

**Indicadores de fraude en el sector asegurador: análisis de la intervención de las
entrevistas especializadas en reclamaciones sospechosas durante el 2018**

Sistematización de experiencia

Helmer Orlando Vargas



Directora: Andrea Guerrero Zapata

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

Maestría en Psicología Jurídica

Universidad Santo Tomás

Facultad de Psicología

Bogotá

2020

Indicadores de fraude en el sector asegurador: análisis de la intervención de las entrevistas especializadas en reclamaciones sospechosas durante el 2018

Helmer Orlando Vargas

Resumen: Entendiendo la variedad inherente a los riesgos de las compañías aseguradoras, esta sistematización de experiencias se centra en la técnica de la entrevista especializada como medida preventiva a los intentos de fraude, al advertir que el cobro de una póliza puede ser una oportunidad para obtener un beneficio a través de un acto engañoso. El objetivo de esta aproximación consistió en explicar el alcance de la entrevista especializada en la recolección y análisis de indicadores de fraude presentados en reclamaciones al sector asegurador, en casos reportados durante el 2018. Para ello, se construyó una base de datos con variables sobre el reclamante, de las características de la reclamación y del resultado de la entrevista. Se obtuvieron 126 casos y se realizó un análisis de los resultados descriptivos y un análisis cualitativo. Los resultados revelaron que el 65,9% de los casos correspondió con un relato inconsistente, demostrando, que la entrevista especializada contribuye en un porcentaje importante para determinar incoherencias en el relato, poca comprobación sobre la real ocurrencia del siniestro o inexactitudes sustanciales sobre los hechos. Igualmente, se describieron los elementos relacionados con los casos calificados como *inconsistentes*, encontrando que se pueden establecer algunas generalidades que se comparten en los casos y que se vinculan con la solvencia económica del reclamante, el reporte del siniestro o el ocultamiento de información debido a la naturaleza de la misma. Esta sistematización de experiencias pretendió ser una muestra de la importancia de esta técnica para determinar la calidad del testimonio sobre un siniestro presentado.

Palabras clave: fraude, entrevista especializada, sistematización de experiencia, engaño, psicología del testimonio.

Abstract: Understanding the inherent variety of insurance company risks, this systematization of experiences focuses on the technique of specialized interviewing as a preventive measure against fraud attempts, warning that the collection of an insurance policy may be an opportunity to obtain a benefit through a deceptive act. The objective of this approach was to explain the scope of the specialized interview in the collection and analysis of fraud indicators presented in claims to the insurance sector, in cases reported during 2018. To this end, a database was constructed with variables on the claimant, the characteristics of the claim and the result of the interview. A total of 126 cases were obtained, and an analysis of the descriptive results and a qualitative analysis were carried out. The results revealed that 65.9% of the cases corresponded to an inconsistent report, showing that the specialist interview contributes in a significant percentage to determining inconsistencies in the version, little evidence of the real occurrence of the incident or substantial inaccuracies in the facts. Likewise, the elements related to the cases qualified as inconsistent were described, finding that some generalities can be established which are shared in the cases and which are linked to the economic solvency of the claimant, the report of the incident or the concealment of information due to the nature of the same. This systematization of experiences was intended to show the importance of this technique in determining the quality of the testimony on an incident submitted.

Keywords: fraud, specialized interview, systematization of experiences, psychology of testimony, deceit.

CAPÍTULO I. ABORDAJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

Planteamiento del problema

Los estudios que intentan prevenir, mitigar y detectar el fraude en diferentes escenarios han mostrado una tendencia general a hacerlo dentro de un contexto empresarial, donde el fraude interno prima y la importancia de este tipo de investigaciones se vincula con la protección de activos de parte de los propios colaboradores, administrativos y directivos de la organización. Frente a ello y considerando la experiencia académica y laboral que rige la intención de este documento, se reconoce en un principio que es necesario investigar el fraude que se genera contra las compañías aseguradoras y que es llevado a cabo por perpetradores ocasionales, dado un factor de oportunidad, y que genera pérdidas grandes para este tipo de organizaciones. Como lo mencionan Fernández et al. (2005) el fraude en Colombia, para el sector asegurador, constituye una conducta delictiva considerada como uno de los riesgos más costosos y de difícil manejo para las aseguradoras. Ahora bien, aunque los métodos de aproximación para indagar sobre este tipo de fraude pueden ser abordados desde diferentes maneras, se hace necesario reportar el tipo de influencia que puede tener la técnica de la entrevista especializada en la obtención de indicadores de fraude en el contexto de los seguros, con el fin de conocer el tipo de aporte que ésta puede hacer.

Justificación

Según Vargas et al. (2016) la idea de perpetrar el fraude a los seguros nace del análisis de las debilidades en los procesos de suscripción e indemnización de un seguro. En esa medida, estos mismos autores señalan que los hechos fraudulentos vinculados con el sector de los seguros, se hace más complejo puesto que su detección termina enmarcándose, en la mayoría de los casos, a la versión aportada por el asegurado ante las compañías aseguradoras. El interés en hacer este tipo de abordaje recae justamente en esta última anotación, pues la detección del fraude ha incurrido en la valoración del testimonio del reclamante y cómo ésta se ajusta a las condiciones de modo, tiempo y lugar del siniestro presentado. Ante ello, y reconociendo que existen antecedentes que pueden (y deben) ser registrados frente a la técnica de la entrevista especializada, el fundamento de este trabajo se centra en descubrir la influencia que ésta puede tener en la detección de fraude a los

seguros, o al menos en indicadores puntuales que permitan concluir un posible fraude en la reclamación. De acuerdo con Vargas et al. (2019) indican que la entrevista especializada se define como un medio de prueba y de conocimiento para indagar sobre la ocurrencia de un siniestro, la preexistencia de un bien y la cuantía de una pérdida que media en un contrato de seguro, teniendo como base la evaluación de la credibilidad.

Se reconoce el año 2018 dentro de la propia experiencia, como un punto determinante en las investigaciones de presuntos fraudes mediante la técnica de la entrevista especializada, pues se pueden ubicar dos hechos puntuales que a partir de este año mejoraron las investigaciones con esta técnica. Por un lado, en la labor de campo se empieza a tener un mayor número de solicitudes abarcando otros campos dentro de las reclamaciones de los seguros. Así mismo, se empiezan a ubicar los casos de desistimiento producto de la entrevista, que como se define posteriormente, obedece a la decisión voluntaria del reclamante de abandonar el proceso de reclamación debido a que se le advierte de la existencia de inconsistencias sustanciales que podrían generar consecuencias negativas, no solo en el proceso, sino también de orden legal. Por otro lado, teóricamente existe un cambio en cuanto a la conclusión final del informe que se emite, pues anteriormente, se conceptualizaba un testimonio creíble o no creíble a partir de las inconsistencias que evaluaban; sin embargo, esto pasó a tener un enfoque más cuidadoso, reconociendo el alcance que, la aplicación de la psicología del testimonio puede tener en las diferentes labores y se introdujo en los informes el concepto de los relatos consistentes, inconsistentes o indeterminados. Estos hechos (que hasta este momento no habían sido documentados) configuran la intención de tomar este año como parte de una primera sistematización plausible de análisis y documentación.

Objetivos

Este proyecto tiene como objetivo general explicar el alcance de la entrevista especializada en la recolección y análisis de indicadores de fraude presentados en reclamaciones al sector asegurador durante el 2018, mediante la sistematización de experiencia de esta técnica señalada. Para ello, se incluyen los siguientes objetivos específicos:

- Definir los elementos que constituyen la entrevista especializada, a partir de los objetivos que persigue y la técnica que se emplea.
- Obtener una caracterización sobre las reclamaciones sospechosas o con tentativas de fraude que se presenta en el sector asegurador en el periodo del 2018
- Describir los indicadores de fraude que se presentan en los casos analizados y que fueron concluidos como probablemente fraudulentos.

Introducción

Iniciar con una descripción sobre el riesgo en el sector asegurador es una tarea que, aunque no ha estado vacía, si ha sido insuficiente en el contexto colombiano; ya que, como usuarios y empresarios, aún hay aspectos vinculados con este sector que resultan desconocidos. Para efectos de la presente sistematización, el eje del análisis de los riesgos en las inherentes reclamaciones a las compañías de seguros estará orientado al fenómeno del fraude por parte de los asegurados, las modalidades que se presentan y cómo la prueba testimonial (denominada operativamente como entrevista especializada) se convierte en una herramienta estratégica para prevenir la materialización del fraude.

Humpherys et. al., (2011) mencionan que el fraude constituye una forma de engaño estratégico por su connotación, implicaciones sociales y el beneficio derivado de él. Las aproximaciones al estudio del fraude pueden vincularse con diferentes escenarios, desde las investigaciones policiales hasta la Auditoría Forense cuando el delito se presenta al interior de una organización y afecta los activos de la empresa. Al existir una amplia posibilidad de acercamiento al fenómeno del fraude, las posturas de orden psicológico han tenido igualmente varios aportes en su explicación. Puntualmente, la psicología jurídica se involucró en el ámbito asegurador dado que de forma directa se alude a la voluntad del sujeto para dar una versión verídica sobre los hechos (Vargas et al., 2016). En esta línea, la investigación psicológica sobre la exactitud y la credibilidad de los testimonios, en general y sobre la detección del engaño en las declaraciones, en particular, ha tomado diferentes vías para su evaluación y ha convertido a la psicología del testimonio en todo un cuerpo científico aplicable al estudio de la detección del

fraude en los seguros relacionado justamente con el análisis del engaño. Según Arce y Fariña (2013) los indicios de engaño más significativos han sido (a) los correlatos del comunicador (variables psicosociales relacionadas con el valor del testimonio), (b) el comportamiento no verbal, (c) los correlatos fisiológicos, y (d) el análisis de contenido cognitivo. De manera más específica, algunas investigaciones experimentales que han conceptualizado la mentira como morfología de la conducta, han puntualizado sobre indicadores como: el tono de voz (Masip et al., 2005), el contenido de una mentira, su tiempo de elaboración y los cambios generales de las personas al mentir (Becerra & Sánchez, 1989a, 1989b). Lo anterior, sin duda es un llamado a atender todos los factores de manera complementaria, pues no puede pretender una investigación que no acuda a la consideración de todas las dimensiones del engaño, o al menos a las mayormente sustentadas en el ámbito científico. Según Ortega (2010), la mentira, desde la psicología, siempre ocurre en interacción con los otros, por lo que un indicador para su detección debe ser funcional y no limitarse únicamente a un rasgo, movimiento o seña particular en el movimiento.

Parte de lo que es posible ubicar dentro de los postulados de la psicología del testimonio, en cuanto al análisis de narraciones se vincula con conceptos generales sobre la mentira y algunos criterios usados para evaluar el engaño, sin embargo, es esencial precisar otros conceptos que siguen esta línea conceptual: la confianza y la precisión de un testimonio. Ibabe (199) menciona que una persona puede ser confiable en la medida que no pretende engañar con su relato, sin embargo, eso no implica necesariamente ser preciso o exacto con lo que dice. Por ejemplo, los testigos de hechos violentos puedan estar (sentirse) seguros con sus relatos, pero la veracidad de la declaración siempre cambia; por lo que, la “confianza” de un sujeto se convierte en una medida implícita de engaño (Ibabe, 2000).

Para el caso particular que atañe a este proyecto, los aportes de la psicología del testimonio y la técnica de la entrevista especializada se refiere al análisis del relato de los siniestros por parte del asegurado o implicado en el hecho (testigo directo). Vargas et. al., (2016) advertían sobre la necesidad de apuntar al desarrollo de mecanismos efectivos y con sustento científico que puedan contribuir a la detección del fraude, en coherencia con el contexto de evaluación y la valoración oportuna de las variables del sector que inciden en el

fraude a los seguros. En esa medida, la evaluación de la credibilidad podría, por un lado, contribuir a la generación de un mecanismo que permita la detección (y posterior prevención) de falsas denuncias y falsas reclamaciones en las compañías aseguradoras, y por otro lado, servir como mecanismo de reducción del comportamiento fraudulento en el país; comportamiento que se mantiene bajo la percepción ilusoria de que el fraude es un simple acto de falsedad sin medir realmente su alcance como un delito que es considerado de fácil realización (Vargas et. al., 2016) y que tiene consecuencias económicas vinculadas con hechos de corrupción. Para el entendido de lo que sigue en los próximos apartados, tal evaluación de la credibilidad es comprendida y derivada de la técnica de entrevista especializada.

CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Administración de riesgos en las compañías de seguros

Según la *Guía para la administración del riesgo* (2011) del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) de Colombia, la gestión del riesgo comprende “el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de esta”. Es de aclarar que la definición a pesar de provenir de una institución de carácter público tiene alcance de lo que implica la administración de estas situaciones en el sector empresarial privado.

Los riesgos en las actividades comerciales, ya sean de bienes o de servicio por parte de alguna empresa o sociedad se encuentran transversales a cada proceso que se realiza, estos factores se evidencian de forma particular en cada organización, pues el producto que se ofrece en el mercado cursa por una de cadena de actividades específica, donde la intervención por parte de los operadores, las gerencias, los clientes y demás actores que hacen parte del proceso se encuentran expuestos a eventualidades que pueden llegar afectar a las compañías en el cumplimiento de sus objetivos misionales (Londoño & Núñez, 2010),

se puede indicar como ejemplo el aprovechamiento de alguna brecha para obtener beneficios indebidos por parte de alguien vinculado a la empresa o la búsqueda de una persona externa para ganar utilidades de forma fraudulenta. Resulta poco factible generar una cadena de actividades que cumpla de manera satisfactoria los estándares de una empresa particular y las necesidades del consumidor final que no posea riesgos en su proceso de producción.

Teniendo en cuenta lo anterior, la administración de los riesgos de manera general para todas las empresas cumple un papel fundamental para definir las estrategias que permitan detectar, controlar, evitar y minimizar el impacto negativo al funcionamiento de cada sociedad comercial, por ejemplo, detrimentos económicos, disminución de la calidad de los productos o servicios, afectación a la imagen en el mercado o cultura organizacional que impacte de manera negativa en sus cadenas de valor. Es de vital importancia establecer el mayor control posible a los riesgos que ya son conocidos por la experiencia que ha creado cada proceso y la preparación por parte de las compañías a eventualidades que no son tan comunes en su nicho de mercado, pues esto permitirá afrontar irregularidades de forma rápida, llegando a soluciones iniciales en primera instancia y la posterior manera de controlar ese riesgo de manera estable en el tiempo.

Así mismo, una correcta gestión de los riesgos en una empresa contribuye a que las organizaciones cumplan sus objetivos financieros y puedan ejecutar exitosamente sus estrategias, para que la capacidad de generar flujos de caja sea sostenible y continuos en el tiempo (Walker et al., 2006, citado por Hernández, 2015), entonces, no solo tiene una finalidad para evitar las pérdidas o afectaciones, el establecimiento de la administración de los riesgos permite obtener las herramientas que apoyarán la continuidad de los proyectos que se estén planeando, mejorando las utilidades de las sociedades comerciales.

