

CONTROL INTERNO VS EL FRAUDE SECTOR ASEGURADOR

JOHN ALEXANDER RODRIGUEZ VARGAS

Código 2501082

DAVID MENDOZA BELTRÁN

Asesor de Investigación

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN CONTROL INTERNO

Bogotá D.C. junio 2018

RESUMEN

Las cifras de fraude en el sector asegurador no son alentadoras, cada vez crece más este fenómeno, los mayores dolos se comenten en el pago de indemnizaciones, de siniestros de automóviles, seguros obligatorios “SOAT” y pólizas de vida en la cual los defraudadores buscan directamente o indirectamente que las aseguradoras les paguen siniestros con información falsa, alterada o que no son coberturas que están implícitas en los clausulados.

En las pólizas de automóviles hemos visto como desaparecen el automotor o como generaran una pérdida total, para que las compañías paguen el siniestro por pérdida total ya que es más rentable en algunos casos que llegar a vender el vehículo, en otros casos cuando el valor del siniestro es menor al deducible aumentan el daño para que lo cubra. En los casos de pólizas de vida como se autogeneran lesiones para que los seguros paguen una indemnización y en el caso del SOAT el cartel que hay para defraudar este sector, los cuales han sido denunciados por medios de comunicación como séptimo día.

Sin embargo, vemos como el Estado Colombiano no ha realizado acciones eficaces para erradicar estos hechos delictivos, que si bien perjudican al sector asegurador también a la población honesta, ya que el valor de las primas de seguros se incrementan, los ciudadanos tienen que pagar más y por ende no adquieren las pólizas por los altos costos.

Adicionalmente, las compañías para mantenerse en el mercado tienen que estar innovando y alineándose a las nuevas tecnologías como la era del contrato inteligente (smart contract) se refiere a cualquier tipo de contrato entre dos o más partes, que es capaz de ejecutarse y hacerse cumplir por sí mismo, de manera autónoma y automática. Además, las partes de un contrato inteligente pueden ser tanto personas como máquinas, situación similar al uso del dinero

plástico y la desaparición en el tiempo de la moneda papel, de acuerdo con lo anterior, en esta investigación es que se pide la intervención del estado en el acompañamiento y la efectividad de los casos que se presentan de fraude en el sector asegurador.

ABSTRACT

The figures of fraud in the insurance sector are not encouraging, this phenomenon is growing more and more, the biggest debts are the payment of compensation, car accidents, compulsory insurance "SOAT" and life policies in which fraudsters look directly or indirectly, insurers pay them claims with false, altered information or that are not coverages that are implicit in the clauses.

In automobile policies we have seen how the automotive disappears or how it will generate a total loss, so that companies pay the loss for total loss since it is more profitable in some cases than to sell the vehicle, in other cases when the value of the sinister is less than the deductible increase the damage to cover it. In the case of life insurance policies such as injuries are generated for insurance pay compensation and in the case of SOAT the poster that there is to defraud this sector, which have been reported by the media as a seventh day.

However, we see how the Colombian State has not taken effective actions to eradicate these criminal acts, which although harm the insurance sector also the honest population, since the value of insurance premiums are increased, citizens have to pay more and therefore do not acquire the policies because of the high costs.

Additionally, companies to stay in the market have to be innovating and aligning with new technologies as the smart contract era refers to any type of contract between two or more parties, which is capable of being executed and enforced by itself, autonomously and automatically. In addition, the parts of an intelligent contract can be both people and machines, a situation similar to the use of plastic money and the disappearance in time of the paper currency, according to the above, in this investigation is that the intervention of the state is requested in the monitoring and effectiveness of cases that arise from fraud in the insurance sector.

Palabras Claves: fraude, ética, principio de la buena fe, normativas SFC, seguro, póliza, Prevención del Fraude, indemnización, código de buen gobierno, actividades ilícitas, corrupción, aseguramiento y consulta, gestión de riesgos, matriz de riesgos, controles, supervisión, seguimiento, retroalimentación.

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como objetivo que el Estado Colombiano le dé la importancia que se merece al tema de fraude en las entidades aseguradoras tanto externo e interno, así mismo, que fortalezca la auditoria forense considerando que es una ciencia que ayuda con la prevención e identificación de fraude, de otra parte, continuar con el fortalecimiento de la gestión de riesgos con el fin que cuenten con matrices efectivas que permitan mitigar el fraude y mejorar los indicadores.

