



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA DE AUDITORIA

**PROPUESTA METODOLÓGICA DE AUDITORIA FORENSE PARA
LA PREVENCIÓN DE FRAUDES EN EL SECTOR DE SEGUROS.**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE CONTADOR PÚBLICO
AUDITOR Y AL GRADO DE LICENCIADO EN SISTEMAS DE
INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTROL DE GESTIÓN.**

Tesista: Marjorie Angélica Segura Tirado.

Profesor guía: Oscar Bernal Araya.

Valparaíso, Noviembre 2009

*Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida.
Detrás de cada logro, hay otro desafío.
Si extrañas lo que hacías, vuelve a hacerlo.
Sigue aunque todos esperen que abandones.
No dejes que se oxide el hierro que hay en ti.*

*Doy infinitas gracias...
A Dios, por el camino recorrido....
A mis padres, por su amor y apoyo...
Alex, por ser mi fuerza y templanza...
A mi profesor guía por su ayuda y disposición...
A la vida.... Por lo aprendido.*

INDICE

Capítulo I:

| | |
|--------------------|----------|
| 1.1 RESUMEN | 6 |
|--------------------|----------|

Capítulo II: Marco Teórico.

| | |
|--|-----------|
| 2.1 ¿QUE ES UN SEGURO? | 7 |
| 2.1.1 Principio básico del seguro: “La unión hace la fuerza” | 7 |
| 2.2. ¿QUE ELEMENETOS CONTIENE TODO CONTRATO DE SEGUROS? | 7 |
| 2.3 EVOLUCIÓN DEL SEGURO EN LA HISTORIA | 10 |
| 2.3.1 ¿Quien tuvo la brillante idea? | 10 |
| 2.3.2 Siglo IV AC | 11 |
| 2.3.3 Siglo II DC ¿Qué pasaba en Roma? | 11 |
| 2.3.4 Siglo X: Edad Media | 12 |
| 2.3.5 Siglo XII: Los italianos llevan la delantera | 12 |
| 2.3.6 Siglo XVII: Los ingleses y las primeras granes cias. de seguros | 13 |
| 2.3.7 Siglo XX: Expansión definitiva | 13 |
| 2.4 EL SEGURO EN CHILE | |
| 2.4.1 Valparaíso puerto principal y cuna del seguro | 14 |
| 2.4.2 ¿Cual es la aseguradoras mas antigua? | 14 |
| 2.4.3 ¿Qué pasó después? | 14 |
| 2.4.4 En 1981se abre una nueva posibilidad para las aseguradoras | 15 |
| 2.4.5 Nuestros días el panorama en Chile | 15 |
| 2.4.6 Evolución del mercado asegurador | 16 |
| 2.4.7 Organismo supervisor y regulador | 17 |
| 2.4.8 Normativa Decreto con Fuerza de Ley n° 251 | 18 |
| 2.5 AUDITORIA FORENSE | |
| 2.5.1 Rol del Auditor Forense | 20 |
| 2.5.2 Normativas y Marcos Ref. Internacionales que ayudan al Auditor Forense | 21 |
| 2.6 FRAUDE EN EL SECTOR DE SEGUROS | |
| 2.6.1 Ética | 22 |
| 2.6.2 Accountability y Transparencia en las Organizaciones | 23 |
| 2.6.3 <i>Corrupción</i> | 24 |
| 2.6.3.1 Definiciones de corrupción | 25 |
| 2.6.3.2 Tipos de corrupción | 26 |
| 2.6.3.3 Causas de corrupción | 27 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.7 FRAUDE AL SEGURO | |
| 2.7.1 Tipos de Fraude al Seguro | 29 |
| 2.7.2 Factores de Riesgo a Considerar | 30 |

Capítulo III: Problema de investigación.

| | |
|--------------------------------------|----|
| 3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION | |
| 3.1.1 Enunciado del problema | 34 |
| 3.1.2 Formulación del problema | 35 |
| 3.1.3 Objetivos de la investigación | 36 |

Capítulo IV: *Metodología de la investigación.*

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

| | |
|--|----|
| 3.1 Fase I: Recopilación de información | 37 |
| 3.2 Fase II: Sistematización de la información | 37 |
| 3.3 Fase III: Elección del sujeto de investigación | 38 |
| 3.4 Fase IV: Aplicación de la técnica de recogida de datos | 38 |
| 3.5 Fase V: Credibilidad, confirmabilidad y fiabilidad | 39 |
| 3.6 Fase VI: Tabulación de resultados | 39 |
| 3.7 Fase VII: Análisis de Resultados | 39 |
| 3.8 Fase VIII: Discusión de resultados | 39 |
| 3.9 Fase IX: Conclusiones | 40 |
| 3.10 Fase X: Redacción del Informe final | 40 |

Capítulo V: Análisis y discusión de resultados **41**

Capítulo VI: Propuesta metodológica de Auditoria Forense para la Prevención de Fraudes en el Sector de Seguro.

| | |
|--|-----------|
| 4.1 ROL DEL AUDITOR FORENSE | 45 |
| 4.2 CONSIDERACIONES PARA LA METODOLOGIA | 46 |
| 4.2.1 Características de la Auditoria Forense | 46 |
| 4.2.2 Carta de Representación | 47 |
| 4.2.3 Conocimiento preliminar | 48 |
| 4.2.3.1 Análisis Porter | 48 |
| 4.2.3.2 Análisis del entorno competitivo | 50 |
| 4.2.3.3 Procesos de una compañía de seguros | 51 |
| 4.2.4 Factores de riesgo | 54 |
| 4.2.5 Evaluación de los riesgos | 54 |
| 4.2.5.1 Riesgos | 55 |
| 4.2.5.2 Matriz de riesgos | 59 |
| 4.2.5.3 Mapa de riesgos | 61 |
| 4.3 PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORIA FORENSE | 62 |
| 4.3.1 Evaluación del sistema de control interno | 62 |
| 4.3.2 Definición del equipo de auditoria | 65 |
| 4.4 EXAMEN DE AUDITORIA | 66 |
| 4.4.1 Tipos de procedimientos de auditoria y sus características | 66 |
| 4.4.2 Tipos de evidencia aplicados a la Compañía de Seguros | 67 |
| 4.5 INFORME DE AUDITORIA FORENSE | 67 |
| CONCLUSIÓN | 69 |
| BIBLIOGRAFÍA | 70 |
| ANEXOS | 72 |

Capítulo I

1.1 RESUMEN

En los últimos años las estadísticas indican que el flagelo del fraude en contra de las compañías aseguradoras se ha generalizado en casi todo el mundo. Actualmente en Chile, los mayores fraudes se producen en los seguros masivos, como los de incendios y automotrices, que se cometen al momento del siniestro, cuando por ejemplo se inventan las causas de un accidente y en menor medida en los seguros colectivos de salud, donde los engaños se producen al momento de celebrarse el contrato, cuando por ejemplo no se declaran las enfermedades graves. Por ello ha tomado fuerza el desarrollo de la auditoría forense, ya que ésta es una herramienta útil para combatir la corrupción y el fraude.

Por lo que este trabajo de investigación se orienta al desarrollo de una metodología que permite realizar una auditoría forense que ayude a la prevención de fraudes en el sector de seguros.

La metodología de investigación se llevará a cabo mediante un estudio descriptivo y se utilizarán las técnicas de recolección, como el análisis documental y entrevistas, para ello se tomará como muestra la compañía de seguros Consorcio, con lo cual se podrá conocer la realidad de este tipo de compañías, sus controles y sus planes de acción para evitar este tipo de actos. Para luego poder desarrollar la propuesta metodológica de auditoría forense para la prevención de fraudes en el Sector de Seguros.

Capítulo II: Marco teórico.

2.1 ¿QUE ES UN SEGURO?

Es un contrato mediante el cual el asegurado, a través del pago de una prima al asegurador, adquiere el derecho de recibir de éste una prestación que le indemnice ante daños o hechos que puedan producirse dentro de los límites determinados de un contrato.

2.1.1 Principio básico del seguro: “La unión hace la fuerza”

Uno de los pilares fundamentales de la actividad aseguradora es el mutualismo. El seguro es un sistema en el que un grupo de individuos suman sus fuerzas para la formación de un fondo único, cuya finalidad es suplir, en determinados momentos, necesidades eventuales de alguno de sus miembros afectados por un acontecimiento imprevisto.

Los seguros funcionan sobre el principio básico de que resulta razonable, frente a la posibilidad de una pérdida o daño de gran magnitud, optar por la certeza de una pérdida menor. Esto es, que en vez de arriesgarse a perder en gran cantidad, es preferible voluntariamente perder (invertir) una cifra menor.

2.2 ¿QUE ELEMENTOS CONTIENE TODO CONTRATO DE SEGUROS?

1. Riesgo.

Es una amenaza de pérdida o deterioro que afecta a los bienes determinados o a derechos específicos, la vida, la salud o la integridad física e intelectual de un individuo. La noción de riesgo está ligada a un bien, derecho o condición física o intelectual y representa la posibilidad de que algo dañe este bien, derecho o persona.

El riesgo es imprevisible y no controlable e implica siempre un interés por la cosa/persona motivo del seguro.

Se resume en nuestra ley como “La eventualidad de todo caso fortuito, el imprevisto a que no es posible resistir, que pueden causar la pérdida o deterioro de los objetos asegurados”.

2. La Cosa Asegurable.

Es el elemento que corre el riesgo, es el objeto del seguro. Pueden ser:

- ❖ Cosas corporales (bienes materiales) o incorpóras (derechos).
- ❖ La vida o integridad física o intelectual de una persona.

3. La Prima.

Es en resumidas cuentas “El precio del seguro”. Es lo que el asegurado debe pagar por asegurar contra el riesgo la Cosa Asegurable. Este pago puede realizarlo todo de una vez o, lo que es más común, por meses o por años, de acuerdo a lo que estipulen las partes en el contrato.

4. La Póliza

Es el documento que se genera del establecimiento por escrito de las condiciones del contrato de seguro.

Nuestra ley exige la existencia de este documento, cuyo contenido obligatoriamente debe incluir:

- ❖ Nombres y apellidos de asegurador y asegurado y sus domicilios.
- ❖ Declaración de la calidad que toma el contratante. Pueden ser que quien contrate el seguro lo haga para si mismo o para terceras partes (otras personas, empresas, etc.).
- ❖ Designación clara y precisa del valor y naturaleza de los bienes asegurados.

- ❖ Los riesgos que el asegurador asume (incendio, muerte, enfermedad, robo, etc.)
- ❖ La época en que empieza y termina el riesgo para el asegurador (el periodo por el cual se encuentra asegurado el bien contra el riesgo pactado)
- ❖ La prima del seguro; el tiempo, lugar y forma de pago de ésta (mensualmente, anualmente, por descuento a cuenta corriente, etc.)
- ❖ La fecha de celebración del contrato.
- ❖ La enunciación de todas las circunstancias que puedan entregar al asegurado un conocimiento exacto y completo de los riesgos.
- ❖ Todas las demás estipulaciones entre las partes.
- ❖ En el caso de los seguros de vida debe contener además: edad del asegurado, profesión y declaración de salud.

5. La Indemnización.

Es la suma de dinero que el asegurador se obliga a pagar al asegurado, en caso de la ocurrencia de un siniestro y según las condiciones señaladas en la póliza. La indemnización representa una compensación por la pérdida sufrida y nunca puede ser para el asegurado ocasión de una ganancia.

La indemnización se paga bajo las siguientes circunstancias:

- ❖ La existencia de un seguro de contrato válido.
- ❖ El cumplimiento por parte del asegurado de todas sus obligaciones.
- ❖ Que ocurra un siniestro por algunos de los riesgos previstos en la póliza y cubiertos por ella.
- ❖ Que el siniestro ocurra durante la vigencia del contrato.

6. Otros conceptos básicos.

Asegurado: Persona o bien cuyo riesgo se toma en seguro. En sentido estricto es la persona sobre la cual recae la cobertura del seguro. En el caso de los seguros generales es el bien o patrimonio objeto del seguro.

Contratante: La persona natural o jurídica que ha firmado un contrato de seguro, comprometiéndose a pagar el precio (prima) que el asegurador cobra por la prestación.

Beneficiario(s): Persona natural o jurídica, que ha designado quien contrata el seguro, para recibir la indemnización (capital asegurado) pactado en caso de producirse un siniestro.

2.3 EVOLUCIÓN DEL SEGURO EN LA HISTORIA.

2.3.1 ¿Quién tuvo la Brillante idea?

Desde tiempos muy remotos el hombre ha estado sometido al embate de las desgracias naturales, los hechos fortuitos, la ambición y envidia de sus vecinos, las guerras, las enfermedades y simplemente a la muerte.

Pero no se ha resignado a un papel pasivo frente a estas adversidades y desde las civilizaciones más primitivas ha tratado de doblarle la mano al destino, a través de la medicina, los ejércitos y las instituciones sociales.

El seguro nace en el momento en que el hombre en sociedad por primera vez tiene la idea de protegerse de una posible desgracia o daño a través de una retribución o indemnización previamente pactada con otro hombre o comunidad. Así el hombre ha sustituido la probabilidad incierta, pero probabilidad al fin, de una pérdida grande, por la certeza de una pérdida más pequeña, que es la inversión que hace al pactar un seguro.

Desde aquellos primeros tiempos hasta hoy ha habido muchos cambios y la actividad aseguradora, que ha acompañado al hombre en cada uno de sus ámbitos de acción, se ha hecho cada vez mas sofisticada, científica, regulada y, en definitiva cada mas útil para ayudar la hombre a sentirse protegido frente a los hechos inevitables de la vida, incluida la muerte misma.

2.3.2 Siglo IV AC.

Cuenta la historia que ya en el año 4000 AC algunos comerciantes babilonios pactaban entre si recibir una indemnización por el robo o pérdida de animales o mercaderías que transportaban por desiertos y parajes peligrosos. Al finalizar el viaje, los integrantes del grupo de comerciantes hacían un recuento de lo perdido y dividían entre todos los perjuicios comprando nuevos animales o reponiendo las mercaderías perdidas. Esta fue quizás una de las primeras muestras, rudimentarias por cierto, de lo que hoy conocemos bajo el concepto de seguro. En aquel tiempo los viajeros eran a la vez asegurados y aseguradores, pero conforme el hombre se fue organizando y desarrollando empezaron a aparecer otros precursores del seguro actual, asociados tanto a las actividades comerciales como a agrupaciones sociales de distinto tipo.

2.3.3 Siglo II D.C ¿Qué pasaba en Roma?

Los romanos fueron creadores de varias formas de seguro cuyo espíritu y principios son claros antecedentes de nuestros seguros actuales.

Las asociaciones de legionarios, por ejemplo, costeaban, a través de aportes de cada uno de sus miembros a un fondo común, los gastos de traslados de legionarios y sus familias a otras guarniciones.

Las Collegia Tenorium y Funeraticia eran asociaciones en las que sus miembros costeaban mutuamente, a través del aporte mensual a un fondo, los gastos funerarios si alguno de ellos moría.

2.3.4 Siglo X Edad Media.

Para el hombre de la Edad Media, profundamente religioso, el concepto de asegurar la vida o los bienes era discutible. Las desgracias eran consideradas un Justo Castigo Divino, por lo que pretender suprimir o mitigar el castigo por medio de una indemnización no era más que pretender contrariar la Voluntad de Dios.

Sin embargo, la imperiosa necesidad del hombre de organizarse para hacer frente a las desgracias, fue más fuerte que la cosmovisión religiosa, y el seguro siguió desarrollándose por tierra derecha.

Los germanos de la Edad Media idearon una forma de protegerse mutuamente de las adversidades (gastos funerarios, daños por incendios, saqueos, pérdida de cosechas o animales y otros) y creó las "Guildas". Estas instituciones agrupaban a los miembros de un barrio o vecindario y su objetivo era reunir fondos para hacer frente a estos imponderables de la vida cotidiana.

Y a partir de las guildas fueron surgiendo otras formas de seguros en los distintos territorios de Europa:

Guidage o Gudaggio: el señor feudal se comprometía, mediante una contribución, a indemnizar a cualquier persona (especialmente comerciantes) que, transitando por su territorio sufrieran algún tipo de daño.

Gremios: agrupaciones de trabajadores de un mismo oficio que se unían bajo distintas modalidades de asistencia mutua.

2.3.5 Siglo XII: Los italianos llevan la delantera.

Y en estos años no fueron los Romanos, sino Genoveses y Florentinos, los grandes comerciantes marítimos de la época, quienes comenzaron a desarrollar las primeras formas de seguros marítimos que se conocen, con características muy similares a los seguros actuales. Inicialmente la actividad se desarrollaba en forma de préstamo, entre un banquero o prestamista y un comerciante marítimo. En esta operación, sujeto a una muy

elevada tasa de interés, el banquero prestaba una suma y el comerciante se comprometía a devolverla (más los intereses) al finalizar el viaje. Si la aventura marítima fracasaba, el comerciante quedaba libre de deudas. Este tipo de seguros se fue ampliando a las otras ciudades mercantiles de Europa y fueron los italianos quienes comenzaron a dictar normas y leyes que regularizaron su uso.

Fueron también los genoveses quienes crearon la primera empresa que amplió la toma de riesgo desde el mar a las transacciones terrestres.

El seguro marítimo fue el primero que se formalizó y estructuró racionalmente; por lo tanto dio pie y sentó las bases para los seguros actuales. Por ello es considerado el seguro más antiguo.

2.3.6 Siglo XVII: Los ingleses y las primeras grandes Compañías de Seguros.

A partir de la actividad mercantil, en Inglaterra durante la revolución industrial comenzaron a surgir las sociedades aseguradoras tradicionales, cuyas agencias se extienden hoy por todo el mundo; siendo las más antiguas en operación. Fue una de estas compañías, donde se emitió por primera vez una póliza de Seguro de Vida.

2.3.7 Siglo XX: Expansión definitiva.

A medida que las compañías de seguros ampliaban sus operaciones, tanto en Europa, como en América (especialmente en Estados Unidos) se fueron reuniendo datos más exactos, se promulgaron leyes, se ampliaron beneficios, se aumentó la variedad y cantidad de riesgos cubiertos y comenzó una etapa definitiva de expansión hacia la realidad que hoy conocemos.

2.4 EL SEGURO EN CHILE.

2.4.1 Valparaíso puerto principal y cuna del seguro.

En nuestro país, las empresas aseguradoras propiamente tales iniciaron sus operaciones el 10 de febrero de 1853 cuando la Compañía Chilena de Seguros (La Chilena) obtuvo autorización del gobierno para operar. Por esa época también comenzó su operación la Compañía de Seguros el Porvenir de las Familias; ambas empresas aseguradoras fueron creadas en Valparaíso, a la luz de la floreciente actividad económica y mercantil del puerto en aquellos años.

2.4.2 ¿Cuál es la aseguradora mas antigua?

La iniciativa de crear la primera compañía de seguros en nuestro país fue el empresario Agustín Edwards, quien formó en Valparaíso la Compañía Chilena de Seguros (hoy chilena consolidada).

La compañía ofrecía pólizas para asegurar contra riesgos marítimos y de incendio. A pesar de ser un negocio difícil y casi desconocido por aquella época (sobre todo en tema de incendios) durante el primer año se emitió la cifra no despreciable de ciento ochenta y cuatro pólizas contra incendio.

2.4.3 ¿Qué pasó después?

En los años siguientes se constituyeron en el país más de diez compañías de seguros nacionales que abarcaron desde los ya conocidos seguros marítimos, pasando por aquellos contra incendios y llegando a ofrecer seguros de vida.

Entre estas compañías estaban: La Unión Chilena, La América, Compañía Nacional de Seguros, La República, La Comercial y otras.

También habían comenzado su operación compañías aseguradoras extranjeras con asiento en Chile, especialmente en Valparaíso, entre ellas las primeras fueron Compañía Sudamericana, Compañía Alemana entre otras.

