

Centro Oncológico Antioquia



INFORME DE GESTIÓN SEGUNDO SEMESTRE DE 2024

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS

TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVO	2
I. CAPÍTULO 1. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS - SIGR	2
1.1. Contextualización normativa.....	2
1.2. Actividades realizadas para mejorar la gestión de riesgos.....	2
1.3. Actividades pendientes	3
1.4. Riesgos en los procesos asistenciales:.....	3
1.5. Riesgos en los procesos administrativos:	5
II. CAPÍTULO 2. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SARLAFT/FPADM	7
2.1. Actividades Realizadas.....	7
2.2. Debita diligencia de contrapartes.....	8
2.5. Actividades pendientes	10
III. CAPÍTULO 3. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO – (SICOFS) y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (PTEE).....	10
3.1. Actividades realizadas	10
3.2. Actividades pendientes	10
IV. CONCLUSIONES.....	11
V. RECOMENDACIONES.....	11

OBJETIVO

Informar a los miembros de la Junta Directiva los resultados de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus diferentes subsistemas en el segundo semestre de 2024, de acuerdo con los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud mediante las Circulares Externas 2021170000004-5 y 2021170000005-5 de 2021.

I. CAPÍTULO 1. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS - SIGR

1.1. Contextualización normativa

En el segundo semestre de 2024 no se expidió normatividad nueva en relación con administración de riesgos en el sector salud.

1.2. Actividades realizadas para mejorar la gestión de riesgos.

- Se realizaron reuniones con los directores y coordinadores de 20 procesos, con el fin de revisar los riesgos, la redacción de controles, los planes de acción y el seguimiento trimestral que deben registrar; y, se hizo seguimiento de otros 28 procesos, recordando las actividades pendientes y el registro del seguimiento trimestral.
- El 96% de los empleados realizaron la inducción y reinducción del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- Se envió video informe de los riesgos de 2023 en COA a los directores y coordinadores de procesos para socializar con sus equipos de trabajo, y también tienen la tarea de socializar los riesgos propios de sus procesos. A diciembre, 114 empleados tienen evidencia de socialización.
- Se presentaron los informes correspondientes a la Circular Externa 4-5 de 2021 (FT006, FT007, FT008, FT009, FT010, FT018) con la periodicidad requerida. Los soportes se encuentran en la carpeta de la dirección contable.
- En 2024 se establecieron 34 planes de acción, de los cuales, se cerraron 11 (32%), 7 tienen algún avance (21%) y 16 (47%) no tienen ningún tipo de seguimiento. Se envía notificación a los coordinadores de los procesos.
- Se presentó el informe a la Supersalud de la Circular Externa 003 de 2018.
- En octubre COA recibió visita de la Secretaría de Envigado para auditoría, entre otros, del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad -PAMEC, el cual está enfocado en la gestión de riesgos. En ésta, debido a los avances en la gestión de riesgos, nos recomendaron presentar el programa en el evento Excelencia en Salud que realiza la Secretaría de Salud de Envigado; en diciembre fuimos invitados al Galardón como finalistas, no solo del PAMEC, sino por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y el Programa de Participación Social en Salud.

1.3. Actividades pendientes

- Establecer la metodología del plan de continuidad e implementar.
- Documentar el contexto interno y externo para tenerlo en cuenta en la gestión de riesgos y planeación estratégica.
- Diseñar los modelos de back y stress testing para los subsistemas de riesgos de liquidez, de crédito, actuarial y de mercado.
- Diseñar las capacitaciones para todo el personal y los medios de socialización de las políticas: boletines y videos.
- Consolidar los eventos adversos reportados para comparar con los riesgos identificados y revalorarlos.

1.4. Riesgos en los procesos asistenciales:

Se realizó acompañamiento a los directores y coordinadores de procesos para la revisión de riesgos y adecuada redacción de controles, de 20 procesos y subprocesos asistenciales, en 3 de ellos disminuyó el número de riesgos, debido a que algunos se eliminaron por no considerarse como tal, y otros se agruparon en uno solo; además, se identificaron riesgos en nuevo subproceso, por lo tanto, se pasó de tener 167 riesgos en el primer semestre a 171 en el segundo semestre de 2024.