Las Compañías de Seguros han implementado en su código de buen gobierno, atendiendo los lineamientos de la circular externa 038 de 2009, expedida por la superintendencia Financiera de Colombia y conscientes que comportamientos no éticos o la omisión de actos fraudulentos podrían afectar negativamente la imagen financiera, y por lo tanto el logro de la visión y las metas de las organizaciones, han aprobado en sus Juntas Directivas la política Anti-Fraude en la que establecen qué las acciones constituyen fraude, quienes son los responsables de la prevención y detención e investigación de los mismos, así como el procedimiento para realizar las denuncias, estas prácticas tiene la finalidad de que todos los involucrados cumplan las conductas éticas y valores.

El fraude en las entidades aseguradoras es un fenómeno que crece cada año y afecta todos los entornos sociales, el fraude en Colombia carece de información suficiente sobre esta problemática, se podría pensar que el estado se debería preocupar por esta situación, si existen en Colombia suficientes razones para atender con mayor cuidado los denominados delitos de “alto impacto”, entre los que se cuentan el homicidio y aquellos relacionados con el terrorismo, narcotráfico, guerrillas y grupos al margen de la ley. Con un pensamiento equivocado ya que el “fraude en seguros” tiene un “alto impacto” en la mayoría de los entornos “PESTEL”.

En el mundo actual donde cada día vemos más personas, empresas, organizaciones y gobiernos en bancarrota por fraudes financieros realizados al interior de estas, profundizaremos en el tema de la Auditoria Forense para determinar que es una herramienta eficaz en la prevención del fraude financiero, ya que esta permite detectar de manera eficaz el fraude y a la vez prevenirlo.

En Colombia el Instituto Nacional de Investigación y Prevención de Fraude (INIF), en cercana colaboración con la Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA) y con el compromiso de las autoridades encargadas de luchar contra el crimen organizado, brindan capacitaciones y tertulias a las Compañías a funcionarios de control interno, riesgos y indemnizaciones de los Aseguradoras para prevenir el fraude.

Es de resaltar que el índice de denuncia de las compañías a las autoridades es muy bajo, debido a que puede afectar la imagen reputacional de las aseguradoras y cuando se llega a instancias de denuncias penales las leyes no son efectivas y terminan favoreciendo al delincuente y no a las Compañías, ocasionado pagos de indemnizaciones por los perjuicios causados y en algunos casos los auditores vistos en problemas legales.

CONTROL INTERNO VS EL FRAUDE SECTOR ASEGURADOR

Es importante iniciar esta investigación con definiciones como que es un seguro, que significa el principio de la buena fe y que normatividad rige al sector asegurador. Un seguro es un contrato, denominado póliza de seguro, por el que una Compañía de Seguros (el asegurador) se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado; bien a través de un capital, una renta, o a través de la prestación de un servicio. En este contrato intervienen: El asegurador, que siempre ha de ser una compañía de seguros, que es la entidad responsable de la cobertura en caso de siniestro, El tomador, que es el propietario de la póliza de seguro y responsable del pago de la prima correspondiente, el asegurado que es la persona a la que se asegura (bien a ella o a sus propiedades o intereses, y el beneficiario que es la persona que cobrará la indemnización correspondiente en caso de siniestro. No siempre estas tres figuras han de ser la misma persona pudiendo ser todos distintos. A modo de ejemplo: Una empresa (tomador) que paga un seguro de vida su empleado (asegurado) para que cobren sus hijos (beneficiarios) en caso de fallecimiento de este.

Póliza: es el instrumento probatorio por excelencia del contrato. Es aconsejable, leer todas las cláusulas contenidas en el mismo para tener una información completa de sus términos y condiciones. En él se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan la relación contractual convenida entre el asegurador y el asegurado.

<http://www.fasecolda.com/index.php/servicios/glosario/p/>

Los seguros se basan en el principio de la buena fe (del latín, bona fides) es un principio general del derecho, consistente en el estado mental de honradez, de convicción en cuanto a la verdad o exactitud de un asunto, hecho u opinión, título de propiedad, o la rectitud de una

conducta. Exige una conducta recta u honesta en relación con las partes interesadas en un acto, contrato o proceso. Además de poner al bien público sobre el privado dando a entender que se beneficiará las causas públicas sobre la de los gobernadores o sectores privados.

Para efectos del Derecho procesal, Eduardo Couture lo definía como la "*calidad jurídica de la conducta legalmente exigida de actuar en el proceso con probidad, con el sincero convencimiento de hallarse asistido de razón*". En este sentido, este principio busca impedir las actuaciones abusivas de las partes, que tengan por finalidad alargar un juicio.

