

El fraude al seguro

MIGUEL ÁNGEL VÁZQUEZ

Coordinador de Prevención y Lucha contra el Fraude de UNESPA

LA REALIDAD: EL FRAUDE

A menudo nos encontramos en la vida con realidades que conocemos muy bien, pero que sin embargo, tal vez por lo bien que las conocemos, no sabríamos definir adecuadamente. El fraude al seguro es una de estas realidades. Cuando varias personas se reúnen para hablar de este tema, invariablemente se producirá al principio una apariencia de consenso que incluso nos dará la impresión de no dejar ámbito para la duda. Sin embargo, si somos lo suficientemente hábiles como para plantear las preguntas adecuadas, es probable que no tardemos mucho en ser capaces de hacer tambalearse esas convicciones.

Entendámonos: hay muchas cosas que son fraude, y nadie cuestiona lo contrario. El rey del fraude evidente y palmario es el siniestro inventado o realmente no producido. Aquí no encontraremos muchas personas dispuestas a sostener que el comerciante que robó su propia tienda, o el propietario que quemó su propio edificio, están cometiendo fraudes a sus entidades aseguradoras. Pero si, por ejemplo, planteamos un caso canónico, que es aquél en el que un conductor experimentado trata de hacerse pasar como agente provocador de un accidente leve que en realidad ha provocado su joven hijo inexperto o que incluso ni siquiera tiene todavía carné, nos encontraremos con personas que, para esa actuación, reservarán palabras como «truco», «mentirijilla» o similar; pero le regatearán a la anécdota el derecho (más bien el deber) de ser llamada «fraude». Confesaré aquí que este mismo supuesto me ocurrió a mí hace no muchos años, en la confluencia de las calles Diego de León y Príncipe de Vergara; y me costará olvidar la cara que puso el pobre señor que salió de su coche (por el lado del copiloto), me explicó que le estaba dando unas clases informales a su hijo adolescente, y me ofreció «trucar» el parte de accidentes, cuando le dije: «ya lo siento, pero es que ha chocado usted con el único tipo en toda España que no puede hacer eso».

Así pues, empecemos por una definición de fraude. Es la definición del autor de estas notas y, consecuentemente, sujeta a cualquier discusión. Y tiene sentido airearla en un texto destinado a ser publicado en una revista profesional actuarial porque, en mi opinión, para definir adecuadamente el fraude es necesario echar mano de la técnica aseguradora. Las definiciones ligeras, intuitivas o coloquiales siempre se van a dejar algo por ahí.

Partiendo de la base de que, en técnica aseguradora, o al menos eso me han enseñado los actuarios, la prima (de riesgo) puede considerarse como el valor teórico del siniestro y la prestación el valor real, fraude es toda aquella actuación consciente por la cual alguien, sea tomador, asegurado, tercero u otro, genera una inequivalencia entre una y otra. O, dicho de otra forma: fraude es toda aquella actuación consciente que, de haber sido conocida por el asegurador, le habría llevado a calcular una prima de riesgo diferente, se entiende más elevada, que la que verdaderamente ha calculado.