Cuadro 1. Severidad de los riesgos en los procesos asistenciales

Severidad del riesgo	Riesgo residual IS2024	Riesgo residual IIS2024	Participación IS2024	Participación IIS2024
Extrema	1	0	1%	0%
Alta	6	5	4%	3%
Moderada	42	43	25%	25%
Baja	118	123	71%	72%
Total	167	171	100%	100%

Los siguientes son los riesgos con severidad alta y sus acciones de mejora en el segundo semestre respecto al primer semestre de 2024:

Cuadro 2. Riesgos priorizados de los procesos asistenciales

Proceso	Riesgo	Severidad IIS 2024	Severidad IS 2024
Esterilización	Reúso de dispositivos	Extrema	Moderada
Cirugía	Infección de Sitio Operatorio	Alta	Alta
Cirugía	Complicación posquirúrgica	Alta	Alta
Consulta externa general especializada	Pérdida en la continuidad de tratamiento	Alta	Alta

Servicio farmacéutico	Errores en la prescripción de medicamentos	Alta	Alta
Urgencias	Clasificación errada en el triage	Alta	Alta
Gestión pretransfusional	Stock insuficiente de hemocomponentes	Alta	Moderada

Como se observa en el cuadro anterior, en este semestre se revaloró el riesgo de reúso, pasó de severidad extrema a moderada, debido a que se implementaron todas las partes del reproceso involucrando los diferentes servicios, además, se realizaron pruebas de demostración con el estereomicroscopio adquirido, mostrando buenos resultados.

Por su parte, el riesgo de stock insuficiente de hemocomponentes pasó de severidad alta, es decir, de estar priorizado, a tener una severidad moderada, debido a que el indicador porcentaje de la medición de eficiencia del suministro se mantuvo dentro de la meta, en promedio 94,2%; lo que indica que el riesgo tiene una baja probabilidad de materialización.

- **Cirugía:**

Infección en sitio operatorio:

- Se actualizó y socializó el protocolo de asepsia quirúrgica.
- Se realiza mensualmente el registro de adherencia de los bundles de prevención de infecciones.
- Se realizaron campañas de higiene de manos y adherencia de manera mensual y se realizan auditorías aleatorias por la enfermera de infecciones del lavado de manos quirúrgico.
- La proporción de infecciones en sitio operatorio se mantuvo en promedio en 2.1%, teniendo en noviembre su tasa más baja con 0.7%.

Complicación posquirúrgica:

- Se actualizó y socializó el protocolo de asepsia quirúrgica
- Se realiza la lista de chequeo de cirugía segura, con un promedio de cumplimiento de 96.8%, mostrando una fuerte adherencia a esta actividad.
- Se mejoraron los protocolos de cirugía oncológica.
- Se analizan los casos y eventos en *debriefing* en las entregas de turno.

- **Consulta externa:**

- Se realiza seguimiento continuo al correcto funcionamiento del sistema de confirmación de citas y el de llamado de ingresos, egresos y trámites de consulta, mostrando una reducción de tiempos de espera para la atención.

- **Servicio farmacéutico:**

- Se comienzan a registrar de manera electrónica los medicamentos de control.
- Se realiza seguimiento diario al registro electrónico de los medicamentos de control y, de manera aleatoria, a los demás.
- Se realizan capacitaciones al personal médico y seguimiento continuo para la adecuada prescripción de medicamentos, por parte de la dirección médica.

• Urgencias:

- Se realizó entrenamiento y reentrenamiento al personal médico y de enfermería en sistema de triage de V niveles usando el modelo ESI.
- Se actualizó la plantilla de triage para disminuir el error, mostrando adherencia por parte del personal.
- Se realiza revisión de literatura en los grupos primarios con el fin de adaptar los lineamientos para mejorar el sistema de clasificación de triage para los pacientes oncológicos.

1.4.1. Eventos adversos: Los 5 principales eventos adversos reportados en 2024 son los siguientes:

Cuadro 3. Principales eventos adversos en 2024 vs. 2023

Posición de eventos adversos	2024	2023
1	Reacciones adversas a medicamentos	Flebitis mecánicas y químicas
2	Infección en sitio operatorio	Infección en sitio operatorio
3	Extravasaciones	Reintervenciones no planeadas
4	Flebitis química	Úlceras por presión
5	Bacteriemias asociadas a catéter	Caída de pacientes

De los anteriores, solo infección en sitio operatorio está priorizado por estar valorado en severidad alta, en 2025 se debe tomar el informe de reporte de eventos con el fin de revalorar los riesgos y priorizar aquéllos que se están materializando y reportando.

1.5. Riesgos en los procesos administrativos:

En el segundo semestre se realizó acompañamiento a 18 procesos estratégicos y de apoyo en la revisión y redacción de riesgos y controles, se observan 68 riesgos adicionales respecto al primer semestre, los cuales se encuentran en el proceso de planeación estratégica y corresponden a los riesgos corporativos enviados por Casa Matriz para valoración.