La buena fe es aplicada en diversas ramas del derecho. En el derecho civil, por ejemplo, a efectos de la prescripción adquisitiva de un bien, en virtud del cual a quien lo ha poseído de "buena fe" se le exige un menor tiempo que a aquel que lo ha hecho de "mala fe". En general, en las diversas ramas del Derecho reciben un tratamiento diferenciado las personas que actuaron de buena o de mala fe. <http://facultad.zzl.org/areas/general/buenafe.html>/Facultad de Derecho. Consultado el 25 de noviembre de 2012.

Si bien todos los contratos deben ejecutarse de buena fe, en el contrato de seguro este principio tiene un reconocimiento especial debido esencialmente al rol que asumen las partes. En cuanto al asegurado, este principio le obliga a describir total y claramente la naturaleza del riesgo que pretende asegurar, a fin de que el asegurador tenga una completa información que le permita decidir sobre su denegación o aceptación y en este último caso, pueda aplicar la prima correcta; también se advierte en el cumplimiento de sus obligaciones durante el contrato; o en la conducta que debe observar una vez ocurrido el siniestro. En cuanto al asegurador, la buena fe le exige suministrar al asegurado información exacta de los términos en que se formaliza el contrato; se manifiesta, además, en la correcta interpretación del contrato, y en la adecuada indemnización del siniestro de acuerdo con los términos convenidos.

También existe una normatividad que rige al sector asegurador entre la cual para esta investigación traemos a colación las siguientes:

Tabla 1 Normatividad

Nombre	Descripción
Código de Comercio Título V del Libro 4	Contiene las disposiciones legales que rigen el contrato de seguro y reaseguro en Colombia.
Estatuto Orgánico del Sistema Financiero	Contiene las disposiciones legales que rigen la organización, supervisión y control de la actividad aseguradora en Colombia.
Ley 45 de 1990	“Por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones.”
Ley 35 de 1993	“Por la cual se dictan normas generales y se señalan en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el Gobierno Nacional para regular las actividades financiera, bursátil y aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público y se dictan otras disposiciones en materia financiera y aseguradora.”
Ley 389 de 1997	“Por la cual se modifican los artículos 1036 y 1046 del Código de Comercio.”
Ley 510 de 1999	"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema financiero y asegurador, el mercado público de valores, las Superintendencias Bancaria y de Valores y se conceden unas facultades"
Ley 1340 de 2009	"Por medio de la cual se dictan normas en materia de protección de la Competencia."

Ley 1328 de 2009	"Por medio de la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones."
Ley 1480 de 2011	"Por medio de la cual se expide el estatuto del consumidor y se dictan otras disposiciones."
Ley 964 de 2005	"Por la cual se dictan normas generales y se señalan en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el Gobierno Nacional para regular las actividades de manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público que se efectúen mediante valores y se dictan otras disposiciones."
Circular Básica Contable y Financiera (C.E. 100 de 1995)	Circular Básica Contable y Financiera y remisión de información.
Circular Básica Jurídica (C.E. 007 de 1996)	(C.E. 007 de 1996) Circular Básica Jurídica
Decreto 2775 de 2010	Reglamenta el Registro Único de Seguros "suministro de existencia de pólizas de seguros"

Fuente 1 Tomado <http://www.fasecolda.com/index.php/fasecolda/actualidad-juridica/normas-basicas/>

Entre uno de los riesgos inherentes de las compañías aseguradoras está el fraude interno y externo, al tomar una definición de fraude se encuentra que ha sido motivo de discusión entre diversos autores. La falta de consenso entre los expertos ha generado diferencias en las estimaciones y modelos empleados (Doig et al., 1999). Según Picard (1998), el fraude es *“el intento de obtener una compensación como consecuencia de un daño que nunca pasó o que no estaba relacionado con el accidente”*. Derrig (2002) considera que el fraude debe ser entendido como un intento voluntario, ilegal, que persigue una ganancia monetaria, involucrando la

falsificación. Mientras que Gill, Woolley y Gill (1994), definen el fraude como “*la realización intencional de una reclamación ficticia, que busca inflar el valor o agregar costos extras, o actuar deshonestamente con la intención de obtener más de lo legítimamente estipulado*”. A diferencia de estas, el Instituto Nacional de Investigación de Lucha y Prevención del Fraude (INIF), declara el fraude como “*todo acto u omisión tendiente a obtener ilegalmente un beneficio proveniente de un contrato de seguros*”. La unificación entorno a la definición del fraude es indispensable para el desarrollo de técnicas y términos comunes de lucha contra el mismo. *Manual de Indicadores Cualitativos del Fraude (2005). Instituto Nacional de Investigación de Lucha y Prevención del Fraude –INIF.*