Ahora bien, una vez establecido lo fundamental es necesario empezar a detallar la administración de riesgos en compañías de seguros, ya que éstas tampoco se encuentran exentas a las vicisitudes de la comercialización del servicio asegurador en el mercado. El sector mencionado posee particularidades muy específicas en los riesgos que debe contemplar para prevenir el detrimento de la organización y la afectación o aumento de las primas a sus clientes. Comprendiendo que la detección y control de un riesgo en el servicio que se ofrece puede implicar sumas muy altas de dinero en pérdidas, se pueden mencionar

dos fuentes que detallan de forma más específica esta particularidad de riesgos, el concepto 2003038628-1 de 2003 de la Superintendencia Financiera de Colombia (SFC) que indica el Sistema de Administración de Riesgos de Seguros (SEARS), que se refiere a la “adecuada gestión de los riesgos propios de la actividad aseguradora, que deben implantar las compañías de seguros vigiladas por la superintendencia Bancaria (ahora SFC), sin perjuicio de los sistemas de administración de riesgos que como entidades vigiladas deben adoptar con el lleno de los requisitos previstos en los capítulos 2 y 20 de la circular básica contable número 100 de 1995” (SFC, 2003).

Como segunda fuente, Casallas et al. (2006) realizan un trabajo detallado de un antes y un después de la aplicación de SEARS, en el cual estipulan los riesgos asociados a la actividad aseguradora e indican tipos de organización de las compañías de seguros que particularmente administraban los riesgos desde los departamentos, áreas y/o subdivisiones organizacionales de estas en Colombia. El cambio a raíz de la aplicación del SEARS en las empresas y en la circular básica jurídica C.E. 029 de 2014 de la SFC en la parte II Mercado intermediado, Título IV instrucciones generales relativas a las operaciones de las aseguradoras capitalización e intermediarios seguros, capítulo IV disposiciones especiales aplicables a la gestión de riesgos a las entidades aseguradoras, se disponen lineamientos generales que deben cumplir los SEARS dentro de sus particularidades, a saber, a) Cuantificación del riesgo, b) Cubrimiento del riesgo y c) Control de riesgos (SFC, 2014). Comprendiendo la necesidad de la estipulación de un SEARS, esto definirá como administrar los riesgos que desde la normativa se encuentran identificados en la actividad económica de las compañías de seguros.

Profundizando las gestiones de riesgo generalizadas al sector asegurador, Hernández (2015) expone que las compañías de seguros a nivel global plantean para su operación 8 tipos de riesgo, que serán enunciados y explicados de manera breve a continuación:

- a. Riesgo de suscripción pura, que se establece cuando el coste real de los siniestros derivados difiere de los importes estimados en los contratos.
- b. Riesgo de gestión de la suscripción, que son los procedimientos que permiten a las compañías controlar la calidad de los riesgos aceptados, es decir, los procesos de evaluación para cuantificación.

- c. Riesgo de crédito, que es la eventual incapacidad de cobrar las deudas pendientes de terceros.
- d. Riesgo de operación, es la probabilidad de pérdida derivada de la inadecuación o de la disfunción de procesos internos, del personal, de los sistemas o de los sucesos externos.
- e. Riesgo de reaseguro, cuando la cobertura por parte de una aseguradora es insuficiente puede provocar dificultades financieras en caso de gran siniestro o incidente.
- f. Riesgo de mercado o inversión, está directamente vinculado a la gestión de inversiones de la aseguradora en el mercado financiero.
- g. Otros riesgos, como gastos, interrupción de pólizas, otros financieros.

Estos riesgos comprenden los aspectos internos de las compañías de seguros, los cuales deben tenerse presentes al momento de plantear un SEARS, de igual manera el autor expone que no solo se trata de riesgos internos, también se plantea riesgos sistemáticos, enumerando unos cuantos, 1) Legal y jurisdiccional, 2) Cambios en el mercado, 3) Cambios sociales o 4) Cambios medio ambientales (Hernández, 2015). La proveniencia externa de éstos y el impacto que puede llegar a generar al momento de no ser contemplados por las organizaciones podría afectar de manera incalculable.

Para finalizar este apartado y uno de los riesgos comprendidos como de operación más importantes por su afectación a estas compañías es el fraude, el cual puede provenir desde un factor interno o externo. Los párrafos siguientes tienen la finalidad de exponer esta situación, desde las definiciones, los actores que pueden llegar a cometerlo en la cadena, las modalidades ya reconocidas en la administración de este riesgo, víctimas o afectados y otros elementos o acciones que pueden afectar a las compañías de seguros y a sus clientes.

2.1.1 El fenómeno del fraude en los seguros.

La actividad aseguradora comprende muchos elementos que se pueden observar en la vida cotidiana, es normal escuchar en las conversaciones que se hable sobre un seguro de automóviles o seguro de vida, se podría dar por sentado que se conoce lo que implica la acción de asegurar algo con una empresa, más es imperante establecer una definición técnica que permita comprender su alcance al momento de firmar un contrato, para este

caso Bernal (2007) expone que un seguro es “la transferencia del riesgo de pérdida que se puede presentar sobre la vida, la salud y los bienes de una persona natural o jurídica a una aseguradora [...] con el fin de proporcionar su protección contra las posibles pérdidas, daños o eventualidades potenciales a las que está expuesto el asegurado” (p. 50). La definición anterior permite identificar lo que en este caso se contrata con las compañías. De igual manera, se evidencia la dualidad del concepto de riesgo, pues las compañías aseguran los riesgos de sus clientes por medio de contratos y de igual manera la operación de la aseguradora posee sus propios riesgos, estableciendo así su delimitación, definición y cuantificación, además de la administración de su presencia en todas las actividades que se desarrollan.

Teniendo mayor claridad sobre lo que es un seguro, se continua con la definición del fraude a seguros, para efectos de este documento se empleará lo expuesto por la Cámara de Comercio de Puerto Rico, denotándolo como el uso intencional del engaño con el fin de obtener una póliza de seguros, comprendiendo, que en otras condiciones, no sería indemnizada y que puede incluir dentro de su proceso a funcionarios, empleados, agentes o asegurados con el fin de obtener beneficios económicos indebidos (Castro, 2013). Esta delimitación del concepto contiene elementos que no son abordados en otros documentos que fueron objeto de revisión. El hecho de contemplar la expedición, el reclamo y los actores, presenta una mayor explicación del contexto en que se genera este tipo de fraude y como se puede empezar a investigar y administrar por parte de las compañías.

El mismo autor expone los posibles actores intervinientes en una eventualidad de fraude, indicando que este puede suceder en diferentes puntos de una transacción de seguros y puede ser perpetrado por asegurados, terceros, o por grupos profesionales, comprendiendo estos como ajustadores o tramitadores, quienes tienen una relación más directa con el sistema de seguros. Así, los productores de seguros y otros representantes o empleados del sector asegurador también pueden cometer fraude (Castro, 2013). Reconocer el amplio espectro de intervinientes que pueden llegar a cometer acciones fraudulentas e identificar el riesgo en las cadenas del proceso asegurador, es uno de los elementos iniciales que permitirán establecer planes de detección, control y mitigación de este flagelo.

Las afectaciones por el fraude en este campo no son solo para los aseguradores, sino para todos los asegurados, que no se ven obligados a pagar primas más altas para cubrir los

costos del fraude. Estos costos incluyen no solo el pago de reclamaciones fraudulentas, sino gastos relacionados a la prevención y detección de este (Castro, 2013). Para detallar el punto de las víctimas de esta problemática en primera instancia hay que comentar que esta conducta puede presentarse en cualquier tipo de seguro y que si se evidencia un indicio de fraude implicaría la investigación por parte de la organización, lo cual aumenta el tiempo de solución para las reclamaciones en general, solo por comentar un ejemplo. Los asegurados pueden también verse afectados cuando son sus ahorros los que se ven comprometidos en algún tipo de estafa o cuando se evidencian incapacidades o jubilaciones por motivos médicos falsos.

El Instituto Nacional de Investigación y Prevención de Fraude INIF (2018), indica que “las organizaciones que son víctimas de fraude ven perjudicados sus ingresos operacionales al no contar con las estrategias adecuadas de prevención, detección y neutralización de este flagelo, lo que pone en riesgo no solo su operación comercial, sino también el buen nombre de la marca y, por ende, el bienestar de sus accionistas y grupos de interés” (p. 35), sustentando que la administración de este tipo de riesgo enfocada a la mitigación en las compañías de seguros produce beneficios a las empresas como a sus clientes, y el hecho de poder reconocer de forma temprana la búsqueda de un beneficio indebido mejoraría el campo asegurador en el mercado, presentado mayores utilidades para los clientes en cuanto a primas menores y agilidad en los reclamos legítimos y bajo el principio de buena fe, como se observará en el próximo apartado.

2.1.2 Reclamaciones sospechosas

Con relación a las reclamaciones que pueden estar levantando alerta de posible fraude, primero hay que especificar cuáles son las delimitaciones al momento de firmar un contrato por parte del asegurado, pues el principio de buena fe prima en estas actuaciones desde ambas partes. Respecto a este punto, Vásquez (2016) realiza una revisión del área de los seguros en el marco colombiano, en cuanto a los procesos alrededor de una reclamación y los tipos de fraude más comunes, esta información es relevante a este apartado por el motivo de que se establece desde la normatividad colombiana, llevando al interesado en el tema a reconocer el contexto.

Los puntos dentro de la normativa colombiana para la firma de un contrato por parte de un futuro asegurado son los siguientes, a) el deber de declarar sinceramente el estado del

riesgo, lo que incluye no inducir al asegurador en error, b) La prohibición de contratar seguros con causas o motivos ilícitos, c) La prohibición de cubrir o asegurar los siniestros ocasionados intencional o dolosamente por el tomador, asegurado o beneficiario, d) el deber de presentar reclamaciones en buena fe, e) la existencia del principio indemnizatorio en los seguros de daños y la consecuente regulación del sobreseguro y de la coexistencia de seguros (Vásquez, 2016). Los elementos enumerados llevan a observar la carga de responsabilidad y de valores por parte del firmante de un contrato de seguro al momento de adquirirlo, estos elementos son los lineamientos básicos que permitirán por parte de una compañía de seguros definir la matriz de riesgos particular de su operación desde el riesgo que la empresa conviene, de igual manera, si una reclamación es investigada y se encuentran indicios de fraude, los primeros filtros por los cuales pasa son estos, ya que son disposiciones generales para todas las compañías de seguros.

Según Vásquez (2016) se pueden observar tres tipos de modalidades generales de fraude en las reclamaciones sospechosas, la suave u ocasional, “que consiste en inflar el costo de una reclamación derivada de un siniestro que realmente ocurrió o en incluir en la reclamación daños que existían o se habían producido antes o en otro evento y es perpetuado normalmente por defraudadores ocasionales”(p. 21) . Por otro lado, estaría el fraude duro u organizado, que es una estafa planeada en la cual se simula o provoca la ocurrencia de un siniestro y es realizado, por regla general, por bandas organizadas (Vásquez, 2016). Como última modalidad, el autor cita a Fernández et al. (2005) quienes exponen el fraude “llevado a cabo por terceros que simulan o provocan un siniestro para afectar el seguro de un asegurado inocente” (p.21). Respecto a este punto Castro (2013) da soporte a lo expuesto por Vásquez comentando que existen formas comunes de fraude que pueden incluir inflar el monto de una reclamación legítima , incorporar información falsa en la solicitud de seguro o reclamar por lesiones o daños que realmente no ocurrieron; estos ejemplos, pueden estar enmarcados, dependiendo de sus particularidades, en alguna de las modalidades referidas

Buscando exponer un contexto actualizado en Colombia y según INIF para el año 2017, el promedio mensual de investigaciones que fueron catalogadas como fraude alcanzó un 8% de los casos revisados, indicando que en ese año se logró evitar el pago por reclamaciones ilegítimas por valor que supera los 11.000 millones de pesos colombianos

(INIF, 2018), lo que sustenta una realidad en el país, en cuanto a la ejecución del fraude a seguros y la necesidad por parte de las compañías de seguros sobre filtros para la detección de este tipo de reclamaciones.

Por otro lado, el periódico El Tiempo con fecha del 30 de agosto de 2019, titula en uno de sus artículos “7 de cada 10 reclamos a aseguradoras tienen algún indicio de fraude” (García, 2019), en este artículo se expone la actualidad de las reclamaciones en el país, que se puede catalogar como uno de los más altos en Latinoamérica. Respecto a las actuaciones específicas, el artículo evidencia 8 modalidades que tienen en alerta a las empresas y a las autoridades, pues como fue descrito por Vásquez, algunas de ellas se categorizarían en fraude duro u organizado. Enunciando estos tipos de fraude así, 1) Cirugías y tratamientos falsos, 2) Dobles cobros, 3) Facturas adulteradas, 4) Falsas Víctimas, 5) Cambiazo de moto, 6) Jubilaciones anticipadas, 7) Autorrobos y 8) Daños a la propiedad (García, 2019).

Estas 8 modalidades son las comunes según el artículo, resaltando que al hablarse de organizaciones delictivas que estafan de esta manera, ejecutan el fraude con alguna compañía aseguradora y si este logra desembolso, la modalidad es trasladada a otras regiones del país para continuar obteniendo beneficios por estas acciones fraudulentas, faltando al principio de buena fe explicada por Vásquez (2016) al momento de firmar o de adquirir una póliza de seguro.

Ejemplificando el traslado de modalidad, se desarrollará el punto 5, que se refiere al cambiazo moto. Es relevante informar que una de las pólizas de seguro que es reclamada de forma anticipada y sin investigaciones previas es el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que al ser comprendido en el marco de una emergencia es aprovechado para obtener beneficios de forma fraudulenta. Esta modalidad se resume en la utilización de una sola póliza para la cobertura de más de una motocicleta al momento de presentarse un accidente de tránsito, haciendo la salvedad que esta póliza no cubre daños materiales al vehículo, por lo que está enfocada a la atención médica inmediata que requiere la urgencia de un accidente automovilístico, de igual manera, todos los vehículos automotores en Colombia deben portar esta póliza como mínimo, lo que hace que en diferentes regiones del país busquen la forma de aprovechar este documento de manera ilegal. Al observar que es un documento reglamentado por la normativa legal y que es generalizado en el territorio, la modalidad se traslada a otras ciudades y regiones afectando a las compañías de seguros, no

solo en los desembolsos que se obtuvieron por medio de fraude, sino agregando los costos de las investigaciones para evitar que esto mismo suceda.

Es importante resaltar que la organización delictiva por parte de quienes reclaman con intención fraudulenta a las aseguradoras consta de grupos formados en oportunidades por profesionales en ciencias de la salud, Derecho y demás carreras que intervienen en los procesos de reclamación, que, como se indicó en páginas atrás, existe una gama amplia de personas intervinientes que en cualquier parte o momento de la cadena que pueden estar aprovechando oportunidades para la obtención de un beneficio para sí o para un tercero.