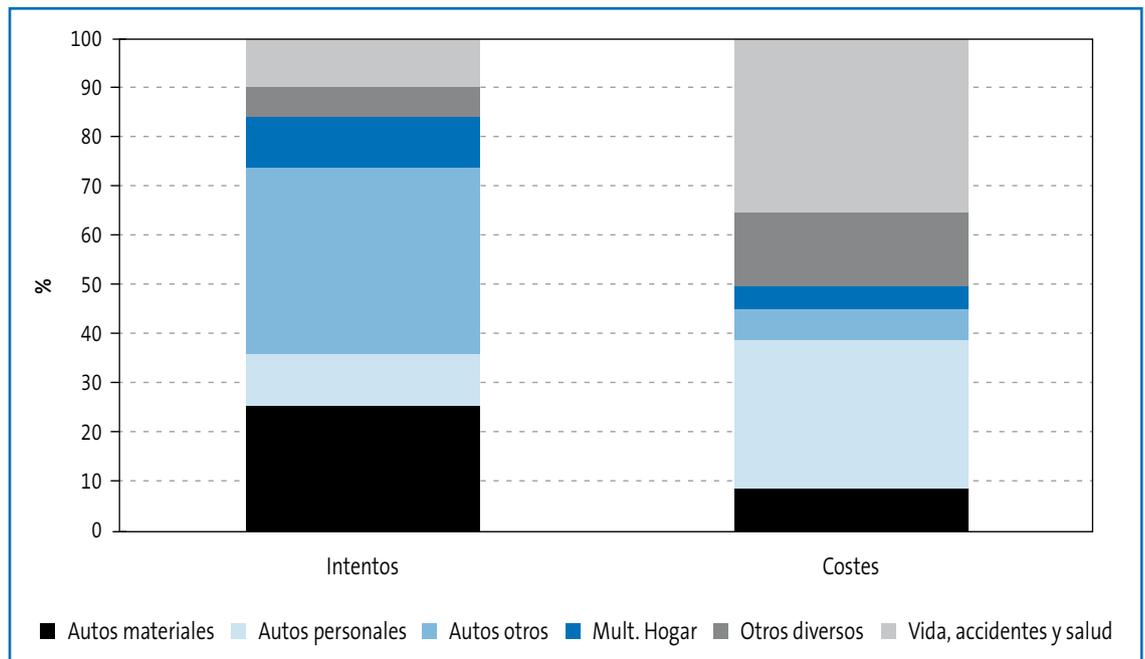
¿Estamos bien? Sólo lo parece porque, en realidad, el debate sobre qué es fraude viene siendo de tiempo atrás un debate interminable que no acaba por tener una solución clara; y esto es así porque, al fin y a la postre, en cada casa, en cada entidad, definir el fraude acaba siendo una opción estratégica propia.

La segunda pregunta que siempre se hace es: ¿cuánto cuesta el fraude? La pregunta, en sí, tiene mucho de irresoluble, porque valorar el fraude no deja de ser una actividad consistente en valorar algo cuya magnitud, por definición, se ignora. Uno sabe el fraude que ha localizado o contra el que ha luchado; pero lo que no sabe, por definición, es cuántos defraudadores han escapado a su lupa y han conseguido sus objetivos.

El sector asegurador español cuenta, en este sentido, con una ayuda inestimable, que es la estadística de fraude intentado y localizado que realiza Investigación Cooperativa de Entidades Aseguradoras (ICEA). Aunque sea un trabajo que tenga el problema de una representatividad relativamente baja, la naturaleza del fenómeno que está abarcando, que hace que por lo tanto las estimaciones a total del mercado no puedan tener otra condición que la de aproximaciones a la realidad, hace que en este aspecto, cuando menos en mi opinión, debamos ser más lenitivos que en otro tipo de aproximaciones cuantitativas en el mundo del seguro.

La manipulación de las cifras de ICEA, que son muestrales, para construir una totalización al mercado, nos lleva a la estimación de que en el mercado de seguros español se producen unas 355.000 tentativas de fraude cada año, en las que se intenta defraudar aproximada-

GRÁFICO 1. Distribución estimada de los fraudes y sus costes en el 2013



Fuente: Estimación propia con datos de ICEA y de la DGSPF.

mente 1.200 millones de euros. En el Gráfico 1 ofrezco una visión sobre cómo se distribuye el fraude por ramos y modalidades.

Tal y como puede verse, el panorama del fraude es bien distinto según que se observe desde el punto de vista del número de casos que a través del prisma de sus costes. En términos generales, siempre que interviene en el fraude la valoración de lesiones a las personas, o su vida, dicho fraude tiende a ser muy importante en costes aunque no tanto en lo que podríamos denominar «puntos de investigación». Por esta razón, yo creo que es racional formular el principio de que lo que da o quita en materia de lucha contra el fraude, a escala de entidad, es, probablemente, el pequeño fraude: el fraude muy frecuente, que se intenta muchas veces, pero tiene costes relativamente bajos.