Cuadro 4. Severidad de los riesgos en los procesos administrativos

Severidad del riesgo	Riesgo residual IS2023	Riesgo residual IIS2024	Participación IIS2023	Participación IS2024
Extrema	1	1	1%	1%
Alta	2	2	2%	1%
Moderada	20	23	20%	14%
Baja	78	143	77%	85%
Total	101	169	100%	100%

A continuación, se presentan los riesgos con severidad extrema y alta y el seguimiento y/o acciones de mejora.

Cuadro 5. Riesgos administrativos con severidad extrema y alta

Proceso	Riesgo
Gestión ambiental	Vertimientos líquidos que no cumplen con los límites permisibles de acuerdo a la Resolución 0631/15
Gestión de Tecnología de la Información	Vulneración del sistema por ataques ciberataques
Sistema de Seguridad y salud en el trabajo	Fallas en la coordinación de los diferentes procesos para garantizar el cumplimiento de los requisitos del SG-SST en caso que se subcontraten actividades

- **Riesgo de vertimientos líquidos que no cumplen con los límites permitidos:** La copropiedad hace envío del informe de ejecución de actividades ambientales asociadas al plan de mejora propuesto por el no cumplimiento de los límites permisibles de vertimientos, además, se realizó la nueva caracterización por medio de un laboratorio especializado durante los meses de noviembre y diciembre del 2024; actualmente se está a la espera de los resultados para determinar la efectividad de las actividades y acciones de mejora realizadas durante el período y el cumplimiento normativo.
- **Riesgo de vulneración del sistema por ciberataques:** No se ha materializado el riesgo, en el segundo semestre se han tenido 10 eventos, que se han logrado controlar. Desde la oficina de ciberseguridad del corporativo, se han realizado envío de campañas a los correos electrónicos para evaluar la respuesta del personal ante un posible *phishing*, para las personas que no detecten la amenaza se les asigna nuevamente el curso.
- **Fallas en el cumplimiento de los requisitos del Sistema de seguridad y salud en el trabajo en relación con contratistas:** Se valida con talento humano y se confirma el funcionamiento del procedimiento definido sobre la información suministrada por la Dirección médica sobre el ingreso de contratistas asistenciales. Se implementa control para el acceso de contratistas diferentes a los asistenciales, donde se valida por SST el cumplimiento a afiliación al sistema de seguridad social previo al ingreso a las instalaciones, una vez verificada la información se notifica a vigilancia y al interventor sobre la autorización de acceso.

1.5.1. Eventos de riesgo registrados: Se reportaron 23 eventos de riesgo, de éstos, 10 corresponden a errores en documentación, hallazgos de auditorías internas y externas (incluyendo inoportunidad en la respuesta a manifestaciones de acuerdo con los tiempos estipulados) e incumplimientos en los planes de acción. Por su parte, se presentan 11 reportes relacionados con atenciones prestadas y que no están pactadas, cargos de servicios de PGP no contabilizados y facturados que representan pérdidas de aproximadamente 40 millones de pesos, y glosas no aceptadas. Se presentaron 21 planes de acción.

Cuadro 6. Eventos de riesgos reportado por proceso

Proceso	Número de eventos
Gestión Comercial	2

Gestión de Calidad	10
Gestión de Cuentas Médicas	8
Gestión de Facturación	1
Gestión Sistema de Información de Atención al Usuario	1
Servicio farmacéutico	1
Total	23

II. CAPÍTULO 2. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SARLAFT/FPADM

2.1. Actividades Realizadas

- El 94.5% de los empleados realizaron la inducción y reinducción del SARLAFT/FPADM en la plataforma del colegio de gestión de riesgo. Además, se capacitaron 21 empleados de admisiones en el manejo del efectivo y reporte de usuarios que paguen \$5.000.000 en efectivo o más en una sola transacción y de \$25.000.000 en varias transacciones al mes.
- Se realizó seguimiento trimestral a los riesgos LAFT, no se evidencia materialización de los mismos.
- Se realizó la verificación masiva de 1087 contrapartes (proveedores, clientes y colaboradores), no hay reportes en listas vinculantes.
- Se realizó la segmentación de los factores de riesgo LAFT, la metodología será actualizada en 2025 de acuerdo con los lineamientos del corporativo que busca homologarla a todas las clínicas del Grupo, razón por la cual, no se aplicaron las acciones a seguir para cada contraparte. El resultado se muestra a continuación:

Cuadro 7. Segmentación de factores de riesgo LAFT

Contraparte/nivel de riesgo	Alto	Medio	Bajo	Total
Colaboradores	100	12	340	452
Proveedores	1	222	66	289
Clientes	1	3	11	15

Es llamativo el resultado de los colaboradores, debido a que 100 se encuentran en un nivel alto, pero esto se debe a que una de las variables de segmentación es el cargo: directivos y personal de procesos críticos: financiero, facturación, farmacia, medicina nuclear y radioterapia, en donde la mayoría del personal se encuentra en farmacia.

