

UNA ESTRATEGIA TRIPARTITA CONTRA EL FRAUDE

Por Allan R. Paliotta y Michael Radigan *

El fraude en los seguros ha estado recibiendo mucha atención últimamente. En 1994, el Congreso de los Estados Unidos hizo del hurto de activos de las aseguradoras un crimen. Igualmente, según la última cuenta, 36 estados americanos le exigen a los aseguradores informar los casos de fraude a los departamentos de seguros, colocar advertencias contra el fraude en aplicaciones o formularios de reclamaciones, contar con un plan de prevención del fraude o

establecer una unidad especial de investigación del mismo. Se espera que para el año 2000 la totalidad de los estados tendrán estatutos contra el fraude en los seguros.

Pero, ¿Qué es fraude en el seguro?

La mayoría de la gente diría que el fraude involucra reclamaciones engañosas, perpetradas *en contra* de un asegurador. Aunque esta respuesta intuitiva es correcta, es incompleta. El fraude en el seguro incluye, pero no se limita, al fraude en las reclamaciones. También puede afectar a una amplia gama de víctimas, incluyendo los asegurados, posibles clientes, los empleados y la misma compañía de seguros.



EL COSTO REAL DEL FRAUDE

Nadie conoce el costo real del fraude en el seguro. Según *Insurance Fraud: The Quiet Catastrophe* (Fraude en los Seguros: la Catástrofe Silenciosa), de Conning & Co., se estima que los aseguradores pierden, aproximadamente, US \$120 mil millones anualmente sólo en reclamaciones fraudulentas, como se indica a continuación: US \$95 mil millones en reclamaciones fraudulentas de salud, US \$20 mil millones en reclamaciones de daños y US \$5 mil millones en reclamaciones de incapacidad y de vida.

Pese a que estas cifras son impresionantes, se debe tener en cuenta que las compañías de seguros hacen bastante más

que cobrar primas y pagar siniestros. Los aseguradores invierten billones de dólares en títulos y otros rubros, millones de dólares en la adquisición de activos fijos y miles de millones de dólares en bienes raíces propios. También gastan millones en los servicios de vendedores, agencias y asesores profesionales, y, además, mantienen cantidades masivas de información sobre operaciones de compañías de seguros, productos y clientes. La lista sigue y sigue. La

industria de seguros está expuesta al riesgo del fraude en cada una de estas áreas.

TIPOS DE FRAUDE

Las causas del fraude, en general, caen en dos categorías: el fraude interno y el externo. Los fraudes internos son aquellos perpetrados contra una compañía o sus asegurados por agentes, administradores u otros empleados. Los planes externos del fraude, por otra parte, se dirigen contra las compañías y son realizados por individuos o entidades, tan diversos como médicos, asegurados, beneficiarios, vendedores de seguros y criminales de carrera.

El fraude interno frecuentemente involucra: el hurto de información privile-

giada u otra propiedad de la compañía; relaciones inadecuadas con vendedores o asesores que llevan a conflictos de intereses; la desviación de fondos de los asegurados o de la compañía por los mismos empleados; el uso de información confidencial o la tergiversación intencional por agentes a posibles clientes sobre las características o cobertura de los productos de compañía.

El fraude externo puede involucrar esquemas tales como reclamaciones fraudulentas de vida, automóvil, salud o incapacidad, el uso de productos de seguros con ventajas tributarias para ocultar los orígenes de fondos ilícitos al igual que la negociación de cheques falsificados.

UNA ESTRATEGIA TRIPARTITA CONTRA EL FRAUDE

Las compañías necesitan definir el fraude en el seguro tan ampliamente como sea posible con el fin de comprender no sólo reclamaciones fraudulentas y testimonios falsos en las aplicaciones de seguro, sino también el hurto y la malversación de los activos de los asegurados o de la compañía. La aseguradora debería hacer claro, tanto por escrito como por sus acciones, que considera cualquier actividad fraudulenta como ilegal y prohibida, al igual que toma seriamente su responsabilidad legal y ética de combatir el fraude.

De hecho, la responsabilidad de combatir el fraude debería recaer claramente en la gerencia de la compañía, así como también en el cargo y hoja de vida del empleado. Sugerimos el establecimiento de las siguientes responsabilidades.

Centralizar los sistemas de control en la gerencia

Como fue recomendado en un informe publicado en 1992, *Internal Control-Integrated Framework* (Marco Interno con Control Integrado) de la Comisión de Organizaciones Patrocinadoras (COSO) del Treadway Commission, la gerencia debería tener el manejo del

sistema de controles internos de la organización. Esto incluye fijar los valores de una organización en relación con la ética y honradez, así como también el establecimiento de procedimientos y políticas específicas para asegurar la eficiencia y eficacia de operaciones, la confiabilidad de informes financieros y, finalmente, el cumplimiento de leyes, reglamentos y políticas de la compañía.

