

LA BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO FRENTE AL FRAUDE Y LOS DESAFÍOS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Florencia Mangialardi

Nora Andreina Claro

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. BASES Y FUNDAMENTOS DEL PRINCIPIO DE BUENA FE EN EL DERECHO	4
3. ROL Y FUNCIONES DE LA BUENA FE EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO.....	7
4. LA BUENA FE COMO PILAR ESTRUCTURAL DEL CONTRATO DE SEGUROS....	9
5. DEBERES RECÍPROCOS DE LEALTAD ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO DE SEGUROS	11
6. EL FRAUDE COMO NEGACIÓN DE LA BUENA FE	13
7. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL MERCADO ASEGURADOR.....	16
7.1. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA DETECTAR EL FRAUDE	17
7.1.1. LOS AGENTES CONVERSACIONALES	18
7.1.2. SISTEMAS BASADOS EN VISIÓN ARTIFICIAL.....	19
7.1.3. SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO FACIAL Y DE VOZ.....	20
7.1.4. CÁMARAS.....	20
7.1.5. SISTEMAS DE RASTREO.....	21
7.2. BENEFICIOS DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL FRAUDE.....	21
7.3. DESAFÍOS Y RIESGOS DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL....	22

7.3.1. SESGOS.....	23
7.3.2. CIBERDELINCUENCIA	24
8. REFLEXIONES CONCLUSIVAS.....	25
9. BIBLIOGRAFÍA.....	27
10. ANEXO.....	31
10.1. INTRODUCCION.....	31
10.2. ANALISIS A LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO.....	32
10.3. CONCLUSIONES GENERALES.....	41
10.4. ARGENTINA.....	43
10.5. BOLIVIA.....	57
10.6. BRASIL.....	78
10.7. CHILE.....	84
10.8. COLOMBIA.....	89
10.9. MEXICO.....	112
10.10. PARAGUAY.....	123
10.11. PERÚ.....	133

1. INTRODUCCIÓN

Con motivo del XIX Congreso CILA – AIDA & 33.º Encuentro ACOLDESE “El Futuro del Derecho de Seguros en Iberoamérica”, y en el marco de la sesión conjunta de los Grupos de Trabajo del Comité Ibero-Latinoamericano de AIDA “Principios Generales del Contrato de Seguros” y “Lucha contra el Fraude en Seguros” -que dirigimos-, se desarrolla el presente trabajo, en el que reflexionamos sobre la forma en que las conductas fraudulentas

desnaturalizan la confianza recíproca sobre la cual se estructura el contrato de seguros y comprometen la vigencia del principio de buena fe.

El principio de buena fe es el primero y el más importante de los principios, no solo en el Derecho de Seguros sino en todas las ramas del Derecho y de todas las actividades humanas,¹ aunque el contrato de seguros es uno de los contratos del derecho privado en que esta exigencia adquiere su máxima intensidad, apoyándose de manera especial en la lealtad y la transparencia recíprocas. Esa característica, que la tradición jurídica ha expresado con la fórmula latina *uberrimae bona fidei*², no es un simple calificativo retórico: constituye el fundamento estructural sobre el cual se edifica toda la relación asegurativa.

La materialización concreta de este principio se ve gravemente amenazada cuando una de las partes incurre en conductas fraudulentas, ya sea al momento de declarar el riesgo, durante la vigencia del contrato o al producirse el siniestro. El fraude asegurador no es una irregularidad contractual menor: destruye la equivalencia económica del sistema, lesiona a la comunidad de asegurados y desnaturaliza la función social del seguro.

El presente trabajo propone analizar cómo el fraude asegurador constituye una ruptura del deber de máxima buena fe que sostiene la estructura técnica, jurídica y económica del seguro, y cómo las nuevas herramientas basadas en inteligencia artificial pueden contribuir a preservar la confianza del sistema, siempre que sean utilizadas bajo criterios de transparencia, proporcionalidad y respeto de los derechos fundamentales.

¹ CLAROS SORIA, Nora Andreina; "Efectos del Incumplimiento del deber de declaración del Riesgo. Reticencia, Falsedad, Omisión". Ponencia presentada en Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros, CILA; San José de Costa Rica; Agosto de 2022.