Digo esto porque el gran fraude o fraude clásico (y lo llamo así porque es aquél en el que todo el mundo piensa: la gravísima tetraplejía que no lo es, el incendio de la nave industrial, etc.), precisamente por su frecuencia relativamente escasa, es un tipo de fraude relativamente fácil de individualizar, y rentable de tratar. Tanto el intento de fraude medio en casos de invalidez o muerte (contra seguro de vida) rondan los 38.000 euros, que es una cifra que, en sí, porta el incentivo para la entidad de analizar el caso con detalle y llegar hasta el final en la propia investigación. Pero, sin embargo, si vemos la magnitud del fraude medio en daños materiales autos (unos 830 euros), en lunas (un poco más de 500) o in-

cluso en hogar (1.100 euros), nos encontraremos con supuestos que, además de presentarse muchas veces, tienen costes individuales relativamente bajos que pueden operar como desincentivo a la investigación si se comete el error de no ver la foto completa (volveremos sobre esto cuando hablemos del perfil de cambio hacia el fraude). El fraude en daños corporales cargados contra el seguro del automóvil es el 7,6% de todos los fraudes intentados al seguro del automóvil, pero el 13% de sus costes. Más exagerada es la realidad del fraude al seguro de responsabilidad civil general, que es el 4% del fraude en diversos mientras que su peso en los costes triplica este porcentaje.

Es posible que el lector se esté preguntando en este momento: si el tema del fraude es tan inaprehensible; si, realmente, medirlo y valorarlo es tan complicado, ¿por qué hacerlo? Las razones son varias, pero entre ellas destaca una de forma muy importante.

La estimación de los costes mínimos de fraude permite derivar una cifra que es, me atrevería a decir, la más importante a la hora de construir un discurso a escala sectorial sobre el fraude: ese dato es el impacto en prima. Si recordamos la definición que hemos dado anteriormente, podemos entender este impacto en prima como la valoración de la desviación que se produce entre coste teórico y coste real por efecto de acciones dolosas, conscientes y malintencionadas. Acciones que, por lo tanto, rompen el entorno de buena fe que según nuestra legislación de contrato sirve de paraguas a la relación de seguro.

Es éste, como digo, el punto de información más importante. Y los datos, en este sentido, nos dicen que el impacto en prima del seguro del automóvil es de unos 21 euros por contrato. Esto es: hablando en términos medios, en todo contrato de seguro del automóvil que se vende en el mercado español hay una franquicia implícita de 21 euros. Una «franquicia de fraude», por la cual los primeros 21 euros que paga el asegurado honrado se dirigen a sostener las consecuencias de las acciones fraudulentas de los no honrados.

EVOLUCIÓN RECIENTE DEL FRAUDE

Los datos de que disponemos nos sugieren con bastante claridad que la crisis económica ha impactado en el fraude, generando un aumento muy significativo del mismo.

En este terreno, me gustaría sacar a colación una expresión que ya he utilizado algunos párrafos más arriba: el perfil de cambio hacia el fraude. Normalmente, cuando se producen aproximaciones a la realidad del fraude al seguro, se parte de la base teórica de que en situaciones estables y en mercados razonablemente maduros, el fraude tiende a ser estable en términos relativos. Esto quiere decir que, en las condiciones antedichas, cada porción de nuevo mercado que se capta trae aparejada, por así decirlo, una proporción de fraude que es similar a la observada en la cartera previamente vigente. En entornos de estabilidad, por lo tanto, valorar el impacto del fraude observado viene a equivaler con observar la eficacia de las políticas de prevención y lucha contra el mismo que se tienen implantadas.

El dinamismo social y, sobre todo, económico, cambia esta realidad. Introduce un elemento de cambio que plantea retos interesantes a las entidades aseguradoras, porque a menudo impulsa cambios en sus propias políticas de prevención y lucha contra el fraude.

