

# La tecnología como herramienta para prevenir el fraude

Ricardo Gaviria , Director Cámara del SOAT  
Fasecolda

---

*El SOAT ha sido uno de los instrumentos más importantes para la política de seguridad vial en Colombia; sin embargo, se ha visto afectado por intentos de fraude en diversas modalidades. El gremio está desarrollando herramientas informáticas para prevenir y detectar estas situaciones.*

---

Desde 1986, Colombia cuenta con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), un instrumento de política pública en salud, administrado por las compañías de seguros, que garantiza la atención de todas las víctimas de accidentes de tránsito. Además, recauda recursos con los que se financian programas de seguridad vial y apoya la financiación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), para diversos programas de salud del Gobierno nacional.

Sólo durante el 2014, se realizaron desembolsos por cerca de un billón de pesos para la atención de más de 400.000 víctimas de accidentes de tránsito y se trasladaron \$1,5 billones adicionales al Fosyga, cifras que agregadas representan el 13% del total del Presupuesto General de la Nación en el sector de la salud.

Cada año las compañías de seguros reciben más de dos millones de reclamaciones para cubrir los gastos médicos o para indemnizar la muerte o incapacidad permanente, según corresponda; la primera cobertura es la más utilizada. Así las cosas, la mayoría de las cuentas que reciben las aseguradoras del SOAT provienen de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Si bien este seguro ha demostrado enormes beneficios en diversos ámbitos, las aseguradoras han documentado un incremento notable en reclamaciones irregulares o fraudulentas, que amenazan su viabilidad a largo plazo.

Estudios recientes permiten evidenciar que más de 215.000 reclamaciones recibidas durante 2014 fueron irregulares, lo cual representa el 10,6% del



total de radicaciones en el año; este porcentaje resulta superior a los registros que se documentaron en años anteriores. Con dichas reclamaciones se pretendieron pagos en cuantía superior a 86.500 millones de pesos, que no fueron desembolsados gracias a la acción oportuna de las aseguradoras.

### **EL SASS, la herramienta antifraude**

El estudio de objeciones no subsanables, realizado por la Cámara del SOAT, permite identificar variadas modalidades de fraude entre las que se encuentran reclamaciones por eventos distintos de accidentes de tránsito, tales como accidentes de trabajo, deportivos o caseros; servicios médicos no prestados; utilización de pólizas falsas, robadas o adulteradas, o sobrecostos injustificados en los medicamentos, insumos o procedimientos realizados para la atención del paciente.

En la medida en que las actividades mencionadas no se limitan a un único modus operandi, las compañías de seguros han tenido que recurrir a esquemas más avanzados de verificación y validación, fundamentados en esquemas colaborativos de consulta y suministro de información en tiempo real. De esta forma se concibió el Sistema de Avisos de Siniestros SOAT (SASS), desarrollado por Inverfas y administrado por Fasecolda.

Hasta 2012, la detección de reclamaciones duplicadas entre aseguradoras era incipiente y se limitaba a su constatación en caso de cobro por muerte en accidente de tránsito. Se trataba de una consulta en la página de internet, desconectada de los sistemas de indemnización de las aseguradoras, sujeto a la voluntad e interés del funcionario responsable de la validación en cada compañía de seguros.

Estudios de la época demostraron bajo nivel de utilización de la página web y pobres resultados en detección de reclamaciones duplicadas. Más preocupante aún, las cifras revelaron que las aseguradoras pagaron más de dos mil millones de pesos al año por reclamaciones duplicadas, valga decir, reclamaciones a distintas aseguradoras por la atención de la misma víctima.

El SASS inició operaciones en enero de 2014, como un modelo colaborativo, enlazado en línea y en tiempo real con los sistemas de indemnización de las compañías de seguros y del Fosyga, que verifica todas y cada una de las reclamaciones recibidas con cargo al SOAT. Este sistema genera alertas inmediatas en aquellos casos en los cuales detecta solicitudes duplicadas, lo cual permite enfocar los esfuerzos de verificación y validación a determinados casos; un avance significativo.