La literatura se ha referido al fraude ocasional y al fraude organizado. El primero, también conocido como “fraude suave”, consiste en el aprovechamiento de un siniestro real con el fin de inflar el costo de una reclamación (build up), es decir, el asegurado sobrestima intencionalmente el valor. El asegurado podría también incurrir en “fraude suave” cuando incluye daños preexistentes (opportunistic fraud). En este caso, el individuo simula daños, post hoc al accidente, con el fin de obtener una ganancia económica. Por otro lado, el “fraude duro”, más asociado al hecho delictivo, se refiere a la planeación de la estafa, a la comisión de un hecho ilegal (planned fraud). Existen dos tipos de fraude organizado: el creado, que consiste en simular un accidente con el fin de cobrar la respectiva indemnización; y el inducido, el cual se basa en la ocurrencia efectiva del accidente, pero solo con el objetivo de involucrar a un tercero inocente y reclamar la indemnización.

Si bien existe un acuerdo en que el “fraude suave” es más común y costoso que el “duro”, este último también es significativo. Según la Oficina del Fiscal de Fraude en Seguros del Estado de Nueva Jersey, en los Estados Unidos “*al menos el 20% de los fraudes en seguros de vehículos*

son realizados por bandas organizadas especializadas en el cobro de indemnizaciones por lesiones personales". El INIF categoriza el fraude en seguros en dos tipos generales: en la suscripción o contratación y en el siniestro. El primero, ocurre cuando un asegurado retiene o deliberadamente omite revelar a la compañía de seguros hechos materialmente relevantes del riesgo al momento de la aplicación, con la idea de obtener un beneficio económico. Se conocen como hechos materialmente relevantes aquellos que se contraponen a las condiciones y términos de la póliza al momento de la suscripción o la renovación. Por otra parte, el fraude en el siniestro puede ser ficticio, planeado, y/o reticencia material o exageración del daño, como se mencionó anteriormente.

Clarke (1998) distingue entre tres tipos de defraudadores: el oportunista, el amateur y el profesional. El primero es aquel que, sin haber concebido la posibilidad de cometer fraude, se aprovecha del accidente y con conocimiento de ello, lo comete. El amateur comienza con acciones oportunistas, pero realiza otro tipo de hechos delictivos. Por ejemplo, participa en una colisión o confabulación de dos o más individuos para cometer el fraude.

El profesional se involucra en el fraude sistemático, ya sea individualmente o por medio del crimen organizado, este personaje se ingenia estrategias para elaborar un plan de estafa. Por otro lado, Beadle (2009) define tres tipos de defraudadores: el jugador, el vengativo y el especulador. El primero, es aquel que decide burlar al sistema de seguros y considera el fraude como un juego; el vengativo, es el personaje que ha tenido una mala experiencia con las compañías aseguradoras y por ende decide cometer fraude con el fin de hacerlas pagar; por último, el especulador es quien analiza la situación con el fin de intentar hacer fraude. Existen diferentes modalidades de fraude que han sido identificadas, que varían de acuerdo con el

momento de la comisión, el tipo de defraudador y el ramo de seguros, entre otros. El INIF ha identificado las diferentes formas que reviste el delito:

- La preparación del fraude al seguro en la misma fase de estructurar el contrato:

- Fijar abusivamente la suma asegurada o certificar falsamente.

- Doble seguro.

- Ocultación de circunstancias preexistentes a la celebración del contrato.

- La conversión de un daño no amparado en un siniestro de seguro.

- Simulación de un siniestro que no ha ocurrido.

- Provocación intencionada del siniestro asegurado.

- Fraude en el ajuste del siniestro que consiste en inflar los costos del mismo.

- Fraude al asegurador de una tercera persona

De acuerdo con la experiencia en el sector el fraude de seguro ocurre cuando la gente engaña a las Compañías o intermediarios de seguro para cobrar un dinero de una indemnización al cual no tiene derecho. De la misma forma, aseguradoras e intermediarios también pueden defraudarse entre sí o al consumidor. El fraude duro es cuando alguien simula deliberadamente un accidente, lesión, robo, incendio u otra pérdida para cobrar dinero de forma ilegal de una compañía de seguro. Por lo general, los delincuentes actúan por su cuenta, pero con frecuencia, bandas criminales organizadas, de otro lado el Fraude blando es cuando personas que no son delincuentes utilizan las llamadas “mentiritas piadosas” ante las Compañías de Seguro para aumentar el valor de la indemnización este tipo de fraude blando es un delito y aumenta el costo de la prima seguro que pagamos todos.