2.4.4 En 1981 se abre una nueva posibilidad para las Aseguradoras en Chile.

En el año 1981 se creó en Chile el Nuevo Sistema Previsional, basado en la capitalización individual efectuada por los cotizantes (trabajadores) en entidades privadas, AFP. Según el sistema, todo trabajador al realizar sus labores es automáticamente afiliado, en una afiliación única y de por vida, sin importar el empleador al que sirva.

Esta modificación abrió las puertas para introducir al mercado el concepto de Renta Vitalicia. Resumidamente, el pensionado empezó a tener la posibilidad en el nuevo sistema, de seleccionar su modalidad de pensión accediendo a un Retiro Programado (manteniendo su capitalización en la AFP) o a una Renta Vitalicia en una Compañía de Seguros de Vida, traspasando su capitalización individual o parte de ella a la compañía de Seguros quien se compromete a pagarle una prima (o renta) mensual, fija y vitalicia.

Nació así el concepto de Rentas Vitalicias, asociado a las empresas aseguradoras en Chile. Esto abrió un enorme campo de posibilidades de negocio e inversión para las Compañías de Seguros actuales.

2.4.5 Nuestros días el panorama en Chile.

A partir de 1980 y producto de una modificación en la normativa legal que regulaba la competencia de las Compañías de Seguros en Chile y a la reforma del sistema previsional, se inició un desarrollo importante del sector asegurador. Se liberalizó el mercado de los seguros y se comenzó a usar la reajustabilidad obligatoria (los contratos empezaron a ser en UF) lo que le dió auge al negocio, especialmente a aquel referido a seguros de vida a largo plazo.

Actualmente el mercado de Seguros en Chile es altamente competitivo, ya que se encuentran grandes empresas multinacionales. En el que operan 58 compañías, en

donde ING, Consorcio, Chilena, Cruz del Sur, Interamericana concentran el 43% del mercado. Este sector está comprendido por dos grandes grupos.

- a) **Compañía de Seguros Generales:** Estas compañías cubren el riesgo de pérdida o deterioro en las cosas o el patrimonio. El total de las compañías de seguros generales en Chile es 25.

- b) **Compañía de Seguros de Vida:** Estas compañías cubren los riesgos de las personas o bien garantizan a ésta, dentro o al término de un plazo, un capital, una póliza, o una renta para el asegurado o sus beneficiarios. El total de compañías de seguros de vida en Chile es 33.

En forma excepcional, los riesgos de accidentes personales y los de salud pueden ser cubiertos por ambos tipos de compañías. Cabe destacar que ambas compañías pertenecen a la asociación gremial respectiva.

El mercado de los seguros es ampliamente regulado y fiscalizado principalmente por la Superintendencia de Valores y Seguros de Chile, lo que a su vez se ve aun más respaldado debido a la acción realizada por la Asociación de Aseguradoras de Chile AG, organismo que norma y fiscaliza con previa aprobación de la S.V.S.

Con todo es de vital importancia comprender el ámbito y el alcance de las normativas especiales que rigen este negocio, dada la gran magnitud de sus operaciones y del rol social desde el punto de vista comercial y familiar que desempeña este tipo de compañías¹.

2.4.6 Evolución del Mercado Asegurador.

El mercado actual de seguros en el país se caracteriza por la participación de importantes grupos aseguradores internacionales, principalmente norteamericanos y europeos, lo cual parece tener estrecha relación con el nivel de patrimonio actual, y los cuales aportan a la economía de nuestro país una cifra no despreciable.

¹Asociación de Aseguradores de Chile AG; <http://www.aach.cl>

Se puede decir que la evolución del mercado asegurador va en relativa concordancia con la tendencia del producto interno bruto. Durante el año 2006, Chile exhibió una importante expansión del PIB del 6,4% anual, y similar tendencia debería haberse registrado en el sector asegurador, cabe destacar también que la prima directa de los seguros de vida alcanzó un monto de M\$ 1.684.752.515 (MMUS\$ 3.152,4), lo que significa un incremento anual de un 5,6%. En este grupo destaca el crecimiento de los seguros de desgravamen, salud y APV. En cuanto a los seguros generales la prima anual aumentó un 6,6% llegando a un monto de M\$ 829.249.443 o MMUS\$ 1.551,6, siendo este grupo el que presentó crecimiento en casi todos sus ramos, destacando transporte y vehículos.

Todo lo anterior indica una gran evolución de la participación relativas en las ventas de la actividad de las Compañías de Seguros de Vida y Generales, ya que se sabe que históricamente, la participación de las Compañías de Seguros de Vida ha ido en aumento y se ha consolidado en torno al 70% del mercado total, lo que indica que este sector se ha posicionado con gran fuerza en la economía del país²

2.4.7 Organismo Supervisor y Regulador.

La actividad de seguros en Chile requiere de la intervención de la autoridad supervisora, la Superintendencia de Valores y Seguros, para acceder al desarrollo de la actividad, es una institución autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, se relaciona con el Gobierno a través del Ministerio de Hacienda. Su objetivo es la fiscalización de las actividades de entidades que participan de los mercados de valores y de seguros en Chile.

Así, a la SVS le corresponde velar por las personas o instituciones supervisadas desde su iniciación hasta el término de su liquidación, las que deben cumplir con las leyes, reglamentos, estatutos y otras disposiciones que rijan el funcionamiento de estos mercados³.

² Asociación de aseguradores de Chile A.G; www.aach.cl

³ Superintendencia de Valores y Seguros; www.svs.cl

2.4.8 Normativa Decreto con fuerza de Ley N° 251 (Ver Anexo N°3)

Toda compañía de seguros constituida legalmente en Chile se registrará por este decreto, en donde se encuentra normada toda la actividad aseguradora y reaseguradora del país. Entre los requisitos que deben cumplir las entidades que quieran participar en este rubro, se encuentra por ejemplo reservar el desarrollo de la actividad solo a sociedades anónimas constituidas en Chile con dicho objeto exclusivo, así como también entrega las características de las empresas del sector, sus limitaciones, exigencias, su fiscalización, normas de inversión, entre otros, lo que garantiza el buen funcionamiento del negocio del seguro⁴.

2.5 AUDITORIA FORENSE.

Cuando en la ejecución de labores de Auditoria de cualquier índole, sea esta financiera, de gestión, informática, tributaria, ambiental, gubernamental, se detecten fraudes financieros significativos; y, se deba u opcionalmente se quiera profundizar sobre ellos se está incursionando en la denominada Auditoría Forense⁵.

Inicialmente la Auditoria forense solo se definió como un auditoria especializada en descubrir, divulgar y atestar sobre fraudes y delitos en el desarrollo de las funciones públicas considerándose un verdadero apoyo a la tradicional auditoria gubernamental, en especial ante delitos tales como: enriquecimiento ilícito, cohecho, soborno, desfalco, malversación de fondos, conflictos de intereses, etc. Sin embargo, ahora la auditoria forense no solo esta limitada a los hechos de corrupción administrativa como se mencionó anteriormente, sino que también se ha ampliado a diversas actividades relacionadas con investigaciones sobre:⁶

⁴ Superintendencia de Valores y Seguros http://www.svs.cl/sitio/legislacion_normativa/normativa/seguros/ley251.pdf

⁵ Badillo, MBA; Auditoria Forense , disponible en : [http://212.9.83.4/auditoria/home.nsf/Todos/BC491B739B8E649AC12572F00057A6B4/\\$FILE/Auditoria+Forense_Fundamentos.pdf](http://212.9.83.4/auditoria/home.nsf/Todos/BC491B739B8E649AC12572F00057A6B4/$FILE/Auditoria+Forense_Fundamentos.pdf)

⁶ Cano, M CPT; Lugo.D Ph D “Auditoria Forense, técnicas de investigación: Un manual operativo de aplicación practica en la auditoria legal por orden judicial” <http://www.interamericanusa.com/articulos/Auditoria/Audi-fore-tec-inv.htm>

- Crímenes fiscales
- Crimen corporativo y fraude.
- Lavado de dinero y terrorismo.
- Discrepancias entre socios o accionistas.
- Siniestros asegurados.
- Disputas conyugales, divorcios.
- Pérdidas económicas en los negocios, entre otros.

Sobre este tema, la actitud de los contadores y auditores ha generado un gran giro, especialmente al comprender como su labor facilita el apoyo a las investigaciones judiciales que mediante evidencias contables aclaran diferentes disputas legales.

Por lo tanto, la auditoria se ha convertido en una gran herramienta de apoyo para investigaciones de fraudes y corrupción, ya que al utilizar la recolección de pruebas y evidencias, el manejo de evaluación de control interno y procedimientos de auditoria, se puede llevar a cabo la investigación, análisis, evaluación, interpretación, y con base en ello testificar frente a jueces, jurados y a otros acerca de la información financiera sobre la cual pesa una presunción de delito. Las características de esta disciplina son las siguientes:⁷

- Analizar la información en forma exhaustiva.
- Pensar con creatividad para efectos de diseñar los procedimientos del caso.
- Poseer un sentido común de los negocios.
- Dominar los elementos básicos del procesamiento electrónico de datos y tener excelente capacidad de comunicación.
- Practicar completa discreción, poseer amplia experiencia y ser confiable.
- Conocer temas contables, de auditoria, criminología, de investigación y legales.

Esta actividad ha tomado mayor fuerza, a raíz de escándalos contables a nivel mundial como Merk, WorldCom, Global Crossing, AIG, Enron, Ahold, Parmalat entre otros, ya que ha facilitado desenmascarar especialmente a los delincuentes de cuello

⁷ Cano, M; LUGO, D; (2005), "Auditoría Forense en la Investigación Criminal del Lavado de Dinero y Activos"; Bogotá – Colombia; Ecoe Ediciones

blanco que conforman la alta directiva de las organizaciones y que con sus actuaciones no garantiza transparencia ni confiabilidad para preservar el interés público.

Debido a los hechos mencionados anteriormente y a muchos otros que se puedan suceder, el Fraude se ha convertido en un tema de creciente importancia en todo el mundo, es por esto que la auditoria forense ha sido una alternativa para combatir la corrupción, ya que la labor de ésta es enfocarse en la prevención del fraude financiero; y su tarea consiste en “*Descubrir, divulgar y atestar sobre fraudes y delitos en el desarrollo de las funciones públicas y privadas*”.⁸

2.5.1 Rol del Auditor Forense.

Para poder definir el rol de un auditor forense, debemos primero definir el perfil o cualidades con las que debe contar un profesional de este tipo, tanto a nivel profesional como personal.

Las características como profesional indican que este debe poseer conocimiento en áreas como: contabilidad, auditoria, control interno, tributación, finanzas, informática, técnicas de investigación, legislación penal y otras disciplinas.

En cuanto a su formación como persona el auditor forense debe ser objetivo, independiente, justo, honesto, inteligente, astuto, sagaz, planificador, prudente y precavido.

El auditor forense es un profesional valioso y cumple un rol altamente necesario en nuestra actual sociedad, es uno de los llamados a combatir la corrupción financiera, pública y privada.⁹

⁸ Badillo, MBA; Auditoria Forense, disponible en: [http://212.9.83.4/auditoria/home.nsf/Todos/BC491B739B8E649AC12572F00057A6B4/\\$FILE/Auditoria+Forense_Fundamentos.pdf](http://212.9.83.4/auditoria/home.nsf/Todos/BC491B739B8E649AC12572F00057A6B4/$FILE/Auditoria+Forense_Fundamentos.pdf)

⁹ Badillo, MBA; Auditoria Forense, disponible en: [http://212.9.83.4/auditoria/home.nsf/Todos/BC491B739B8E649AC12572F00057A6B4/\\$FILE/Auditoria+Forense_Fundamentos.pdf](http://212.9.83.4/auditoria/home.nsf/Todos/BC491B739B8E649AC12572F00057A6B4/$FILE/Auditoria+Forense_Fundamentos.pdf)

2.5.2 Normativa y Marcos Referenciales Internacionales que ayudan al auditor Forense.

1. Ley Sarbanes-Oxley

Esta ley se refiere a la de transparencia y control, emitida por el Gobierno de los Estados Unidos el 30 de Julio de 2002, luego de una seguidilla de escándalos empresariales como lo fueron WorldCom, Enron, entre otros. Esta ley concierne a todas aquellas empresas que cotizan en el Mercado de Valores de Estados Unidos y aquellas que quieran cotizar en dicho mercado.

La Ley Sarbanes-Oxley, es la ley que regula las funciones financieras contables y de auditoria y penaliza en una forma severa, el crimen corporativo y de cuello blanco. Debido a los múltiples fraudes, la corrupción administrativa, los conflictos de interés, la negligencia y la mala práctica de algunos profesionales y ejecutivos que conociendo los códigos de ética, sucumbieron ante el atractivo de ganar dinero fácil y a través de empresas y corporaciones engañando a socios, empleados y grupos de interés, entre ellos sus clientes y proveedores¹⁰.

2. COSO ERM.

El nombre de COSO proviene del Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. La comisión Treadway (COSO) define a la administración de riesgos como un “Proceso, efectuado por el directorio, administradores y otras personas de la entidad, aplicados a la estrategia establecida en la empresa, diseñado para identificar potenciales eventos que puedan afectarla, y administrar los riesgos que están dentro de su apetito y capacidades, para proveer una seguridad razonable con respecto al logro de los objetivos”¹¹.

¹⁰ <http://www.interamericanusa.com/articulos/Leyes/Ley-Sar-Oxley.htm>

¹¹ <http://auditor2006.comunidadcoomeva.com/blog/uploads/1-PresentacinRafaelRuano-PriceWaterHouseCoopers-COSOII-ERMyelRoldelAuditorInterno.pdf>

3. Ley Antiterrorista USA Patriot Act

Su objetivo general, es resguardar la seguridad interna de Estados Unidos y disponer que el FBI pueda acceder a las base de datos de privados y de instituciones financieras, previa autorización judicial.

Además esta ley le exige a la banca Estadounidense, tener reguladores para vigilar la buena procedencia del dinero de los bancos corresponsales (instituciones latinoamericanas), y así evitar el delito de lavado de dinero, que sirve como herramienta para el financiamiento de acciones terroristas y el narcotráfico.¹²

2.6 FRAUDE EN EL SECTOR SEGUROS

2.6.1 Ética

Hoy en día han cambiado radicalmente las condiciones de mercado que prevalecían relativamente estables en el siglo pasado, tiempo en que surgieron la mayoría de las organizaciones que actualmente operan en nuestro país.

Chile al igual que la mayoría de los países del mundo es parte de la globalización y, con ello, se abren las puertas a grandes competidores que se han posicionado de manera significativa en los diversos sectores productivos. Este nuevo entorno encierra grandes oportunidades de negocio, en las que las empresas pueden invertir su experiencia, capacidad tecnología y disposición para realizar su trabajo, aprovechando las condiciones de mercado y así obtener beneficios.

No obstante, para que todo esto suceda, es necesario que indicadores como productividad, eficiencia y competitividad, se apoyen en una serie de principios y valores éticos, de tal manera que la empresa y sus integrantes puedan alcanzar un desarrollo integral basado en una conducta ética sustentada en una responsabilidad individual.

¹² http://www.nodo50.org/csca/agenda2001/ny_11-09-01/legis-EEUU_12-11-01.htm

Por tal razón, resulta imprescindible que las entidades desarrollen programas encaminados a vivir valores éticos y que toda filosofía organizacional haga referencia a estos valores que significan los estados deseables de mantener o alcanzar sus objetivos de buena manera, y son a la vez causa final de procesos y contenidos que le dan identidad y razón de ser. Al respecto, resultan entonces tan importantes las personas para el logro de los objetivos de la empresa que se plantea como necesario y deseable que adquieran valores humanos con nivel de virtudes, es decir, valores éticos o morales, que perfeccionan los criterios personales y de grupo y rectifican y fortalecen la voluntad para mantener una conducta honesta y un comportamiento integro que se conviertan en un valor agregado a los servicios y productos que ofrecen las empresas.

Por lo tanto, las organizaciones deben proponer a todos y cada uno de sus colaboradores que trabajen bajo la convicción en el perfeccionamiento personal, familiar y de equipo, a través de la autoformación de la conciencia ética, logrando a través de actos justos, fuertes, moderados y prudentes, ya que la practica de estas virtudes finalmente llegaran a integrarse en el servicio, productividad, organización y calidad que la empresa otorgue a la sociedad.

2.6.2 Accountability y transparencia en las organizaciones.

Desde hace algún tiempo se han ido conociendo muchos escándalos contables generados principalmente por el Gobierno Corporativo de empresas transnacionales. En donde las altas gerencias de estas organizaciones, con sus actos han pasado a llevar la transparencias y la confiabilidad que el público en general espera de ellas, en donde la exacerbación del corporativismo han incrementado la búsqueda de poder y beneficios particulares, como por ejemplo el laboratorio Merck quien en el año 1999 infló su facturación en 14.000 millones de dólares, Nortel quienes con trucos contables hicieron que los beneficios del año 2002 pareciesen peores de lo que fueron y mejoraron artificialmente los del año 2003, Enron quienes inflaron utilidades entre los años 2000 y 2002, compañía que hace unos años atrás era la mayor empresa energética del mundo, en donde sus acciones se cotizaban, en el 2001, a 85 dólares, lo que resultó ser falso, ya que la compañía estaba en realidad al borde de la ruina, y logro ocultarlo manipulando la información facilitada a sus auditores de Arthur Andersen, con la posible complicidad de

estos . Es a partir de hechos de este tipo, que se escucha mas continuamente el término Accountability.¹³

Cabe destacar que este concepto de Accountability nació antes de estos grandes escándalos contables, y puede ser definido como el compromiso que todo profesional tiene, de dar cuenta ante los miembros de su organización y ante la sociedad en general por la responsabilidad que asume dentro de sus funciones y por las consecuencias de las decisiones que toma en su gestión cotidiana.

Por lo tanto, Accountability actúa para impedir el abuso de poder, es decir la corrupción, y en este sentido este término se focaliza especialmente en aspectos éticos y sociales que todo directivo debe poseer en su gestión. Además, incluye aspectos como el manejo del sistema de control interno de la empresa, que es un eje transversal a toda la organización. Es por esto que la responsabilidad de la dirección de la empresa es tener identificados los controles vitales del negocio para minimizar o eliminar el riesgo de las malas prácticas en la gestión. Por lo tanto, las empresas que tienen como obligación o como practica sana auditar sus estados financieros, de alguna forma reducen el riesgo de malas prácticas en la medida que adopten o implementen las recomendaciones hechas por los auditores y también entiendan e incorporen la responsabilidad en su cultura organizacional, ya que es la clave para cumplir con lo que se espera de cada entidad, la transparencia, confiabilidad y compromiso.¹⁴

2.6.3 Corrupción

La corrupción nace a razón de la falta de ética de las personas y las organizaciones en su conjunto, todo a raíz de querer un bienestar mayor sobre el resto de la sociedad.

Una definición la entrega, el presidente del Banco Mundial, James Wolfensohn:

¹³ BBC. ENRON: Radiografía de un escándalo. Miércoles 06 de febrero de 2002. www.BBCMundo.com

¹⁴ Vilanova.M; Lozano.J; Dinares.M (2006); Accountability; disponible en: http://www.empresa.org/doc/temas_relevantes/Comunicacion_y_Reporte_en_al_ambito_de_la_RSE_Foretica1.pdf

“La corrupción es exclusiva por definición: promueve los intereses de pocos sobre muchos. Tenemos que luchar contra ella donde sea que la encontremos”

Para combatir la Corrupción que afecta a todo el mundo nace una Institución llamada Transparency Internacional (TI) es una organización internacional, no gubernamental, no partidista, y sin fines de lucro, dedicada a combatir la corrupción a nivel nacional e internacional. Donde su Presidente Peter Eigen argumenta lo siguiente:

“La corrupción es una de las mayores lacras del mundo moderno. La corrupción contamina el buen gobierno, deforma esencialmente la política pública, falsea y distorsiona la correcta aplicación de los recursos y deteriora el sector privado y sus posibilidades de desarrollo, afectando muy especialmente a los mas desfavorecidos”.