El mercado asegurador español es un mercado bastante maduro. Totalmente maduro en el caso del seguro del automóvil por causa de su obligatoriedad. Pero también en lo que se refiere al seguro del hogar, que abarca aproximadamente al 65% de las viviendas españolas; y extensamente distribuido en productos como decesos, vida, o los seguros adquiridos por los agentes económicos. Es, por lo tanto, un sector asegurador candidato a experimentar una estabilidad perceptible en sus cifras y ratios de fraude. Sin embargo, la crisis económica ha cambiado esto.

La principal consecuencia que tiene una profunda y prolongada crisis económica sobre el fraude es la multiplicación del fraude informal. Desde un punto de vista conductista, el fraude puede estar impulsado por dos grandes grupos de incentivos:

Los momentos de crisis se caracterizan por una intensificación del aquí denominado fraude informal. Al colectivo «tradicional» de defraudadores viene a unirse este nuevo elemento, además de forma bastante masiva

- La pulsión criminal de alguien que «vive», por así decirlo, de cometer actos ilícitos, normalmente con altas expectativas de enriquecimiento, bien sea por intentar uno o pocos fraudes muy caros (es lo menos frecuente: la exposición a investigaciones y persecuciones es muy elevada) o abordar la realización de muchos fraudes repetidos, de forma organizada.
- El denominado fraude informal o casual, cometido por personas, normalmente en una situación económica que es o perciben como comprometida; personas que no tienen una intención sistemática de defraudar sino que, simplemente, «se cruzan» con una oportunidad, y deciden aprovecharla.

Los aficionados al cine reconocerán el primer patrón en una película de 1993, *Malice*, que se estrenó en España con el mismo título (Malicia), protagonizada por una mujer (Nicole Kidman) y un médico (Alec Baldwin) que se juramentan para generar una indemnización millonaria por negligencia médica. Mientras que el segundo patrón lo encontrarán en el clásico de Billy Wilder *The fortune cookie*, en España En bandeja de plata, película en la que un honrado cámara de televisión (Jack Lemmon) es convencido por un amigo abogado, caradura y logrero (inevitablemente, Walter Mathau) para que simule graves daños corporales tras haber sido atropellado durante un partido por un delantero de fútbol americano. En verdad, en el fraude informal no hay que infravalorar el papel del «autor intelectual», normalmente un amigo o conocido.

Los momentos de crisis se caracterizan por una intensificación del aquí denominado fraude informal. Al colectivo «tradicional» de defraudadores viene a unirse este nuevo elemento, además de forma bastante masiva. Se trata de una incorporación que tiene algunas características básicas, que podríamos resumir de la siguiente manera:

- 1) Suele incidir en ramos-masa, aunque puede estar presente también incluso en ramos del seguro no suscritos por las personas físicas.
- 2) Incide sobre todo en riesgos de cuantía media relativamente baja. Esto quiere decir que:

- a. Actúa fundamentalmente en ramos de seguro de suscripción masiva.
- b. Intenta fraudes por una cantidad unitaria relativamente baja, incidiendo muchas veces en coberturas del contrato relativamente modestas.
- c. Su fortaleza, por así decirlo, no está en la dificultad del asegurador en investigar su fraude, sino en el doble argumento de que: el asegurador ha de enfrentarse a muchos casos; cada uno de dichos casos, considerados individualmente, puede llevar a la impresión de que no merece la pena perseguirlos. En otras palabras, si el defraudador clásico o profesional confía en que no va a ser descubierto, el defraudador informal o de crisis confía en que no va a ser investigado.

Lo más notable del fraude informal es que genera un cambio de patrón en las tendencias fraudulentas: esto es el «perfil de cambio hacia el fraude» del que hablaba anteriormente.