En ejemplo de fraude blando es el dueño del automóvil que aumenta la reclamación de un siniestro por choque de menor cuantía de manera que se cubra el monto deducible, o declara versiones falsas para que le cubra daños del vehículo anteriores y/o vehículos de familiares o amigos que no cuentan con el seguro contra todo riesgo. El propietario de una casa aumenta el valor del equipo de sus electrodomésticos que les hurtaron, o empresas que declaran menos empleados de los que tiene en realidad para pagar menos por las primas del seguro contra accidentes de trabajo.

En el caso de los fraudes entre el intermediario de seguro y las compañías aseguradoras el más común es la retención de primas, la falsificación y alteración de pólizas por parte de los agentes, en los dos últimos casos es muy difícil la identificación de estos fraudes ya que en algunas ocasiones se conocen solo al momento de la indemnización, por ejemplo el intermediario que le vende a un colegio las pólizas estudiantiles y les cobra más de la prima cobrada por la aseguradora o con vigencias diferentes.

Ahora bien, la concepción jurídica del fraude en seguros también difiere con las legislaciones. La mayoría de los Estados Americanos han creado el delito específico del fraude en seguros y por ende han implementado penas privativas de libertad exclusivas para esta conducta. Argentina y Costa Rica también reconocen al fraude en seguros como un tipo penal autónomo. Mientras que países como el Reino Unido, Canadá y Colombia han utilizado el delito general del fraude para encausarlo como un tipo penal. Sin embargo, en el año 2006, el Reino Unido creó la ley antifraude y tipificó los delitos de *“falsa declaración y el no revelar información cuando la persona tiene el deber legal de hacerlo en un contrato de seguros, lo que se considera un abuso de poder de posición”*.

En Colombia se utiliza la estafa para referirse a la configuración de esta conducta. Paralelamente, el delito de falsedad en documento privado podría configurarse al hacer uso de documentos requeridos por las aseguradoras y/o pólizas falsas. Delitos conexos como fraude procesal, concierto para delinquir, lesiones personales, lavado de activos y falsedad en testimonio también se podrían ver involucrados en casos de fraude en seguros. Es importante aclarar que la concepción jurídica tiene dos aproximaciones: la penal y la civil. La primera, se refiere al fraude como delito o crimen y lo concibe como una acción que debe ser castigada. Las disposiciones civiles, en cambio, consideran el fraude como un cuasi-delito. El Código de Comercio de Colombia contempla este tipo de disposiciones: reticencia, el cambio material en el estado de riesgo, el aviso del siniestro y seguros coexistentes. Todo lo anterior se sustenta en el entendido que un acuerdo legal entre el asegurado y el asegurador se basa en el principio de “uberrimae bona fidei”, lo que obliga a las partes a revelar la información que podría influir en los términos del contrato, así no esté explícito.

Dado que la carga de la prueba recae sobre el asegurador, éste debe contar con elementos probatorios que evidencien que el asegurado actuó de “mala fe”. Picard (2009) afirma que el *“principio de buena fe es el pilar principal del contrato de seguros”*. Mediante un estudio económico, el autor demuestra que incluso en un escenario en donde el asegurador no puede comprometerse previamente a implementar estrategias de verificación de riesgo, el principio de buena fe sirve como herramienta para mejorar las ineficiencias del mercado de seguros.

A pesar de las diferencias existentes en el tratamiento del fraude de los distintos sistemas legales, existe el común acuerdo de considerar el fraude en seguros como una acción incorrecta que origina una pérdida financiera de grandes proporciones para la industria aseguradora y la sociedad. No obstante, la percepción del fraude varía entre compañías y países. Como lo describe

Cabrera (2011), existen dos categorías de la concepción moral del fraude: *la projudicial y la prosolución directa al fenómeno*. La primera consiste en el compromiso de las compañías de seguros de utilizar el procedimiento civil y penal en busca de un castigo. Por el otro lado, hay compañías que prefieren solucionar los litigios por medio de iniciativas privadas de conciliación directas entre el asegurado y el asegurador. Como se mostrará más adelante, la literatura ha demostrado que el compromiso de la industria aseguradora en la lucha contra el fraude es un elemento fundamental que sirve para disuadir a un potencial defraudador. La aprobación de leyes específicas de fraude en seguros podría tener un impacto directo en la conciencia pública y en la credibilidad de las compañías aseguradoras. Para fomentar la concepción projudicial del fraude es necesario que el Estado fortalezca la respectiva legislación e introduzca penas creíbles que tengan un efecto disuasivo. Por ejemplo, la Coalición contra el Fraude en Seguros de Estados Unidos promovió una ley modelo que le exige a las compañías de seguros el deber de informar a la autoridad competente frente a sospechas de fraude. El laxo tratamiento legal también está acompañado de la falta de atención de los fiscales, pues no ven este delito como una prioridad debido a su dificultad probatoria y a la atención de la comisión de otro tipo de delitos. Sin embargo, en contraposición, Badle (2009) afirma que la razón principal que induce a que una persona desista de cometer el delito de fraude en seguros es la posibilidad de no ser cubierto por el seguro en el futuro, y no precisamente la amenaza de ir a la cárcel.