2.6.3.1 Definiciones de Corrupción.

La corrupción consiste en un acuerdo inmoral entre un corruptor y un corrupto, que beneficia a ambos en sus propósitos particulares, por encima de la ley en el plano político. La corrupción consiste en el uso y el poder publico para el logro de beneficios particulares o sectoriales, que no se identifican ni comulgan con el bien común.¹⁵

La corrupción se da de muchas maneras en el sector público y también por el sector privado. Algunas de las múltiples formas que se pueden considerar corruptas son:¹⁶

- Aceptación de dinero, recompensas o regalos por el otorgamiento o adjudicación de un contrato.
- Distracción de recursos públicos para uso privado.

¹⁵ Diccionario de la Real Academia Española, RAE

¹⁶ Diccionario de la Real Academia Española, RAE

- Distracción de recursos públicos para fines políticos-electorales (financiamiento de actividades político-partidarias).
- Nepotismo (dar preferencias a familiares para trabajos públicos).
- Trafico de influencias y mantenimientos de privilegios e incentivos odiosos que favorecen normalmente a las clases gobernantes y socialmente poderosas.
- Establecimientos de sobreprecios en la ejecución de proyectos, etc

2.6.3.2 Tipos de corrupción.

- Una clasificación de los actos de corrupción propuesta por el autor Arnold Heidenheimer, se distingue entre corrupción negra, gris y blanca.¹⁷
- **Corrupción negra:** “cuando existe consenso entre las elites y la opinión publica acerca de que un acto particular es merecedor de reproche, y manifiestan su conformidad para que sea castigado”.
- **Corrupción gris:** “cuando algunos elementos, usualmente de las elites, desearían ver la acción de la cual se trata penalizada, aunque otros son de una opinión distinta, a la vez que la mayoría de la población mantiene una posición ambigua.
- **Corrupción blanca:** “cuando la mayoría de la elites y de la opinión publica consideran ciertos actos de corrupción como tolerables y, por lo tanto, no apoyan vigorosamente su criminalización”.

¹⁷ http://es.geocities.com/malversación/cap02_02.htm

2.6.3.3 Causas de la corrupción

Entre las causas por las cuales se da la corrupción, están: el excesivo poder discrecional, salarios bajos y descendentes en el sector público y que no compiten con el sector privado, baja responsabilidad, poca transparencia, poca educación, y por último principios éticos poco desarrollados y divulgados.

2.7 FRAUDE AL SEGURO.

A menudo se escucha el termino “Fraude”, en los distintos medios de comunicación, el cual es ligado a distintos escándalos financieros que se han suscitado desde algún tiempo en distintas partes del mundo. Este concepto de “Fraude” se puede definir como “La acción contraria a la verdad y a la rectitud que perjudica a la persona contra quien se comete”¹⁸, es por eso que también se deriva en la expresión de “Defraudar”, que por su parte significa “Privar a alguien con abuso de su confianza o con infidelidad de las obligaciones propias, de lo que toca de derecho”.

De acuerdo a la norma SAS N° 99 el **fraude** es un acto intencional que resulta un error importante en los estados financieros que son el tema de una Auditoria Financiera. Parte del concepto de fraude esta integrado por tres elementos, que se denominan el “Triangulo de Fraude”.¹⁹

- **Motivo:** Presión o incentivo (necesidad, justificación, desafío) para cometer el fraude (la causa o razón). Ejemplos de motivos para cometer fraudes puede ser: alcanzar metas de desempeño (como volúmenes de ventas), obtener bonos en función de resultados (incremento en las utilidades o rebajas en los costos), mantener el puesto demostrando ficticios buenos resultados, deudas personales.

¹⁸ Diccionario de la Real Academia Española, RAE

¹⁹ Declaración sobre Normas de Auditoría DNA (SAS)-99 (AU 316) “La Consideración del fraude en los Estados Financieros.

- **Oportunidad Percibida:** El o los perpetradores del fraude perciben que existe un entorno favorable para cometer los actos irregulares pretendidos. La oportunidad para cometer fraude se presenta cuando alguien tiene el acceso, conocimiento y tiempo para realizar sus irregulares acciones. Las debilidades del control interno o la posibilidad de ponerse de acuerdo con otros directivos o empleados para cometer fraude (colusión) son ejemplos de oportunidades para comportamientos irregulares.
- **Racionalización:** Es la actitud equivocada de quien comete o planea cometer un fraude tratando de convencerse a si mismo (y a los demás si es descubierto).consiente o inconscientemente, de que existe razones validas que justifican su comportamiento impropio; es decir, tratar de justificar el fraude cometido. Ejemplos de racionalización para justificar el fraude cometido pueden ser; alegar baja remuneración (convencerse de que no es fraude sino una compensación salarial, un préstamo), falta de reconocimiento en la organización (convencerse de que es una bonificación), fraude cometido por otros empleados y/o directivos (convencerse de que si otros cometen fraudes el fraude propio esta justificado).

En el sector de las Compañías de Seguros, a través de la Internacional Asociacion Of Insurance Supervisors, define el fraude como: “Un acto o la omisión con la intención de ganar la ventaja deshonesto o ilegal para una parte que comete el fraude, es decir un estafador”.

Lo anteriormente expuesto, puede ser llevado a cabo mediante:

- Malversación de activo
- Deliberadamente falsificar, ocultar, suprimir o no revelar uno o varios hechos materiales relevantes a una decisión financiera, transacción o percepción del estado del asegurador.
- Abuso de responsabilidad, una posición de confianza o una relación de fiduciario.

2.7.1 Tipos de Fraude a Seguros.

El fraude puede ser de todas las formas y magnitudes. Esto puede ser un acto simple que implica a una persona o esto puede ser la operación compleja que implica un gran número de personas desde dentro y fuera de la aseguradora. Los tipos de fraude son:

- **El fraude interno:** El fraude contra el asegurador por un directo del consejo del directorio, un gerente o el miembro de staff por su propia cuenta o en colusión con los otros que son internos o externos a la aseguradora.
- **Fraude de asegurado y fraude de reclamaciones:** Fraude contra la aseguradora en la compra y/o ejecución de un producto de seguros por una persona o gente en colusión por obtener cobertura o pago injusta.
- **Fraude intermediario:** Fraude por intermediarios contra el asegurador o asegurados.²⁰

Hay otros tipos de fraude que afectan a aseguradores, como:

- El fraude comprometido por contratistas o proveedores que no desempeñan un papel en el establecimiento de reclamaciones de seguros.
- El fraude por la falsificación de cobertura de seguros para atraer a inversionistas, y obtener préstamos favorables o autorizaciones u otros tipos de decisiones favorables de autoridades públicas.

²⁰ International Association Of Insurance Supervisor; Guidance Paper On Preventing, Detecting And Remediating Fraud Insurance

2.7.2 Factores de Riesgo a Considerar

En el mercado asegurador existen instituciones a nivel nacional e nivel Internacional como la Superintendencia de Valores y Seguros y la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), en donde ambas regulan emiten documentos que entregan una guía para los aseguradores. Algunos de los documentos mencionados son:

- Nuevo Modelos de Supervisión de Solvencia basadas en riesgos para la industria Aseguradora Chilena, Intendencia de Seguros Superintendencia de Valores y Seguros de Chile, Diciembre 2006.
- Guía para prevención, detección y solucionar el fraude al seguro, Asociación Internacional de Supervisores de Seguros, Octubre 2006
- Guía para combatir el mal uso de aseguradores para propósitos ilícitos, Asociación Internacional de Supervisores de Seguros, Octubre 2005

Todos estos antecedentes contextualizados bajo una Evaluación de Riesgos, para una Auditoria Forense en el sector de seguros, podrían considerarse como factores de riesgo y los que a su vez también podrían representar faltas o fallas en el sistemas de control interno y por ende a los ciclos de operación descritos anteriormente en base a la Circular n° 1441 de la SVS. A continuación se presentan algunas de las situaciones de fraude de tipo interno, externo e intermediario, descritos en el documento emitido por la IAIS acerca de la Prevención, Detección y Solución del fraude del seguro.²¹

➤ **Fraude interno:** Los fraudes internos son aquellos perpetrados contra una compañía o sus asegurados por agentes, administradores u otros empleados. Este tipo de fraudes frecuentemente involucra : el hurto de información privilegiada u otra propiedad de la compañía; relaciones inadecuadas con vendedores o asesores que llevan a conflictos de intereses; la desviación de fondos de los asegurados o de la compañía por los mismos asegurados, el uso de ¹información confidencial o la

²¹ "Guía para Prevención, Detección y Solucionar el fraude al Seguro", Asociación internacional de supervisores de seguros, Octubre 2006

tergiversación intencional por agentes a posibles clientes sobre las características o cobertura de los productos de la compañía, todo esto se puede dar por las siguientes razones:

a) Deficiente estructura organizacional: El fraude interno ocurre con mayor probabilidad en compañías aseguradoras con una estructura deficiente de organización, en donde no se delimita claramente quien es el dueño o el responsable de un proceso al interior de ésta.

b) Velocidad de innovación: La velocidad de comercio actual, el desarrollo de productos y la tecnologización de los servicios, promueve oportunidades para el fraude.

c) La remuneración y la política de ascenso: El incentivo para cometer el fraude puede ser mayor si la remuneración y su ascenso dependen del excesivo cumplimiento de altas metas.

d) El clima económico y la situación de negocio: Las fases de inestabilidad económica dentro de una compañía aseguradora como fusiones, adquisiciones u otras ofertas públicas de compra pueden proporcionar oportunidades inesperadas para el fraude. El fraude con mayor probabilidad ocurre cuando los sistemas de control de un asegurador y el ambiente no son suficientemente fuertes.

➤ **Fraude externo:** El fraude externo se dirige contra las compañías y son realizadas por individuos o entidades, tan diversos como médicos, asegurados, beneficiarios, vendedores de seguros y criminales de carrera. El fraude externo puede involucrar esquemas tales como reclamaciones fraudulentas de vida, automóvil, salud o incapacidad, el uso de productos de seguro con ventajas tributarias para ocultar los orígenes de fondos ilícitos al igual que la negociación de cheques falsificados, lo que se origina por lo siguiente:

a) Reclamaciones falsas: El asegurado puede mentir al momento de declarar un siniestro, este tipo de fraude puede ocurrir en la combinación con otros tipos de fraude, como por ejemplo como el de suplantación de identidad. Por ejemplo gente que se realiza tratamientos médicos utilizando la identidad de otros que son asegurados y piden a la aseguradora la devolución por los gastos de este tratamiento medico.

➤ **Fraude intermediario:** Fraude por los intermediarios contra el asegurador o los asegurados. Es decir por lo agentes o corredores de seguros que pueden trabajar de manera dependiente o independiente.

a) Primas no pagadas: La retención de primas pagadas por un asegurado hasta que un reclamo es reportado.

b) Clientes fantasmas: Se asegura a clientes inexistentes que pagan una prima, recogiendo comisiones y anulando el seguro cesando otros pagos superiores.

c) Colusión en reclamos: Colusión con los asegurados para cometer fraudes en los reclamos o cometer otro tipo de fraude, por ejemplo, proporcionar información falsa al asegurador.

Según los factores mencionados anteriormente se puede definir dos perfiles de estafador al seguro:

a) El estafador “de oportunidad”: Un estafador de oportunidad es normalmente una persona observante de la ley que ve una oportunidad de cometer el fraude. Por ejemplo, este tipo de estafador podría imaginarse que las aseguradoras tienen fondos ilimitados y podrían encontrar eso aceptable de constituir reclamaciones para recuperar los gastos de primas ingresadas en años anteriores cuando no hubo ninguna reclamación. Con respecto al fraude interno el estafador, por ejemplo, falsifica gastos o las cuentas financieras de un asegurador para su ventaja.

b) El estafador “profesional”: Un estafador profesional gana o complementa su ingreso cometiendo fraude. El o ella pueden seguir cometiendo fraude hasta no ser descubiertos y pueden ser blanco de varios aseguradores. Una extensión del perfil del estafador profesional es el crimen organizado que implica a un grupo de personas capaces de cometer fraudes complejos y extensos. Los fondos fraudulentamente obtenidos pueden ser usados para financiar otro tipo de delitos.

CAPITULO III: Problema de investigación.

3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1 Enunciado del problema:

La creciente exposición y el alto número de fraudes a la que se encuentran expuestas las compañías de seguros a nivel nacional e internacional, se han convertido en un medio para obtener beneficios mediante el engaño²². La asociación de aseguradoras de Chile A.G, a través de su boletín N° 55, entregó las siguientes estadísticas internacionales:

- En Estados Unidos las compañías de seguros por concepto de fraude el seguro pierden entre los US\$ 85 y US\$ 120 mil millones todos los años.
- En Gran Bretaña el fraude del seguro que cuesta en promedio US\$ 1,3 mil millones al año.
- En Argentina estudios indican que entre el 20% y el 50% de los siniestros denunciados de seguros patrimoniales son inventados o exagerados.²³

Conforme al análisis realizado de compañías de seguros en diversos países, todas éstas, e inclusive las grandes, cuentan con muy poco personal especializado en la gestión de siniestros fraudulentos²⁴. Además se pueden detectar debilidades en los sistemas de control interno y deficiente inversión por parte de las Compañías Aseguradoras para prevenir fraudes²⁵. Estudios demuestran como estos delitos crecen día a día²⁶, dada la amplia gama de posibilidades para cometer fraudes y la poca eficiencia por parte de las compañías aseguradoras para prevenir fraudes al seguro, lo que conlleva a que el riesgo

²² “Nuevos enfoques para la detección de Fraudes” de General Re Coporation, Boletín N° 14, año 2006

²³ “Fraude en Seguros experiencia internacional” Asociación de aseguradoras de Chile AG, Boletín de opinión-público N° 55

²⁴ “Guía para Prevención, Detección y Solucionar el fraude al Seguro”, Asociación internacional de supervisores de seguros, Octubre 2006

²⁵ “Nuevos Enfoques para la detección de Fraudes” de General Re Coporation, Boletín N° 14, año 2006

²⁶ “Nuevos Enfoques para la detección de Fraudes” de General Re Coporation, Boletín N° 14, año 2006

operativo, reputacional y a que la imagen corporativa, se vean afectados severamente por estos hechos.

Es por esto que las empresas aseguradoras debieran implementar planes de acción para erradicar estos hechos, ya que lamentablemente no existe la suficiente legislación sobre el tema²⁷, por lo que existe una lucha constante de la industria del seguro con la autoridad para tipificar este tipo de delito y sus correspondientes penalidades y sanciones a estos sucesos.

El propósito de la presente tesis es proponer una metodología de Auditoría Forense en las compañías de Seguros que operan en el mercado nacional, la que ayudará a las compañías y a sus profesionales de auditoría a fortalecer el control interno con el fin de prevenir que estas empresas sean objeto o utilizadas para fraude.

3.1.2 Formulación del problema:

Pregunta General.

¿Cuál es la metodología de Auditoría Forense que permite la prevención y detección de fraudes a las compañías de seguros?

Preguntas Específicas

¿Las Compañías de Seguro en Chile cuentan con sistemas para la prevención de fraudes?

¿Cuales son las técnicas que hoy en día se usan para la prevención de fraudes?

¿Cuales técnicas se debieran usar para la prevención de fraudes?

²⁷ Piña Rochefort, Juan Ignacio; (2006) "Fraude de seguros. Cuestiones penales y de técnica legislativa"; 2ª edición; Santiago; Editorial Jurídica de Chile

3.1.3 Objetivos de la investigación.

Objetivo General:

- ❖ Proponer una metodología de auditoría forense que ayude a la prevención de fraudes en el Sector de Seguros en Chile.

Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer los sistemas para la prevención de fraudes en las Compañías de Seguros en Chile.
- ❖ Describir las técnicas que hoy en día se usan para la prevención de fraudes.
- ❖ Describir las técnicas que se debieran usar para la prevención de fraudes.

Capítulo III: Metodología de Investigación.

La presente investigación se desarrolla bajo un paradigma cualitativo y con un alcance descriptivo-explicativo. A continuación se presentan las fases para materializar lo anteriormente señalado:

3.1.Fase I: Recopilación de información

Tipos y Fuentes de Información

1. Textos emitidos por entidades tanto nacionales como internacionales que entregan pautas al mercado de las compañías de seguros.
2. Leyes, normativas y las acciones en prevención y detección del fraude.
3. Estudios, tesis, artículos o publicaciones de revistas sobre las técnicas de prevención del fraude a las compañías de seguro.

3.2 Fase II: Sistematización de la información

Agrupar y ordenar la información obtenida en base a:

1. Situación del mercado Asegurador Nacional e Internacional con respecto al fraude.
2. Sistema de prevención de fraude en compañías de seguros.
3. Rol del auditor Forense.
4. Planificación de Auditoria Forense.

3.3 Fase III: Elección del sujeto de investigación

-El sujeto de investigación será la Compañía de Seguros Nacional Consorcio, donde la investigación se realizará a 2 personas de la empresa: Jefe de Siniestros y Jefe del Área Informática.

3.4 Fase IV: Aplicación de la técnica de recogida de datos.

Ruta de investigación: Entrevista

- El objetivo de aplicar esta entrevista es poder conocer la realidad de este tipo de compañías en cuanto a sus controles y sus planes de acción para evitar el fraude al interior de éstas.
- El contacto inicial se hará por medio de un email el que se enviará al gerente general de la empresa Consorcio, solicitando su autorización para efectuar la entrevista a los sujetos de la investigación. La entrevista durará aproximadamente 35 minutos por persona, la idea es que mediante su experiencia personal se pueda conocer el control interno de la Compañía y las medidas que utiliza ésta para la prevención del fraude.
- Una vez que se tenga la autorización se procederá realizar la entrevista la que se estructurará en base a temas que se desea abordar que en este caso es el fraude en las compañías de Seguros.
- Temas a abordar en la entrevista: Fraude, Sistemas para la prevención del fraude, Ciclo de Siniestros.
- Una vez realizada la entrevista estas se deben transcribir para verificar y constatar que los entrevistados estén conforme con lo que se publicará, lo que se realizará enviando vía email la transcripción el entrevistado.
- Finalmente se hará un informe de entrevista final.

3.5 Fase V: Credibilidad, confirmabilidad y fiabilidad.

El análisis de la información recopilada en la entrevista incorporará los criterios de credibilidad, confirmabilidad y fiabilidad.

La credibilidad de las entrevistas en profundidad se logrará mediante la revisión por parte de los entrevistados, cuando se le reenvía la transcripción de la entrevista y la aprobación de la entrevista final, esto ocurre al encontrarse de acuerdo los entrevistados con lo que se haya transcrito.

La confirmabilidad se presentará al incorporar las 3 personas que ocupan distintos cargos al interior de la empresa y que forman parte de la investigación.

La fiabilidad se entregará a partir de la descripción a realizar respecto de la ideología del alumno Tesista: Marjorie Angélica Segura Tirado, para optar al Título de Contador Público y Auditor y al grado de Licenciado en Sistemas de Información Financiera y Control de Gestión

3.6 Fase VI: Tabulación de resultados

Validación de hallazgos de investigación por medio de un proceso de triangulación. Entre lo que dice la teoría, lo que dice el acta y lo que observa el investigador.

3.7 Fase VII: Análisis de Resultados.

Se analizarán los resultados que se lograron a través de la entrevista realizada a la Compañía de seguros Consorcio.

3.8 Fase VIII: Discusión de resultados.

Comparar los resultados que arroja la entrevista, con la teoría que sustenta el problema de investigación.