² ISAZA POSSE, María Cristina, "El Fraude en el Seguro", Anais del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros", pag. 258, Ed. AIDA Brasil, Rio de Janeiro, año 2003.

2. BASES Y FUNDAMENTOS DEL PRINCIPIO DE BUENA FE EN EL DERECHO

Toda relación jurídica supone, una conducta honesta y leal de quienes en ella intervienen. La buena fe es (o debería ser) la pauta ordinaria de conducta en la vida jurídica.³ Actuar conforme a ella implica comportarse de manera honorable, sin dobleces, proba, transparente y coherente, dentro de un modelo de corrección y eticidad que se erige en estándar de conducta con arreglo al cual será valorada la actuación de cada sujeto en el asunto respectivo.⁴

La definición de buena fe ha resultado históricamente esquiva para la doctrina. Los distintos intentos de definición están marcados por el recurso a otras nociones igualmente generales y abstractas, tales como: la equidad, lealtad, confianza, honradez, veracidad, rectitud, corrección, racionalidad, entre otros, lo que dificulta una delimitación conceptual clara. Por lo demás, la frecuente relación de la buena fe con estándares éticos contribuye a hacer más polémico el concepto.⁵

Si bien se hace referencia al principio en forma constante, la posibilidad de brindar un concepto de buena fe se hace espinosa en la medida que habría que reunir demasiadas nociones para poder en definitiva elaborarlo. El concepto sería finalmente extenso y complicado de entender, no cumpliría la finalidad propia, pues un concepto debe servir para esclarecer y no

³ ALTERINI, Atilio Aníbal; "Contratos Civiles, Comerciales, De Consumo. Teoría General"; Ed. Abeledo Perrot; Buenos Aires 1998; página 33.

⁴ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Principios rectores y reglas de interpretación de los contratos"; Universidad Javeriana, Universidad de Perugia y Grupo Editorial Ibañez; Bogotá, 2016; página 162.

⁵ EYZAGUIRRE BAEZA, C. y RODRÍGUEZ DIEZ, J.; "Expansión y Límites de la Buena Fe Objetiva a propósito del Proyecto de Principios Latinoamericanos de Derecho de los Contratos"; Revista chilena de derecho privado, (21), pp. 137-216; 2013.

oscurecer la materia. La buena fe es técnicamente difícil de definir, pero en realidad, cualquiera sabe de qué se trata.⁶

Para Larenz, la buena fe no es una fórmula vacía, sino que "tiene un contenido, aunque no esté precisamente perfilada y no posea la forma de una definición". Justamente porque carece de esta última, "no se puede llevar a cabo una subsunción": es un "principio que está necesitado de concreción", el que se realiza "paso a paso", empleando "factores de orientación que sirven como eslabones" para arribar a la calificación de la conducta como acorde o contraria a la buena fe.⁷

El principio de buena fe ha sido reconocido, consolidado y desarrollado por diferentes legislaciones y tratados internacionales y constituye una de las piedras angulares del derecho privado contemporáneo. Su tratamiento revela una evolución desde un principio general de interpretación hacia una regla normativa con fuerza vinculante, capaz de generar obligaciones autónomas y limitar el ejercicio abusivo de derechos.

A nivel supranacional, los Principios UNIDROIT sobre los contratos comerciales internacionales consagran la buena fe y la lealtad negocial como principio rector: las partes deben actuar con buena fe y lealtad negocial en el comercio internacional, no pudiendo excluir ni limitar este deber (art. 1.7).⁸ En el mismo sentido, los Principios del Derecho Europeo de los Contratos establecen en su art. 1:201 que "Cada parte tiene la obligación de actuar conforme a las exigencias de la buena fe", sin que las partes puedan excluir o limitar este deber.⁹

⁶ ALTERINI, Jorge Horacio (Director general); "Código Civil y Comercial Comentado"; Tratado Exegético 2ª edición; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016; Tomo V; pág 463

⁷ RIVERA, Julio Cesar; MEDINA, Graciela, DIRECTORES; ESPER, Mariano, Coordinador; "Código Civil y Comercial de la Nación comentado"; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014; Tomo I; pág. 83.