Cuadro 8. Riesgos SARLAFT/FPADM

Proceso	Factor de riesgo SARLAFT	Riesgo	Severidad del riesgo
Gestión Comercial	Contrapartes	Lavado de activos	1
Gestión de Proveedores y Compras	Contrapartes	Lavado de activos	1
	Productos	Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva	1
		Lavado de activos	1
Gestión de Tesorería	Canales	Lavado de activos	1
Gestión del Talento Humano	Contrapartes	Lavado de activos	1
Gestión Sistema de Información de Atención al Usuario	Contrapartes	Lavado de activos	1
Radioterapia	Productos	Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva	1
Servicio farmacéutico	Productos	Financiación del terrorismo	1

2.2. Debida diligencia de contrapartes

En el siguiente cuadro se muestra el indicador de verificación en listas vinculantes y restrictivas de las contrapartes, esta verificación es realizada antes de iniciar o continuar con el relacionamiento con cada una de éstas. Durante la vigencia no se encontraron personas naturales o jurídicas con vínculos a actividades ilícitas.

Cuadro 9. Indicador de cumplimiento de verificación en listas por contraparte

Contrapartes	Porcentaje verificación en listas 2024	Porcentaje verificación en listas 2023
Clientes	100%	98%
Proveedores	72,10%	55,70%
Colaboradores	92,90%	79,55%

Se nota la mejora de las contrapartes “colaboradores” y “proveedores” respecto a 2023, debido a que en 2024 se tomaron medidas para cumplir con el procedimiento; sin embargo, el porcentaje de proveedores es muy bajo, por lo tanto, se sugieren las siguientes medidas al proceso de gestión de proveedores y compras:

- Contabilidad: Desde el proceso contable y financiero se revisará la creación en el sistema en relación con el tipo de contraparte, definiendo muy bien quiénes son proveedores y quiénes son acreedores, con el fin de que el responsable de cada contraparte tenga claridad y pueda realizar el seguimiento.
- Proceso proveedores y compras: Actualizar procedimiento para incluir documentación del sistema de Seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental, además, con los nuevos lineamientos establecidos por el corporativo.
- Contabilidad – Proveedores – Sistemas: Organizar la base de datos de proveedores, con el fin de tener clara la información de los que están activos y el seguimiento sea efectivo.

Por su parte, se nota una desmejora en la actualización de datos anual de las tres contrapartes, se envió reporte a cada director y/o coordinador del proceso para que establezcan un plan de acción para el cumplimiento de la meta.

Cuadro 10. Indicador de actualización de datos

Contrapartes	Porcentaje de actualización de datos 2024	Porcentaje de actualización de datos 2023
Clientes	78,60%	84,60%
Proveedores	39,90%	47,10%
Colaboradores	71,50%	72,80%

2.4. Reportes a la UIAF

Se presentaron los reportes objetivos y de operaciones sospechosas a la UIAF en el tiempo establecido.

19	007	122	CENTRO ONCOLOGICO DE ANTIOQUIA S.A. (9002368502)					
Tipo de Informe			Fecha de corte		Fecha de Recepción	Estado	Comentarios	Días Extemporáneo
			Año	Mes				
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	01	02/02/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	02	03/08/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	03	04/08/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	04	05/07/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	05	06/06/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	06	07/08/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	07	08/05/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	08	09/06/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	09	10/07/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	10	11/07/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	11	12/09/2024	Recibido		0
Reporte Operaciones Sospechosas			2024	12	01/08/2025	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	01	02/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	02	03/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	03	04/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	04	05/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	05	06/06/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	06	07/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	07	08/05/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	08	09/06/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	09	10/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	10	11/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	11	12/09/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Proveedores			2024	12	01/08/2025	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	01	02/02/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	02	03/08/2024	Recibido		0
Tipo de Informe			Año	Mes	Fecha de Recepción	Estado	Comentarios	Días Extemporáneo
CE009_Reporte Procedimientos			2024	03	04/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	04	05/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	05	06/06/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	06	07/08/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	07	08/05/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	08	09/06/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	09	10/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	10	11/07/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	11	12/09/2024	Recibido		0
CE009_Reporte Procedimientos			2024	12	01/08/2025	Recibido		0

Durante el semestre no se presentaron operaciones inusuales y/o sospechosas que requirieran ser reportadas a las autoridades y los reportes requeridos por la UIAF se enviaron según los términos establecidos.