3.9 Fase IX: Conclusiones.

Exposición de las conclusiones después de la discusión de resultados que se lograron con esta investigación

3.10 Fase X: Redacción del informe final.

1. Redactar el informe final según el análisis de la investigación que se realizó a través de los instrumentos aplicados a la muestra, expuestos en las etapas anteriores como fueron el análisis documental aplicados a los textos emitidos por entidades tanto nacionales como internacionales que entregan pautas al mercado de las compañías de seguros, publicaciones de revistas especializadas y entrevistas con funcionarios de la Compañía de Seguros seleccionada. Una vez obtenida las conclusiones de la fase IV, se elaborara el informe final el cual contendrá las medidas que implementan las Compañías para prevenir el fraude y las medidas que debiera implementar.

Y por último de desarrollará la Propuesta Metodológica de Auditoria Forense para la Prevención de Fraudes en Sector de Seguros.

Capítulo IV: Análisis y discusión de resultados.

De acuerdo a la investigación realizada, las estadísticas nacionales e internacionales, muestran que el sector de seguros representa un rubro de altos rendimientos y un bajo riesgo para defraudadores, además existe una amplia gama de posibilidades para cometer el fraude, ya que lo favorece el entorno legal y el cierto recelo que tienen las compañías de seguros de enfrentarse a este tipo de hechos.

Actualmente en nuestro país, el mayor porcentaje de fraudes se presentan en los seguros masivos, ya sea de incendios o automotrices, los cuales se cometen al momento del siniestro, por ejemplo inventar las causas de un accidente y en menor medida en los seguros de salud, donde los engaños se producen al momento de celebrarse el contrato, cuando por ejemplo no se declaran las enfermedades graves.

En cuanto a las leyes y normativas de nuestro país, han aparecido nuevas figuras delictivas de tipo penal que derechamente pueden ser objeto de una sanción criminal aún cuando en nuestro país al día de hoy, no existe una tipificación especial que sancione criminalmente la figura de los fraudes de los seguros como ocurre en otras legislaciones comparadas. Por lo que hay que hacer uso de las normas generales que contiene nuestro Código Penal para encuadrar alguna de las situaciones de fraude al seguro dentro de algún tipo penal actualmente vigente.

En este contexto, las situaciones fraudulentas cuyas modalidades de preparación puedan revestir caracteres de hecho penalmente punibles, son por ejemplo la contratación fraudulenta de un seguro, una producción fraudulenta de un siniestro o derechamente un aprovechamiento fraudulento del siniestro.

La industria aseguradora ha solicitado a la autoridad que se legisle sobre este tema, específicamente que se tipifique este tipo de delito, y que se establezcan penalidades severas y se sancionen conductas como presentación de siniestros falsos y de denuncias que contengan falsedades en materias relevantes, sobrevaluación de reclamaciones con el propósito de defraudar y provocación deliberada de siniestros.

En Chile la institución que regula a las compañías de seguros, es la Superintendencia de Valores y Seguros, la cual no ha emitido ningún tipo de circular, que exija la implementación de sistemas anti fraudes, como es el caso de Estados Unidos. La SVS solo ha emitido la circular 1441, que establece las normas mínimas de auditoría externa y de evaluación de control interno para Compañías de Seguros y Reaseguros.

Como ya se mencionó anteriormente, el fraude al seguro es un tema de creciente importancia en todas las partes del mundo, ya que supone un importante impacto económico a las compañías de seguros. Por lo que aquellas compañías que en la actualidad aún tienen sistemas limitados de prevención de fraude, no podrán seguir teniendo una actitud desinteresada con respecto al fraude al seguro, ya que en primer lugar esta conducta supone el incumplimiento de la obligación de ofrecer a los tomadores de seguros honrados la máxima protección contra los efectos de siniestros fraudulentos. En segundo lugar, la prevención eficaz de fraudes debiera ser parte integral de la política empresarial de las compañías, dadas sus consecuencias económicas. Es por este hecho que casi todas las empresas enfrentan el problema de cómo luchar de manera eficaz con este tipo de situación.

Actualmente en Chile algunas entidades están utilizando el programa Neugents, el cual tiene por propósito predecir fraudes. El programa funciona utilizando una serie de variables de comportamientos normales y atípicos que se correlacionan según patrones y los datos proporcionados por ejecutivos al sistema. Por lo que cada vez que existe una anomalía, el programa avisa y los fiscales de la compañía proceden a evaluarlos.

La gran ventaja de este sistema es que puede predecir cambios de condiciones, y sugerir que cursos de acción capitalizar en oportunidades y prevenir problemas potenciales, ya que se ejecutan las funciones por procesos que ayudan al software a asimilar información nueva y aplicarla a situaciones nuevas sin programación manual.

Una vez que Neugents aprende el historial suficiente, puede generar predicciones por ejecución del sistema futuro y la disponibilidad basada en las condiciones existentes.

En diversos países como Alemania, Estados Unidos, Suiza e Italia, se está implementando un software llamado Riskshield/ICE, el cual sería una iniciativa con la cual las empresas aseguradoras de nuestro país podrían identificar avisos de siniestros sospechosos, ya que este software permiten identificar cuanto antes y de manera fiable

siniestros sospechosos o dudosos, ya que analiza de forma automática todos los avisos de siniestro. Esto mediante la utilización de principios de lógica difusa (Fuzzy Logic), en donde se almacena en el sistema de informática de la empresa el conocimiento empírico que tienen los expertos en fraude sobre los patrones típicos de ellos y por otro lado las normas específicas de las compañías para la gestión de esos casos.

Este programa Riskshield/ICE evalúa automáticamente los avisos de siniestros cuando se ingresan los datos y luego los clasifica según las probabilidades de que sea un fraude. Esta evaluación la realiza sobre la base de datos que ya están almacenados en el sistema del asegurador relativos al tomador del seguro, sobre la reclamación y los detalles del accidente. El principal objetivo es identificar los casos que no son sospechosos y gestionarlos rápidamente, pero la gran debilidad de este sistema es que los casos que los clasifique como fraude es muy probable que deban remitirse a los expertos, tomando entonces medidas preventivas solo a ciertos fraudes serios, pasando por alto otros pequeños que si son muy frecuentes también pueden causar pérdidas cuantiosas a estas entidades.

Otra medida que las Compañías de seguros debieran aplicar para luchar contra el fraude es aumentar el personal especializado en la gestión de siniestros fraudulentos, dado que es tan reducido el número de personas a cargo de la prevención de fraudes dentro de una compañía, por lo que es normal que se encuentren siempre ocupadas atendiendo quizás los casos mas grandes. Al limitar la investigación de casos sospechosos únicamente a aquellos mas serios y cuantiosos para la compañía, es solo mínima la proporción de indemnizaciones fraudulentas que se logran evitar.

Si se modificaran las estrategias de prevención de fraude para incluir los casos de mediana y menor cuantía, probablemente habría un aumento brusco de los casos a investigar, y para analizar estos casos adicionales habría que ajustar y optimizar el flujo laboral de los departamentos de prevención de fraudes y , en muchos casos tambien de los departamentos de gestión de siniestros de la compañía. Posiblemente se necesite personal adicional, según la disponibilidad de recursos humanos. Por lo tanto habría que seleccionar este nuevo personal y sobre todo formarlo. Por lo tanto el logro de este objetivo implicaría mayores exigencias para los ejecutivos a cargo de la gestión de siniestros.

Se entiende entonces que las compañías deben enfrentar estos retos de forma gradual, en especial si los ejecutivos no saben con certeza cual sería el costo, ni los beneficios de ampliar el ambito de aplicación de sus medidas de prevencion de fraude.

En conclusión, el unico interrogante en realidad debiera ser ¿Cómo se puede poner en práctica una estrategia de prevención de fraudes y cuándo? El ambito y método de aplicación de las medidas a tomar dependerá de la posición en el mercado de cada compañía, de su cultura empresarial, sus recursos humanos y sus recursos informáticos, pero es recomendable no aplazar demasiado la decisión de encarar esta problemática, ya que el proceso de ajuste toma su tiempo. Las compañías que demoren su decisión quedaran rezagadas con respecto a las que si utilicen estrategias de prevención.

Pero lo principal que se debe tener presente hoy en día, es que todos pagan por el fraude de seguro, y por eso, todos deben unirse para erradicar estas estafas, consumidores, legisladores, compañías de seguros, médicos, abogados y muchos más, deben formar parte de la solución. El fraude de seguro va a desaparecer sólo cuando los delincuentes se den cuenta que el fraude es un camino rápido a la cárcel, no un sendero fácil hacia las riquezas. Por lo tanto crear conciencia de esto, puede ser el primer paso para disminuir así las estadísticas de fraudes, y además de la implementación de software y diversas técnicas, se recomienda primero que todo, que las compañías de seguros creen conciencia en los consumidores en el sentido que los perjudicados con el fraude somos todos, ya que las aseguradoras simplemente aumentan las primas y con eso tratan de cubrir en parte las pérdidas que se generan por este ilícito.

Capítulo V: Propuesta Metodológica de Auditoria Forense para la Prevención de Fraudes en el Sector de Seguros.

Una vez definidos los aspectos metodológicos de la investigación, que se ha tratado el marco teórico y luego de haber aplicado la técnica de recogida de datos, en este capítulo se abordará la propuesta de una metodología de auditoria forense para prevenir fraudes en las Compañías de Seguros.

Para esto se definirá nuestro rol para realizar la auditoria forense enfocada a prevención de fraudes, las consideraciones para realizar esta metodología, el plan de trabajo y de acuerdo a los riesgos que afecten potencialmente a dichas entidades se realizará la propuesta.

4.1 ROL DEL AUDITOR FORENSE.

Un auditor forense tiene el rol de prevenir y detectar fraudes económicos y financieros en entidades, ya sean públicas como privadas, trabajando internamente como externamente, así como también buscar los responsables y entregar las evidencias de dicho delito. Es por eso que el auditor forense va mas allá de la evidencia de auditoria, de la seguridad razonable, este evalúa e investiga al 100%, centrándose en el hecho ilícito y en la mala fe de las personas. A diferencia de la auditoria tradicional que se sustenta en la calidad con que funciona el sistema de control interno, en el negocio en marcha y en la evidencia para obtener seguridad razonable. En cambio, los campos de acción del Auditor Forense son especializados y con objetivos muy precisos.

Por lo anteriormente descrito, el enfoque que asumirá esta propuesta es preventivo, puesto que este enfoque, es aquel que se anticipa a los hechos de fraude que puedan de alguna u otra manera suceder.

El enfoque escogido es de suma importancia debido a que el negocio de una Compañía de Seguros es el manejo de riesgos de terceros, otorgándoles protección en caso de eventos que le provoquen daños patrimoniales o en su integridad física, situación que las expone a los altos porcentajes de fraude, aunque es importante señalar que los otros enfoques de detección y el esclarecer estos actos en estas Compañías también son

de valor para ellas, debido a que ayudan en las evidencias que servirán de pruebas para enjuiciar a defraudadores.

Es por esta razón que esta propuesta de Auditoría Forense consistirá en una metodología de prevención de este tipo de hechos en compañías aseguradoras, asesorando a estas empresas externamente lo cual asegurará la independencia del trabajo realizado ante el público en general.

4.2 CONSIDERACIONES PARA LA METODOLOGIA.

4.2.1 Características de la auditoria Forense

Propósito.

Prevención y detección del fraude financiero. El auditor forense llega a establecer indicios de responsabilidades penales que junto con la evidencia obtenida pone a consideración del juez correspondiente para que se dicte sentencia, pero dado que en Chile el delito del fraude no es directamente sancionado por la ley, en este caso no se aplica esta última situación, y la auditoría forense solo se remite a su detección y prevención para evitar los mayores costos posibles por concepto de indemnización a las compañías aseguradoras.

Alcance.

El alcance de cada auditoría en particular va a depender de la necesidad del cliente, puesto que la auditoría puede abarcar la totalidad de los ciclos operacionales de una compañía de seguros, como también puede abarcar solo aquellos que el cliente estime que requieren los servicios de auditoría, única y exclusivamente para los tópicos con que se ha enfocado la presente tesis.

Orientación.

Retrospectiva respecto del fraude financiero auditado; y prospectiva a fin de recomendar la implementación de los controles preventivos, detectivos y correctivos necesarios para evitar a futuro fraudes financieros. Cabe señalar que todo sistema de control interno proporciona seguridad razonable pero no absoluta de evitar errores y/o

irregularidades. Además hay que considerar que ningún control adicional debe superar su costo de operación al daño que se pretende evitar.

Criterios.

Los criterios a considerar para cumplir con los objetivos de Auditoría Forense, son las disposiciones legales o normas chilenas e internacionales con relación a los fraudes a los seguros como las siguientes:

- Marco Regulatorio General que norma el Mercado Asegurador.
- Circular N° 1441; Establece normas mínimas de auditoría externa y de evaluación de control interno para compañías de seguros y de reaseguros.
- Ley Sarbanes – Oxley (EE.UU) en el caso de que la compañía de seguros auditada sea regulada por la SEC, Security Exchange Commission.
- Normas internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna, emitidas por The Institute of Auditors.
- Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (Nagas)

Naturaleza.

Los exámenes de Auditoría Forense nacen a raíz de un contrato de auditoría donde se reflejan claramente los servicios que se van a prestar, las responsabilidades de la gerencia o la dirección de la compañía, las responsabilidades del auditor forense y las limitaciones al contrato.

4.2.2 Carta de representación.

La compañía de seguros debe emitir una carta de representación a la empresa auditora, en la cual especifica sus responsabilidades respecto a:

- a) La gerencia de la Compañía de Seguros es responsable de establecer y mantener el control interno que posee sobre las operaciones de la entidad.

- b) La gerencia de la Compañía de Seguros es también responsable de identificar leyes y regulaciones aplicables a sus actividades y asegurar que la Compañía cumpla con ellas.
- c) La gerencia de la Compañía de Seguros también deberá notificar a los auditores forenses de todos los alegatos que involucren irregularidades acerca de situaciones de fraude recibidos por la gerencia y de proporcionar oportunamente el acceso completo a estos alegatos y a cualesquier investigación interna sobre los mismos.

4.2.3 Conocimiento preliminar.

El auditor forense debe ser un profesional integral que debe comprender las materias relativas al mercado de una Compañía de Seguros y a los temas relacionados con el delito de fraude en este tipo de actividad.

4.2.3.1 Análisis Porter. (Ver anexo N° 4)

Para una mejor comprensión del entorno competitivo de una Compañía de Seguros se propone la herramienta conocida como las 5 fuerzas de Porter descritas por Michael Porter²⁸.

a) Intensidad de la rivalidad entre los competidores existentes.

En este mercado hay un gran número de competidores o igualmente equilibrado en donde últimamente se ha visto revolucionado por el ingreso de nuevos competidores como son las multitiendas y bancos, los cuales ofrecen sus servicios de seguros a menores costos y con facilidad de obtención y de pago. Estos diversos competidores que se encuentran presente en el mercado asegurador, provocan que los potenciales clientes no diferencien un producto de otro y a su vez causan un cambio constante en los costos de los servicios de las Compañías Aseguradoras.

²⁸ Porter, Michael; Estrategia Competitiva. Técnica para el análisis de los sectores industriales y de la competencia. Compañía Editorial Continental SA de C.V. México

b) Amenaza de ingreso de nuevos competidores.

En este sector en donde se encuentran las empresas aseguradoras, hay diversas políticas que regulan y disponen requisitos para la conformación de estas organizaciones, por lo cual no es fácil entrar en este mercado. En Chile existe el Decreto con Fuerza de Ley 251, el cual determina los requisitos mínimos para las nuevas empresas que quieran ingresar a este mercado. Como por ejemplo, existen exigencias de capital mínimo, en donde toda compañía de seguros y reaseguros debe contar con un capital mínimo de UF 90.000²⁹ para compañías que se dediquen a los seguros generales o de UF 120.000³⁰ para empresas que tengan por negocio los seguros de vida.

Por la diversa competencia además hay una amplia cobertura de productos, canales de distribución y conocimiento de los mercados, en donde las empresas del rubro seguros tienen una clara definición de los segmentos de su mercado objetivo y una equilibrada cartera de seguros, esto porque éstas compañías comercializan una amplia cartera de productos a través de distintos canales de distribución, participando en seguros de vida, salud y desgravamen, tanto individual como colectivos, lo que reduce la exposición ante escenarios coyunturales negativos en los distintos segmentos de mercado.

Todo lo anterior genera para las aseguradoras el desafío de lograr alta eficiencia en costos, desarrollar alianzas estratégicas, y de integración vertical, además de mejorar el servicio y diferenciación de productos, que permitan competir con alguna ventaja comparativa con los canales masivos.

c) Amenazas de los Productos y Servicios Sustitutos.

En el mercado asegurador se podría decir que no existen productos sustitutos, ya que no hay ningún producto que pueda reemplazarlo con las mismas características. Hoy en día las compañías realizan el empaquetamiento de sus servicios en donde ofrecen diversos productos en uno solo por menos costo, como por ejemplo seguro antirrobo, seguro de incendio, seguro de fraude,

²⁹ DFL 251, Título 1, artículo 7, inciso 1°.

³⁰ DFL 251 Título 1, artículo 16, inciso 1°.

etc. Este empaquetamiento de servicios siempre debe ser realizado en el mismo giro (generales o de vida)

d) Poder negociador de los clientes.

El poder negociador de los compradores en este sector es importante ya que los clientes buscan precios bajos, variedad de productos, atención experta y servicio rápido, además el incremento de la competencia dentro del mercado financiero produce una baja de los precios y hace que las compañías cada vez experimentan márgenes mas ajustados, lo que convierte a los clientes en potenciales negociadores de este sector, ya que tienen diversas alternativas en donde escoger desde multitiendas hasta empresas de larga trayectoria en seguros.

e) Poder negociador de los proveedores.

Con respecto a los proveedores de las compañías de seguros, estos son de diversos tipos como: proveedores de reaseguros, proveedores de servicios, proveedores de créditos, proveedores de personal, etc. El poder negociador de estos proveedores es bastante alto ya que sin ellos las compañías se verían en la obligación de asumir mayores costos y por lo tanto sus productos y servicios reflejarían un aumento en sus precios.

4.2.3.2 Análisis del entorno competitivo.

El mercado asegurador chileno se ha caracterizado por su apertura y alto nivel de competencia. En el participan 58 compañías (33 de vida y 25 de generales), algunas de las cuales corresponden a grandes grupos aseguradores de nivel mundial.

Se ha visto durante el último tiempo como la industria aseguradora nacional ha mostrado un gran desarrollo en su oferta de productos, existiendo una amplia gama que cubre las principales líneas de negocios a nivel internacional. Es decir, la tendencia del mercado asegurador es que cada vez está más dominado por grandes compañías internacionales, las cuales cuentan con la infraestructura y recursos necesarios para

incursionar en diferentes mercados y clientes de diversos lugares con productos de mayor valor agregado.³¹

El desarrollo de canales de distribución especializados ha ido en aumento, efectuando alianzas estratégicas, contratando servicio de outsourcing, adquiriendo o participando como administradores o socios de proveedores de servicios estratégicos (como en los seguros de salud), utilizando las redes bancarias y de servicios financieros, Internet, etc. Es por esta razón que los mecanismos de comercialización se han ido sofisticando en el último tiempo y han incorporado nuevos actores en la distribución de los seguros, generando aun mayores niveles de competencia y mayores beneficios en términos de acceso al seguro para la población.

Todo lo anterior ayuda a que el poder negociador de los compradores en este sector sea importante, ya que los clientes buscan precios bajos, variedad de productos, atención experta y servicio rápido y además por el incremento de la competencia dentro del mercado financiero produce una baja de los precios y que hace que las compañías cada vez experimenten márgenes más ajustados, lo que convierte a los clientes potenciales negociadores de este sector.