⁸ Art. 1.7, Principios UNIDROIT. <https://www.unidroit.org/wp-content/uploads/2021/06/Unidroit-Principles-2016-Spanish-i.pdf>

⁹ ALTERINI, Jorge Horacio (Director general); "Código Civil y Comercial Comentado"; Tratado Exegético 2ª edición; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016; Tomo V; pág. 34.

La Corte Suprema de Colombia ha caracterizado a la buena fe como un principio vertebral de la convivencia social, como de cualquier sistema jurídico, en general, con sujeción a la cual deben actuar las personas -sin distingo alguno- en el ámbito de las relaciones jurídicas e interpersonales en las que participan, bien a través del cumplimiento de deberes de índole positiva, bien mediante la observancia de una conducta de carácter negativo.¹⁰ Un principio general de derecho es aquel que se mantiene invariable y presente en todas las relaciones jurídicas, sin que tenga importancia el sistema legislativo o la ley a la que se someta.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina ha reconocido que el principio cardinal de la buena fe informa y es fundante de todo el ordenamiento jurídico, tanto público como privado, al enraizarlo en las más sólidas tradiciones éticas y sociales de nuestra cultura.¹¹

La doctrina distingue dos dimensiones de la buena fe que, lejos de ser contrapuestas, resultan complementarias. La buena fe subjetiva alude a la recíproca lealtad de las partes en el curso de las relaciones contraídas, y propende por el respeto o tutela de una determinada apariencia que ha sido forjada con antelación, o por una creencia o confianza específicas que se han originado en un sujeto, en el sentido de estar actuando con arreglo a derecho.¹² Se trata, en suma, de un estado psicológico: la convicción interna de obrar conforme a derecho.

La buena fe objetiva, en cambio, trascendiendo el referido estado psicológico, se traduce en una regla o norma orientadora del comportamiento que atañe al dictado de precisos

¹⁰ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá 2011; página 592.

¹¹ CSJN, 17/04/2007, Fallos: 330:1649; en RIVERA, Julio Cesar; MEDINA, Graciela, DIRECTORES; ESPER, Mariano, Coordinador; "Código Civil y Comercial de la Nación comentado"; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014; Tomo I; pág. 84.

¹² JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá 2011; página 593.

deberes de conducta que, por excelencia, se proyectan en la esfera prenegocial y negocial, en procura de la satisfacción y salvaguarda de intereses ajenos.¹³

Mosset Iturraspe expresa que este principio tanto "ordena conductas probas, dignas, leales y descarta todo proceder contrario a esas pautas -buena fe objetiva- cuanto manda a ajustarse a la apariencia, a lo que el otro pueda entender para no defraudar la confianza suscitada, buena fe subjetiva".¹⁴ De ningún modo los dos ángulos de observación deben conducir a desvirtuar la noción central de que la buena fe siempre implica un determinado comportamiento con contenido ético.

3. ROL Y FUNCIONES DE LA BUENA FE EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO

La doctrina ha identificado diversas funciones que cumple el principio de buena fe en el ámbito contractual. Entre las funciones que se han asignado a la buena fe están: a) la función interpretativa, que sirve de auxiliar para entender la Ley y el contrato; b) una función de integración de la legislación, por la que se complementa la normativa con los postulados de la buena fe; c) una función limitativa o restrictiva, que no modifica el contrato o la norma, sino que limita sus efectos de acuerdo a la buena fe; y d) una función transformadora de la convivencia humana, pues la buena fe arraigada en el corazón de los contratantes se convierte no solo en un principio, sino en un valor omnipresente en todos los actos de los intervinientes, una motivación para la revolución conductual desde la conciencia individual y colectiva.¹⁵

¹³ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá 2011; página 593.

¹⁴ RIVERA, Julio Cesar; MEDINA, Graciela, DIRECTORES; ESPER, Mariano, Coordinador; "Código Civil y Comercial de la Nación comentado"; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014; Tomo I; pág. 83.

¹⁵ CLAROS SORIA; Nora Andreina; "Efectos del Incumplimiento del deber de declaración del Riesgo. Reticencia, Falsedad, Omisión". Ponencia presentada en Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros, CILA; San José de Costa Rica; Agosto de 2022, pág 7.