El perfil de cambio hacia el fraude se puede identificar con aquellas características evolutivas que se producen en un ramo de seguro cuando se ve impactado por el fraude informal. Normalmente, como decía, como consecuencia del deterioro de un determinado clima económico y social general. Este cambio de perfil, cuando menos en los riesgos masa aunque yo creo que puede formularse de otros, se caracteriza por dos movimientos simultáneos: un aumento del número de siniestros y un descenso del coste medio del siniestro.

La actividad de seguros que mejor ha expresado este perfil en los últimos años es el multirriesgo del hogar; que

ha sido, además, uno de los principales teatros de la intensificación del riesgo. El acopio de los datos que la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) publica en sus boletines trimestrales, dedicados al seguimiento de los siniestros ocurridos por periodos, nos revela una historia reciente de este tipo de seguros caracterizada por este «perfil de cambio hacia el fraude». Así, en el multirriesgo del hogar nos encontramos con el número de siniestros anotado es un 89% superior en el 2013 que en el 2005, mientras que el coste medio está un 8% por debajo en términos nominales. Parecida dinámica observamos en el multirriesgo de comunidades, aunque algo más atemperada, probablemente, por el hecho de que se trata de un seguro con un mayor nivel de selección de riesgos.

En el caso de las coberturas del automóvil, que es el ramo más frecuentemente utilizado al hablar de fraude, encontramos con que el impacto de la crisis no es tan neto en el sentido de dibujar un perfil de cambio hacia el fraude. Sí se ve en los accidentes con daños corporales graves, que responden al patrón de una siniestralidad creciente en número y decreciente en costes unitarios.

En la tabla 1 se puede comprobar la dinámica de siniestros y costes medios de diferentes coberturas masivas en los últimos años.

Estos datos nos enseñan dos cosas importantes. La primera es que el patrón de cambio hacia el fraude, que puede resumirse como la incorporación masiva de siniestros «baratos» que pretenden protegerse con el argumento de que al asegurador que pretenda luchar contra ellos le «salga más caro el collar que el perro», tiene resultados muy relevantes para la actividad. Aunque en una perspectiva microsiniestral pueda parecer que «no merece la pena»

Tabla 1. Siniestros y costes medios de diferentes coberturas masivas en los últimos años

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ costes 2013/2005
Multirriesgo hogar	Siniestros	100	111,9	119,4	132,8	147,6	168,4	164,0	175,0	189,1	74,1%
	Coste medio	100	101,1	104,2	106,1	103,0	101,0	96,9	95,5	92,0	
Multirriesgo comunidades	Siniestros	100	111,0	110,8	118,4	132,5	144,1	131,0	129,2	143,9	43,0%
	Coste medio	100	102,6	109,2	114,0	114,1	103,0	103,5	103,5	99,4	
Autos RC corporal graves	Siniestros	100	105,9	175,5	160,6	31,3	161,8	166,0	123,4	180,3	-17,8%
	Coste medio	100	90,8	41,8	54,7	171,6	50,7	45,4	53,7	45,6	
Autos RC corporal leves	Siniestros	100	106,4	97,7	97,4	108,3	91,5	92,8	103,3	95,3	-19,0%
	Coste medio	100	93,0	111,5	97,1	101,0	95,8	96,0	87,8	84,9	
Autos RC material	Siniestros	100	95,3	89,1	85,9	77,2	72,4	68,0	64,5	59,4	-29,2%
	Coste medio	100	100,7	113,5	112,9	125,9	120,1	118,7	117,3	119,2	
Autos robo	Siniestros	100	92,6	92,5	98,5	115,8	102,9	93,5	92,7	77,3	-22,9%
	Coste medio	100	104,5	117,6	127,7	109,1	107,0	107,4	98,1	89,8	

Fuente: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP).

luchar contra ese fraude, es sólo cuestión de tiempo que la entidad o conjunto de entidades, al observar la cartera en su conjunto, se den cuenta de hasta qué punto está presionando esa realidad a sus costes. El número de siniestros desborda rápidamente los ahorros (teóricos) generados por la caída del coste medio.