El fraude a seguros es un flagelo que se reinventa constantemente para cumplir con su cometido de obtener beneficios a costa de engaños y al observar un positivo en las modalidades la trasladan de territorios, lo cual hace más difícil su detección. Por este motivo la administración de los riesgos tanto internos como los externos por medio de SEARS, las afectaciones que esto realiza y la comprensión de la cobertura de los riesgos como un servicio, requiere también de una permanente revisión y actualización para poder contrarrestar el accionar delictivo de grupos enfocados a estas conductas tipificadas. El hecho de que sea suave, ocasional, duro u organizado no debería implicar alguna desestimación del impacto que puede llegar a implicar la sumatoria de todas las pérdidas que pueden presentar las compañías de seguros al no detectar este flagelo en sus operaciones.

2.2 Aproximaciones teóricas para la comprensión del fraude

Tratar las dinámicas vinculadas con el fraude no ha sido una labor sencilla, en alguna medida porque el término mismo carece de una definición concreta que permita su entendimiento. Algunos acercamientos (desde diferentes disciplinas) ubican el fenómeno del fraude como una práctica frecuentemente encontrada en los códigos legales; sin embargo, no existe una definición jurídica precisa de fraude porque tales eventos son encubiertos por leyes nacionales con otros delitos y no existe ninguna ley internacional sobre fraude (Dye, 2007). Ejemplos de lo anterior, permiten ubicar el fraude dentro de actividades vinculadas con soborno, falsificación, extorsión, corrupción, hurto, conspiración, peculado, apropiación indebida (Dye, 2007), fraudes documentales, electorales, en documento público, entre otros. Aparecida et al. (2017), indican que El

Banco Mundial aborda las prácticas de fraude como cualquier acto u acto por omisión, incluyendo una falsa declaración, que induce conscientemente e imprudentemente a un error, a una parte para obtener un beneficio financiero de esta o para evitar una obligación. Dye (2007) refuerza esta concepción indicando que el fraude se define como un acto deliberado que utiliza el engaño para obtener alguna forma de beneficio o ventaja financiera de una posición de autoridad (u organización), que puede resultar en una pérdida para la organización que es víctima del hecho fraudulento.

Como se puede comprender, el fraude incluye un conjunto de irregularidades y actos ilegales caracterizados por la intención *per se* de engañar o proporcionar falsa información; en esa medida, se ubican las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Internos (IAI por sus siglas en inglés) que describen el fraude de la siguiente manera:

Cualquier acto ilegal caracterizado por engaño, ocultación o violación de confianza. Estos actos no requieren la aplicación de amenaza de violencia o de fuerza física. Los fraudes son perpetrados por individuos y por organizaciones para obtener dinero, bienes o servicios, para evitar pagos o pérdidas de servicios, o para asegurarse ventajas personales o de negocio. (IAI, 2017, p.24)

De acuerdo con lo anterior, se concibe el fraude como un comportamiento, que demanda en gran medida una racionalización sobre la situación (u ocasión) para obtener finalmente un resultado beneficioso en detrimento de la confianza de un tercero que es víctima del hecho. Es pertinente aclarar que, en esta definición, la racionalización se comprende como una anticipación de los resultados a partir de una serie de acciones deliberadas destinadas a engañar, manipular y mentir sobre unos hechos específicos. Por lo anterior, es que, a criterio del autor, los hechos de fraude se vinculan tácitamente con la mentira y en esta medida, intentar descubrir acciones fraudulentas implica intentar descubrir porqué se produce el engaño.

Es posible ubicar el triángulo del fraude como una de las aproximaciones teóricas mayormente abordadas en la comprensión de este fenómeno. Por la importancia que trae en el esclarecimiento de uno factores concomitantes al hecho del fraude y que ciertamente, ha actuado como base no solo explicativa, sino también como base para hacer replanteamientos conceptuales, se considera a continuación el triángulo del fraude. Galvis y

Santos (2017), definen el fraude como el aporte de información inválida, incompleta o distorsionada que orienta la decisión de la víctima a favor del victimario. Cressey (1961) explica que la materialización del fraude ocurre cuando existe una presión o motivación, percibir la oportunidad de cometerlo y racionalizar que –en alguna medida- el fraude es aceptable. Según Galvis y Santos (2017), estos componentes pueden comprenderse de la siguiente forma:

- a. Presión: Se entiende como una condición de exigencia externa, a modo de problema económico o necesidad económica personal, que el sujeto no puede resolver y le demanda la búsqueda de los recursos para suplirla. La percepción de la gravedad de dicho problema es tan alta que supera la gravedad que le concede al hecho delictivo que cometería para obtener los recursos suficientes.
- b. Oportunidad: comprendida como las circunstancias medioambientales y la posición del sujeto en una organización (por ejemplo) que facilitan no solo la acción conducente al fraude, sino también la posterior protección del individuo para ser responsabilizado por el fraude.
- c. Racionalización: en donde el individuo es plenamente consciente de que el hecho fraudulento atenta contra la integridad y la moral que se espera, pero disminuye el conflicto autojustificando la conducta.

Este modelo ha sido sin duda fundamental en la comprensión del fraude en un sentido amplio, y también en un sentido específico cuando se ha intentado ver el fraude en un contexto organizacional. López y Sánchez (2012), realizaron una investigación para detectar si existía alguna relación entre el nivel gerencial y las dimensiones del fraude cuyos resultados mostraron que las características del fraude asociadas a la dimensión de la oportunidad, están determinadas por el nivel gerencial en una organización. Así mismo, relacionaron las tres dimensiones del fraude: poder vs. oportunidad, poder vs. racionalización y oportunidad vs. racionalización, encontrando que sólo en esa última relación las características del fraude asociadas al factor de oportunidad, no estaban relacionadas con la racionalización del individuo que pretende o comete fraude.

Ortiz et. al (2018), utilizaron el triángulo del fraude para dar alcance a los fraudes en el contexto mexicano; resaltando que el fraude es efectuado por personas u organizaciones

con el propósito de obtener un beneficio monetario, de servicios o bienes. Este concepto del fraude está encaminado a explicar el fenómeno provocado dentro de las organizaciones por lo que se habla, en este caso, de la comisión del hecho por parte de personal interno o externo a fin de generar beneficios propios o para terceros. En ese contexto particular, el triángulo del fraude es abordado dando una visión más amplia de cada uno de los elementos constitutivos del fraude, a saber:

- a. Para el elemento de presión, se reconoce la necesidad que impulsa el hecho fraudulento y se identifica incluyendo desde el estatus social, la imagen de sí mismo ante los demás o el mantenimiento de ciertas comodidades hasta el surgimiento de una necesidad real que deba ser cubierta con recursos que no se consiguen con facilidad o con rapidez como un hecho ilegal como se constituye el fraude.
- b. En cuanto a la racionalización, los postulados que pueden integrarlo se vinculan con un motivo ideológico que se expresa con el conjunto de ideas fundamentales que tiene una persona, por lo cual es la concepción personal que define su vida y razón de ser como individuo (Ortiz, et. al., 2018) que crea la justificación del hecho fraudulento como algo justo. Inclusive, dentro de la investigación de fraudes cometidos al sector de los seguros es posible indicar que el motivo ideológico se presenta por la concepción de injusticia en la que el perpetrador primero es víctima, por lo que resulta justo solicitar una indemnización de un seguro, aunque las condiciones en las que se haya presentado el siniestro sea un engaño. Un ejemplo de este tipo de racionalización podría estar en expresiones como “las compañías de seguros tienen mucho dinero”. Esto se conecta con otro postulado de este componente y que corresponde con los sentimientos de injusticia.
- c. Finalmente, la oportunidad generada a partir de la proximidad que se tiene con las condiciones ambientales y circunstanciales que dan lugar al hecho, comprende el exceso de confianza, la detección de fallas u omisiones en los procedimientos, falta de controles internos, ausencia de controles de seguridad (Ortiz et al., 2018) o falta de seguimiento de procesos.

Posteriormente, a esta teoría del triángulo del fraude fueron sumados otros componentes, cambiando el modelo en su forma y en su base. Wolfe y Hermanson (2004) indicaron que el triángulo del fraude dejaba de lado algunos elementos que daban una explicación mayor a este hecho. En esa medida fue agregada “*la capacidad del defraudador*” como un nuevo componente que originaba la teoría del diamante del fraude; así, determinados hechos fraudulentos ocurren porque son perpetrados por una persona o personas con un determinado nivel de habilidad. en el contexto empresarial donde se llevan a cabo auditorías internas para prevenir o detectar fraude, se asume que esta capacidad también involucra que el defraudador ocupe cargos de autoridad (Aparecida et al., 2017). Otros comportamientos que estos autores identificaron dentro del componente de “capacidad” fue la persuasión necesaria para conseguir que otros se involucren también y una autoconfianza alta, traducida en un ego fuerte que les permite pensar que no serán descubiertos y que el proceso podrán llevarlo con facilidad (Wolfe & Hermanson, 2004). La operacionalización de esta nueva teoría puede ser vista como la probabilidad de fraude como resultado de la integración de esos cuatro factores, en los que unos predominarán más que otros en determinados individuos, pero al final, todos serán precedentes del hecho fraudulento.

Galvis y Santos (2017) mencionan que la sofisticación de los negocios también matiza el tipo de fraude e incluso su impacto; y ubica el fraude a seguros (a un nivel macro) en el que solo un grupo de especialistas puede acceder a este tipo de hechos delictivos. Y en ello, también ubica ese cuarto elemento que se agregaba y componía el diamante del fraude, pues explica que, aunque las condiciones de oportunidad, racionalización y presión se den, el individuo debe tener la capacidad para llevarlo finalmente a cabo. Esta variable permite que el sujeto no solo reconozca la oportunidad, sino que active una serie de habilidades y competencias que le permitan llegar al hecho con éxito. Es pertinente mencionar en este punto que el fraude al sector asegurador como es considerado en este documento, recae en la siguiente clasificación: siendo un *fraude externo*, perpetrado por personas u organizaciones ajenas a la empresa con el fin de obtener un beneficio personal; adicionalmente, se tratan de *fraudes empresariales* (debido a quién va dirigido) y con una naturaleza que oscila entre el *desembolso de gastos* y bajo la *presentación de una información falsa* (Ortiz et al., 2018).

Retomando a Galvis y Santos (2017), se va a incorporar un quinto elemento explicativo del fraude, en lo que se denomina como el modelo (aún no el definitivo) del pentágono del fraude. Este nuevo elemento se denomina *motivación* y aunque parezca estar contenido en lo que Cressey señalaba como presión o necesidad, este autor le concede un criterio diferenciador: el proceso que ocurre entre el pensamiento y la acción. Como este mismo autor lo explica, la motivación resulta ser diferente a la presión ya que, la primera es lo que hace que el sujeto pase de pensar a actuar; siendo la motivación una conjunción entre percepción, emoción y conducta. En esta medida, el sujeto puede contar con la oportunidad y la capacidad de perpetrar el hecho y pudo haber sentido la presión de cometer un fraude e inclusive pudo haber racionalizado sobre ello, sin embargo, su motivación nunca estuvo realmente en la comisión del hecho. ¿Por qué ocurriría esto? Galvis y Santos (2017) diría que la forma en que el sujeto percibe el mundo, entiende los valores del contexto, ubica una jerarquía de valores en relación con sus necesidades y se convierten en factores que empiezan a unificarse con sus emociones básicas y con otras como el sentimiento moral: sentir lo correcto y sentirse responsable; en ese caso, *motivarse* por no cometer un fraude. A lo anterior, también hay que sumarle que puede existir motivación de cometer el hecho, sin la presencia necesaria de presión, por lo tanto, un defraudador puede consumir la acción bajo el postulo de “*hacerlo para ver si realmente se podía hacer*”. Concluyentemente, la motivación, como un nuevo elemento, se configura como la dinámica que media entre la percepción, la emoción y la conducta, siendo generadora de la acción y haciendo que el comportamiento sea dirija al logro de una forma persistente.

Antes de cerrar esta corta conceptualización de modelos y variables del fraude, será necesario indicar un sexto elemento en la explicación del fraude y nombrado (en su conjunto) como el hexágono del fraude. Este último elemento incluye la creatividad y la innovación del defraudador, que para Galvis y Santos (2017) llega como predecesora de la oportunidad, pues rescatan que muchas veces la oportunidad no se presenta, pero los individuos más motivados por cometer un hecho fraudulento pueden tener la capacidad para crear las oportunidades que no se presentan y en esa medida contar con mayores recursos para cumplir con el fraude a un nivel más elaborado.

2.3 Entrevista como técnica para la detección del fraude

Gran parte de lo que ha sido considerado anteriormente ha sido tomado de la importancia de crear modelos preventivos y prospectivos del fraude empresarial, generalmente, interno en donde la cultura organizacional crea un escenario o bien de riesgo o bien de protección para que se genere y ejecuten hechos de fraude. Mucho de esto, también ha estado apoyado en la Auditoría Forense, una disciplina que procura servir en la prevención, investigación y detección de delitos económicos y financieros, sin embargo, como es objeto del presente análisis, es pertinente y necesario ubicar las técnicas de entrevista como un apoyo en la detección del fraude, descrito éste dentro de las dinámicas en las que un reclamante de un seguro aporta información falsa a la compañía aseguradora para obtener una indemnización que ha sido producto de un hecho ficticio, tergiversado u ocultado para no ver afectación en la póliza tomada previamente.

Aunque el enfoque del fraude ha estado dirigido principalmente a los fraudes corporativos, y como es evidente, hay una diferencia sustancial con el tipo de fraudes que este abordaje pretende, es necesario ubicar el fenómeno objeto de este análisis desde los datos que se tienen actualmente. En esta medida y siendo consistente con uno de los objetivos de este documento, Márquez (2019) establece el perfil del defraudador a partir de algunas investigaciones, estadísticas e indicadores de fraude en diversas organizaciones. Para el caso de fraude interno empresarial, el perfil más frecuente corresponde a un hombre de mediana edad, empleado desde varios años en la empresa, generalmente en el departamento financiero, impulsados por el deseo de dinero y la oportunidad que se presente, con un acercamiento a la gerencia, de alta confianza, con un nivel educativo alto y con familia. Este mismo autor en su obra sobre Auditoría Forense, reconoce el importante papel que ejercen las técnicas de observación y las entrevistas como métodos en la detección del fraude y que, para tal contexto, resultan siendo una metodología de apoyo la cual no tiene mucho registro. Márquez (2019) define la entrevista como un proceso de comunicación e interacción, en el cual una de las partes es un experto en el área y cuya finalidad es obtener información. Esta información suele seguir una pauta pues apunta a un fin determinado, girando en torno a temas relevantes para conseguir los objetivos. Así, la entrevista puede ser clasificada:

- a. Por su forma

- 1) Estructurada, la cual se planea previamente con objetivos y resultados previstos.
 - 2) No estructurada, se va desarrollando conforme se presentan las circunstancias
 - 3) Semiestructurada, que tiene una planificación parcial sobre temas generales, pero que el contenido de la entrevista se va modificando conforme el desarrollo de la misma.
- b. Por su conducción
- 1) Dirigida, en donde se guía al entrevistado sobre tópicos específicos, omitiendo otros temas que no son de interés.
 - 2) No dirigida, que permite al entrevistado expresarse libremente
- c. Por su objetivo
- 1) Diagnóstico, para investigar o aclarar hechos relacionados con el sujeto.
 - 2) Informar, en donde se le enseña o demuestra algo al sujeto
 - 3) Influir, que busca modificar las actitudes o conductas del sujeto (Márquez, 2019).