Además de su función interpretativa, la buena fe cumple funciones integradora, obligacional y limitativa. En su función integradora, permite completar el contenido obligacional allí donde el contrato es silente o indeterminado. En su función obligacional, genera deberes jurídicos autónomos, como el deber de cooperación, de confidencialidad o de no frustrar el fin del contrato. Finalmente, en su rol limitativo, impide el ejercicio abusivo de derechos subjetivos o la invocación de normas o cláusulas contractuales de manera contraria al principio de confianza.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina afirmó: “Los contratos deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe y de acuerdo con lo que las partes verosímilmente entendieron o pudieron entender, obrando con cuidado y previsión...”¹⁶

El espectro de funciones de la buena fe es muy extenso. Entre otras funciones, la buena fe es criterio de interpretación e integración negocial; fuente correctora del ejercicio de los derechos; causal eximente de responsabilidad; fuente de deberes secundarios de conducta - información, seguridad, colaboración-; elemento de control de cláusulas abusivas; fundamento de la doctrina de los propios actos; y fuente de revisión de los contratos.¹⁷

Las partes deben comportarse con lealtad y probidad durante la etapa preparatoria, celebratoria y ejecutoria del contrato, por lo que se les imponen deberes de comunicación y claridad, de obligaciones implícitas, y de hacer o no hacer lo que impida el logro del resultado buscado por medio del contrato, entre otros.¹⁸

¹⁶ CSJN, 17/04/2007, Fallos: 330:1649; en RIVERA, Julio Cesar; MEDINA, Graciela, DIRECTORES; ESPER, Mariano, Coordinador; “Código Civil y Comercial de la Nación comentado”; Editorial La Ley, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014; Tomo I; pág 84

¹⁷ ALTERINI, Jorge Horacio (Director general); "Código Civil y Comercial Comentado"; Tratado Exegético 2ª edición; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016; Tomo I; pág. 59.

¹⁸ ALTERINI, Jorge Horacio (Director general); “Código Civil y Comercial Comentado”; Tratado Exegético 2ª edición; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016; Tomo I pág 59

La buena fe es un principio general que funciona como un control de la sociabilidad en el ejercicio de los derechos subjetivos. Esta cláusula contempla la buena fe como apariencia, es decir, las partes deben confiar en las situaciones tal como se les presentan, y la buena fe como lealtad en las relaciones jurídicas.¹⁹

Es relevante señalar que el instituto de la buena fe en lo que atañe al campo negocial - incluido el seguro- es plurifásico, como quiera que se proyecta a lo largo de las diferentes fases que articuladas conforman el plexo contractual: la atinente a la formación del negocio jurídico, la relativa a su celebración y la referente a su desenvolvimiento una vez perfeccionado.²⁰

En definitiva, este precepto opera como criterio hermenéutico transversal a todo el sistema jurídico privado, habilitando la integración de lagunas normativas, la limitación de la autonomía de la voluntad y la sanción de conductas abusivas o contradictorias con el principio de confianza legítima.

4. LA BUENA FE COMO PILAR ESTRUCTURAL DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros ocupa un lugar singular dentro del derecho privado por la intensidad con que el principio de buena fe impregna su estructura. El seguro es un contrato que tradicionalmente ha sido calificado como de uberrimae bona fidei, donde las partes deben conducirse con buena fe en la celebración y en la ejecución de sus obligaciones; y ello se debe a que los principios de la buena fe hallan en él una aplicación más frecuente y rigurosa, en razón de la naturaleza del contrato y de la posición especial de las partes.²¹

¹⁹ LORENZETTI; Ricardo Luis (Director); "Código Civil y Comercial de la Nación Comentado; Editorial Rubinzal - Culzoni, Santa Fe 2014; Tomo I, página 51

²⁰ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá 2011; página 594.

²¹ HALPERÍN, Isaac; "Seguros. Exposición Crítica de las leyes 17.418 y 20.091"; Editorial Depalma; Buenos Aires, 1991, 2ª edición actualizada por MORANDI, Juan Carlos Félix; Volumen I; página 51.