En lo corrido del año, solo 3 usuarios realizaron pagos en efectivo de \$5.000.000 o más, se hizo el respectivo reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero -UIAF.

2.5. Actividades pendientes

- Priorizar la capacitación de los directores y coordinadores de los procesos críticos para LAFT/FPADM.
- Hacer la verificación completa (personas jurídicas y naturales asociadas a la empresa) en listas de los proveedores y clientes que actualizan datos.
- Describir las acciones a seguir de acuerdo con la señal de alerta.

III. CAPÍTULO 3. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO – (SICOFS) y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (PTEE).

3.1. Actividades realizadas

- Se realizó inducción y reinducción del SICOFS por medio del colegio de gestión del riesgo, al finalizar el año, 338 empleados realizaron la inducción y reinducción en el Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.
- En los meses de febrero y junio se socializó a los correos de todos los empleados un video explicativo del canal de denuncias, los casos que se pueden reportar, los medios para hacerlo, las medidas de protección a los denunciantes y el procedimiento para realizar las investigaciones. Al finalizar el año, 129 personas habían realizado la evaluación.
- Se presentaron 2 reportes en la línea de transparencia, se envió la información a la coordinación de seguridad y salud en el trabajo, debido a que el motivo fue por violencia en el lugar de trabajo, los casos se abordan desde trabajo social. Se creó herramienta en Almera para el reporte de este tipo de situaciones, el 01 de septiembre se creó el comité y se hizo despliegue de la herramienta.

3.2. Actividades pendientes

- Identificación de los riesgos de corrupción, fraude y soborno en los procesos restantes y realizar seguimiento.
- Realizar seguimiento al modelo de segmentación del sistema en Almera, de manera trimestral.
- Realizar capacitaciones del Sistema en todos los procesos y servicios de manera presencial. Diseñar videos y boletines para sensibilización y, como actividades del Comité de gestión de riesgos y buen gobierno corporativo, se realizarán durante todo el año actividades de sensibilización para conocer cada uno de los lineamientos del código de conducta y ético del grupo empresarial, adoptado por el COA.

- Realizar despliegue de los lineamientos de conflictos de intereses, línea de transparencia, regalos y atenciones.

IV. CONCLUSIONES

- Aunque el sistema presenta oportunidades de mejora, las acciones en curso reflejan un compromiso por fortalecerlo y alinearlo con las mejores prácticas y la normatividad vigente.
- Persisten desafíos relacionados con la madurez del sistema, evidenciados en la falta de ejecución adecuada de ciertos procedimientos, lo que resalta la necesidad de un enfoque estratégico en las áreas y/o procesos más vulnerables.
- El 5 de noviembre de 2024, se formalizó la integración del área de gestión del riesgos y cumplimiento dentro del área jurídica, posteriormente, el 16 de diciembre de 2024 la Junta Directiva realizó el nombramiento formal de los responsables:
Ivan Andres Cediel Carrillo - Director Jurídico y oficial de cumplimiento
Manuela Restrepo Vélez- Coordinadora de Riesgos y cumplimiento y oficial de cumplimiento suplente
Como resultado de la centralización del equipo, se homologaron políticas, manuales, metodologías, formatos e instructivos a nivel corporativo asegurando un enfoque unificado y alineado con los objetivos estratégicos.

V. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la cultura de riesgos con la implementación de programas de capacitaciones enfocados a la importancia del Sistema Integral de Gestión de Riesgos.
- Promover una comunicación eficiente para la identificación, control y reporte de riesgos.
- Establecer controles automatizados para reducir errores humanos y mejorar la eficiencia en la gestión de riesgos.
- Establecer un cronograma para realizar autoevaluaciones a los sistemas y subsistemas de riesgos y realizar testeo de controles claves.
- Crear indicadores de desempeño (KPI) para medir la efectividad del sistema y tomar decisiones basadas en datos.
- Focalizar los esfuerzos en las áreas y procesos de mayor criticidad.
- Asignar recursos para reforzar las estrategias en el proceso evaluado.
- Fortalecer el liderazgo asegurando que todos los líderes estén involucrados en el fortalecimiento del sistema, promoviendo la cultura desde la alta dirección.