Y si bien lo anterior contempla la clasificación general de la entrevista a partir de su naturaleza, también es posible clasificarla por el tipo de preguntas que se realizan, por lo tanto, puede ser:

- a. Abierta, en donde se presenta amplia libertad para plantear las preguntas y para responder en consecuencia. El entrevistado puede responder lo que considere sobre el tema abordado.
- b. Aclaratoria, que permite esclarecer cualquier punto sobre el relato del entrevistado.
- c. Cerrada, donde la respuesta debe ser específica, tiene poca profundidad para abordar los temas.
- d. Directa, se realizan en la etapa final con el objetivo de obtener una confesión.
- e. Guía, permiten confirmar información que se conoce previamente y contrastar la veracidad de las respuestas del entrevistado.
- f. De seguimiento, que amplía para ampliar información ya obtenida

- g. Negativas, enmarcadas en un proceso cognitivo complejo y en el que el entrevistado puede recaer fácilmente en mentiras.
- h. Completas, que pretende realizar varias preguntas al mismo tiempo o replantear la pregunta antes de conseguir una respuesta (Márquez, 2019).

Por último, es preciso hacer una anotación sobre este autor, Márquez (2019) indica que el entrevistador puede encontrarse con tres escenarios diferentes en torno al entrevistado; quien es *neutral*, caracterizado por no aportar mayor información, ya que percibe que no tiene nada que ganar o que perder, el *cooperador*, dispuesto a facilitar la entrevista, motivado y con apertura para responder y, finalmente, el entrevistado *hostil*, que señala verdades parciales (o mentiras parciales) por temor a ser identificado con autor del fraude, aunque no necesariamente sea este el perpetrador.

2.4.1 La entrevista especializada

Con el apoyo del Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude (INIF) se ha desarrollado en los últimos 7 años la entrevista especializada que busca dar respuesta a la evaluación de la credibilidad para la detección del fraude cometido en contra de las compañías de seguros. Parte del procedimiento realizado en las entrevistas especializadas requiere la recolección de información a partir del relato del entrevistado y contrastando con la documentación aportada en el caso (Vargas et al., 2016). Pese a lo anterior, es necesario parametrizar la puesta en práctica de una entrevista especializada, la cual se encuentra basada en el concepto de *evidencia testimonial*. Este concepto implica que es realizada por un individuo o un grupo de individuos con el fin de indagar, comprobar y justificar un hecho relevante en una entidad, en la obtención de información veraz (Flórez et al., 2017); en este caso, y como compete al sector de los seguros, existe una responsabilidad sobre el declarante si llega a existir falso testimonio, en esa medida, es posible que la compañía aseguradora tome acciones civiles y penales en contra del declarante y este deberá asumir los procesos subsiguientes. En el presente documento, también es pertinente indicar que la entrevista especializada adquiere este valor de evidencia testimonial, con el fin de aclarar las características que la configuran.

De manera complementaria, la entrevista especializada parte de un análisis previo de cada caso que ha sido considerado como presunto intento de fraude. Este análisis

preliminar intenta identificar la primera versión del reclamante o del testigo del siniestro, con el fin de establecer la línea base de comparación del testimonio. Esta comparación en la versión requiere al menos dos subanálisis:

- a) Acuerdo intrasujeto: Este tipo de acuerdo permite comparar la información que se obtiene por parte de un mismo declarante o testigo, pues es esperado que, al tratarse de una versión emitida por el mismo sujeto, se encuentre un alto nivel de consistencia interna de los hechos narrados. Manzanero (1991) lo indicaba con bastante acierto al señalar a Wells y Lindsay (1983) cuando definían que el desacuerdo intrasujeto es la carencia de consistencia en lo que una persona cuenta de lo que recuerda de un suceso. En consecuencia, esta falta de acuerdo entre la información que aporta un mismo entrevistado, lo termina desacreditando como testigo real de los hechos o sobre que lo que conoce sobre los mismos.
- b) Acuerdo intersujeto: Se genera cuando se compara la información aportada por varios testigos de un mismo hecho, en palabras de Manzanero (1991) debe existir también un grado de acuerdo entre la información suministrada por diversas personas (intersujeto), para que la evaluación que se establece de un testimonio sea considerada como exacta y precisa.

Una vez se está en el proceso de la entrevista especializada, se solicita autorización expresa del declarante, con el fin de indicarle que el proceso es completamente voluntario y que puede retirarse en el momento que lo desee, así mismo, se hace salvedad de que todo el procedimiento estará siendo grabado en audio y en video con el fin de hacer la identificación del testigo y que se demuestre (si es necesario con posterioridad) que ninguna información, que no sea tratada en la entrevista o la investigación, podrá agregarse y que ésta se hace con el debido proceso, respetando la intimidad y la no autoincriminación de quien da su testimonio. La entrevista especializada pretende obtener la mayor cantidad de información por parte del testigo, quien es el que debe demostrar la preexistencia del bien y la cuantía de la pérdida, con el fin de determinar si existe o no indicadores que permitan concluir que el relato ha sido modificado para obtener un beneficio con la indemnización de la póliza. Dicho proceso consiste en un cuidadoso análisis de testimonio el cual tiene dos momentos, el primero, en el momento mismo de la entrevista, con el fin de

detectar detalles que no son precisos y que requieren mayor valoración con el testigo y el segundo, posterior a la entrevista, con el material grabado en audio y en video lo que permite volver a diversos elementos sobre el testimonio, verificar las inconsistencias del relato, hallazgos de interés y las posibles motivaciones para presentar una versión que no corresponde con la realidad. Se considera para el informe final, la documentación presentada previo a la entrevista, se contrasta la información anterior y la nueva información obtenida de la entrevista para descubrir fallos de entre las versiones o para concluir que son coincidentes. Finalmente, el material obtenido a partir de todo el proceso, es firmado y puesto en conocimiento de la compañía aseguradora, la cual tiene la decisión final sobre el caso que compromete a la póliza.

Es necesario indicar que, si bien este procedimiento se ha realizado –desde su incorporación a la prevención de fraude en los seguros- en aproximadamente 900 casos, los datos registrados no cuentan con un tratamiento de carácter académico o científico, y considerando que es desde el 2017 que se ajustaron los protocolos para obtener mayores herramientas de confrontación (Vargas et al., 2019), se decide tomar el año 2018 como punto de partida para evidenciar la influencia que puede tener la entrevista especializada sobre el reconocimiento de indicadores de fraude. Ahora bien, ¿cómo se definen tales indicadores? Para la operacionalización que reviste esta sistematización, los indicadores de fraude se vinculan con los siguientes conceptos:

- a) Hallazgos de interés: definidos como elementos que son relevantes dentro del curso de la investigación porque aportarían información sobre probables motivaciones para mentir. Adicionalmente, consigna información que no había sido obtenida previamente; por ejemplo, deudas adquiridas, cambios económicos abruptos, condiciones particulares del vehículo, entre otros.
- b) Imprecisiones e inconsistencias: se entiende como todos los elementos contradictorios dentro del relato por parte del asegurado o del testigo que pueden estar o no asociados directamente al caso, pero que son considerados porque pueden contener información que alimente la hipótesis que el investigador plantea en su análisis del testimonio. Las imprecisiones e inconsistencias pueden (para un mismo caso) presentarse: (1) dentro del mismo relato, (2) en dos relatos presentados por dos testigos, o (3) contrastando el

relato o relatos contra la documentación previa. En cualquiera de los tres casos se especifica la fuente de información que posibilitó la detección de inconsistencias.

- c) Motivaciones: alude a aquellos aspectos que pueden justificar un probable intento de fraude contra la compañía de seguros. Este concepto, aunque es principalmente utilizado en los casos donde la credibilidad de testimonio es baja, se vincula con las teorías expuestas inicialmente de acuerdo a la comprensión del fraude en las variables definidas como presión y motivación. Es pertinente mencionar que estas motivaciones varían caso a caso, individuo a individuo y solo se obtiene en el momento de la entrevista.

De manera pertinente, debe indicarse que los indicadores de fraude expuestos ayudan a evitar contar con falsos positivos o con falsos negativos. Los indicadores de fraude ayudan a la construcción de la conclusión del análisis, parametrizando si el relato es valorado como *consistente*, *inconsistente* o *indeterminado*. Así mismo, deben estimarse con precaución pues obtener indicadores como los mencionados anteriormente, no indica necesariamente *per se* operaciones fraudulentas, pero sí que son susceptibles de un análisis más cuidadoso. Pero, ¿cómo considerar esta clasificación? Como fue especificado en la primera sección de este documento, se produjo un cambio sustancial en la forma como eran calificados los informes a partir de la valoración del testimonio que se hacía de las reclamaciones presentadas. Arce et al. (2009) hicieron una categorización a partir de una serie preguntas que el perito debería responder para evaluar el testimonio y que permite ampliar la comprensión de incorporar los conceptos de consistencia e inconsistencia en los informes que se emiten. Para orientar la clasificación indicada se concibe las siguientes preguntas y categorías:

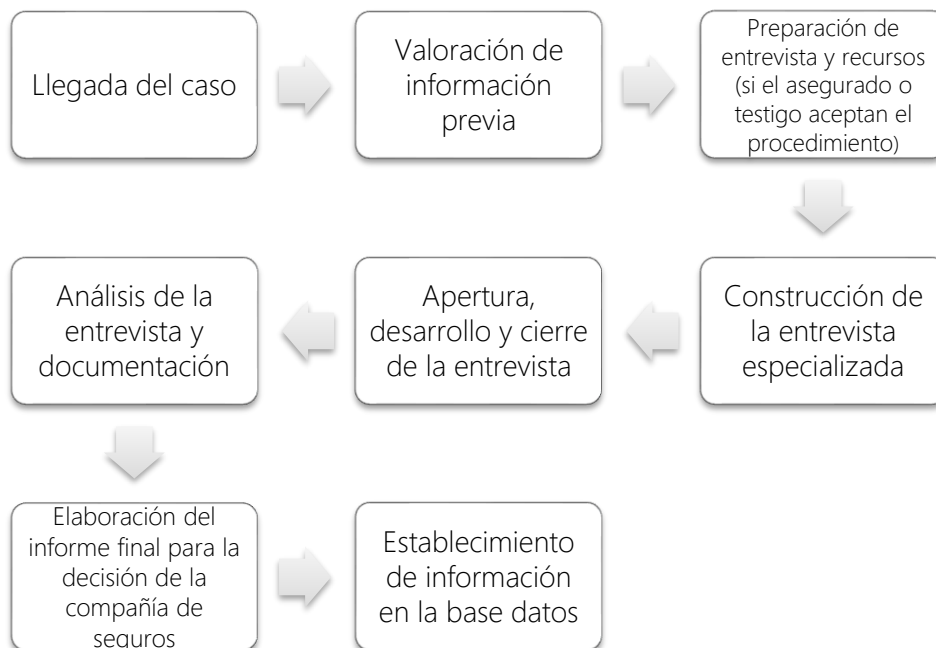
1. Consistencia o inconsistencia interna: ¿existen contradicciones internas en el relato?
2. Consistencia o inconsistencia externa: ¿el relato es coherente con otros relatos o pruebas?
3. Consistencia o inconsistencia con otras declaraciones

4. Persistencia en las declaraciones: ¿las declaraciones son consistentes en el tiempo?
5. Consistencia o inconsistencia con las leyes científicas y de la naturaleza

Frente a esto, es importante describir y puntualizar la definición operacional de lo que implica un relato evaluado como consistente, inconsistente e indeterminado para efectos del trabajo que se realiza.

- Un relato se califica como **consistente** si se identifica un testimonio coherente respecto a las circunstancias en que ocurrió el siniestro y la contingencia con el componente emocional. Igualmente, se identifica un testimonio consistente en cuanto a los aspectos de tiempo y lugar de ocurrencia, coherencia entre los relatos de la presente entrevista y los hallazgos encontrados en informes previos por la firma de investigación, confirmación de la ocurrencia del siniestro e identificación de elementos que lo respalden.
- Un relato considerado como **inconsistente** incluye características de incoherencia entre los relatos de la presente entrevista y los hallazgos encontrados en informes previos por la firma de investigación. Identificación de inconsistencias sobre detalles emitidos en las versiones entregadas por el mismo entrevistado a la firma de investigación y en la presente entrevista. No confirmación de las reales circunstancias de ocurrencia del siniestro, ni identificación de elementos que lo respalden. Posibilidad de testimonios no creíbles y existencia de inconsistencia en el relato de los hechos. Inexactitud en el reporte de los hechos.
- Un informe calificado como **indeterminado** está derivado de información que no recae en ninguna de las dos categorías, pues se presentan elementos que combinan características de ambas definiciones y las características son difíciles de clasificar. Por lo anterior, el relato se califica como indeterminado o no concluyente.

Figura 1. Procedimiento empleado en un caso de presunto fraude



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III. MÉTODO DE SISTEMATIZACIÓN

En esta sección se especifica el proceso de recolección de datos, el establecimiento de una base de datos y los elementos descriptivos principales para categorizar la población que fue parte del presente análisis. Se describe una aproximación principalmente descriptiva y exploratoria, con un análisis mixto (cuantitativo y cualitativo).

Muestra

Para el año 2018 fueron considerados en total 126 datos de reclamaciones que fueron derivadas a investigación de entrevista especializada, se realizó un filtro preliminar para desestimar las entrevistas que tuvieran un enfoque diferente, ya que, pueden clasificarse como entrevista de evaluación, entrevista de dirección o entrevista especializada, de acuerdo con los objetivos que se busquen en el proceso. A lo anterior, se indica que ninguna de ellas fue descartada para esta sistematización. La muestra con 126 datos de *entrevistas especializadas*, estuvo compuesta por 104 hombres (el 82,5%) y 22 mujeres (para el 17,5% restante), con un rango de edad entre 21 y 69 años (una media de 39 años). El nivel de formación comprendió entre primaria y maestría, teniendo una mayor

frecuencia en el nivel profesional con un 18,3%, seguido del nivel secundaria con el 12,7%, por lo tanto, la muestra contó con una variedad en cuanto al nivel académico de los reclamantes. El estrato socioeconómico osciló entre el nivel 2 al 4, por lo tanto, solo se tienen estos tres niveles presentes en las reclamaciones, teniendo un mayor porcentaje en el estrato socioeconómico 3 con un 31% de la muestra total.

