1.3	Controles
2.1.1	Políticas de operación	II.C.1.1	Políticas operacionales
2.1.2	Procedimientos	II.C.1.2	Procedimientos
2.1.3	Controles	II.C.1.3	Controles
---	---	II.C.2	Competencia, formación y toma de conciencia
2.1.4	Indicadores	II.D.1	Seguimiento y medición del control interno
2.1.5	Manual de operación	---	---

MECIP:2007		MECIP:2015	
Requisito	**Descripción**	**Requisito**	**Descripción**
2.2.1	Información interna	II.C.3.1	Sistema de información
2.2.2	Información externa		
2.2.3	Sistemas de información		
---	---	II.C.3.2	Control de Documentos
2.3.1	Comunicación institucional	II.C.4.1	Comunicación interna
2.3.2	Comunicación pública	II.C.4.2	Comunicación externa
2.3.3	Rendición de cuentas	II.C.4.3	Rendición de cuentas
3.1.1	Autoevaluación del control	II.A.1	Introducción – *La autoevaluación se integra en otros requisitos*
3.1.2	Autoevaluación de gestión		
3.2.1	Evaluación sistema de control interno	II.D.1	Seguimiento y medición del control interno
3.2.2	Auditoría interna	II.D.2	Auditoría interna
---	---	II.E.1	Análisis crítico del sistema de control interno
3.3.1	Plan de mejoramiento institucional	II.E.2	Mejora continua
3.3.2	Plan de mejoramiento funcional		
3.3.3	Plan de mejoramiento individual		

FICHA TÉCNICA:

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - USAID

Centro de Estudios Ambientales y Sociales - CEAMSO

PROGRAMA DEMOCRACIA Y GOBERNABILIDAD

Equipo Técnico Interinstitucional:

- Emi Moriya (CGR)
- Gladys Fernández (CGR)
- Claudia Zapattini (AGPE)
- Viviana Ayala (AGPE)
- Rosa Irene Santacruz (UNA – Fac. de Filosofía)
- Cristian Franco (ANDE)
- Gloria Amarilla Oviedo (SENADO)
- María del Carmen Benitez (MH)
- María Gloria Núñez Fischer (BCP)
- Luis Bazzano (CSJ)

Consultoría: Ing. Fabio Szlaifsztein (CEAMSO)

Coordinación: Lic. César Pastore (CEAMSO)

Asunción, Octubre del 2015