4.2.3.3 Procesos de una Compañía de Seguros. (Ver Anexo N° 5)

La Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), establece en su circular 1441 las instrucciones mínimas, aplicables para efectuar una auditoria de estados financieros, que se relacionan con los procesos de operación y con la revisión de información complementaria que deben emitir las compañías de seguros. Los procesos de operación que se indican en esta circular son:

- Proceso de Producción.
- Proceso de Reaseguros.
- Proceso de Reservas Técnicas.
- Proceso de Siniestros.

³¹ Superintendencia de valores y seguros de Chile. Nuevo Modelo de Supervisión Basada en Riesgos para la Industria Aseguradora Chilena; Diciembre 2006.

- Proceso del Patrimonio.
- Proceso de Inversiones.
- Proceso de Operaciones de Cobertura de Riesgo Financiero.
- Proceso de Calce.
- Proceso de Procesos y Sistemas.
- Procesos Otros.

Para efectos de la presente propuesta se escogerá el proceso de siniestros, en donde se procederá a describir las características de este proceso y los requisitos mínimos de control que debe cumplir una Compañía de Seguros.

A. Descripción Proceso de Siniestros.

En este proceso es donde el asegurado recurre a la compañía para informar el siniestro, aquí el asegurado debe llenar el formulario de denuncia. La compañía aseguradora procede a registrar dicho formulario en el sistema computacional que mantiene un registro de los siniestros ocurridos. Luego se realiza un informe con los antecedentes necesarios para cada caso de siniestro en donde es verificado el riesgo que cubre y finalmente es derivado al departamento correspondiente encargado de cubrir este tipo de riesgo.³²

El departamento verifica si el riesgo identificado en el informe es compartido por una compañía de reaseguro, si este no es compartido se procede a verificar los pagos de la póliza realizados por el cliente. Una vez que el departamento reúne toda la información vuelve a generar un informe del siniestro en donde una copia la entrega al liquidador del siniestro y con la otra copia determina el monto del desembolso a realizar. Una vez que el liquidador ha comprobado el siniestro emite un reporte al departamento junto con el informe que le fue entregado anteriormente. Por ultimo la compañía realiza un desembolso al asegurado³³.

³² Información recopilada en entrevista a funcionarios de Consorcio.

³³Bustos, Arancibia, Jaime; Jefatura de siniestros; Entrevista Compañía de Seguros Consorcio.

B. Liquidación de un siniestro.

El proceso de liquidación de un siniestro tiene por objeto determinar la ocurrencia de éste y la vez determinar si éste se encuentra amparado por la cobertura de seguro contratada, en cuyo caso deberá fijar el monto de la indemnización a pagar.³⁴

La liquidación de un seguro puede efectuarse directamente desde la compañía o delegarla a un liquidador de seguros. El cliente puede rechazar los servicios de la compañía y escoger a un liquidador, el cual deberá analizar la propuesta hecha, una vez aprobada este tendrá un plazo de 90 días para determinar el monto del siniestro, el que será informado por escrito a la compañía y al asegurado.³⁵

Si tanto la compañía como el asegurado, se encuentran en desacuerdo con lo informado, tendrán un periodo de 5 días para llegar a un acuerdo y así proceder el pago.

C. Consideraciones de la Auditoria para la revisión del proceso de Siniestros.

1. Siniestros.
 - a. Siniestros Directos, Aceptados y Cedidos.
 - b. Siniestros Liquidados por Pagar.
 - c. Siniestros Ocurridos y no Reportados.
 - d. Recupero de Siniestros.
2. Registro de Siniestros.
3. Centralización Contable.
4. Garantía Estatal (D.L 3.500)

³⁴ www.svs.cl/merc_seguros/educacion/prog_liq.html

³⁵ Bustos, Arancibia, Jaime; Jefatura de siniestros; Entrevista Compañía de Seguros Consorcio.

4.2.4 Factores de Riesgo dentro de la Compañía de Seguros.

Para la realización de la evaluación de riesgo, se utilizará como base los factores de riesgo analizados en el marco teórico. Para apreciar la incidencia de los factores de riesgo en la evaluación realizada los citare nuevamente:³⁶

- Fraude Interno.
 - a. Compleja Estructura Organizacional
 - b. Velocidad de la innovación.
 - c. La remuneración y la política de ascenso.
 - d. El clima económico y la situación de negocio.
- Fraude Externo.
 - a. Reclamaciones Falsas.
- Fraude Intermediario.
 - a. Primas no pagadas.
 - b. Clientes fantasmas.
 - c. Colusión de reclamos.

4.2.5 Evaluación de los riesgos.

Anteriormente ya se analizó el entorno competitivo en el cual se encuentran inmersas estas compañías, ahora se procederá a identificar y clasificar los riesgos según la probabilidad de ocurrencia y su impacto en los estados financieros.

³⁶ Los factores de riesgo se encuentran en el marco teórico. Ver página 32

4.2.5.1 Riesgos.

Riesgo 1: Aumento de clientes fantasmas o Inexistentes.

El aumento de clientes fantasmas, puede producirse por agentes dependientes de la compañía como también por aquellos que trabajan de manera independiente, en donde gran parte de su sueldo se constituye por la comisión por contrato, en donde una vez cobrada la comisión se disuelve por diferentes motivos.

- ***Probabilidad de ocurrencia:*** La probabilidad de que este riesgo se materialice es Medio, debido a que va a depender del conocimiento en el tema de contratos y las debilidades de control que existan en la compañía de seguros.
- ***Impacto:*** El impacto es considerado Alto, debido a que los contratos son sus principales ingresos.

Riesgo 2: Corrupción al interior de la Compañía.

En toda compañía existe el riesgo de corrupción, para obtener beneficios de manera ilegal. Es decir cuando una persona abusa de su poder para obtener algún beneficio para si mismo.

- ***Probabilidad de ocurrencia:*** La probabilidad de ocurrencia de que este riesgo se materialice es Alta, debido a que estos actos son observados a menudo y los cuales pueden suceder en los lugares menos pensados y con las personas menos esperadas, además los funcionarios dado el mismo trabajo que realizan adquieren conocimiento con respecto a los procedimientos y donde observan debilidades pueden intentar cometer un ilícito.
- ***Impacto:*** El impacto de este tipo de actos si se concretan sería Alto, ya que afectarían la reputación, las utilidades y la confianza que se tiene en la aseguradora.

Riesgo 3: Colusión en reclamos.

La colusión en reclamos se produce cuando un agente conoce de pólizas que no han sido cobradas y conoce las condiciones para que estos contratos puedan ser

cobrados. Para esta situación se debe encontrar coludido con un tercero que puede hacer valer la póliza a través de suplantación de identidad o valiéndose de una falencia en el contrato.

- **Probabilidad de Ocurrencia:** La probabilidad de que este riesgo se materialice es Media, debido a que la colusión se debiera producir en diferentes procesos de la compañía y a su vez se debiera manejar un amplio conocimiento en los contratos.
- **Impacto:** El impacto es considerado Alto, debido a que afectaría directamente las reservas técnicas de las compañías de seguros.

Riesgo 4: Reclamos Falsos.

Este riesgo de reclamos falsos, es muy común en la industria del seguro y se produce cuando el asegurado trata de engañar en los informes de declaración de siniestros los hechos ocurridos.

- **Probabilidad de ocurrencia:** La probabilidad de que este riesgo se materialice es Alta debido a que constantemente los asegurados tratan de sacar provecho de los contratos, alterando sus declaraciones de siniestro o inventando siniestros.
- **Impacto:** El impacto es considerado Alto, debido a que las compañías de seguros ofrecen en sus contratos indemnizaciones o coberturas mayores ante una eventualidad determinada, lo que puede afectar la reserva de siniestros.

Riesgo 5: Manipulación del riesgo de una póliza.

Este riesgo es aquel que se produce ante presiones por producción o muestras de eficiencia de un agente, en donde acepta a sus asegurados sin revisar sus antecedentes ni tampoco los riesgos que va a cubrir el contrato.

- **Probabilidad de Ocurrencia:** La probabilidad de que este riesgo se materialice es Media, debido a que los ingresos de una compañía de seguros se generan en la evaluación del riesgo del asegurado para calcular el cobro de una prima, este solo puede ocurrir si existen debilidades de control interno o colusión con trabajadores de la compañía.

- **Impacto:** El impacto es considerado Alto, debido a que un mal cálculo en el riesgo de una póliza asumida afectara el resultado de la compañía de seguro.

Riesgo 6: Entrega de documentación falsa por parte del asegurado al contratar cualquier seguro.

Al contratar cualquier seguro contra siniestros, se debe documentar lo asegurado y la situación financiera del cliente. Por lo tanto, se debe tener el cuidado y la exhaustiva revisión de ésta documentación, ya que el riesgo de que ésta sea falsa podría generar pérdidas a la compañía.

- **Probabilidad de Ocurrencia:** La probabilidad de que este riesgo se haga efectivo es Alta, debido a que constantemente los asegurados tratan de sacar provecho de los contratos alterando la documentación para seguros ante siniestros.
- **Impacto:** El impacto es Alto, porque conduce a cancelar por seguros de siniestros falsos.

Riesgo 7: Manipulación de la base de datos de la compañía.

La modernización tecnológica en una compañía de seguros requiere de una gran inversión de capital, al igual que la identificación y desarrollo de los sistemas de información requeridos, que contribuyan a las necesidades y objetivos estratégicos de las compañías, en particular en reportes gerenciales, información de clientes, sus riesgos, productos, monitoreo financiero, etc.

- **Probabilidad de Ocurrencia:** La probabilidad de que esto ocurra es Alta, puesto que las compañías de seguros están muy expuestas a este tipo de delitos como lo es la manipulación de las bases de datos, debido a que la información que se maneja es de carácter confidencial, y de vital importancia para el funcionamiento del negocio.
- **Impacto:** El impacto de este riesgo es Alto, dada la magnitud de la información que se maneja, y también por la imagen de la aseguradora, la cual podría verse muy afectada por un hecho como este.

Riesgo 8: Suplantación de Identidad.

El fraude cometido a través de la suplantación de identidad personal, con documentos falsos o sustraídos o por mutuo acuerdo entre el titular del seguro con un tercero para cobrar un seguro a favor de dicho tercero, origina un riesgo para las aseguradoras, por el pago de un servicio que no corresponde.

- ***Probabilidad de ocurrencia:*** La probabilidad de ocurrencia es Alta, puesto que es común este tipo de actos en el mercado asegurador, un ejemplo de ello es en los seguros médicos, en los cuales terceros asumen la identidad del asegurado para la obtención de servicios médicos y exigir posteriormente el reembolso por dichas atenciones médicas y por los gastos desembolsados en el proceso.
- ***Impacto:*** El impacto que provocaría este hecho es alto, porque la cuantía o la frecuencia de estos hechos afectarían los resultados operacionales de las Compañías de Seguros.

Riesgo 9: Aprobación Indevida de Pólizas de Seguros.

El mercado de los seguros es muy competitivo, y la forma de ventas de estos servicios es en base a metas de producción, por las cuales se cancelan bonos, comisiones y premios por cumplimiento de dichas metas. Esta situación puede generar que el personal acepte clientes sin cumplir los requisitos mínimos de control exigidos, lo cual constituye un riesgo para las utilidades de las aseguradoras.

- ***Probabilidad de Ocurrencia:*** La posibilidad de que esto ocurra es Media, debido a que en toda entidad aseguradora existen controles para evitar estos hechos.
- ***Impacto:*** El impacto si esto sucediera es Alto, ya que como se mencionó anteriormente esto afectaría directamente las utilidades de las compañías aseguradoras.

Riesgo 10: Pago a clientes y siniestros ficticios.

Este riesgo consiste en que los agentes o representantes de aseguradoras puedan vender un seguro a un cliente ficticio y pagar la póliza de este cliente por un siniestro

ficticio, todo esto facilitado por una falla en la segregación de funciones al interior de la compañía, en donde este trabajador pueda tener acceso a varios procesos de la compañía y pueda realizar estas maniobras. Esta situación podría significar pérdidas en miles de dólares para la compañía por pagos que no corresponden.

- **Probabilidad de ocurrencia:** La probabilidad de que esto suceda es Media, puesto que en una compañía una aprobación de seguros pasa por diferentes departamentos, con sus respectivas aprobaciones.
- **Impacto:** El impacto sería Alto por lo anteriormente expuesto, en cuanto a las pérdidas significativas para estas compañías.

4.2.5.2 Matriz de Riesgos.

La matriz de riesgos es una herramienta para la priorización, orientación y focalización de las auditorías a realizar, tendientes a mejorar el control y minimizar los riesgos.

Por lo tanto con la información de los riesgos anteriormente señalados, con su respectiva probabilidad e impacto se procede a la elaboración de la matriz de riesgos, en donde se obtendrá la evaluación del riesgo en base a la ponderación de la probabilidad del riesgo y su impacto en la empresa. El resultado puede ser alto, bajo o medio, cada uno de los cuales es identificado por un código. A continuación se presenta una definición de los elementos que componen la matriz de riesgos.

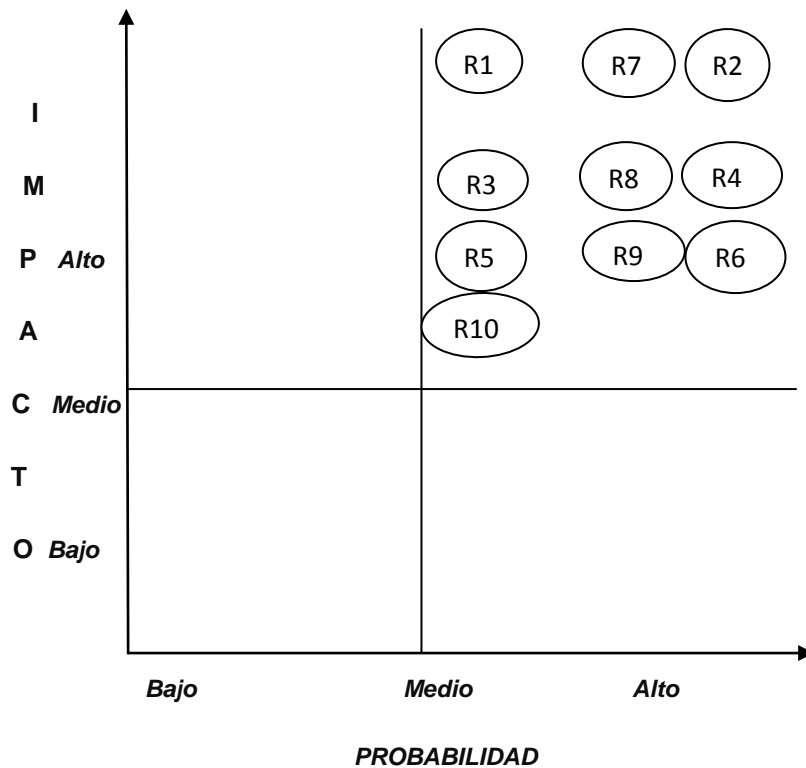
1. Impacto: De acuerdo al nivel de las operaciones, cuantificables en dinero.
2. Probabilidad de ocurrencia: La probabilidad de que ocurra el evento no deseado, en este caso actividades relacionadas con el delito de fraude.
3. Manejo de riesgos: De acuerdo si los riesgos evaluados son inherentes (sin control) o son riesgos de control (errores de control).

| Nº de Riesgos | Riesgo perteneciente a: | Riesgos | Probabilidad de ocurrencia | Impacto | Evaluación del Riesgo | Índice de Control |
|---------------|------------------------------|--|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | País Industria Empresa | | Alto Medio Bajo | Alto Medio Bajo | Alto Medio Bajo | |
| R1 | Empresa | Aumento de clientes fantasmas o inexistentes. | Medio | Alto | Alto | C1 |
| R2 | Empresa | Corrupción dentro de la compañía. | Alto | Alto | Alto | C2 |
| R3 | Empresa | Colusión de reclamos. | Medio | Alto | Alto | C3 |
| R4 | Empresa | Reclamos falsos. | Alto | Alto | Alto | C4 |
| R5 | Empresa | Manipulación de riesgos dentro de una póliza. | Medio | Alto | Alto | C5 |
| R6 | Empresa | Entrega de documentación falsa por parte del asegurado | Alto | Alto | Alto | C6 |
| R7 | Empresa | Manipulación de la base de datos de la compañía. | Alto | Alto | Alto | C7 |
| R8 | Empresa | Suplantación de identidad | Alto | Alto | Alto | C8 |
| R9 | Empresa | Aprobaciones indebidas | Medio | Alto | Alto | C9 |
| R10 | Empresa | Pago a clientes y siniestros ficticios. | Medio | Alto | Alto | C10 |

4.2.5.3 Mapa de Riesgos.

El mapa de riesgos es una herramienta utilizada por los auditores, para determinar en que nivel se encuentran concentrados los distintos riesgos que presenta una empresa en un momento determinado. Con la ayuda del mapa de riesgos, es posible establecer las medidas que la empresa puede adoptar para hacerles frente, además de servir como una guía para la organización, al indicarle en que riesgos debe concentrar en mayor medida sus esfuerzos y recursos, y así considerarlos en la planificación estratégica de la empresa, para que ante la eventualidad de ocurrencia de alguno de los riesgos de mayor impacto éstos no incidan en los resultados esperados por la organización.

El mapa de riesgos, indica que todos los riesgos son altos, por lo tanto la compañía deberá concentrar una mayor cantidad de recursos para prevenir que estos se materialicen.



4.3 PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORIA FORENSE.

Para realizar la planificación de auditoría forense se deberá determinar en base al ciclo de operación escogido, que para este efecto es el ciclo de siniestro. El criterio para la elección de este ciclo se basó en la evaluación de riesgos, de acuerdo al resultado entregado por la matriz y el mapa de riesgo, en donde se determinó que existe una mayor tendencia a cometer situaciones de delito de fraude y además es en éste donde se debe aplicar una auditoría forense de carácter preventivo, de manera que se detecten los fraudes antes que estos se hayan materializados.

4.3.1 Evaluación del sistema de control interno.

El conocer la estructura de control interno y la Administración de Riesgos que opera en una compañía de seguros es muy importante, y en especial las consideraciones que tiene ésta para prevenir actividades relacionadas con el delito de fraude.

Para este examen el Auditor Forense puede utilizar el marco referencial COSO ERM, a continuación se presentan los componentes de este marco aplicado a la muestra, además este marco nos entrega las consideraciones que deben tener los auditores forenses relativo a la prevención del delito de fraude que debe establecer una compañía de seguros. A modo de ejemplo se utilizarán algunas acciones que establece en sus operaciones la compañía de seguros Consorcio, en los ciclos operacionales anteriormente mencionados.

A. Ambiente Interno.

En la compañía de seguros visitada, Consorcio, se encuentran consientes de que su negocio depende de la cultura de riesgos que se tenga al interior de la empresa, es por eso que ellos se encuentran en proceso de implementación de la Metodología de Administración de los Riesgos, apoyados en sistemas de información que contribuyan al cumplimiento de sus objetivos del negocio, que son actividades propias de la industria de seguros y, además de mucha ayuda y utilidad para tomar decisiones objetivas, decisiones tanto en la suscripción como en la liquidación de siniestros y difundida a todo su personal, ya que la empresa de hoy requiere profesionales conscientes de la importancia de la gestión de riesgos en la organización, que asuman posturas proactivas frente al manejo de los riesgos. Además Consorcio promueve la cultura de un ambiente interno contando con políticas, procedimientos, códigos de conducta y valores organizacionales.

Específicamente en el ciclo de siniestros la empresa mantiene políticas más rigurosas que abarcan los temas de confidencialidad y seguridad de la información, buen trato con los clientes, y el compromiso organizacional entre otras.

B. Establecimiento de Objetivos.

Los objetivos estratégicos de la entidad deben estar establecidos previamente a la identificación de los eventos de riesgo que puedan afectar el logro de éstos. Consorcio tiene como toda gran Compañía establecidos sus objetivos estratégicos, los cuales ayudan a la empresa a cumplir con su visión, por lo que la implementación de la administración de riesgo velará por los riesgos que afecten a los negocios de Consorcio.