Base de datos de sistematización

Para la recolección de los datos que reviste el presente análisis se realizó en primer lugar, una identificación de los datos que son considerados en la entrevista especializada, como punto de partida de la información que sería almacenada y posteriormente analizada. Internamente, se realizó una clasificación de los datos para delimitar el alcance de las variables estimadas. Esta clasificación estuvo orientada a tres tipos: (1) variables propias del reclamante, (2) variables características de la reclamación y (3) variables de resultado de la entrevista. En esta medida, las variables se agrupan de la siguiente forma:

1. Variables propias del reclamante:

- a. Sexo
- b. Edad
- c. Nivel académico
- d. Estrato socioeconómico
- e. Situación laboral, con el interés de especificar el tipo de ocupación que tenían los reclamantes en el momento de pedir la indemnización a la compañía aseguradora.

2. Variables características de la reclamación

- a. Compañía aseguradora
- b. Tipo de entrevistado: clasificado a la vez como asegurado, conductor o testigo.
- c. Tipo de reclamación: dependiendo del tipo de póliza asegurada se contó con la clasificación en: seguros de vida, autos, hogar, generales y sustracción de dinero.

- d. Denuncia previa a la entrevista: dicotómica de SÍ o NO.
- e. Modalidad del siniestro. En esta variable se tomaron las características que mediaron al siniestro y se realizó una subclasificación que incluyó las siguientes modalidades: Pérdida Total Daño, Pérdida Total Hurto, Pérdida Parcial Daño, Pérdida Parcial Hurto, Sustracción con violencia, abuso de confianza, atraco, halado, Pérdida de capacidad laboral y contenidos.
- f. Reclamaciones previas: como una variable antecedente que buscaba determinar si el entrevistado ya había tenido contacto con el sector asegurador como reclamante.
- g. Informe previo: con la intención de determinar si el proceso de entrevista especializada había sido conducido por alguna actividad sospechosa que hubiese advertido un investigador previo.

3. Variables de resultado de la entrevista

- a. Concepto final: el cual considera los hallazgos de la entrevista especializada para concluir en la evaluación del relato como **consistente, inconsistente o indeterminado**.
- b. Oportunidad de fraude. Esta variable fue incluida con el propósito de tener un acercamiento a una posible clasificación de los perpetradores de fraude en el sector asegurador. Este concepto es considerado a partir de la teoría del triángulo del fraude, expuesto en apartados anteriores. De esta forma, con las entrevistas especializadas que tuvieron un concepto de inconsistente se procedió a hacer una valoración sobre las características del posible fraude con las características suscitadas de la entrevista. En esa medida y retomando las definiciones de Márquez (2019), se considerando tres tipos de perpetradores: (1) Perpetradores de primera ocasión, entendidos como aquellos que no cuentan con antecedentes de actividad criminal o fraudes anteriores, pero tienen la posibilidad de cometer uno y lo aprovechan según las circunstancias; (2) Perpetradores reincidentes, quienes ya han cometido hechos fraudulentos en el sector asegurador. Finalmente, (3) Grupos de crimen organizado, descritos como grupos profesionales que se especializan

en tipo particular de crimen, tienen mayor conocimiento de la configuración del delito y cómo cometerlo.

- c. Desistimiento: descrita como el resultado en que el reclamante decide voluntariamente abandonar la continuidad de la indemnización, debido a que acepta que está cometiendo un fraude contra la compañía de seguros.

Adicional a los datos anteriormente expuestos, para los relatos calificados como inconsistentes fueron considerados los indicadores de fraude definidos en el Capítulo II de este documento: (a) motivaciones para mentir, (b) hallazgos de interés e (c) imprecisiones. Estos indicadores permiten, por un lado, obtener la evaluación y calificación final del proceso (como consistente o inconsistente); y, por otro lado, configuran los resultados que este tipo de técnica tiene en el apoyo al sector asegurador en cuanto a la prevención del fraude.



Procedimiento

Este interés surgió después de reconocer que existe, a la fecha, una fuente de información importante para analizar casos de presunto fraude contra las compañías aseguradoras, por lo tanto, fueron considerados los datos del 2018 en relación a la aplicación de la técnica de entrevista especializada. Se contaron 126 casos que corresponden únicamente a entrevistas especializadas y se procedió a la creación de una base de datos con variables que pueden servir en un primer acercamiento sobre el fenómeno y la técnica. Posterior a ello, se realizó una revisión de la información registrada y se aplicaron las correcciones que tuvieran lugar. Algunas de las variables contenidas en la base de datos fueron definidas operacionalmente con el fin de tener mayor claridad de los resultados del informe, de esta manera se obtuvo la información que alimentó los resultados de concepto *inconsistente* y configuró el posterior análisis cualitativo.

Una vez delimitada y revisada la base de datos, se realizó el análisis estadístico descriptivo, el cual permitió obtener la caracterización de la muestra, la información sobre las compañías aseguradoras que solicitaron el proceso de entrevista especializada y la caracterización de acuerdo al resultado que arrojaba el informe. Adicionalmente, se consideró –como parte de la estadística descriptiva- la tabulación cruzada de algunas

variables en las que se tenía la hipótesis de que existía alguna relación, con el objetivo de obtener una caracterización de las reclamaciones sospechosas a partir de las variables de los sujetos que fueron entrevistados, así como de variables más contextuales como la modalidad del siniestro o el tipo de reclamación. Con lo anterior, se pretendió también obtener información que pudiera servir en el futuro como variables de interés e inclusive, como variables predictivas de fraude. Sin bien, el alcance de la presente sistematización no reviste resultados orientados a la predicción del fraude a partir de ciertas variables, sí planea servir como un primer paso para este tipo de producción académica, pues reconoce, en un principio, que existen actualmente limitaciones respecto a lo que sabe sobre el fraude en el sector asegurador, cómo opera y las técnicas que pueden ser empleadas para prevenirlo.

Con los datos recolectados y con una metodología exploratoria descriptiva, se procedió a obtener los resultados descriptivos por medio de la base de datos, la cual fue construida en el programa Excel. Igualmente, algunas de las variables evaluadas se exportaron al programa estadístico SPSS para conocer la distribución de frecuencias y la tabulación cruzada.

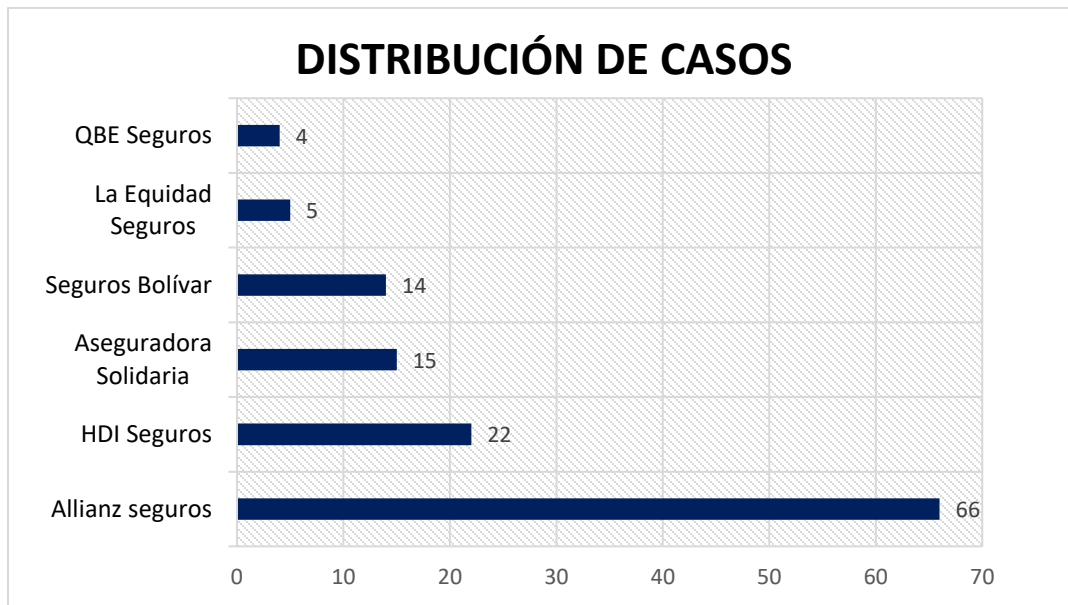
CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En esta sección se exponen los resultados descriptivos y el análisis cualitativo derivado de los casos evaluados como *inconsistentes*. Se consideraron algunas variables que pudieran tener alguna relación con otras y por ello, se realizaron análisis de tabulación cruzada para intentar obtener frecuencias sobre información que pudiera estar presente en cada una de las variables estimadas.

Resultados descriptivos

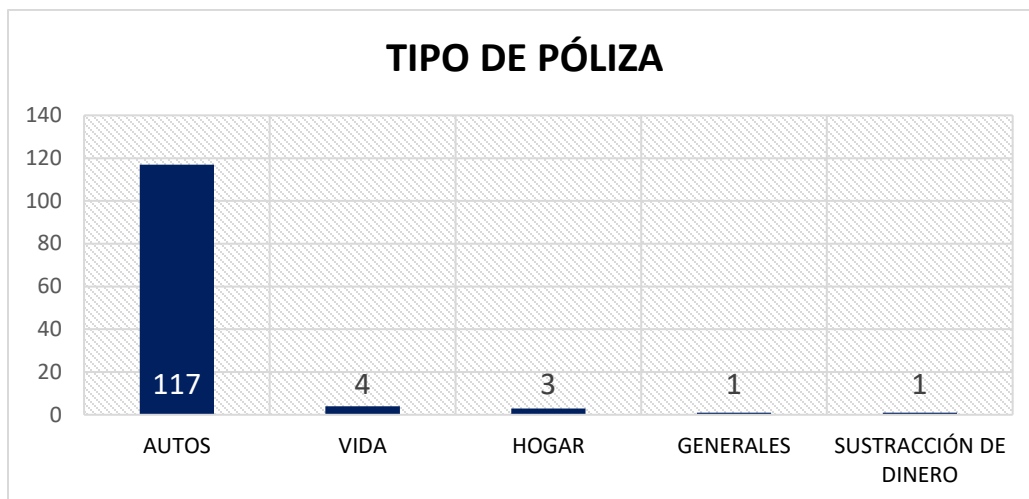
Para los objetivos de este proyecto es de vital importancia contar con una clasificación de las compañías aseguradoras, ya que, pueden generar el dato sobre aquellas en las que más se registran casos de presunto fraude o intento del mismo. Por tal razón, la *gráfica 1* presenta la frecuencia de los casos presentados según la compañía.

Gráfica 1. Distribución de casos por compañía aseguradora



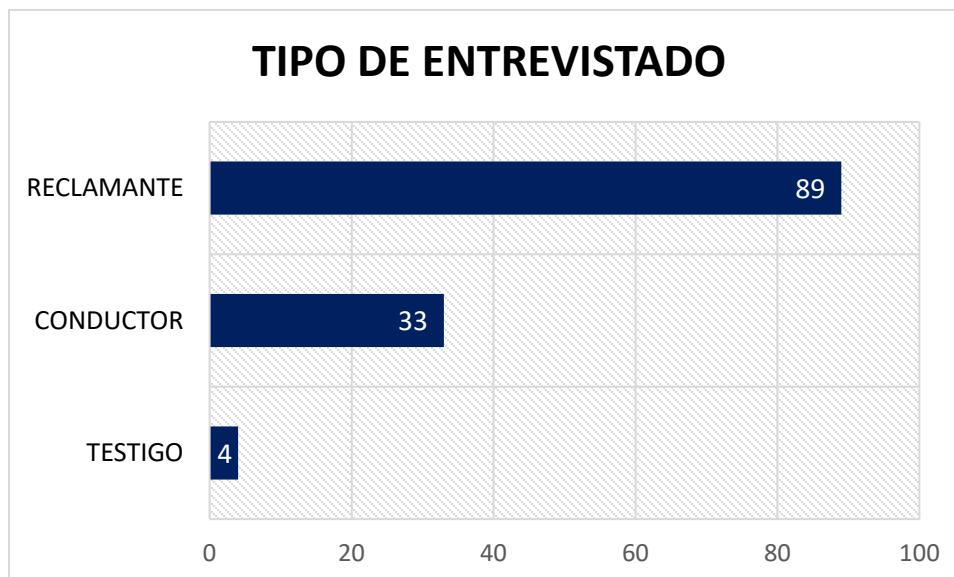
Como se evidencia en la gráfica anterior, fueron seis las aseguradoras en las que se presentaron las reclamaciones objeto de entrevista especializada, teniendo un mayor registro en la compañía Allianz Seguros, seguido por HDI Seguros; ambas representando el 70% de la muestra de casos. De igual manera, fue importante considerar el tipo de seguro que era reclamado, pues se establece que esta variable no solo está vinculada con la modalidad del siniestro, sino que además puede relacionarse con la oportunidad de fraude que se presenta. En el gráfico 2 se puede evidenciar la distribución del tipo de seguro que había sido afectado en la póliza.

Gráfico 2. Distribución del tipo de póliza



El 92,8% de los casos correspondieron a una póliza de automóviles, por lo tanto, se advierte que la mayor parte del análisis recaerá en las modalidades que se presentan principalmente en este tipo de reclamaciones. Así mismo, es posible notar una tendencia (al menos inicial) sobre la dirección que han tomado las entrevistas especializadas, sin querer decir con ello que su alcance es limitado o que no cubre un conjunto amplio de tipos de seguros, modalidades de siniestro o casos de análisis. Un factor que también fue considerado dentro de las variables estimadas fue el tipo de entrevistado, porque era interés conocer de quién procedía el testimonio que se iba a evaluar, ya que, es la información que se tiene de los posibles testigos directos o de los afectados finales por el siniestro presentado. De manera coherente con la distribución del tipo de póliza que se presentó en la gráfica anterior, la clasificación del tipo de entrevistado incluye en gran medida la categoría “conductor”, pues el titular del seguro y el conductor del mismo pueden no ser la misma persona. En la gráfica 3 se especifica esta distribución y podrá advertirse también que las entrevistas especializadas han sido utilizadas en gran parte para responder a las investigaciones de siniestros de seguros afectados por las pólizas de automóviles.