El hecho de que la realidad en autos sea otra nos lleva a la segunda conclusión. Y la conclusión es que el fraude muta, cambia. El ramo de autos ha seguido, en estos años de la crisis, un perfil clásico en su siniestralidad. La exposición al riesgo, si la medimos en términos de consumo medio de carburantes por vehículo, ha caído, según nuestros cálculos, en el entorno del 24% con la crisis. Si se observan los porcentajes evolutivos de la última columna de la tabla, se comprobará hasta qué punto esa cifra es coherente con la marcha de la siniestralidad. Por lo tanto, si el seguro del automóvil es, nadie lo niega, el «rey» del fraude, también lo es que la homogeneidad de estas cifras hace sospechar que lo ha hecho, en términos de peso, mucho menos que en el caso del multirriesgo.

Las consecuencias de la mutación del fraude para los aseguradores son bastante evidentes. En términos generales, los cambios operados en el perfil del fraude plantean un reto para la gestión del mismo en tanto que se hace necesario rebajar, en ocasiones de forma muy notable, el umbral de permisividad del fraude. O si se prefiere, el nivel de fraude intentado por encima del cual las entidades prescriben acciones de valoración e investigación, y eventualmente las correspondientes gestiones de orden jurídico-legal. Como ya se ha dicho anteriormente, es importante superar la visión de los fraudes que, uno a uno, pueden parecer poca cosa, para acceder a una percepción más global, que permita valorar adecuadamente la dinámica del fenómeno.

EL FUTURO

No sabemos a ciencia cierta si en el futuro volveremos a ver la realidad que estábamos acostumbrados antes de la crisis. Es cierto que, conforme mejoren las rentas de los particulares, lo que aquí hemos denominado perfiles de cambio hacia el fraude deberían cambiar, moderando el crecimiento de la siniestralidad. También lo es, en todo caso, que en ramos como el del automóvil la recuperación de una dinámica económica con un consumo más alegre debería incidir en una mayor exposición al riesgo y, dado que ésta trae aparejada un componente fraudulento, ello debería impulsar el fraude de alguna manera.

Sea cual sea la evolución, parece bastante claro que la evolución decidida de las entidades, consideradas tanto individual como colectivamente, tiene que ver con el desarrollo de herramientas cada vez mejores y más potentes, y con



el impulso de protocolos antifraude de variada naturaleza. En el terreno colectivo, el sector ha dado un paso decidido con la construcción del Fichero de Pérdida Total del seguro del automóvil. Este proyecto ha de ser visto por su contenido concreto, pero también por lo que supone de primer paso de un sector a la hora de establecer, en pleno respeto de la normativa, de aquellos instrumentos que la ley le permite para luchar contra las prácticas fraudulentas.

A escala individual, aunque evidentemente los perfiles son variados, cualquier persona que trabaje en materias relacionadas con el fraude podrá decir que ha detectado en los últimos tiempos una intensificación y profesionalización de las políticas en esta materia en las entidades. Las entidades aseguradoras, además, no pueden olvidar que el impacto del fraude en sus cuentas es uno de los subriesgos que forman parte de lo que, en métodos de gestión basados en riesgos como Solvencia II, se denomina el riesgo operacional. Aunque el cálculo de la carga de capital por riesgo operacional en Solvencia II tiene más elementos de indefinición que otros riesgos y subriesgos del sistema, parece bastante claro que, en el futuro, aquella entidad que quiera obtener un ahorro en su carga de capital derivada del elemento de fraude del riesgo operacional, tendrá que hacerlo mediante la demostración fehaciente de que tiene implantados esquemas, protocolos y rutinas de trabajo exigentes en el estudio, prevención y lucha contra el fraude.

Esta tendencia, junto con otras, es la que viene a explicar que se detecte una corriente generalizada e imparable hacia la tecnificación en la lucha contra el fraude; tecnificación, o si se prefiere eficiencia, que no tiene sino un beneficiario, que es el propio cliente de seguros. No debe olvidarse que, al fin y a la postre, el cliente es quien corre con las consecuencias de los engaños que otros perpetran.