Por lo tanto, para Consorcio la gestión de riesgos integrada es un ingrediente clave en su estrategia. Esto les permite capturar las ventajas de ser una firma de servicios financieros entre otros diversificada y crear una imagen clara en contra de todo riesgo.³⁷

C. Identificación de factores de riesgo.

Este componente hace referencia a los factores internos y externos que afectan al logro de los objetivos estratégicos de la entidad, que deben ser identificados por la administración o dirección.

En Consorcio, se cuenta con dos herramientas para prevenir situaciones de delito de fraude y también para identificar los factores de riesgo relativos al delito:

- Comité Antifraude.
- Neugents, sistema informático de prevención de fraude.³⁸

D. Evaluación del riesgo.

Consiste en la identificación, análisis y administración de riesgos relevantes para el normal desarrollo de la institución y también de la preparación de sus estados financieros.

³⁷ Información obtenida en entrevista a funcionarios de Consorcio.

³⁸ Información obtenida en entrevista a funcionarios de Consorcio.

A modo de ejemplo Consorcio en el proceso de siniestros envía inspectores que califiquen el siniestro y aleatoriamente se escogen que liquidadores externos vuelvan a evaluar la veracidad de la calificación otorgada al siniestro.

Como Consorcio puede ser considerada una institución financiera, ésta tiene una gerencia de riesgos, la cual se convierte en uno de los procesos cruciales dentro de la compañía. El comité ejecutivo maneja el perfil total del riesgo, apuntando para un buen equilibrio entre riesgo, el retorno y capital, y es por eso que en Consorcio se cuenta con un departamento separado por riesgo de crédito, riesgo de mercado, y el riesgo del seguro.³⁹

Además se cuenta con el sistema informático Neugents el cual tiene la particularidad que evalúa el riesgo de cada persona o empresa que quiera asegurarse con esta compañía.

E. Respuesta al riesgo.

Una vez que la organización tiene evaluados los riesgos relevantes, la administración determina cómo responderá. La respuesta al riesgo que maneja Consorcio es el de reducción, a través de sistemas de información especializados en situaciones de delito de fraude y también por medio de la implementación de una metodología basada en el riesgo. Además como ya se mencionó anteriormente la empresa utiliza el sistema informático Neugents, el cual da una evaluación de riesgo, con lo que la empresa puede anticiparse y dar una respuesta mediante su departamento de riesgo del seguro a eventos que afecten a la compañía.

F. Actividades de Control.

Las actividades de control son las políticas y procedimientos que ayudan a asegurar que las respuestas al riesgo sean llevadas a cabo. En la compañía de seguro Consorcio son las políticas y normas para la prevención de delitos de fraude. Entre algunos procedimientos está la elección aleatoria de algunos de los clientes de los agentes de seguros y se evalúa su situación financiera descrita en la propuesta, para encontrar posibles casos a investigar de posibles fraudes que afecten a la compañía.

³⁹ Información organizacional obtenida de: www.consorcio.cl.

G. Información y Comunicación.

La información pertinente es identificada, capturada y comunicada en forma y marco de tiempo para que gente capacitada lleve a cabo sus responsabilidades.

Consortio Seguros promueve las políticas, procedimientos, códigos de conducta, valores organizacionales, reglamento de seguridad e higiene, a través de manuales de conducta y procedimientos que se entregan a sus funcionarios.

H. Monitoreo.

Es el proceso en virtud del cual se evalúa la calidad del funcionamiento del sistema de control interno o la administración de los riesgos, para determinar si los controles están funcionando como fueron diseñados o si es necesaria su modificación. Se debe identificar quien es el responsable de monitorear los controles implementados y el sistema de prevención de delito de fraude, que tenga la compañía de seguros a auditar. En la Compañía de Seguros Consortio, durante todos los ciclos del negocio se realiza un monitoreo permanente de los procedimientos y políticas de administración de riesgos implementadas.

4.3.2 Definición del equipo de auditoría.

En toda planificación es vital importancia definir el equipo de trabajo y que profesionales participarán en él. Todo equipo de trabajo que se conforme, debe contar con profesionales integrales capaces de entregar valor agregado a la entidad que solicita sus servicios. En el equipo de trabajo debe existir un perfecto conocimiento del mercado al cual se va a asesorar y de las situaciones de delito de fraude que ocurren en él. El equipo que se propone es el siguiente:

- **Auditor Forense:** Debe ser un experto en el mercado de los Seguros y respecto de las situaciones de fraude a las que se ve expuesto este mercado. Este profesional debe ser capaz de interpretar la información, identificar los procesos más riesgosos y de contribuir a la mitigación de estos riesgos a través de procedimientos preventivos.
- **Auditor de Gestión:** Debe ser un profesional que corrobore si las normas, políticas y procedimientos de prevención de fraude en una compañía de

seguros se están cumpliendo, además de analizar la efectividad de los controles establecidos.

- **Auditor Financiero:** Debe ser un profesional experto en el sector financiero, especialmente en compañías de seguros, en ellos recaerá el análisis de riesgo de tipo contable financiero, además deberá evaluar la probabilidad e impacto de que un riesgo se materialice debiendo cuantificar y analizar sus incidencias en los estados financieros de una compañía de seguros.
- **Auditor de Sistemas de Información:** Debe ser un profesional con conocimiento en sistemas de información en el área de prevención de fraude y analizar si este se encuentra acorde a los objetivos que persigue en negocio.

4.4 EXAMEN DE AUDITORIA FORENSE.

4.4.1 Tipos de procedimientos de auditoria

En una auditoria forense para cualquiera de sus usuarios, el objetivo que persiguen los procedimientos es verificar si el comportamiento de los clientes, es decir, de los asegurados, si coincide con la conducta esperada de acuerdo con los estándares fijados por la compañía de seguro. Además, estos procedimientos tienen la finalidad de entregar evidencia de falencias en el control interno de las compañías aseguradoras que pueden favorecer hechos de corrupción al interior de ellas.

La evidencia a utilizar puede calificar como sigue:

- **Evidencia Física:** Se obtiene mediante inspección u observación directa de las actividades, bienes y/o sucesos. La evidencia de esta naturaleza puede ser detallada o informada a través de memorandos (donde se resuman los resultados de la inspección o de otra observación), fotografías, graficas, mapas o muestras materiales. En este caso se pueden evaluar las actividades de prevención de la compañía aseguradora, en el que se encuentran organigramas, manuales de funciones, manejo de los sistemas de información, etc.

- **Evidencia documental:** Consiste en información elaborada, como la contenida en cartas, contratos, registros de contabilidad, facturas y documentos de administración relacionados con su desempeño. En este caso las pólizas de seguros, la documentación entregada por clientes respaldando su situación financiera y el objeto del seguro, como exámenes médicos de los involucrados.
- **Evidencia Testimonial:** Se obtiene de otras personas en forma de declaraciones hechas en el curso de investigaciones o entrevistas. Las declaraciones que sean importantes para la auditoría deberán corroborarse siempre que sea posible mediante evidencia adicional. También será necesario evaluar la evidencia testimonial para cerciorarse que los informantes no hayan estado influidos por perjuicios o tuvieran sólo un conocimiento parcial del área auditada. Cuando se presente el caso se debe entrevistar a personal de la compañía y a los clientes asegurados que se han visto afectados por hechos de corrupción.
- **Evidencia Analítica:** Comprende cálculos, comparaciones, razonamientos y separación de información en sus componentes, por lo tanto aquí se puede hacer reejecuciones del proceso de asignación de riesgo que hace la compañía a los asegurados para emitir la póliza.

4.5 INFORME DE AUDITORÍA FORENSE.

Este informe de auditoría forense se compone por los antecedentes, como son la naturaleza y los objetivos de auditoría, la descripción de los procedimientos de auditoría, el análisis de éstos y las recomendaciones para mejorar la gestión de las compañías aseguradoras.

A continuación se desglosan los contenidos de este informe de auditoría:

- Antecedentes:** Se describe la naturaleza y objetivos de la auditoría, Normas de Auditoría que se utilizaron como base para realizar el servicio, los criterios usados para efectuar las afirmaciones y recomendaciones, y cualquier otra información adicional sobre aspectos relevantes que se consideren útiles.
- Descripción de los procedimientos de auditoría:** Se hace una relación de las personas y entidades, a quienes se solicitó información documental y testimonial, de los documentos recibidos y de los que no fue posible obtener. Muestra el alcance de la investigación y las limitaciones que tuvo.

- C. Análisis y evolución de los procedimientos:** El equipo que está a cargo de la auditoría forense, presentará su opinión sobre las diversas pruebas realizadas, tratando en lo posible de ordenarlas de acuerdo con la importancia del procedimiento, el que resulte más crítico y afecte los objetivos de la compañía, es decir el proceso más riesgoso.
- D. Conclusiones y Recomendaciones:** El auditor forense emitirá una opinión sobre cómo prevenir y detectar fraude al seguro y recomendará las acciones a seguir para minimizar estos delitos en estas compañías. Es necesario aclarar que el trabajo del auditor adicionalmente entrega recomendaciones para mejorar las debilidades detectadas en los procesos principales y sus potenciales fortalezas.

Se dará a conocer información específica, en donde deberá dejarse establecido los hechos y circunstancias que caracterizan la situación en estudio (hallazgos) y sus aspectos positivos y negativos, latentes y evidentes. Esta sección contendrá fundamentalmente información conceptual y conclusiones del análisis. Es conveniente que los detalles analíticos se muestren como anexos. Como mínimo el informe deberá incluir como información específica:

- ❖ **Plan de acción y presupuesto:** Análisis de los principales rubros de gastos por concepto de indemnizaciones pagadas a la fecha del informe y comparativo con años anteriores. Cuantificación de metas y objetivos incluidos en el plan de acción.
- ❖ **Análisis del Negocio:** Proponer modificaciones relevantes derivadas del informe general en la medida que permitan mejorar el negocio.
- ❖ **Áreas críticas seleccionadas:** Se explicarán los problemas detectados, los problemas comprobables, la evidencia recolectada, pruebas desarrolladas, comentarios resultantes y conclusiones alcanzadas.
- ❖ **Sistemas de información:** Se detallarán las deficiencias encontradas en los sistemas de información de que dispone la compañía aseguradora y su funcionamiento.
- ❖ **Indicadores de rendimiento:** En caso de existir un sistema de información, se requiere analizar la confiabilidad y oportunidad de los datos de base, así como también los indicadores seleccionados. En el informe se consignará el resultado de los indicadores de rendimiento de las áreas críticas. Se informará la opinión del ente auditado respecto a los indicadores, en el caso de no compartir la inclusión de determinados ratios.

CONCLUSIÓN.

La presente propuesta consiste en el diseño de una metodología de auditoría forense para el Sector de Seguros, orientada a participar en la prevención de situaciones de delito de fraude, donde el auditor forense tendrá un rol preventivo, en el que será fundamental su conocimiento en temas específicos, teniendo como base su formación en temas de contabilidad, auditoría, investigación de situaciones sospechosas de delito, entre otras.

En la actualidad el fraude plantea un riesgo serio para cualquier entidad, y una forma de enfrentar el problema es utilizando herramientas fundamentales como la Administración de Riesgos y la Prevención del Fraude, que son de gran ayuda para luchar contra este flagelo, permitiendo administrar y gestionar operativa y eficientemente una Compañía Aseguradora.

Es por esto que el propósito de la propuesta fue diseñar una Metodología de trabajo para realizar una auditoría forense que prevenga fraudes en el sector de seguros, y este objetivo fue cumplido satisfactoriamente dado que se logró elaborar la metodología a ser aplicada en una Compañía Aseguradora, la cual consiste en la planificación de auditoría, el examen de auditoría, y los elementos de un informe de auditoría forense, a través de recomendaciones y evaluación del sistema de control de prevención de delitos de fraude.

En cuanto a los objetivos estos fueron cumplidos satisfactoriamente, dado que mediante la técnica de recogida de datos, las entrevistas, se pudo identificar los fraudes más comunes, las técnicas que hoy en día se implementan en nuestro país para prevenir fraudes, y aquellas técnicas que se debieran implementar. A pesar de que la compañía de seguros entrevistada, tenía ciertas restricciones con respecto a determinada información que para ellos era de carácter confidencial, facilitaron la mayor información posible.

Pero a pesar de ellos se logró la realización de la propuesta sin mayores dificultades, lo cual es muy gratificante, dado que la investigación permitió la interiorización en temas realmente interesantes como la auditoría forense y no cabe la menor duda que ésta investigación será de gran ayuda a estudiantes y profesionales que deseen interiorizarse en el tema de la auditoría forense aplicada al sector de seguros.

BIBLIOGRAFIA.

Libros.

1. Asociación de Aseguradores de Chile A.G; 31 Marzo 2004; Boletín n° 55.
2. Asociación internacional de supervisores de seguros; (2006); "Guía para Prevención, Detección y Solucionar el fraude al Seguro"
3. Bernal, O, "Planificación de auditoria", apuntes.
4. Caiceo. E (1998); "Elaboración de tesis e informes técnicos profesionales"; Editorial Jurídica Conosur Limitada; Santiago.
5. Cano, M; Lugo,D; (2006): "Guía para Prevención, Detección y Solucionar el fraude al Seguro", Asociación internacional de supervisores de seguros.
6. Cano, M; Lugo,D; (2006); "Auditoria Forense, técnicas de investigación: Un manual operativo de aplicación práctica en la auditoria legal, por orden judicial": Asociación internacional de supervisores de seguros.
7. Comité de normas ASB; "Consideración del fraude en una Auditoria de Estados Financieros"; SAS N° 99.
8. Declaración sobre Normas de Auditoría DNA (SAS)-99 (AU 316) "La Consideración del fraude en los Estados Financieros.
9. Etcheverry. A: (1976); Código penal; Santiago.
10. General Re Corporation; (2006); "Nuevos enfoques para la detección de Fraudes"; Boletín N° 14
11. Hernández. R (2006): "Metodología de la investigación", 4^{ta} edición, Editorial Mc McGraw-Hill, México.
12. International Association Of Insurance Supervisor; Guidance Paper On Preventing, Detecting And Remediating Fraud Insurance
13. Maldonado, M. (2003); "Auditoria Forense: Prevención e Investigación de la corrupción Financiera"; 1^a edición; Editora Luz de América.
14. Piña.J (2006): "Fraudes de seguros y cuestiones penales y de técnica legislativa", 2^{da} Edición, Editorial Jurídica de Chile.
15. Whittington, O; (2000) Auditoria "Un enfoque integral"; 2^{da} edición; Editorial McGraw-Hill, Bogotá.

Páginas web.

1. www.aach.cl/contenido.asp?UR=JI0WF31zD2; _Asociación de Aseguradores de Chile AG.
1. www.BBCMundo.com; BBC. ENRON: Radiografía de un escándalo. Miércoles 06 de febrero de 2002.
2. <http://www.chilenaconsolidada.cl/newsite/home/index.htm>: Compañía de seguros chilena consolidada:
3. <http://www.consorcio.cl/> : Compañía de Seguros Consorcio.
4. www.definiciones.com.mx/definicion/C/corrupcion: Definición de corrupción.
5. http://www.empresa.org/doc/temas_relevantes/Comunicacion_y_Reporte_en_el_ambito_de_la_RSE_Foretica1.pdf : Vilanova.M; Lozano.J; Dinares.M (2006); Accountability (09/09/2008)
6. http://es.geocities.com/malversación/cap02_02.htm 25/09/2008
7. http://www.moptt.cl/especial/sistema_calidad_sop/Procedimiento_Satisfaccion_clientes.pdf (30/09/2008): Mejoras en procedimientos.
8. <http://motor.terra.es/motor/articulo/html/mot14737.htm>: Las estafas más curiosas, cómo se combaten y quiénes son los responsables.(15/10/2008)
9. www.svs.cl ; Circular 1441 (S.V.S)
10. http://www.svs.cl/sitio/legislacion_normativa/normativa/seguros/ley251.pdf: Legislación y normativa de SVS.
11. <http://elmundomotor.elmundo.es/elmundomotor/2001/02/22/usuarios/982866536.html>: El fraude, pesadilla de las aseguradoras.
12. <http://www.lmo.cl/content/view/468/26/>: Kléber Monlezun; Fraude a los seguros: (05/10/2008)

ANEXO N° 1.

Entrevista N° 1 Compañía de Seguros.

El objetivo de esta entrevista es conocer los procedimientos de control que tiene una compañía de seguros, para evitar ser instrumento de delitos de fraude. Para luego diseñar una metodología de auditoría forense que puede ser aplicada en una compañía de seguros en delitos de fraude.

Esta entrevista es de carácter confidencial y su uso será exclusivamente para usos académicos.

Nombre de la Compañía de Seguros: Consorcio.

Nombre del entrevistado: Jaime Bustos Arancibia.

Cargo o Función: Jefatura de Siniestros

Transcripción de la entrevista:

Investigador: Buenos días mi nombre es Marjorie Segura y a continuación procederé a realizar la entrevista acordada anteriormente.

En primero lugar me gustaría saber, ¿Cuales son los servicios que ofrece la compañía?

Entrevistado: Bueno, nuestra Compañía ofrece Seguros de Vida, Seguros de Automóvil, Seguros sobre Bienes Raíces y Bienes Físicos, Seguros con Ahorro, Rentas Vitalicias, Ahorro Previsional Voluntario, Seguros Colectivos, Fondos Mutuos, Corredora de Bolsa, Créditos Hipotecarios, Créditos de Consumo y Tarjeta de Crédito Consorcio visa, por lo que estamos orientados a satisfacer las crecientes necesidades de los clientes en el ámbito financiero y otorgarles un servicio integral con nuestra amplia gama de servicios.

Investigador: Me podría describir la empresa en los siguientes aspectos:

Entrevistado:

a) Visión: Ser líderes del mercado asegurador, consolidándonos como empresa responsable, dinámica, eficiente y altamente competitiva, ofreciendo respuestas efectivas y oportunas, logrando la satisfacción de nuestros asegurados, intermediarios, empleados y accionistas.

b) Misión: Somos una organización que ofrece una variedad de servicios financieros de excelencia para permitir a nuestros clientes satisfacer sus necesidades de prosperidad familiar y seguridad patrimonial.

Además creamos valor para nuestros accionistas, construyendo relaciones de confianza con quienes interactuamos y cumpliendo nuestro rol de buen ciudadano empresarial.

Ofrecemos las condiciones para que las personas en nuestra organización desarrollen todo su potencial, en un ambiente laboral desafiante y de respeto a los valores que profesamos.

c) Valores: Los valores que existen al interior de nuestra compañía que nos caracterizan en el mercado asegurador y nos diferencian de la competencia yo los definiría como la innovación es decir la capacidad de inventar algo nuevo, la honestidad, la lealtad o la disposición a realizar nuestro trabajo con rectitud, siendo fieles al compromiso y misión institucional, la vocación al servicio es decir brindar ayuda de manera espontánea en los detalles más pequeños, para hacer la vida más fácil a los demás, el respeto, el trabajo en equipo y por sobre todo la responsabilidad.

Investigador: ¿Que entiende Ud. por fraude?

Entrevistado: ¡Buena pregunta! Yo considero que cada cual define el fraude de seguro de forma diferente. Pero por lo general el fraude ocurre cuando una persona engaña intencionalmente a otra sobre un asunto de seguro para recibir dinero u otro beneficio que no le corresponde. Yo considero por mi experiencia que el fraude es el delito más creativo, requiere de las mentes más agudas y es prácticamente imposible de evitar. Se podría decir que en el momento en que se descubre el remedio, alguien inventa algo nuevo.

Investigador: ¿Que sistemas utiliza la compañía para la prevención de fraudes?