Gráfico 3. Distribución del tipo de entrevistado

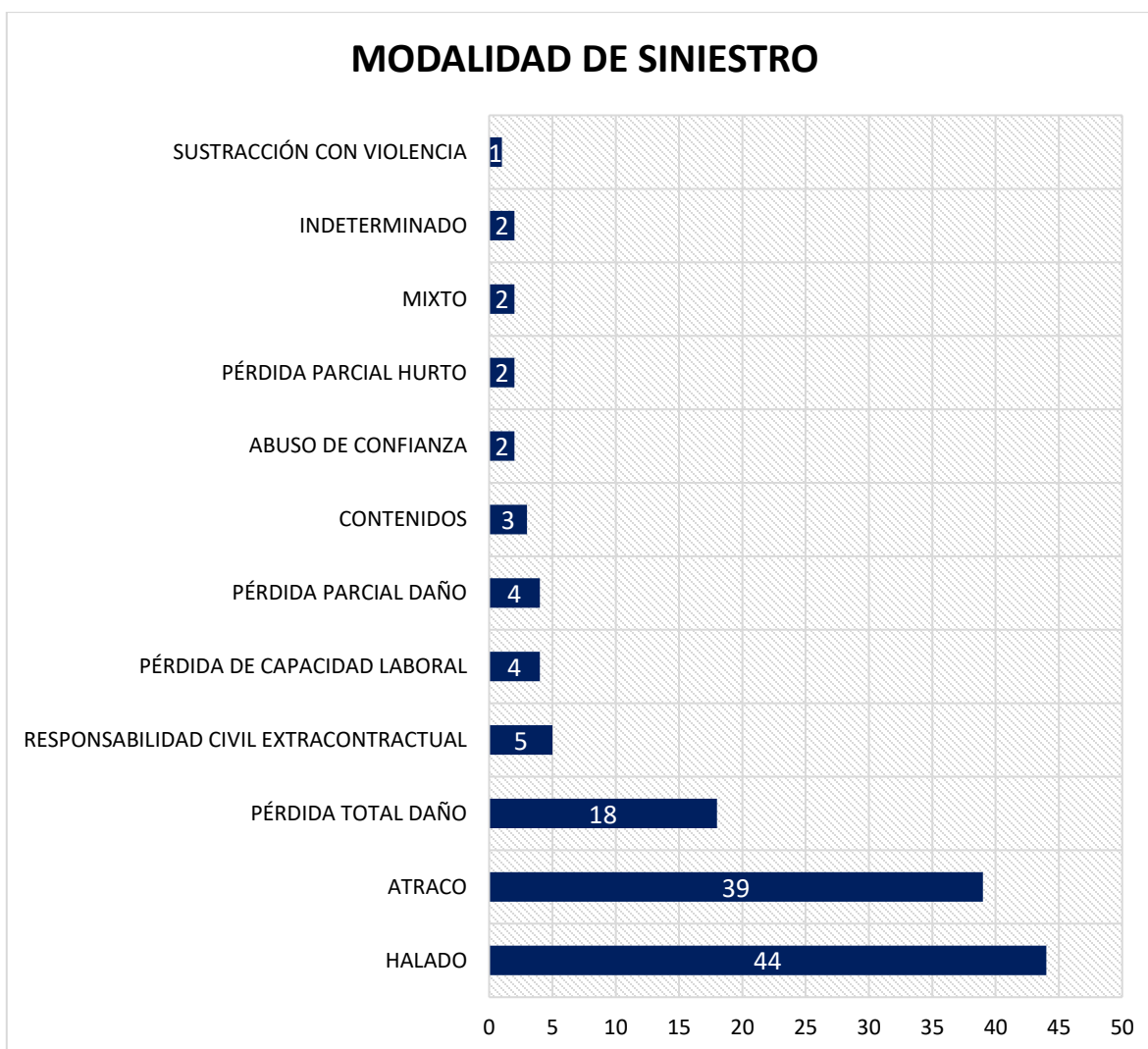


Frente a lo anterior, es necesario especificar que un mismo proceso puede tener varios tipos de entrevistados, sin embargo, en la base de datos actual no fueron considerados los casos, sino las entrevistas especializadas ejecutadas, de esa forma se podía obtener el concepto por informe. La gráfica 3 permite observar que las principales entrevistas son realizadas a los reclamantes del seguro (71%), es decir, quienes deben demostrar la real ocurrencia del hecho, la cuantía de la pérdida y la preexistencia del bien. Es pertinente especificar que los 126 casos no obedecen a entrevistas hechas a los reclamantes, pues en ocasiones, existe suficiente material para recomendar proceder o no con la indemnización que se reclama y el asegurado puede no contar con información que aporte en la investigación. A pesar de lo anterior, se considera que se puede presentar una motivación para perpetrar un fraude contra el sector asegurador, pues puede existir un beneficio implícito por la ocurrencia de un siniestro. En este último aspecto será ampliado en la sección de los resultados de carácter cualitativo, pues hace parte de las motivaciones para mentir o los hallazgos de interés que se generan a partir de la entrevista especializada y, además, justifican que un informe sea concluido y calificado como *inconsistente*.

En la gráfica 4, se presenta información sobre las principales modalidades del siniestro, es decir cómo ocurrió el hecho. En esta categoría se incluyeron tanto las modalidades como el tipo de pérdida que se tuvo del siniestro. El objetivo principal es tener una primera aproximación a las condiciones de los delitos que se asocian con presuntos

fraudes. Es relevante mencionar que los datos descriptivos que son expuestos dan un punto de partida para analizar la información de manera conjunta con otros hechos; claramente, este es un objetivo que no hace parte del alcance de esta aproximación, pero espera servir como una exploración a futuros abordajes e investigaciones.

Gráfica 4. Modalidad del siniestro



El 92,8% de los casos correspondientes a la reclamación de una póliza por automóviles explica los resultados presentados anteriormente, ya que se evidencia que las principales modalidades del siniestro obedecen a halado y atraco, representando el 65,8% de la muestra, seguido por la pérdida total daño del bien con un 14,3%. Lo anterior, si bien indica una serie de modalidades de siniestro amplia, también puede implicar dos aspectos:

(1) que un gran número de hechos se presenta en concomitancia con actos de criminalidad o (2) que las reclamaciones por pólizas de automóviles recaen en modalidades de atraco y halado como oportunidades que encuentran los reclamantes para perpetrar un fraude, en esa medida, podrían estimar que es más difícil validar si el hecho se presenta bajo un intento de fraude o bajo un hecho delictivo real.

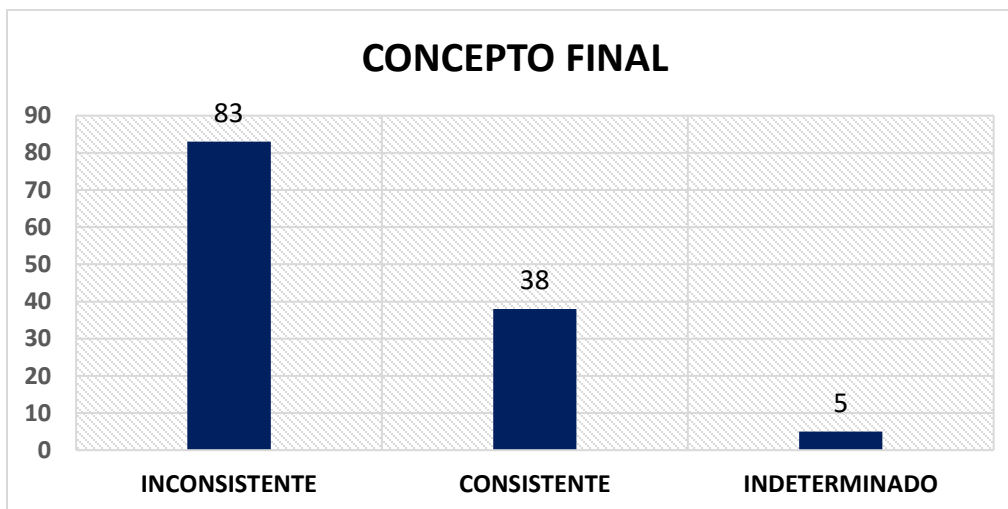
Acompañando los datos anteriores, fue considerado si el entrevistado había tenido reclamaciones previas, bien con la misma compañía o bien con otras aseguradoras, con el objetivo de observar si se había tenido un acercamiento previo con estas, ya que, se conocen ciertos beneficios al presentar las reclamaciones, es más probable que se busque esta oportunidad para intentarlo nuevamente. De la muestra, el 10,3% de los entrevistados había tenido al menos una reclamación previa y de este número porcentaje de entrevistados que se habían visto involucrados en reclamaciones previas, equivalente a 13 casos de los 126. Así mismo, se pudo determinar que el 69% de estos casos fueron calificados como *inconsistentes* y el 100% sobre esta muestra correspondió con una oportunidad de fraude valorada como *reincidente*. Los resultados anteriores deben ser tomados con precaución pues si bien, la variable reclamaciones previas puede generar una señal de alerta sobre un posible fraude actual no es determinante en todos los casos; su poder predictivo deberá ser analizado en investigaciones posteriores.

En todos los casos, se contó con un informe previo, es decir que algún investigador ya había tenido acercamiento al caso y derivó (según sus resultados) a la entrevista especializada. Ninguno de los procesos de entrevista especializada fue realizado sin antes haber valorado que existía sospecha de fraude, en esa medida, esta técnica permitió y permite contar con mayores elementos que aclaren las circunstancias reales del siniestro y la intención en la reclamación de la póliza. De igual forma, fueron estimados los casos en los que se presentó una denuncia formal, siendo este valor del 67% de la muestra completa. En la siguiente sección se presentan datos descriptivos relacionados con la distribución del concepto final de las entrevistas especializada, es un aspecto de gran relevancia ya que con el uso de esta técnica se espera guiar las decisiones de la aseguradora, sin pretender con ello ser la última palabra sobre la indemnización o rechazo de la póliza, se hace la salvedad de que cada compañía, decide libremente el curso de los casos teniendo en cuenta la información que se le presenta.

En la gráfica 5 se puede advertir que, de los 126 casos analizados, el 65,9% fueron evaluados como inconsistentes, es decir, que la entrevista especializada contribuye en un porcentaje importante a determinar si se presentan incoherencias en el relato, poca comprobación por parte entrevistado sobre la real ocurrencia del siniestro o inexactitudes sustanciales sobre los hechos. Así mismo, un 30,1% fueron calificados como consistentes, esto permite concluir que casos que fueron previamente identificados con algunos indicadores de fraude, por medio de la entrevista especializada pudo comprobarse que se presenta consistencia en el relato y sus detalles, se confirma la ocurrencia del siniestro e identificación de elementos que lo respalden y a la vez se tiene coherencia entre los relatos de la entrevista especializada y los hallazgos que son encontrados en informes previos, lo que implica que también existe consistencia documental cuando se procede con el análisis. Un porcentaje muy bajo, menos del 5%, evalúan el testimonio como inconcluso con un reporte *indeterminado*, que encuentra tanto características consistentes como inconsistentes, el relato no recae en una valoración precisa y podría tratarse de un siniestro real, manipulada o de un presunto fraude.

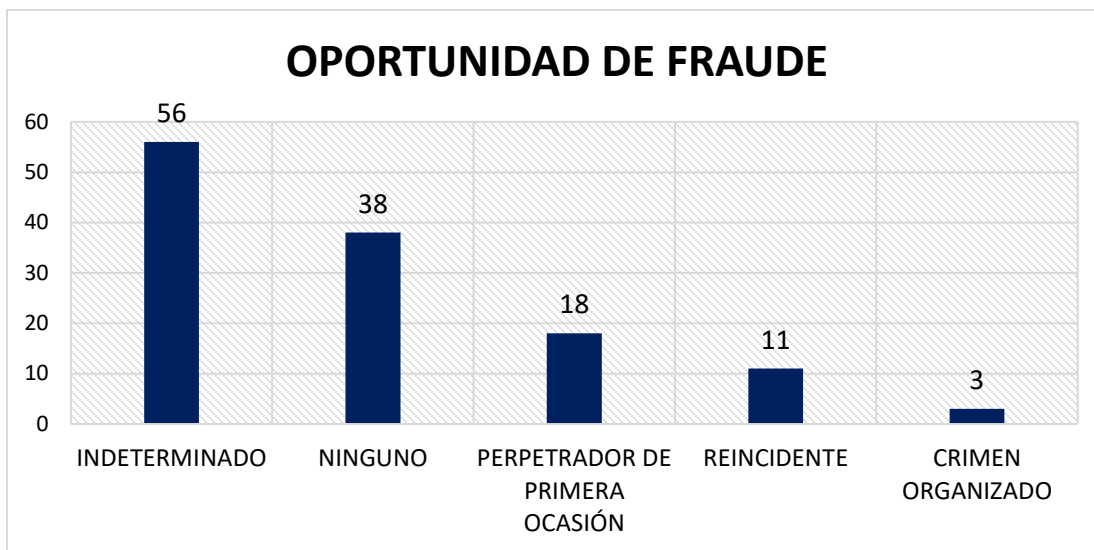
Un dato que se resalta en esta sistematización es la aparición de desistimientos en las reclamaciones, definidos estos como las decisiones voluntarias que toman los asegurados de NO continuar con la reclamación, pues se les ha advertido que se presentan inconsistencias sustanciales que podrían llevar a un proceso penal por falsa denuncia. Al advertir este tipo de consecuencias, los asegurados confiesan que el siniestro no se ha presentado en las situaciones en las que habían afirmado y que son conscientes que puede haber cláusulas que impedirían la reclamación de la póliza. Es pertinente aclarar que los valores presentados por desistimiento se presentan únicamente en los casos que fueron evaluados como inconsistentes. Estos resultados corresponden con un 7,1% de la muestra total y un 10,5% de la muestra que corresponde con informes inconsistentes.

Gráfica 5. Concepto de la entrevista



Finalmente, fue considerada la variable oportunidad de fraude siguiendo una postura teórica que permite observar algunos criterios para identificar bajo qué condiciones puede presentarse un eventual fraude. Es pertinente advertir que esta categorización es primaria, pues en la labor diaria que compromete el proceso de entrevista especializada no se había considerado hacer el registro de la oportunidad de fraude que sigue un siniestro. Por lo tanto, es un acercamiento que si bien es inicial sí pretende servir de base en otras clasificaciones y sistematización. En la gráfica 6 se registra la distribución de casos según la oportunidad que se pudo detectar. Los 38 casos que corresponden con un concepto consistente equivalen a la clasificación *ninguna oportunidad de fraude*.

Gráfica 6. Oportunidad de fraude



Así mismo, en la tabla 1 es posible evidenciar la tabulación cruzada de la variable oportunidad de fraude y el concepto de la entrevista. Como se registra con esta distribución se indica que 44,4% de la muestra recae en la clasificación *indeterminado*, ya que, no fue posible identificar con claridad la clase de oportunidad de fraude que envolvía el siniestro analizado. Lo anterior, es razonable, de la misma manera en que se plantea una clasificación en cuanto a la oportunidad de los defraudadores, es posible analizar otras categorías que no hayan sido consideradas hasta la presente aproximación. Será una labor académica interesante descubrir o ubicar otras categorías en cuanto a la oportunidad que se presenta de los casos fraudulentos en el sector asegurador.

Tabla 1. Tabulación cruzada del concepto de entrevista y oportunidad de fraude

	OPORTUNIDAD DE FRAUDE					Total
	Indeterminado	Ninguno	Perpetrador de primera ocasión	Reincidente	Crimen Organizado	
Consistente	0	38	0	0	0	38
Inconsistente	53	0	18	11	1	83
Indeterminado	3	0	0	0	2	5
Total	56	38	18	11	3	126

En la siguiente sección se presenta una descripción cualitativa de los casos que corresponden con un concepto de entrevista inconsistente, se señalan tres aspectos

principales: motivaciones para mentir, hallazgos de interés y las imprecisiones que rodean el relato.