Por último, el fraude en seguros parece tener una aceptación social general, pues la conducta no es considerada grave. La ausencia de estigmatización social hacia los delincuentes que cometen fraude en seguros se debe, entre otras cosas, a la mala imagen que percibe el público de las compañías. Ball et al. (2006) afirman que las circunstancias personales y el resentimiento hacia las compañías de seguros son determinantes al realizar el fraude. De otra

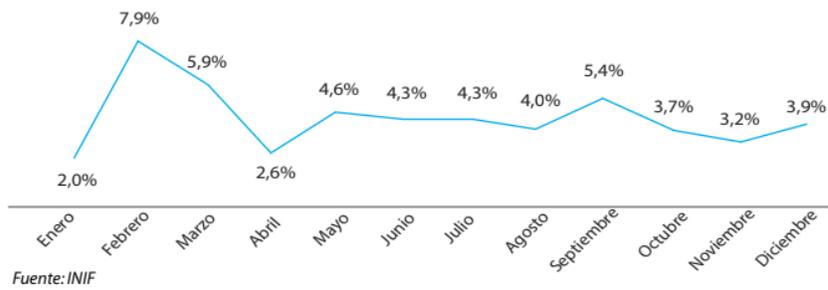
parte, Cummins y Tennyson (1996), y Tennyson (1997), encuentran que las actitudes individuales son influenciadas por las normas, la ética y las condiciones socioeconómicas, y por ende la aprobación del fraude se manifiesta, con mayor frecuencia, en individuos con una percepción negativa de las instituciones de seguros. Según una encuesta realizada por el INIF en el año 2006, los colombianos tienen una alta tolerancia frente al fraude, entre otras, porque de las víctimas de un siniestro:

El 25,6% cometería fraude si los daños no son cubiertos en su totalidad por la póliza, el 16,5% cometería fraude si las circunstancias se lo permiten o si una situación personal lo justifica, el 13,4% alteraría la información sobre el estado de su vehículo en el momento de asegurarlo, el 17,1% cometería un fraude a los seguros de automóviles.

LA DETENCION DEL FRAUDE

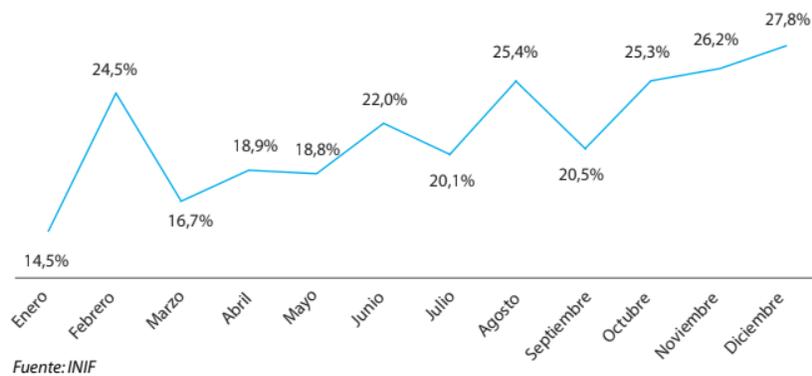
De los casos investigados en INIF para el Ramo Autos, el porcentaje promedio de detección de fraude mensual para el año 2017 fue de 4.31%, con un porcentaje máximo de casos de fraude del 7.9%.

Imagen 1



Detección de fraude, posibles objeciones y casos con indicadores de fraude en el año 2017.

Imagen 2



Es correcto a este indicador adicionarle el porcentaje de casos que además fueron determinados como una posible objeción, dado que se halló alguna irregularidad en el siniestro y/o en la reclamación. Al unir los desenlaces de los casos mencionados y los casos en los que se hallaron indicadores de fraude, se obtiene un indicador mensual promedio del 21.73% del total de casos investigados en INIF, con un porcentaje máximo de casos asociados a fraude o a una posible objeción del 27.8%.