Entrevistado: Actualmente contamos con un programa de software que nos permiten disminuir los cobros indebidos de seguros, además hace muy poco implementamos la metodología de administración de los riesgos, podríamos decir q estamos en un proceso de prueba, que son actividades propias de la industria de seguros y, además de mucha ayuda y utilidad para tomar decisiones objetivas, decisiones tanto en la suscripción como en la liquidación de siniestros.

Investigador: ¿Usa la compañía algún software que le ayude en la prevención de fraude?
¿Puede Ud. describir las propiedades del software?

Entrevistado: Si, como dije anteriormente tenemos implementado un software llamado Neugents, el cual tiene por propósito predecir fraudes.

En resumen te puedo decir que este programa funciona utilizando una serie de variables de comportamientos normales y atípicos que se correlacionan según patrones y los datos proporcionados por ejecutivos el sistema. Por lo que cada vez que existe una anomalía el programa avisa y los fiscales de la compañía proceden a evaluarlos

Investigador: ¿Encuentra Ud. que es efectivo para la prevención de fraude?

Entrevistado: Si ha sido efectivo, dado que hemos logrado disminuir nuestro porcentajes de cobros indebidos en los seguros, ya que como bien sabemos el fraude a los seguros esta siempre presente y solo lo podemos minimizar pero no eliminar, y las estadísticas que tenemos en la compañía nos indican que estos han disminuido a pesar que el entorno legal no nos ayuda mucho, nosotros debemos buscar nuestros propios medios para reducir este tipo de delitos.

Investigador:¿La compañía incorpora además sistemas manuales de prevención de fraude? ¿Cuáles?

Entrevistado: Si, además de la implementación del software contamos con un departamento con personas idóneas que investigan estos cobros para minimizar el riesgo que significan estos hechos.

Como Compañía contamos con un comité ejecutivo el cual maneja el perfil total del riesgo, apuntando para un buen equilibrio entre riesgo, el retorno y capital, para lo que

contamos con un departamento separado por riesgo de crédito, riesgo de mercado, y el riesgo del seguro.

Por ejemplo cuando se envía al liquidador al sitio del suceso este detecta algo extraño al analizar los restos del vehículo o las características del accidente, si se tratara de un seguro de automóvil, con todos esos indicios, la compañía se pone a trabajar y mediante varias actuaciones intenta desenmascarar la farsa. Entre ellas, están la comprobación de las circunstancias del asegurado, de los daños en los bienes y vehículos implicados, la realización de llamadas cruzadas, las entrevistas a familiares y vecinos. O sea la idea es investigar al máximo aquellos casos que nos parezcan sospechosos.

Pero principalmente creo yo, que todo pasa por crear conciencia en los consumidores que los perjudicados con este asunto somos todos, ya que en realidad todos lo consumidores de seguros pagamos, por los cobros fraudulentos que cometen los estafadores.

Investigador: ¿Conoce Ud. alguna técnica o sistemas utilizados por otras compañías o en otros países para la prevención de fraudes?

Entrevistado: De acuerdo a diversas noticias que he leído y bueno también porque es un tema muy importante para nuestra compañía, es realidad es una de nuestras máximas preocupaciones hoy en día, pero como te iba diciendo en otros países como Estados Unidos por ejemplo las aseguradoras son más agresivas en prevenir y atacar los casos de fraude, en el cual las aseguradoras por lo general optan por programas antifraudes como el Riskshield/ICE el que permite identificar cuanto antes hechos dudosos, además ellos cuentan con una oficina del fraude del estado, la cual en virtud de la ley castiga el fraude.

También en otros países existen en las Compañías Aseguradoras gran cantidad de personal especializado en este tipo de ilícito, por lo tanto cada vez que se detectan hechos sospechosos el equipo se pone a trabajar de manera rigurosa, este es personal capacitado para detectar cualquier anomalía en el cobro de un seguro, y eso creo yo que nos falta hoy en día en nuestro país, contar con el personal adecuado y especializado en detectar fraudes.

Investigador: Los controles aplicados ¿Han sido efectivos en la detección y prevención de fraudes? Y me podría explicar porque?

Entrevistado: Si han sido efectivos dado que han disminuido los fraudes considerablemente, aunque como ya lo habíamos hablado anteriormente estos fraudes siempre estarán y es muy difícil evitarlos en un 100%, por lo tanto nuestra preocupación ahora es hacer que disminuyan usando todos los medios necesarios para esto, porque al fin y al cabo somos todos los perjudicados tanto los asegurados como la compañía.

Entrevistador: ¿Cuales son los fraudes más comunes a los que se encuentra expuesta la compañía?

Entrevistado: Principalmente los seguros masivos ya sea incendio o automotrices.

Sobre estos te puedo hacer una diferenciación básica y muy interesante: los que se producen a la hora del siniestro y los que se producen a la hora de hacer la póliza, entre estos se encuentran la ocultación de jóvenes conductores con intención de pagar menos por el seguro. Y entre los primeros las simulaciones, agravamientos y cambios de versiones.

También se puede diferenciar los tipos de motivación para cometer el fraude: problemas económicos, falta de reproche social y las escasas situaciones en las que el asunto llega a los tribunales, que hace pensar que no pasa nada por engañar un poco.

Entrevistador: En el caso que se detecte un fraude ¿Que tipo de medidas toman al interior de la compañía para evitar que éste vuelva a ocurrir?

Entrevistado: Simplemente ser más rigurosos en la certificación de la razonabilidad en el cobro de los seguros, en indagar mejor al momento de hacer la revisión de la información registrada del asegurado y en comprobar las causales reales del siniestro.

Entrevistador: Es muy común dentro de los fraudes a las compañías de seguros, los cobros fraudulentos ¿Podría explicar cómo es el proceso de cobro de seguros en la compañía?

Entrevistado: Bueno en primer lugar se produce la denuncia del siniestro donde el asegurado informa a la compañía la ocurrencia de un determinado hecho o accidente, cuyas características deben guardar relación, en principio, con las circunstancias previstas en el contrato, para que se proceda a la indemnización, la denuncia se realiza completando el formulario disponible en www.consorcio.cl en la sección "Contáctanos", o bien dirigirse a cualquiera de nuestras sucursales. Una vez efectuado el denuncia, la

Compañía le asignará un inspector el cual procede a calificar el siniestro, y posterior a esto se asignará un Liquidador al asegurado para que este vuelva a evaluar la veracidad del siniestro, indicándole nombre, dirección y/o teléfono, el cual es una persona natural o jurídica que se desempeña como auxiliar del comercio de seguros, está autorizado por la superintendencia de seguros. Estos liquidadores son contratados por las compañías de seguros para investigar la ocurrencia de algún siniestro y las circunstancias que lo provocaron. El liquidador es quien determina, según los antecedentes del siniestro, la protección cubierta por la póliza. Por lo tanto el liquidador es quien realiza el proceso de liquidación del siniestro el que consiste en ajustar los daños provocados por un siniestro, determinar la procedencia de la cobertura contratada en la póliza y el monto de la indemnización a pagar si corresponde.

Luego de realizar el procedimiento de liquidación el liquidador emite un informe de liquidación en el cual, éste se pronuncia técnicamente sobre la pérdida y la indemnización, si ésta procede. Señala el valor real del bien siniestrado y el procedimiento empleado para obtenerlo.

Por lo tanto una vez Aprobado el siniestro por un liquidador se procede al desembolso o pago de la indemnización al asegurado por la ocurrencia del siniestro cuya cantidad está estipulada en el contrato o póliza de seguro.

Entrevista Nº 2 Compañía de Seguros.

El objetivo de esta entrevista es conocer los procedimientos de control que tiene una compañía de seguros, para evitar ser instrumento de delitos de fraude. Para luego diseñar una metodología de auditoría forense que puede ser aplicada en una compañía de seguros en delitos de fraude.

Esta entrevista es de carácter confidencial y su uso será exclusivamente para usos académicos.

Nombre de la Compañía de Seguros: Consorcio

Nombre del entrevistado: Luis Vilches Saldívar.

Cargo o Función: Jefe Área Informática

Transcripción de la entrevista:

Investigador: Muy buenas tardes mi nombre es Marjorie Segura y como lo habíamos hablado hace algunos días, Ud. amablemente accedió a darme una entrevista la cual tiene como propósito fundamental el desarrollo de mi proyecto de tesis.

Para empezar quisiera saber ¿Cuales son los servicios que ofrece la compañía?

Entrevistado: Nuestra Compañía ofrece diversos servicios, entre los que te puedo mencionar los Seguros de Vida, Seguros Corporativos, Seguros de Hogar, Seguros de Automóvil etc., eso en cuanto a Seguros; ya que también tenemos servicios previsionales como Rentas Vitalicias, Rentas Privadas, APV Colectivos, etc. Y en cuanto a ahorro ofrecemos Fondos mutuos, Seguros con ahorro, Corredores de Bolsa, y también tenemos Créditos, es decir nuestra mayor preocupación es el cliente y pretendemos con nuestra amplia gama de servicios ofrecidos satisfacer la máximo sus necesidades, por lo que estamos inspirados en un sentido de servicio al máximo a la sociedad.

Investigador: Me podría describir la empresa en los siguientes aspectos:

Entrevistado:

- d) Visión:** Nuestra Compañía estará presente con soluciones a las necesidades del cliente a lo largo de su vida. Nos centraremos en satisfacer las necesidades del cliente de nuestros empleados y accionistas; y no sólo en ofrecer servicios de calidad. .
- e) Misión:** Apoyar a nuestros clientes para formar, incrementar, proteger y perpetuar su patrimonio. Cumpliendo con esta misión seremos un aporte al bienestar y calidad de vida de las personas. Además nos preocupamos de nuestros accionistas, nuestros empleados y de todos aquellos que pueden influir en el desarrollo de la compañía como tal, tratando de satisfacer al máximo las necesidades de todos ellos.
- f) Valores:** Yo considero que los valores son los que permiten a una Compañía diferenciarse de la otra, y le permite a la vez lograr las metas organizacionales. Nuestra Compañía destacan muchos valores entre los que te puedo nombrar la excelencia en la gestión, claridad, control y compromiso, la orientación al cliente, ponerse es su lugar y calidad de servicio; Talento, mérito y oportunidades; en cuanto a la ética, cultivamos nuestros valores. Nos sentimos comprometidos con el respeto de los derechos de las personas, por ello, nuestra actuación se rige por los principios de transparencia y veracidad, equidad y rapidez en el pago de las indemnizaciones, y en general, en el cumplimiento de obligaciones contractuales, respeto a los derechos de los accionistas y cumplimiento estricto de las leyes. Creemos que las personas de nuestra organización son nuestro principal activo, y que nuestras relaciones deben ser presididas por valores como la tolerancia, la cordialidad y la solidaridad.

Investigador: ¿Que entiende Ud. por fraude?

Entrevistado: El fraude de seguros es un tema de creciente importancia en todas partes del mundo. Bueno y lo podría definir como una manera ilícita y muy antigua de conseguir beneficios o dinero mediante el engaño, es decir la inteligencia, viveza y la habilidad de los estafadores, es en si un acto intencional y premeditado, es una manera fácil de conseguir beneficios. Hasta ahora casi todas las compañías luchan contra el fraude, aunque la mayoría cuenta con muy poco personal especializado en este tipo de ilícito.

Investigador: ¿Que sistemas utiliza la compañía para la prevención de fraudes?

Entrevistado: El principal sistema que tenemos implementado en estos momentos es un software el que estudia su ambiente destino, se familiarizan con su comportamiento normal y pueden identificar rápidamente cuando el sistema se está saliendo de su estado de operación normal.

Además del uso del software, hemos implementado el análisis de riesgos que consiste principalmente en identificar de una manera integral los riesgos que pueden afectar a la empresa y adquirir los criterios técnicos y financieros que proporciona la administración de riesgos para analizar, evaluar y decidir acertadamente el manejo de los mismos, ya que la empresa de hoy requiere profesionales conscientes de la importancia de la gestión de riesgos en la organización, que asuman posturas proactivas frente al manejo de los riesgos.

Investigador: ¿Usa la compañía algún software que le ayude en la prevención de fraude?
¿Puede Ud. describir las propiedades del software?

Entrevistado: Claro, como ya lo había nombrado en la pregunta anterior, efectivamente contamos con un software en la Compañía para poder disminuir de cierta forma los fraudes cometidos por los asegurados, este software se llama Neugents, y para hacer su trabajo efectivamente, Neugents, primeramente tienen que aprender. Este proceso simplemente requiere la recolección de varias semanas de datos de desempeño del sistema para ser monitoreados. Neugents trabaja en conjunto con un agente de desempeño histórico. Una vez que este agente recolecta toda la información del desempeño del sistema, las facilidades de Redes Neuronales en la Predicción los neugents de autoaprendizaje analizan estos datos y construyen un perfil de personalidad única para el sistema a ser monitoreado. Neugents utiliza tecnología de redes neuronales para cumplir con este aprendizaje en minutos.

Neugents aprende descubriendo los modos típicos de operación de un sistema. Para hacer esto, neugents evalúa como cambian en el transcurso del tiempo, cientos de variables de operación, aprendiendo para asociar patrones de cambio con cambios en el desempeño del sistema. Esto libera al administrador del sistema de escribir y mantener conjuntos agotadores y estáticos de reglas para monitorear el sistema.

Bueno este sería en resumen más o menos lo que realiza el Neugent, como medida de prevención de los fraudes.

Investigador: ¿Encuentra Ud. que es efectivo para la prevención de fraude?

Entrevistado: Efectivo? Claro que lo ha sido, a pesar del cierto recelo que existía en la compañía cuando este sistema recién se estaba implementando, hoy ya podemos afirmar que se están viendo realmente sus verdaderos beneficios. A pesar que debemos estar

constantemente vigilando estos avances, pues es la única manera de generar las ventajas que teníamos previstas cuando aplicamos este sistema. Estos avances nos permitirán además mejorar nuestro conocimiento, lo que a su vez nos permitirá ofrecer un mejor servicio de apoyo a nuestros clientes.

Investigador: ¿La compañía incorpora además sistemas manuales de prevención de fraude? ¿Cuáles?

Entrevistado: Claro, Contamos con en el departamento de siniestros donde tenemos un comité antifraude, quienes investigan los siniestros denunciados y deben hacer un seguimiento a aquellos que les parezcan sospechosos. Además de todo el proceso que ellos realizan de revisión de la información registrada del asegurado para poder determinar si se aprueba o no se aprueba la denuncia de siniestro hecha por el asegurado, donde ellos son los que analizan la información entregada por el liquidador, y proceden a realizar la aprobación de la denuncia de siniestro.

Investigador: ¿Conoce Ud. alguna técnica o sistemas utilizados por otras compañías o en otros países para la prevención de fraudes?

Entrevistado: Es sabido que casi todas las compañías de seguros enfrentan el problema de cómo luchar de manera eficaz contra el fraude de seguros, pero a pesar de ello existen actitudes contradictorias con respecto a este problema. A pesar que los ejecutivos son consientes de la carga que representa el fraude para sus empresas, en la mayoría de las compañías se toman muy pocas medidas preventivas, solo algunas para evitar ciertos fraudes serios.

Nosotros desde hace algún tiempo nos hemos estado informando de un nuevo sistema que se está utilizando en mas de 20 compañías de seguros, en el mundo, el cual se denomina RiskShield/ICE que sirve principalmente, para analizar de manera automática todos los avisos de siniestros.

Además de este sistema, en diversos países se acude a los investigadores privados, los cuales realizan la investigación y seguimiento del siniestro como una medida de prevenir que este sea fraudulento, pero solo en aquellos casos en que sean seguros significativos y que sean sospechosos para la compañía. Pero sabes, yo personalmente considero que esto debiera partir por crear conciencia en los consumidores, yo creo que ese sería el punto de partida para prevenir o quizás disminuir los porcentajes de fraude

actuales, bueno además de que este delito se castigue, dado que probablemente es la falta de leyes actuales la que le permite a los estafadores cometer estos ilícitos. Quizás estos serían los dos puntos fundamentales en prevenir el fraude; crear leyes que sancionen estas conductas y crear conciencia en los consumidores que al final nos perjudica a todos.

Investigador: Los controles aplicados ¿Han sido efectivos en la detección y prevención de fraudes? Y me podría explicar porque?

Entrevistado: Efectivos, por supuesto que lo han sido, porque claramente podemos ver como han disminuido los casos fraudulentos de cobros de seguros, aunque no puedo negar que pudieran ser menores estos casos si tuviéramos sistemas quizás más rigurosos, pero quizás muy costosos, dado el proceso de ajuste que debe existir para poner en funcionamiento sistemas de estas envergaduras, o bien contar con personal especializado en el asunto, pero como bien sabemos el fraude es imposible de evitar en forma total, la idea con estos sistemas implementados es simplemente minimizarlos.

Entrevistador: ¿Cuáles son los fraudes más comunes a los que se encuentra expuesta la compañía?

Entrevistado: El principal de todos los seguros diría yo que es el seguro automotriz, si, no cabe duda que este es el más recurrente por los estafadores, esta es una práctica habitual con la que luchamos, ya que en muchos casos los estafadores están coludidos de otra persona, el contrario o el taller encargado de la reparación.

La primera pista para detectar que estamos frente a un a estafa siempre la da el propio asegurado, ya que si se han añadido coberturas o se han contratado pólizas en fechas cercanas a un siniestro las posibilidades de que estemos ante un engaño se multiplican. La segunda pista para darnos cuenta que estamos frente a un engaño sería la solicitud de una indemnización elevada.

Lamentablemente una vez descubierto el engaño por parte del asegurado, tenemos una carencia en este asunto que es la falta de castigo. Dado que en Chile no contamos con una ley que regule este tema, ya que tras demostrar el intento de estafa el asunto queda ahí y eso es lo que le da la confianza al estafador para realizar el delito.

Entrevistador: En el caso que se detecte un fraude ¿Que tipo de medidas toman al interior de la compañía para evitar que éste vuelva a ocurrir?

Entrevistado: Principalmente, contamos con un registro donde se deja constancia del asegurado que intento la estafa, para que posteriormente este ya no pueda acceder a nuestros diversos productos que ofrecemos como compañía, y a la vez aquellos casos fraudulentos nos sirven como experiencia para no volver a cometer los mismos errores en un futuro y ser mas rigurosos al momento de liquidar un siniestro

Entrevistador: Es muy común dentro de los fraudes a las compañías de seguros, los cobros fraudulentos ¿Podría explicar cómo es el proceso de cobro de seguros en la compañía?

Entrevistado: Este proceso se inicia con la denuncia del siniestro por parte del asegurado, el cual lo hace a través de nuestra pagina o bien en las propias sucursales directa y personalmente, por lo que se procede al registro de dicho siniestro en nuestros antecedentes, posteriormente se realiza la revisión de la información registrada en nuestro archivos, si esta información se aprueba se procede a designar un liquidador de siniestros el cual determinará si la póliza cubre total o parcialmente lo ocurrido, y si procede no el pago de la indemnización, es decir este comprueba la ocurrencia del siniestro. Este liquidador una vez comprobado el siniestro nos emite un informe en el que señala la pérdida sufrida y si realmente procede la indemnización, si ésta es aprobada la Compañía realiza el desembolso efectivo por la cantidad estipula en el contrato que anteriormente al siniestro había celebrado.

ANEXO Nº 2.

Funciones de La Superintendencia de Valores y Seguros.

Para cumplir con su objetivo, la SVS desarrolla las siguientes funciones:

1. ***Supervisora:*** Corresponde el control y vigilancia de las normas legales, reglamentarias y administrativas.
2. ***Normativa:*** Corresponde a la capacidad de la SVS, de efectuar una función reguladora, mediante la dictación de normas o instrucciones propias para el mercado y las entidades que lo integran. Es decir, establecer el marco regulador para el mercado.
3. ***Sancionadora:*** Corresponde a la facultad de la SVS para aplicar sanciones frente al incumplimiento o violación del marco regulador como consecuencia de una investigación.
4. ***Desarrollo y promoción de los mercados:*** Corresponde a la capacidad de promover diversas iniciativas para el desarrollo del mercado, mediante la elaboración y colaboración para la creación de nuevos productos e instrumentos, mediante la difusión de los mismos.