Motivaciones para mentir

De acuerdo a los 83 casos considerados en la muestra para el año 2018, se realiza una descripción de las principales motivaciones para tergiversar, modificar o mentir en un relato sobre la reclamación de la póliza por el bien asegurado. Esta relación incluye una verificación sobre la hipótesis que rodeaba el caso y una revisión sobre los hallazgos de interés, ya que, son estos lo que configuran y adaptan las motivaciones para mentir. Como fueron definidas, las motivaciones para mentir implican la justificación que tendría el entrevistado para cambiar la versión de los hechos reales, el ocultamiento de información importante que aclare el caso o la simulación de condiciones que no se tienen, lo que se encuentra detrás del engaño. Como aclaración principal y necesaria debe entenderse que los resultados que se presentan en esta sección corresponden a una revisión caso a caso y si bien procuran recolectar unas motivaciones principales, agrupadas en algunas categorías generales que se identifican con la entrevista especializada, también pretenden ser cautelosos con las conclusiones finales, comprendiendo que todos los casos son diferentes y las motivaciones son tan amplias como subjetivas.

El análisis identificó algunos elementos que se comparten en las reclamaciones y que se enumeran y exponen en este apartado. El orden presentado no implica necesariamente un orden de frecuencia en la identificación de los casos, solo obedecen a la descripción que se puede abstraer de los mismos.

- Vehículo utilizado para otras actividades a las que está destinado: esto implica, por ejemplo, que el vehículo esté inscrito en plataformas de transporte o que su uso involucre actividades que la póliza no cubriría en caso de una eventual indemnización.
- Razones económicas, solvencia financiera o deudas adquiridas: este ítem se establece por la posibilidad de que el reclamante perciba que con la reclamación efectiva tendrá la oportunidad de sustentar algún tipo de problema o inconveniente económico que presente, que puede o no estar vinculado con la tenencia del bien.

- Responsabilidad por impericia, conductas riesgosas con el vehículo o descuido: se relaciona con la posibilidad de que el siniestro haya ocurrido por causa de la imprudencia del conductor, deliberada o involuntaria. Por ejemplo, en siniestros que comprometen accidentes de tránsito participar en carreras ilegales, ir a exceso de velocidad o hacer maniobras riesgosas; cuando compromete un siniestro por hurto, dejar expuesto el vehículo.
- Negligencia: similar a la descripción anterior, dejar el vehículo estacionado en lugares inseguros, sin sistemas de seguridad, sin cuidado o vigilancia o sin revisiones técnico-mecánicas que evitaran un incidente o accidente de tránsito.
- Ir bajo el influjo del alcohol o cualquier sustancia psicoactiva, que incidiría en un eventual accidente de tránsito y generar una pérdida parcial/total por daño.
- Ocultamiento de información: se define como la información que es omitida o cambiada deliberadamente y que obstruiría la comprensión del siniestro debido al contenido y naturaleza de esta información.
- Beneficios múltiples al ser indemnizado por la póliza, se verifica con mayor comprensión en las pólizas por seguros de vida o por seguros de capacidad laboral, en donde las motivaciones se dirigen a simular síntomas, afecciones de salud física y mental para evitar pérdidas de pensión laboral y sean indemnizados por parte de la compañía en la que se encuentran laborando.
- Motivación de tipo instrumental: fortalecer una red dedicada al fraude. Esta motivación enmarca una red de crimen organizado que utilizan el sector asegurador para obtener sistemáticamente beneficios económicos con la reclamación de las pólizas.
- Evitar un gasto de reparación, involucra aspectos mecánicos que tuviera el vehículo en los que no se hubiese querido incurrir en pagar y se simula un daño en el mismo para que la aseguradora asuma el costo del siniestro. También se ha evidenciado casos en los que se tienen daños previos al siniestro y se aprovecha el siniestro para reclamar por los daños actual y preexistentes. Las motivaciones para mentir se orientan a aprovechar la reclamación para evitar pagos de reparación.

A partir de lo anterior, se describe que las motivaciones para mentir serán diferentes según el tipo de reclamación y siniestro que se presente, por ejemplo, las motivaciones variarán si se trata de un accidente de tránsito (pérdida total o parcial por daño) o por hurto (pérdida total o parcial por hurto), así mismo, si la póliza implica el cobro de una póliza de vida, pérdida de capacidad laboral o es de automóviles. Si bien sobre la base de las motivaciones para mentir se encuentra un beneficio económico, la forma en que se es omitido o modificado el relato de la real ocurrencia de los hechos cambiará según las circunstancias en que estos se presentan y las condiciones del asegurado en el momento de presentar la reclamación.

Hallazgos de interés

En esta sección se presentan los aspectos que a partir de la entrevista especializada llaman la atención del entrevistador por tratarse de información que podría conducir a una motivación sustancial para alterar el relato, porque implica una revelación de circunstancias personales que podrían dar lugar a un beneficio en la reclamación o porque sustenta las inconsistencias del testimonio cuando este es comparado contra el mismo relato o contra otros relatos del mismo caso. Al igual que en la sección anterior, la nominación de estos hallazgos de interés no implica un orden estricto por frecuencia (presentado en mayor número de casos) o por orden cronológico; obedece a la recopilación de la descripción cualitativa de los 126 casos y es un primer acercamiento a los aspectos que pueden destacarse en medio de una entrevista especializada vinculada a la investigación de siniestros.

- Tiempo de uso del vehículo
- Cantidad de llaves que se reportan y entregan en la investigación
- Deudas adquiridas o poca solvencia financiera
- Intento de venta del vehículo previo al siniestro
- Ser víctima de amenazas antes del siniestro o de sobornos/extorsión después de la pérdida
- Actividades irregulares en los que se hayan encontrado el asegurado, conductor o administrador del vehículo
- Uso del vehículo por varias personas

- Relaciones personales sospechosas o problemáticas
- Antecedentes judiciales de parte del asegurado, conductor o administrador del vehículo
- Zonas de parqueo regulares donde era estacionado el vehículo
- Inscripción en plataformas de transporte de pasajeros (Uber, Didi, Beat, Picap)
- Violencia en el siniestro: se pedirán detalles más específicos sobre los aspectos que rodearon el hecho violento
- Siniestros anteriores en lo que se haya visto involucrado, con o sin reclamación del seguro
- Existencia de cámaras de seguridad o vigilancia en el sector.
- Atrasos con cuotas del bien asegurado
- Actividad económica o situación laboral del reclamante
- Condiciones previas al accidente de tránsito
- Conocimiento de hurtos por ubicación o características de los vehículos
- Fechas del siniestro – fecha del reporte – fecha de denuncia
- Compra del vehículo sin necesidad aparente
- Reclamaciones exitosas en el pasado
- Adquirir el vehículo para que sea usado por otra persona
- Testigos del siniestro
 - Piques o carreras ilegales
 - Asistencia y existencia de Informe Policial de Accidente de Tránsito en el lugar de los hechos
 - Cambio de la compañía aseguradora
 - Sistemas de seguridad del vehículo
 - Origen del incendio o causas del mismo
 - Registro fotográfico del siniestro
 - Daños en el vehículo que no corresponden con la modalidad del siniestro
 - Reportes en centrales de riesgos financieros
 - Salvamentos de motos de alta gama que han sido previamente reclamados por modalidades fraudulentas

- Tenencia de otros vehículos que no se encuentran asegurados, presentándose el siniestro con el único vehículo que se encuentra en una compañía de seguros.

Así mismo, se destacan algunos hallazgos relacionados con las pólizas de capacidad laboral como (a) simulación y sobresimulación de síntomas físicos y psicológicos, (b) afectaciones similares a las que presentaron otros compañeros de trabajo, (c) conocimiento de otras reclamaciones presentadas que fueron exitosas y (d) desarrollo de condiciones médicas sin antecedentes registrados. En cuanto a las redes criminales organizadas se describen algunos hallazgos que se comparten en los casos que fueron descritos en la variable *oportunidad de fraude* como 'crimen organizado', a saber, (a) amenazas a investigadores de casos similares, (b) poca antigüedad con la póliza, (c) siniestro catalogado como alto riesgo y (d) en los casos previos, la modalidad del siniestro tiene las mismas características de la reclamación que se presenta.

Es pertinente aclarar que los hallazgos de interés en cada caso son diferentes y dependerá del desarrollo de la entrevista especializada para abstraer elementos que son destacados en cada reclamación. A pesar de la individualidad de los casos, la enumeración anterior contempla algunas de las características que pueden ser compartidas en los casos y nuevamente, podrían servir como parámetros de comparación y análisis de los siniestros investigados.

Inconsistencias e imprecisiones

En esta variable es donde recae principalmente el objetivo de la entrevista especializada, pues esta técnica pretende advertir sobre las contradicciones, imprecisiones e incongruencias que tiene un relato frente a un hecho. Este proceso comprende, claramente, la entrevista especializada como el medio para llegar a evaluar un testimonio y emitir un concepto sobre la consistencia e inconsistencia del mismo, sin embargo, también implica llevar esa evaluación al análisis documental de las posibles declaraciones que el entrevistado ha tenido antes de la entrevista, así como permite comparar diferentes versiones sobre el mismo hecho y encontrar mayores hallazgos de interés.

El siguiente conjunto de elementos ha sido generado a partir del análisis cualitativo que representa el argumento para el concepto final de un informe y aunque esto no pretende

establecer una visión limitada del tipo de inconsistencias que pueden ser encontradas en las investigaciones de los siniestros, sí pretende servir como una aproximación muy amplia de la experiencia que se tuvo durante el 2018 y ser pionera en cuanto a la sistematización de variables que deben ser consideradas en futuros acercamientos académicos y aplicados.

- Tiempo de tenencia del vehículo
- Fecha y horario de reporte de siniestro
- Uso real del vehículo en el momento del siniestro
- Ingresos económicos con el uso del vehículo
- Registro de delitos en calidad de indiciado o condenado
- Inconsistencias al comparar la versión con documentos del caso o con otras declaraciones
- Testigos reales del siniestro
- Situación laboral
- Lugar destino y lugar origen
- Implicaciones, conocimiento o exposición antes-durante-después del siniestro
- Evasión en preguntas específicas que aclararían el caso
- Aumento de detalles que no son necesarios dentro de las preguntas realizadas
- Al contrario del ítem anterior, falta de detalles o especificaciones que permitan comprender el siniestro
- Ambigüedad en los ingresos percibidos
- No se presenta denuncia en siniestros bajo modalidad de hurto y que implica violencia
- Dónde y quién se encarga del mantenimiento del vehículo
- Incluir pérdidas de otros elementos de valor (o dinero) que no habían sido reportados antes.
- Acompañantes en el vehículo
- Lugar de residencia del reclamante y lugar habitual de estacionamiento del vehículo

- Hechos violentos previos al hurto, cantidad de atacantes y participación de cada uno en el hecho
- Reporte de los hechos a la Policía y asistencia de autoridad de tránsito
- Lesiones generadas por el accidente o siniestro
- Conductor del vehículo en el momento del siniestro
- Comunicación posterior al hecho en condiciones de modo, tiempo y lugar
- Causa del accidente o siniestro: que puede no coincidir necesariamente con lo que es reportado como estado de las vías, la carretera, iluminación entre otros factores ambientales y que se pudo deber a la impericia e inexperiencia del conductor.
- Número del móvil que fue utilizado posterior al siniestro
- Acciones o actividades realizadas después del siniestro por hurto o accidente
- Motivo por el cual el afectado se encontraba en el lugar dónde sucedieron los hechos
- Vigilancia del lugar que no advierte que ha sucedido un siniestro (falsa vigilancia o el vehículo no se encontraba donde es reportado)
- Valor de la pérdida o del bien asegurado
- Daños reportados que no coinciden con la forma en la que ocurre el siniestro: evidencia de daños preexistentes
- Relación entre los implicados en el siniestro, agentes de tránsito o de quienes asisten el hecho
- Aporte de números erróneos de aparentes implicados en el hecho.
- Conductores habituales del vehículo
- Estacionamiento sin vigilancia, aunque se afirme que sí había
- Dirección de domicilio
- Categoría y tenencia real de la licencia de conducción
- Secuencia de los hechos previos al siniestro, por ejemplo, hacia dónde se dirigía, a quién iba a encontrar, hora en la que realiza las actividades previas
- Modalidad del hurto
- Características de los atacantes y/o vehículos en los que se desplazaban ellos
- Conocimiento de condiciones y características del vehículo

- Sistema de encendido del vehículo o llave de apertura, ya que existen llaves únicas según el tipo de vehículo
- Cuantía de la pérdida cuando el hurto implica dinero
- Elementos y/o armas de ataque para hacer el hecho hostil
- Reclamaciones paralelas, presentadas en otras compañías aseguradoras, en donde se indica no tener conocimiento de alguna de ellas
- Propiedad del bien asegurado, es decir, a quién pertenece el bien.
- Novedades de embargo
- Compra del SOAT posterior a la fecha del siniestro: es una inconsistencia documental cuando se compara el relato con los documentos allegados a la investigación.
- Dar detalles exactos del siniestro cuando este se presenta en modalidad de halado o de una forma en que se desconoce las circunstancias reales de su ocurrencia.
- Reporte a la línea de emergencia 123
- Lugar del siniestro
- Tiempo en el cual se advierte el siniestro, generalmente el robo del vehículo.

De igual manera, fueron descritas las inconsistencias principales de la póliza de pérdida de capacidad laboral, pues como ha sido mencionado, este tipo de reclamación tiene características especiales por su naturaleza y forma de abordar la entrevista especializada. Las principales inconsistencias se enfocan en:

- Síntomas que no corresponden con las patologías reportadas
- Acceso a citas médicas
- Secuelas producidas por el trabajo desempeñado
- Búsqueda de otros presuntos profesionales de la salud que generan un diagnóstico diferente a los antecedentes que ha reportado a la empresa y a la aseguradora
- Secuelas que no corresponden con la actividad laboral o que hayan sido generadas por un accidente laboral
- Contradicciones sobre el accidente laboral presentado, evidencia de diferencias entre el reporte médico y el reporte del entrevistado.

La descripción anterior ha considerado un promedio de 490 inconsistencias e imprecisiones encontradas en los 83 casos que representa la muestra de informes calificados como inconsistentes. Igualmente, el proceso descriptivo fue de lo más específico a lo más general, generando un efecto cada más comprensivo, pues las motivaciones para mentir, aunque se convierten en una hipótesis de trabajo, se alimentan de los hallazgos de interés, estos a la vez adquieren mayor sentido cuando se abstraen las inconsistencias en el relato y en el análisis documental. En estos tres elementos (o variables) se centra el concepto final de la entrevista y permite contar con la información pertinente para recomendar acciones a la compañía aseguradora, comprendiendo que estas cuentan con total autonomía para decidir sobre el futuro de la reclamación.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS CRÍTICO

En Colombia el fraude a los seguros está encausado dentro del riesgo operacional y como tal la Superintendencia Financiera en la Circular Externa 043 de 2005, donde contiene algunas modificaciones a la circular externa 007 de 1996, incluye el fraude como parte del riesgo operacional de toda entidad aseguradora y establece la obligación para los órganos de administración de dichas entidades de adoptar las medidas de control necesarias para prevenir este riesgo. Es así como la Circular Externa 048 de 2006, fija las bases y los lineamientos mínimos que deberán ser implementados para el desarrollo del SARO (Sistema de Administración de Riesgo Operativo) y clasifica el fraude en interno y externo; además pone de manifiesto la importancia de contar con una adecuada administración del riesgo operativo y muestra que, aunque este riesgo no se puede categorizar como financiero, su sistema de administración no difiere en sus componentes ni elementos de uso típicamente financiero.