El fraude de las pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)

Es una de las problemáticas más significativas a las que se ve enfrentada la industria aseguradora e implica grandes pérdidas monetarias para la economía pública. Solamente durante el año 2017,

el fraude en este sector le costó al sistema de salud \$249.154 millones, principalmente a través de las modalidades de vehículos no identificados (“carros fantasma”) o que no tenían el SOAT vigente (Revista La República, 2018).

Así mismo, se identificó un incremento en otras modalidades de fraude al SOAT que influyen directamente en las arcas de salud pública. Por ejemplo, La Federación de Aseguradores Colombianos (2018), indica que “se han impuesto más de 240 multas contra EPS implicadas en irregularidades, como: pacientes fantasmas, dobles cobros en la movilización de los lesionados, alteración de formularios e inexactitud en historias clínicas”.

Fraude en el Ramo SOAT ha tenido un efecto negativo en la sociedad, el cual ha llevado a sus actores a cometer conductas que superan cualquier precedente. Durante el mes de febrero del año 2018, la personera y la Secretaría de Salud de la ciudad de Pereira (Colombia) denunciaron que los conductores de ambulancias han llegado a implementar armas de fuego y corto punzantes para coaccionar a pacientes con urgencias médicas por accidentes de tránsito o incluso a otras empresas que prestan el servicio, con el pago por parte de las EPS (Redacción Pereira-El Tiempo, 2018). De igual forma, el Instituto Nacional de Investigación y Prevención de Fraude – INIF, identificó que esta modalidad se presenta con gran regularidad en la ciudad de Cali. *Boletín de interés No. 06 abril de 2018 INIF.*

CAMBIOS DE PROCEDIMIENTOS: algunas clínicas realizan procedimientos que implican TAC (Tomografía axial computarizada) con Reconstrucción Tridimensional, y en las cirugías de fracturas que requieren injerto óseo. Los costos de estos procedimientos alcanzan un promedio de \$1´500.000 aproximadamente y las IPS cobran un valor de \$19.680.725 (Agotamiento de Póliza).

El fraude de seguro es difícil de medir porque una gran cantidad no se detectan y no se ha realizado todavía una investigación a fondo del tema. Ya que son varias modalidades de fraude, pero sí se concluye que impacta bastante al sector financiero a la población en general.

A veces las aseguradoras acceden. La mayoría de las compañías de seguro toman medidas firmes contra el fraude, pero algunas lo fomentan inadvertidamente cuando pagan con demasiada facilidad las reclamaciones. Estas compañías creen que es más barato pagar reclamaciones pequeñas, aunque se tengan sospechas de fraude, que pelearlas ante un juez y un arreglo rápido puede también evitar demandas multimillonarias ya que ocasiones el defraudador termina como víctima y hay que indemnizarlos, pasa con mayor frecuencia con los empleados.

En Colombia la justicia tiene muchas debilidades tiene posiciones muy blandas con los estafadores que son declarados culpables, las sentencias son cortas, les dan casa por cárcel, ya que las cárceles están en hacinamiento grave y prefieren reservar espacios para personas condenadas por delitos de mayor violencia.

En Colombia más de 90.000 delincuentes, responsables de los delitos que más afectan a los ciudadanos, fueron capturados en repetidas oportunidades, algunos hasta 70 veces. Menos del 20 por ciento terminó en la cárcel. <https://www.semana.com/nacion/articulo/en-colombia-la-mayoria-de-los-delincuentes-no-van-a-la-carcel/515069>.

Futuro aún más riesgoso

Las compañías con el afán de estar a la vanguardia están entrando el mundo tecnológico y en un país donde aún no tiene las garantías suficientes para control del fraude, se va a incrementar este fenómeno aún más con la entrada de la era del contrato inteligente (smart contract) se refiere a cualquier tipo de contrato entre dos o más partes, en los cuales el grado de

vulnerabilidad de los asegurados es mayor ya que hay una tendencia mayor a comprar pólizas inexistentes y a aseguradoras a conocer menos al cliente.

Conclusión la solución es de todos

Todos pagan por el fraude de seguro y por eso, todos deben unirse para erradicar estas estafas. Consumidores, autoridades, entes de control, compañías de seguro, el sector de la salud, médicos, abogados y muchos más deben formar parte de la solución. El fraude de seguro va a desaparecer sólo cuando los delincuentes se den cuenta que el fraude es un camino rápido a la cárcel, no para conseguir dinero fácil.