Estas funciones se reflejan a través de las facultades que señala el artículo 4° de su ley orgánica, sin perjuicio de otras existentes en el mismo estatuto y en otras leyes reguladoras del mercado.

ANEXO N° 3.

DFL 251 Ley de Seguros.

El negocio del seguro posee exigencias legales que la diferencian claramente de las demás sociedades, tales como:

- El mercado asegurador y reasegurador chileno está conformado por sociedades anónimas constituidas en Chile con dicho objetivo exclusivo, por lo tanto, las entidades aseguradoras extranjeras no pueden ofrecer ni contratar en este país, directamente ni a través de intermediarios.⁴⁰
- Toda compañía de seguros y reaseguros, para operar, debe constituirse y mantener un capital mínimo de 90.000 UF⁴¹ Y 120.000 UF⁴² respectivamente.
- Ninguna empresa puede realizar en forma conjunta el negocio de seguros del primer grupo (seguros generales) y el segundo grupo (seguros de vida).
- La tradicional “Nota de Pedido” o venta es reemplazada por un formulario de “Propuesta de Seguro”.
- La Póliza de seguros es el documento reemplazante de la Factura. Existen varios modelos para que las compañías contraten , sin embargo, toda póliza debe contener:
 - Los nombres, apellidos y domicilios tanto del asegurado como del asegurador. En caso de contratarse por un tercero, debe expresarlo claramente.
 - La declaración de calidad asumida por el asegurado.
 - La designación, tácita o expresa, de la cantidad asegurada. Si no cumple ésta cláusula, el asegurado estará obligado a indemnizar la pérdida o deterioro hasta el valor de la cosa asegurada al tiempo del siniestro.

⁴⁰ DFL 251, Título 1, Art. 46, Inciso 1°.

⁴¹ DFL 251, Título 1, Art. 7, Inciso 1°

⁴² DFL 251, Título 1, Art 16, Inciso 1°

- Los riesgos absorbidos por el asegurador⁴³, pueden tomar sobre sí todos o algunos de los riesgos a que ésta expuesta la cosa asegurada. Al no estar limitado el seguro a determinados riesgos el asegurador responde de todo, salvo las excepciones legales.
 - El tiempo de inicio y término de tales riesgos: comienzan a correr por cuenta del asegurado desde la fecha de suscripción de la póliza, a no ser que la ley disponga de otra cosa.
 - La prima del seguro junto con el tiempo, lugar y forma de pago⁴⁴: el seguro contratado sin estipulación de prima es nulo y de ningún valor.
 - Fecha y hora del contrato.
 - La enunciación de todas las circunstancias necesarias para dar un conocimiento exacto y completo de los riesgos y de todas las demás estipulaciones pactadas por las partes.
 - El valor preciso y natural de los objetos asegurados.
- La utilización de un formulario endoso cuya finalidad es modificar las condiciones estipuladas en la póliza (por ejemplo: aumenta o disminuye primaje, cambio de nombre y vencimiento, entre otros).
 - La ley dispone expresar el monto de las primas y de las indemnizaciones de los seguros en unidades de fomento, salvo que se hayan pactado en moneda extranjera en conformidad a la ley. Además, podrán pactarse en otros sistemas de reajustabilidad autorizadas por la S.V.S⁴⁵
 - Las compañías de Seguros Generales pueden recibir sólo letras directamente del asegurado.

⁴³ Código de Comercio, Libro II, Título VIII, párrafo 2, Art 536.

⁴⁴ Código de Comercio, Libro II, Título VIII, párrafo 2, Art 541.

⁴⁵ DFL 251, Título I, Art. 10, Inciso 1°

- La clasificación del Balance General para efectos de la presentación anual de Estados Financieros no obedece al criterio de liquidez de los activos y exigibilidad de los pasivos, sino a una distribución específica impuesta por el organismo fiscalizador.
- Están obligadas a mantener una estructura de inversiones suficientes para cubrir el total de sus patrimonio y reservas con límites por instrumento por emisor.
- Desde 1991, con el fin de entregar una mejor información a los asegurados, la ley contempla la obligación para las empresas de seguro de contar, a lo menos, con dos calificadores de riesgo, distintos e independientes entre sí, inscritos en un registro especial de la S.V.S, que evaluarán ininterrumpida y continuamente sus actividades. Dicha clasificación se efectuará en categorías desde la letra AAA (para compañías de más bajo riesgo), hasta la letra E (para aseguradoras con información insuficiente como para clasificarlas).

ANEXO N° 4

5 Fuerzas de Porter.

Para una mejor comprensión del entorno competitivo de una compañía de seguros se propone la herramienta conocida como las 5 fuerzas de Porter descritas por Michael Porter⁴⁶. Este enfoque contempla la presencia de 5 fuerzas que inciden en el nivel de competencia dentro de un sector industrial: el poder negociador de los clientes, el poder negociador de los proveedores, la rivalidad de los competidores, la amenaza de entrada de nuevos competidores y el poder de los productos sustitutos.

a) Intensidad de la rivalidad entre los competidores existentes.

En esta fuerza Porter se describe las relaciones competitivas entre las organizaciones que conforman la industria. Es por esta razón que las empresas adoptan un sin número de estrategias con el fin de permanecer en el mercado. Algunas de las tácticas utilizadas son la competencia en los precios, las batallas publicitarias, introducción de nuevos productos e incrementos en los servicios post-venta a los clientes.

- **Gran Número de Competidores o Igualmente Equilibrados:** En el mercado asegurador existe un gran número de competidores, en la actualidad este se compone por 58 compañías de seguros generales y de vida, que es compuesto por bancos y compañías multinacionales. Últimamente este mercado sea visto revolucionado por el ingreso de nuevos competidores como son las multitiendas, las cuales ofrecen sus servicios de seguros a menores costos y con facilidad de obtención y de pago.
- **Falta de diferenciación o costos cambiantes:** Los diversos competidores que se encuentran presentes en el mercado asegurador, provocan que los potenciales clientes no diferencien un producto de otro y a su vez causa un

⁴⁶ Porter, Michael; Estrategias Competitivas: Técnica para el análisis de los sectores industriales y de las competencias.; Editorial Continental S.A de CV. México

cambio constante en los costos de los servicios de las compañías aseguradoras.

- **Competidores diversos:** Dentro de los competidores del mercado asegurador se encuentran los bancos y multitiendas.

b) Amenaza de ingreso de nuevos competidores.

El objetivo de ingreso de nuevas empresas a un sector industrial particular es de obtener una cuota o participación de mercado y generalmente atraer recursos sustanciales. Existen 4 factores principales que actúan como barrera para el ingreso:

- **Políticas gubernamentales:** En este sector en donde se encuentran las empresas aseguradoras, hay diversas políticas que regulan y disponen requisitos para la conformación de estas organizaciones, por lo cual no es fácil entrar en este mercado. Existe el decreto con fuerza de ley 251, el cual determina los requisitos mínimos para las nuevas empresas que quieran ingresar a este mercado. Dentro de estas restricciones se encuentran:
 - Solo sociedades anónimas constituidas en Chile, en donde su único giro deben ser los seguros.
 - Ninguna compañía puede realizar en forma conjunta el negocio de seguros de primer grupo (seguros generales) y del segundo grupo (seguros de vida).
 - Las compañías de seguros solo pueden reasegurar riesgos del grupo en el cual se encuentran autorizadas para operar.
- **Requisitos de capital:** Exigencias de capital mínimo , en donde toda compañía de seguros y reaseguros debe contar con un capital mínimo de 90.000 UF para compañías que se dediquen a los seguros generales, o de 120.000 UF para empresas que tengan por negocio los seguros de vida.
- **Acceso a canales de distribución:** Existe una amplia cobertura de productos, canales de distribución y conocimiento de los mercados, en

donde las empresas del rubro seguros tiene una clara definición de los segmentos de su mercado objetivo y una equilibrada cartera de seguros, esto porque estas compañías comercializan una amplia cartera de productos a través de canales de distribución, participando en seguros de vida, de salud y desgravamen, tanto individual como colectivo, lo que reduce la exposición ante escenarios coyunturales negativos en los distintos segmentos de mercado.

- **Diferenciación de productos:** Gracias a factores económicos, legislativos y de competencia se ha podido conducir al sector de las aseguradoras a la consolidación y el crecimiento del negocio de vida. Todo esto por una reestructuración del mercado, en donde hay perspectivas mas favorable de crecimiento de largo plazo en el mercado de seguros tradicionales que en rentas vitalicias las que han refocalizado las estrategias de la industria. La búsqueda de desconcentración de las compañías orientada a rentas vitalicias, se ha traducido en el ingreso de poderosos actores en la industria de seguros tradicionales, aumentando significativamente la competencia y presión sobre los rendimientos técnicos. A ello se suma el ingreso de la banca y casas comerciales a la intermediación, manejando grandes volúmenes de negocios e incrementando la oferta de seguros a bajo costo. Todo lo anterior genera para las aseguradoras el desafío de lograr alta eficiencia en costos, desarrollar alianzas estratégicas y de integración vertical, además de mejorar el servicio y diferenciación de productos, que permitan competir con alguna ventaja comparativa con los canales masivos.

c) Amenaza de los productos y servicios sustitutos.

Todas las empresas que compiten en un mismo sector, en forma general, con entidades que pueden producir artículos sustitutos, se ven afectadas por esta amenaza. Esta fuerza competitiva, indica el grado con el cual los productos alternativos pueden suplantar o disminuir la necesidad de productos existentes. Por lo que para poder

identificar los productos sustitutos, es necesario buscar otros productos que puedan desempeñar la misma función.

En el mercado asegurador se podría decir que no existen productos sustitutos, ya que no hay ningún producto que pueda reemplazarlo con las mismas características. Hoy en día las compañías realizan el empaquetamiento de sus servicios en donde ofrecen diversos productos en uno solo por menos costo, como por ejemplo seguro antirrobo, seguro de incendio, seguro de fraude, etc. Este empaquetamiento de servicios siempre debe ser realizado en el mismo giro (generales o de vida).

d) Poder negociador de los clientes.

Toda empresa que desee permanecer en el mercado, tiene como principal objetivo garantizar la calidad de sus productos y de esta manera obtener la satisfacción de sus clientes. Además, buscará captar la atención de potenciales consumidores. Ahora bien, el poder negociador de los compradores, es el grado con el cual los clientes de un producto tienen la habilidad de influenciar en los oferentes.

Los compradores compiten en el sector forzando la baja de precios, negociando por una calidad superior o más servicios y haciendo que los competidores compitan entre ellos. En este mercado existe una fuerte competencia que en los últimos años ha presionado a la reestructuración de la industria, vía fusiones y absorciones de compañías, por lo que hay una gran oferta de seguros ofrecidos por diversas compañías. El poder negociador de los compradores en este sector es importante ya que los clientes buscan bajos precios, variedad de productos, atención experta y servicio rápido, además por el incremento de la competencia dentro del mercado financiero lo que produce una bajada de los precios y hace que las compañías cada vez experimentan márgenes más ajustados, lo que convierte a los clientes en potenciales negociadores de este sector, ya que cuentan con diversas alternativas en donde escoger desde multitiendas hasta la empresas de larga trayectoria en seguros.

e) Poder negociador de los proveedores.

Los proveedores pueden ejercer poder de negociación sobre los que participan en un sector industrial amenazando con elevar los precios o reducir la calidad de los productos o servicios. Las circunstancias que hacen poderosos a los proveedores tienden a ser el reflejo de lo que hace poderoso a los clientes.

Con respecto a los proveedores de las compañías de seguros, estos son de diversos tipos como: proveedores de reaseguros, proveedores de servicios, proveedores de capital, proveedores de personal, etc. El poder de negociación de estos proveedores es bastante alto ya que sin ellos las compañías se verían en la obligación de asumir mayores costos y por lo tanto sus productos y servicios reflejarían un aumento en sus precios.

ANEXO N° 5.

Descripción Ciclos Operacionales según Circular N° 1.441.

A los auditores externos, entidades aseguradoras y reaseguradoras.

La Superintendencia de Valores y Seguros, en uso de sus facultades legales ha estimado necesario impartir las instrucciones aplicables a la auditoria a efectuar a los estados financieros anuales de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Con el objeto de cumplir con aspectos técnicos relacionados con la actividad aseguradora, los auditores externos deben efectuar los trabajos mínimos que se detallan y que se relacionan fundamentalmente con la evaluación de los ciclos de operaciones y con la revisión de información complementaria que deben emitir las compañías.

La auditoria de los estados financieros de las compañías de seguros y reaseguros tiene por objetivo emitir una opinión profesional independiente, sobre la razonabilidad de los estados financieros de las mencionadas compañías, y debe ser efectuada considerando, en el orden que se indica, las Normas dictadas por la Superintendencia, los Principios Contables de Aceptación General y las Normas de Auditoria Generalmente Aceptadas, emitidas por los organismos profesionales pertinentes.

En relación con la auditoria de estados financieros, se debe emitir un Informe de Control Interno, como resultado del examen de aquellos aspectos que implican una evaluación al diseño u operación de la estructura de control interno, consistente en las políticas y procedimientos dispuestos por la compañía, de manera que permitan proporcionar un nivel razonable de seguridad para alcanzar los objetivos de la entidad.

Las instrucciones de la presente circular tienen el carácter de mínimas debiendo los auditores externos, además, velar por el cumplimiento de las restantes normas y principios que regulen otros aspectos del dictamen y la presentación de los estados financieros. A continuación se presenta un resumen de todos los ciclos presentes en la circular N° 1.441.

| Ciclo de Producción. | |
|---|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoria |
| <p>Este ciclo es también conocido como el de ingresos. Aquí se encuentran las transacciones mas relevantes como lo son las contrataciones del seguro, en donde el asegurado se compromete a pagar un determinado monto por cubrir un riesgo y el asegurador a hacer efectivo el contrato en caso de que dicho riesgo se realice</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formalización de la propuesta del Seguro. 2. Emisión de pólizas. 3. Prima directa. 4. Registro de producción. 5. Comisiones a Corredores y Agentes. 6. Centralización contable |

| Ciclo de Siniestros. | |
|---|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoria |
| <p>Este ciclo es donde el asegurado informa acerca de la ocurrencia de un siniestro, llenado un formulario de denuncia del mismo. Una vez que en el informe se encuentran los datos del siniestro, se procede a reunir toda la información acerca de éste. Con la información ya corroborada, se procede a autorizar el pago del asegurado.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Siniestros. <ol style="list-style-type: none"> a. Siniestros Directos, Aceptados y Cedidos. b. Siniestros Liquidados por Pagar. c. Siniestros en Proceso de Liquidación d. Siniestros Ocurridos y No Reportados e. Recupero de Siniestros. 2. Registro de Siniestros 3. Centralización Contable 4. Garantía Estatal (D.L. 3500) |

| Ciclo de Reaseguros. | |
|--|---|
| Características | Materias a revisar en la auditoría |
| <p>Los reaseguros son el traspaso o la cesión, de todo o parte de los riesgos asumidos por una compañía de seguros, a otra compañía o a una reaseguradora.</p> <p>Este proceso se realiza debido a que en todos los tipos de seguros existen riesgos demasiado grandes para ser asumidos por un solo asegurador.</p> | <p>1. Aceptaciones</p> <p>a. Contratos de Reaseguro Suscritos o Vigentes.</p> <p>b. Registro de aceptaciones.</p> <p>c. Cuentas corrientes con Reaseguradoras.</p> <p>2. Cesiones</p> <p>a. Contratos de Reaseguro Vigentes.</p> <p>b. Registro de Reaseguros Cedidos.</p> <p>c. Cuentas Corrientes con Reaseguradoras.</p> |

| Ciclo de Reservas Técnicas. | |
|---|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoría |
| <p>La reserva técnica es una estimación de eventuales o posibles desembolsos que tendría que efectuar una compañía entre la ocurrencia de determinados siniestros o cancelaciones anticipadas.</p> <p>Las reservas se constituyen de acuerdo a procedimientos, como tablas actuariales⁴⁷, tasas de interés técnico y otros aspectos fijados por la SVS. La modificación o reemplazo de ésta deberá comunicarse con 120 días de anticipación.</p> | <p>1. Reservas de Riesgos en Curso</p> <p>2. Reservas Matemáticas.</p> <p>3. Reserva Seguros Previsionales.</p> <p>4. Reserva Seguros de Vida con Cuenta Única.</p> <p>5. Otras Reservas.</p> <p>a. Reservas para Participación en Beneficios.</p> <p>b. Reservas para Reembolso de Primas</p> <p>c. Reservas para Desviación de Siniestralidad.</p> <p>d. Reserva para Eventos Catastróficos.</p> <p>e. Reservas Voluntarias</p> |

⁴⁷ Tabla Actuarial: Este instrumento es aquel que permite medir el riesgo de que acaezca el hecho asegurado, fallecimiento o no del asegurado.

| Ciclo de Patrimonio. | |
|---|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoria |
| <p>En este ciclo se determinan las distintas cuentas que conforman el patrimonio de una compañía aseguradora, para identificar las variaciones que han experimentado tales cuentas al 31 de diciembre del año anterior.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Capital. 2. Revalorización del Capital Propio. 3. Distribución de Cuentas de Revalorización de Capital Propio y Corrección Monetaria. 4. Reservas provenientes de Utilidades Retenidas. 5. Distribución de Utilidades. 6. Reforma de Estatutos. 7. Reserva de Fluctuaciones de Activos Elegibles. 8. Reserva por Descalce. 9. Resultado del ejercicio |

| Ciclo de Inversiones. | |
|---|---|
| Características | Materias a revisar en la auditoria |
| <p>El ciclo de las inversiones es aquel en donde se concentran la parte de la producción orientada a la adquisición de activos físicos y/o financieros, en el mercado asegurador se debe mantener un límite de inversión, con respecto del riesgo afectado.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Propiedad de las inversiones y su valorización. 2. Verificar si está de acuerdo a disposiciones legales y normas de la SVS. |

| Ciclo Otros. |
|--|
| Características |
| <p>En este ciclo se incluirán otros aspectos que sean importantes para la entidad, los que, no obstante, forman parte del conjunto de la actividad aseguradora, pero no están relacionados directamente con alguno de los ciclos anteriormente señalados</p> |

| Ciclo de Calce. | |
|--|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoría |
| El ciclo de calce o ajuste es donde se verifica la metodología de cálculo establecida en la normativa vigente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Calce de activos y pasivos. 2. Verificación de ajustes y valorización de activos y pasivos en base a su calce. 3. Verificación, contabilizaciones al momento de la venta de una póliza o aceptación de un reaseguro. 4. Verificación, contabilizaciones durante la vigencia de la póliza |

| Ciclo de Operaciones de Cobertura de Riesgo Financiero. | |
|---|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoría |
| Este ciclo agrupa las operaciones realizadas por las aseguradoras con el único objetivo de cubrir los riesgos financieros que puedan afectar a su cartera de inversiones y su estructura de activos y pasivos. Las compañías de seguros pueden efectuar operaciones de opciones, futuros, forwards y swaps. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que las entidades aseguradoras y reaseguradoras cumplen con la normativa impartida en la Norma de Carácter General N° 64 de 1995 o la que la reemplace. 2. Verificar que la persona encargada de realizar estas operaciones cuente con la autorización formal de la compañía de seguros. |

| Ciclos de Procesos y Sistemas. | |
|--|--|
| Características | Materias a revisar en la auditoría |
| Se debe realizar una evaluación del ámbito informático y de los Sistemas de Información de la compañía, relacionados con: Estados Financieros, el Cálculo de reservas, la Valorización de inversiones, la Producción y los Siniestros. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Operatividad y seguridad física. 2. Seguridad Lógica 3. Mantenimiento de los sistemas. 4. Mantenimiento de la información histórica. |