También en Colombia el Código de 1936 (Ley 95 de 1936), contemplaba el fraude en seguros en un tipo penal individual: “El que con el fin de obtener para sí o para un tercero el precio de un seguro u otro provecho ilícito destruya, oculte o deteriore objetos asegurados de su propiedad incurrirá en prisión de 6 meses a 3 años”, y agregaba en un inciso: “El que con el fin expresado se cause a sí mismo una lesión personal o agrave

voluntariamente las que sin su intención o culpa le hubieren sobrevenido, incurrirá en la mitad de tales sanciones.” El delito de fraude en seguros desapareció debido a la posibilidad de subsumir la conducta en el delito de estafa. De la misma forma, no se contempló como tipo penal en el Código Penal actual, la Ley 599 de 2000. La Ley 1142 en el artículo 52, incluye un numeral 4° al artículo 247 de la Ley 599 de 2000, estableciendo como agravante si la conducta está relacionada con contratos de seguros o con transacciones sobre vehículos automotores.

En esta medida, la entrevista especializada, como labor aplicada en el campo de las investigaciones de siniestros en el sector asegurador ha contemplado un arduo trabajo desde la comprensión del alcance de la psicología del testimonio en la evaluación de los relatos hasta el desarrollo de un proceso que permita contar con elementos que sustenten el concepto final de un informe. Estos elementos han sido, su vez, perfeccionados a partir de la experiencia que ha llevado entrevista tras entrevista, permitiendo contar, ahora, con un marco conceptual y metodológico estructurado que ayuda a determinar la presencia de indicadores de fraude en la reclamación de una póliza de seguros.

Los indicadores de fraude son comprendidos como aquellos aspectos que fundamentan la calificación de un informe como inconsistente, pues resultan ser las señales de alerta de un testimonio basado en contradicciones e imprecisiones sustanciales que harían sospechar de la veracidad del mismo. Un aspecto que fue considerado dentro de los datos descriptivos tiene que ver con los desistimientos que se logran mediante la entrevista especializada, y si bien no consistió en un objetivo específico de este trabajo, porque realmente no es un objetivo en sí mismo dentro de la entrevista, sí es un referente para el desarrollo de esta técnica en las investigaciones de siniestros, pues permite y permitirá tener un alcance considerable del proceso, un ahorro en las investigaciones de los casos y un punto de mayor confiabilidad de la técnica misma.

Los aportes de la psicología del testimonio pueden considerarse ampliamente incluyentes en este tipo de técnica si se considera, por ejemplo, que la declaración o evidencia testimonial supone que el testigo conoce de la ocurrencia del hecho que es evaluado, así como de las circunstancias precedentes, o de las que acompañaron o siguieron a su ocurrencia, o bien tiene un conocimiento indirecto del mismo (Solís, 2000). Así mismo, Mira (1980) mencionaba que la valoración de un testimonio siempre se hace a

partir de un hecho pasado por lo que se distinguen dos fases: una de conocimiento y una declarativa, por lo que el testimonio de una persona (y la calidad del mismo) dependerá de cinco factores: (1) el modo en el cual ha percibido el suceso, (2) cómo lo ha conservado en su memoria, (3) cómo puede recordarlo y evocar, (4) cómo quiere expresarlo y (5) la forma en qué es expresado el suceso y el recuerdo del mismo. Estos son elementos que han permitido configurar una técnica cuidadosa y rigurosa para valorar las generalidades y también las precisiones que se buscan en un relato, pues las inconsistencias, los hallazgos y las motivaciones se derivan de un relato coherente con lo que es reconocido del hecho que es investigado.

Al referirse a las inconsistencias que rodean un relato y que son objeto de evaluación, es pertinente señalar la perspectiva de los indicios de credibilidad que fue retomada por Manzanero (1991) en una de sus principales obras. Allí puede ubicar que los estudios sobre las variables de contenido a través de las que se pueden inferir la credibilidad de un testimonio, están centrados, no en el testigo deshonesto y las variables relacionadas con la mentira, sino en aquellas que se vinculan directamente con el testimonio. Lo anterior, alude a un importante cambio cualitativo en los estudios sobre la evaluación de credibilidad en psicología del testimonio, dejando de lado un poco el interés específico sobre la persona y demás variables asociadas a la misma, para concentrarse detalladamente en la declaración en sí.

Los resultados que esta sistematización presenta hacen parte de esa necesidad manifiesta de reporte y registro de las actuaciones que se tienen en los casos investigados por fraude en el sector asegurador, pues como fue mencionado en el inicio de este documento, existen aspectos que aún se desconocen del fraude como fenómeno que involucra desde la composición de redes criminales o perpetradores profesionales hasta la oportunidad de fraude de personas que no tienen experiencia con ese tipo de hechos. Reconociendo la amplitud y variedad de formas que adopta este fenómeno, los resultados y conclusiones que aquí se presentan son cuidadosos en no crear generalizaciones, tampoco pretenden ajustarse a todos los casos en cualquier circunstancia de evaluación, esta aproximación dista de servir como un recurso único de la valoración de un testimonio como inconsistente. Por encima de ello, el objetivo ha sido crear una sistematización donde se

registre no solo la experiencia de la entrevista, sino los elementos que se comparten en los diferentes casos y cómo estos sustentan un concepto u otro.

Claramente, con los resultados expuestos se ha podido tener una mayor comprensión del alcance de la entrevista especializada, no solo porque permite ubicar algunos descriptivos en cuanto al tipo de reclamación, la modalidad del siniestro o la oportunidad de fraude, sino además porque es el primer producto que presenta sustancialmente las descripciones orientadas a definir y justificar las motivaciones para mentir en un relato, los hallazgos de interés en el análisis verbal y documental y las inconsistencias e imprecisiones de las versiones que se tienen de un mismo hecho.

Esta se ha convertido en la primera aproximación con datos registrados y organizados en variables descriptivas para comparar información relevante, no solo para la operatividad de la labor que demanda la entrevista especializada, sino para ser una fuente de consulta de información para el sector asegurador en general. Este tipo de aproximaciones permiten conocer las características de los fraudes, las principales modalidades de siniestro, la justificación que deriva en un relato inconsistente, las posibles oportunidades de fraude que se pueden presentar, entre otros elementos que configuran la caracterización del fenómeno, visto, en este caso, con los ojos de la experiencia continua, que evalúa in situ la calidad del testimonio con el fin de prevenir que se perpetre un acto engañoso.

Referencias

- Aparecida, J., De Araújo, N., & Faroni, W. (2017). *Diamante del Fraude: un estudio descriptivo en los Informes de Demandas Externas del Ministerio de Transparencia, Fiscalización Contraloría General de la Unión (CGU)*. Documento para su presentación en el VIII Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP. (Madrid, España) del 25 al 28 de septiembre de 2017.
- Arce, R. & Fariña, F. (2013). Psicología forense experimental. Testigos y testimonio. Evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones [Experimental Forensic Psychology. Witnesses and Testimony. Cognitive Evaluation of the Accuracy of Testimonies and Statements]. En S. Delgado (Dir. Tratado), y S. Delgado, y J. M. Maza (Coords., Vol. V), *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses: Vol. V. Psiquiatría legal y forense* (pp. 21-46). Barcelona, España: Bosch
- Barros, R. H. (2015). Los riesgos de las entidades aseguradoras en el marco del Enterprise Risk Management (ERM) y el control interno. *Innovar: Revista de ciencias administrativas y sociales*, 61-70.
- Becerra, A., & Sánchez, F. (1989a). Procedimiento experimental para la indagación del fenómeno de la detección de la mentira. *Evaluación Psicológica*, 5(1), 55-68
- Becerra, A., & Sánchez, F. (1989b). Análisis de las variables implicadas en la detección de la mentira». *Revista de Psicología Social*, 4(2), 167-176
- Bernal, M. (2007). Los seguros en Colombia. *Apuntes Contables*, (12). Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjz9-zv0KDPAhVBc98KHUBRCOMQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Frevistas.uexternado.edu.co%2Findex.php%2Fcontad%2Farticle%2Fdownload%2F1639%2F1478&usg=AOvVaw2gE9Cw0wFYx3tki83uUKus>
- Casallas, A., Martínez, A., & Parra, N. (2006). Administración de riesgos en las compañías de seguros. Universidad De La Sabana. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/5247>
- Castro, D. (2013). *Foro de seguros. Fraude a seguros: Estadísticas y Modalidades*. Cámara de Comercio de Puerto Rico. Comité de Seguros. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja>

&uact=8&ved=2ahUKEwihxo7WhKPPAhXihOAKHcbpBSgQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.camarapr.org%2Fpres-canellas%2FForo-Seguros%2F1-Seguros-David-Castro.pdf&usg=AOvVaw0lO5y8N_bHbqwNQXvID4yE

Código Penal, Ley 599 de 2000 Diario Oficial No. 44.097 de 24 de julio del 2000.

Colombia

Cressey, D. R. (1961). *The Prison: Studies in Institutional Organization and Change*. New York: Holt, Rinehart & Winston

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2011). *Guía para la administración del riesgo*. Dirección de control interno y racionalización de trámites. Recuperado de:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjxsKjLzKDPAhWhnOAKHftZCykQFjABegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.funcionpublica.gov.co%2Fdocuments%2F418537%2F506911%2F1592.pdf%2F73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba&usg=AOvVaw3Qic04YsRNm2kIES2FMaV7>

Dye., K., (2007). Corruption and Fraud Detection by Supreme Audit Institutions. In:

SHAH, Anwar (Ed.). *Performance accountability and combating corruption*.

Washington (DC): The World Bank. pp. 303-323

Fernández, L. J., Niño, F., & Cabrera, J. E. (2005). El fraude a los seguros. *I* (48).

Flórez, M., Gallego, L., Ramírez, M., & Sánchez, A. (2017). *Instrumentos y*

características de la evidencia testimonial en el cargo de auditoría. Adscrito al

Centro de Investigaciones del programa de Contaduría Pública – Línea de

Investigación Control y Aseguramiento de la Universidad Cooperativa de

Colombia, sede Ibagué, financiado el mismo por CONAD

Galvis, I., & Santos, J., (2017). Geometría del fraude. *Cuadernos de Contabilidad*, 17 (45),

74-85. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cc18-45.geof>

García, C. (2019). 7 de cada 10 reclamos a aseguradoras tienen algún indicio de fraude.

Periódico El Tiempo. Recuperado de:

<https://www.eltiempo.com/economia/sectores/el-70-de-los-reclamos-a-las-aseguradoras-tienen-indicio-de-fraude-406712>

- Humpherys, S., Moffitt, K., Burns, M., Burgoon, J., & Felix, W. (2011). Identification of fraudulent financial statements using linguistic credibility analysis. *Decision support systems*, 50, 585-594. Doi: 10.1016/j.dss.2010.08.009
- Ibabe., I. (1999). *Confianza y exactitud en el testimonio y la identificación de los testigos presenciales*. Leioa Universidad del País Vasco.
- Ibabe., I. (2000), Memoria de testigos: recuerdo de acciones e información descriptiva de un suceso. *Psicothema*. 12(4), 574-578.
- INIF, I. N. de I. y P. de F. (2018). El sector asegurador frente al fraude. *Revista Fasecolda*, (170), 32-35.
- Londoño, L. & Núñez, M. (2010). Desarrollo de la administración de riesgos. Diagnóstico en grandes empresas del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. *Revista Universidad EAFIT*, 46(158), 34-51
- López, W., & Sánchez, J., (2012), El triángulo del fraude. *Forum Empresarial*, 17(1). 65-81
- Mira, E., (1980), *Manual de Psicología Jurídica*. Librería El Ateneo, Sexta Edición.
- Manzanero, A., (1991), *Realidad y Fantasía: Credibilidad, Metamemoria y Testimonio*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Márquez, R. (2019), *Auditoría Forense*. Instituto Mexicano de Contadores Públicos.
- Masip, J., Sporer, S. L., Garrido, E. & Herrero, C. (2005). The Detection of Deception with the Reality Monitoring Approach: A Review of the Empirical Evidence. *Psychology, Crime & Law*, 11, 99-122.
<https://doi.org/10.1080/10683160410001726356>
- Ortega, M., (2010), Comportamiento mentiroso: un análisis conceptual desde una perspectiva interconductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 13(1), 80-96
- Ortiz, M., Joya, R., Gámez, L., Tarango, J., (2018), The Theory of Fraud Triangle in the Mexican Business Sector. *Retos de la Dirección*, 12(2), 238-255.
- Solís, A., (2000), Psicología del testigo y del testimonio. *Derecho PUCP*, (53), 1013-1052.
- Superintendencia Financiera de Colombia (1996). *Circular Externa 007*. Circular Básica Jurídica.
- Superintendencia Financiera de Colombia (2006) Circular Externa 048 de 2006

- Superintendencia Financiera de Colombia (2007) *Circular externa 041*. Circular Básica Jurídica
- Superintendencia Financiera de Colombia. (2003). Concepto 2003038628-1. Agosto 19.
Recuperado de:
<https://www.superfinanciera.gov.co/jsp/Publicaciones/publicaciones/loadContenidoPublicacion/id/18843/dPrint/1/c/00>
- Superintendencia Financiera de Colombia. (2014). Circular Básica Jurídica C.E. 024.
Recuperado de: <https://www.superfinanciera.gov.co/inicio/normativa/normativa-general/circular-basica-juridica-ce----10083443>
- The Institute of Internal Auditors (2017). *International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing*. Standards and Guidance
- Vargas, H., Cuervo, L. & Sánchez, J. (2019), La entrevista especializada como técnica para la detección y confrontación del fraude a los seguros. En Anta, J., & Cols *Fraude: Perspectivas para su comprensión e intervención* (pp. 96-110). Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Vargas, H., Malaver, I., Aguirre, H., Cuervo, Luz. (2016), Detección del fraude en seguros de vehículos: mentira, engaño, simulación y credibilidad. En Ruiz, J., Vargas, H., & Chacón, L. *Psicología del testimonio en la investigación del fraude a los seguros* (pp. 175-241). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vásquez, D. (2016). La mala fe y el fraude en derecho colombianos de seguros. *Rev.Ibero-Latinoam.Seguros*, 26 (46) pp.15-35. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ris45.mffd>
- Wolfe, D., & Hermanson, D., (2004). The Fraud Diamond: Considering the Four Elements of Fraud. *The Cpa Journal* 74 (12) pp. 38-42.