Por consiguiente, en el área de prevención y detección del fraude, la gerencia debería:

- a) identificar las áreas de exposición al fraude y los indicios relacionados con el mismo.
- b) desarrollar y mantener procedimientos y pólizas de control específicamente diseñados para combatir el fraude.

Por otro lado, los principios del COSO especifican que la estructura interna de control debería incluir los siguientes elementos:

- Una declaración clara sobre la filosofía de la organización en lo que se refiere a la ética y honradez, incluyendo las sanciones posibles por violar dicha filosofía.
- Procedimientos detallados para:
 - a) la autorización y aprobación de negocios claves
 - b) la alimentación constante de bases de datos y negocios claves



- c) la separación de las funciones claves
- d) la asignación de responsabilidades para la verificación continua de actividades críticas, incluyendo el uso de herramientas sofisticadas de verificación electrónica.

- La capacitación de empleados para que comprendan su papel y responsabilidades, así como para reconocer los indicios de un posible fraude.

Según los requisitos de los estatutos relacionados con el fraude en varios estados, la gerencia debería notificar, lo antes posible, toda sospecha de fraude a la organización de control del fraude interno de la compañía.

Capacitar a los empleados sobre el fraude

Si de hecho están ocurriendo actividades fraudulentas, un empleado frecuentemente estará en la mejor posición de detectar a tiempo un posible problema. Por ejemplo, un cambio súbito en los hábitos de vida de un compañero de trabajo, los problemas personales, familiares, financieros y/o de salud, o bien el descubrimiento de un negocio conexo de propiedad de un compañero de la ofi-


cina o de un pariente, pueden ser indicadores de actividades fraudulentas.

Como se mencionó anteriormente, *los empleados* deberían capacitarse para reconocer los indicios del fraude; además, se les debe informar que parte de su responsabilidad consiste en mantenerse alertos a tales indicios en todas las áreas de operación de la compañía con la que ellos entran en contacto. Si se sospecha o se identifican actividades fraudulentas, los empleados deben tener instrucciones en el sentido de informarlo, ya sea a su superior inmediato o directamente a la organización de control del fraude.

Una organización interna de control del fraude

Por otro lado, debería establecerse *una organización interna de control del fraude*, si es que no existe, para destacar y mejorar el compromiso de la compañía y combatir dicho fenómeno. La misión de la organización debería incluir:

- ayudarle a la gerencia a minimizar la ocurrencia del fraude mediante el establecimiento y mantenimiento, por parte de la gerencia, de controles internos efectivos;
- trabajar con la gerencia para desarrollar y cumplir los procedimientos de detección del fraude;
- ayudarle a la gerencia para concientizar a los empleados de la compañía sobre las características del fraude y los pasos a seguir para informar sobre un posible fraude;
- investigar los indicios de un posible fraude o de actividades potencialmente fraudulentas identificadas por medio de auditorías internas, sin importar si dichos fraudes están dirigidos hacia la compañía o hacia sus clientes;
- instituir procedimientos previos de investigación del fraude;
- administrar el plan de prevención del fraude en la compañía de conformidad con los requisitos reglamentarios.

Los autores creen que esta visión expandida del fraude, combinada con la estrategia tripartita descrita, puede aumentar no solamente la capacidad de una organización para detectar el fraude, sino también ayudar a disuadirlo, mediante la capacitación de los empleados y el establecimiento de la «percepción de detección», lo que agrega un valor importante a las compañías de seguros en su batalla continua contra el fraude. 

(*) El doctor Paliotta, CFE, CISA, CFSA, es el vicepresidente auxiliar, y el doctor Radigan, JD, CFE, es Director de Investigaciones, de la Unidad Especial de Investigación, Vida Metropolitan Life, Nueva York. Traducción del artículo publicado en el *National Underwriter*, Edición de Life & Health / Financial Services Edition, Marzo 3, 1997, páginas 39-40. Reproducido con autorización previa.



CALIDAD A TODA PRUEBA

El **Premio Deming** es uno de los reconocimientos a la calidad más importantes del mundo. **RICOH** fue el primer fabricante de equipos de oficina en obtener uno y actualmente es la única empresa en este campo que lo ha ganado dos veces.

De hecho los fax y las fotocopiadoras **RICOH** han ganado los más importantes premios a la calidad.

Por lo tanto no solo tenemos reputación por excelencia, tenemos pruebas.

RICOH®
FAX Y FOTOCOPIADORAS

IMPORTADORA

fotomoriz

LA RESPUESTA DEL MEJOR EQUIPO

BOGOTÁ MEDELLÍN CALI BARRANQUILLA