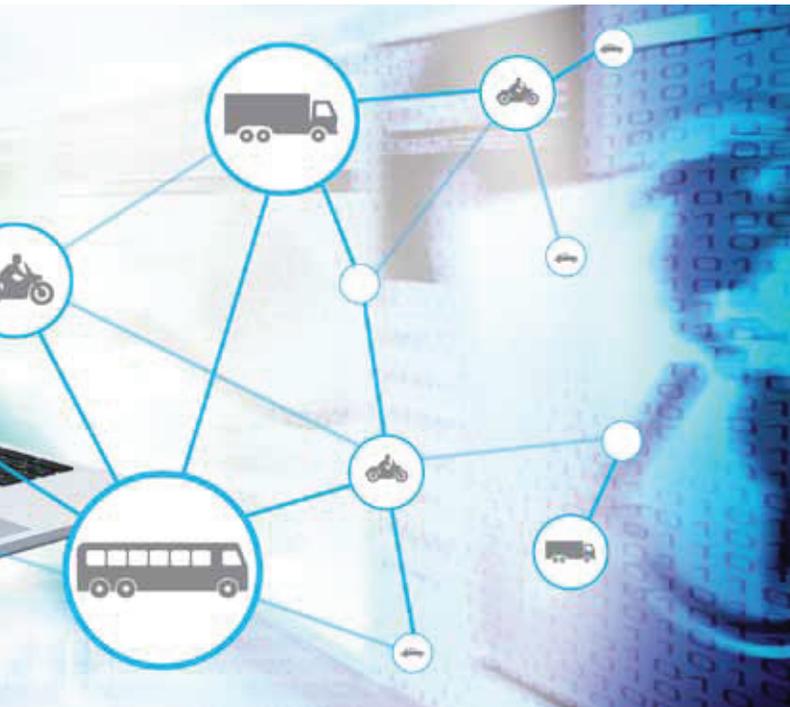
Solo durante el primer año de operaciones, el sistema detectó más de 3.000 casos de reclamaciones duplicadas, lo que supone un ahorro de al menos 4.200 millones de pesos, si se tiene en cuenta el valor promedio de los gastos médicos para la atención de una víctima.

Pero no solo se trata del efecto inmediato de la detección del caso y su tratamiento al interior de la compañía de seguros; la generación de nueva información para el análisis y seguimiento de esta casuística y la posibilidad de implementar herramientas de última generación, tales como procesos de redes neuronales y aplicación de modelos probabilísticos útiles en detección de fraudes, hacen parte de las posibilidades con que ahora cuenta la industria aseguradora en beneficio de sus afiliadas.



Si bien es cierto que el SASS es la respuesta a una preocupación puntual que surgió de las compañías del SOAT, la herramienta puede apoyar la gestión de aquellas compañías de seguros que atienden reclamaciones por accidentes en otros ámbitos. La posibilidad de validar la información suministrada como parte de las reclamaciones recibidas en los ramos de autos, riesgos laborales, pensiones, salud y vida, entre otros, fortalecería los controles implementados de manera individual por las aseguradoras y detectaría posibles inconsistencias que actualmente no se están verificando.

➔ La posibilidad de validar la información suministrada como parte de las reclamaciones recibidas en los ramos de autos, riesgos laborales, pensiones, salud y vida, entre otros, fortalecería los controles implementados de manera individual por las aseguradoras y detectaría posibles inconsistencias que actualmente no se están verificando.



➔ El SASS enlazado en línea y en tiempo real con los sistemas de indemnización de las compañías de seguros y del Fosyga, verifica todas y cada una de las reclamaciones recibidas con cargo al SOAT.

Antes del SASS, resultaba dudoso pensar que distintas aseguradoras recibieran reclamaciones de una IPS por una víctima que sufrió el accidente de tránsito el mismo día en municipios diferentes. Más dudoso aún, que dos IPS diferentes ubicadas en municipios diferentes, coincidieran en atender a la misma víctima, por eventos ocurridos en municipios distintos, con el mismo vehículo involucrado. Hoy el sistema detecta, cuantifica e informa de manera oportuna este y otros fenómenos que en su mayoría son propios de actividades fraudulentas.

Los hallazgos detectados sobre reclamaciones irregulares ponen en evidencia los incentivos que tienen diversos agentes para presentar reclamaciones ante el SOAT, especialmente por la facilidad en el proceso de reclamación y los mayores reconocimientos que perciben, respecto del proceso administrativo de cobro que deben enfrentar cuando el pagador es una compañía diferente del SOATuna EPS, una ARL o cualquier otra entidad que cubre atención en salud. Los beneficios del SOAT motivan a estos agentes a presentar reclamaciones ante

las aseguradoras por eventos distintos a accidentes de tránsito, el cobro de servicios no prestados a las víctimas o el aumento artificial de las facturas de aquellos servicios suministrados, solo por mencionar algunos casos.

Todo lo anterior, en adición al franco deterioro de las cifras de accidentalidad vial y el aumento en el número de muertos por accidentes de tránsito en los últimos dos años, requiere de acciones colectivas del gremio asegurador para avanzar en su estrategia de lucha contra el fraude, suministrando herramientas que faciliten la gestión de las aseguradoras.

La incorporación de herramientas tecnológicas de última generación y el cruce de información que provee el SASS han sido positivas en el ramo SOAT, pero los beneficios de este sistema pueden igualmente ser trasladados a otros ramos de seguros, en donde aún no se han adoptado modelos colaborativos de suministro y análisis de información y que, igualmente, están expuestos al fenómeno del fraude. 