No se necesitan más leyes, se requieren que sean efectivas, que los jueces no sean vulnerables a los actos mal intencionados de los delincuentes, que se cuente con penas ejemplares, que se cuente con acompañamiento para la recolección de pruebas ya que en el momento los jueces carecen en algunos casos de desconocimiento del sector asegurador, realizar investigaciones de los casos, realizar pruebas de simuladores de fraude las cuales consisten en Concientizar a los asegurados que el fraude nos afecta a todos, brindar campañas de verificación de sus seguros que sean reales, solicitar siempre los clausulados, requerir en caso de siniestro copia de la factura con el detalle de lo que le están facturando y en caso de encontrar anomalías denunciarlas.

Implementar líneas de atención para recibir inquietudes y sospechas sobre potenciales casos de fraude. Es una herramienta que deberá contar con las características de disponibilidad, confidencialidad y anonimato para que el registro de los casos se realice bajo los protocolos adecuados, asegurando la asistencia y la protección del denunciante contra posibles represalias.

Las auditorías internas fortalecer el monitoreo, evaluación de los programas y los controles antifraude. Tiene como fin identificar y corregir las deficiencias de los procesos

identificados durante las investigaciones y realizar alianzas con las autoridades competentes para apoyo de coger flagrancia a los delincuentes.

Se debe contar con el apoyo de personas especializadas en fraude, como es el caso de las agencias de investigación privada, para realizar las actividades de reconstrucción de las circunstancias de tiempo, modo y lugar de los hechos.

Referencias

Artís, M., Ayuso, M., Guillén, M. (1999)

Técnicas cuantitativas para la detección del fraude en el seguro del automóvil, Anales del Instituto de Actuarios Españoles, 5, 51- 83.

Ayuso, M., Guillén, M. (2000).

Errores de Respuesta en la Clasificación de Siniestros Fraudulentos en el Seguro de Automóviles.

Bardey, David. (2008).

Asimetrías de la información en los Mercados de Seguros: Teoría y Evidencia. Revista Fasecolda no 125, pp.14-18.

Beadle, John. (2009).

El Fraude a los Seguros como un Problema de Seguridad Pública: Alianza y Estrategias de Prevención.

VI Seminario Internacional de Prevención de Fraude en Seguros. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.

Bernal, Jaime. (2005).

Fraude en Seguros y Conexos. En II Seminario Internacional de Fraude en Seguros. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia.

Cabrera, Jorge. (2008).

Retos en la Lucha contra el Fraude y el Valor Agregado de Tercerizar el Riesgo de Fraude. En V Seminario Internacional de Prevención del Fraude en Seguros, pg. 55.

Cerrillo, L. (2012, Abril)

El intento de fraude al Seguro sube un 10,5% en 2011. INESE. Tomado el día 11 de febrero del 2013 del portal <http://blog.genesis.es/aumentan-los-fraudes-al-seguro-una-mirada-a-las-estadisticas-del-2011/>

En revista Dinero Liberty advierte sobre 2 fraudes comunes que intentan algunos asegurados <https://www.dinero.com/pais/articulo/liberty-seguros-revela-metodos-de-estafas-a-aseguradoras/258591>

En revista Semana <https://www.semana.com/nacion/articulo/en-colombia-la-mayoria-de-los-delincuentes-no-van-a-la-carcel/515069>.

Noticias RCN *La Federación de Aseguradores Colombianos, Fasecolda, advirtió que la viabilidad del SOAT está en peligro debido a que los fraudes con este seguro llegaron a niveles alarmantes.* <https://www.noticiasrcn.com/nacional-pais/fasecolda-advierte-el-soat-esta-peligro-debido-al-fraude-las-ips>

Programa Séptimo día <https://noticias.caracoltv.com/septimo-dia/guerra-de-ambulancias-paramedicos-estarian-la-caza-del-soat-en-accidentes-de-transito>
<https://noticias.caracoltv.com/septimo-dia/timadores-en-accidentes-de-transito-peatonos-se-lanzan-carros-para-obtener-dinero-ie134>

Fasecolda (2012).
Encuesta de Objeciones no Subsanables a las Reclamaciones.

Fasecolda (2012).
Estadísticas.

Fernández, Laude. (2008).
Estado de la Prevención del Fraude en Colombia: Primer Modelo Científico. Revista Fasecolda. no. 127, pp. 42-44.

ICEA (1997).
Manual de Medidas contra el fraude en los Seguros de Riesgos Diversos, pág 26.
Instituto Nacional de investigación de Lucha y Prevención del Fraude –INIF, (2005).
Manual de Indicadores Cualitativos del Fraude.