Por razones que atienden a sus fundamentos técnicos, la mutualidad de asegurados se sustenta en el principio de solidaridad recíproca, directiva que se constituye en el componente ético del contrato. De allí que la buena fe sea trasfondo y superficie de la relación asegurativa; lo condiciona y lo distingue.²² Siguiendo al maestro Stiglitz, coincidimos en que si bien la buena fe constituye una regla que debe presidir la totalidad de las relaciones jurídicas, en el contrato de seguros se ve acentuada por plurales circunstancias, las más de ellas vinculadas a la modalidad formativa del contrato de seguro, carente de tratativas previas conducentes a un mejor y mayor conocimiento del riesgo en exposición, de conclusión masiva y, por tanto, impersonal, sometido a cargas informativas y de comportamiento para ser ejecutadas con carácter previo a la celebración del contrato y, luego, en etapa de ejecución, genera, recíprocamente, una serie de deberes secundarios que operan como desprendimientos del principio rector de la buena fe y donde deben prevalecer la lealtad, la coherencia y la consideración.

En los contratos en general y en especial en el de seguros, en el análisis de sus cláusulas y fundamentalmente frente a un eventual conflicto interpretativo, siempre debe estarse a lo que hubieran tenido en mente los contratantes leales, honestos y bien intencionados y de allí en más debe aceptarse que los términos y cláusulas de una póliza deberán ser entendidos e interpretados de esa forma, es decir, con lealtad honestidad y con sana intención, esto es, en definitiva, con buena fe, como si hubieran sido escritos por ese nivel de contratantes, desechando en consecuencia, las interpretaciones retorcidas, ambivalentes o capciosas que solo podrían estar presentes en la mente de una parte despojada de tales atributos.²³

²² STIGLITZ, Rubén S.; "Derecho de Seguros"; 4ta Edición actualizada y ampliada; Editorial La Ley; Buenos Aires 2004; Tomo II; página 55.

²³ LOPEZ SAAVEDRA, Domingo M.; "Ley de Seguros Comentada y anotada"; La Ley, Buenos Aires, 2007; página 76

En sentido muy lato, la *bona fides* se identifica con la confianza, la legítima creencia, la honestidad, la lealtad, la corrección y, especialmente, en las esferas prenegocial y negocial, con el vocablo 'fe', puesto que "fidelidad quiere decir que una de las partes se entrega confiadamente a la conducta leal de la otra en el cumplimiento de sus obligaciones, fiando que esta no lo engañará".²⁴

El contrato de seguros tiene como elemento principal la buena fe por su relevancia social, por ser el contrato que representa no solo la confianza entre los contratantes, sino la confianza colectiva en un sistema mutual, la obra maestra de la ingeniería jurídica para afrontar las adversidades, siniestros y pérdidas de manera solidaria. Es interesante ver cómo estos grandes objetivos sociales pueden ser realizados sin contraponerse a los elementos económicos que son necesarios, imprescindibles y propios de un negocio sostenible.²⁵

5. DEBERES RECÍPROCOS DE LEALTAD ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO DE SEGUROS

Uno de los aspectos más relevantes del principio de buena fe en el contrato de seguros es su carácter bilateral. Ambas partes -asegurador y asegurado- se encuentran sometidas a sus exigencias, y ello se verifica en todas las etapas del vínculo contractual. Con fundamento en la naturaleza particular del contrato de seguro, repetidamente se viene afirmando que la importancia de la buena fe se acentúa en él, por lo que tanto el asegurado como el asegurador deben cumplir las obligaciones que asumieron sin dobleces y de buena intención.²⁶

²⁴ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá 2011; página 592.

²⁵ CLAROS SORIA; Nora Andreina; "Efectos del Incumplimiento del deber de declaración del Riesgo. Reticencia, Falsedad, Omisión". Ponencia presentada en Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros, CILA; San José de Costa Rica; Agosto de 2022.

²⁶ STIGLITZ, Rubén S.; "Derecho de Seguros"; Editorial Abeledo Perrot; Buenos Aires 1997; Tomo I; página 608.

Para evaluar si un sujeto determinado actuó o no de buena fe, resulta imperativo examinar, en cada una de las fases que conforman el plexo contractual, la conducta por él desplegada, pero de manera integral, ya que es posible que su comportamiento primigenio se ciña a los cánones del principio rector en cita y ulteriormente varíe, en forma apreciable y hasta sorpresiva, generándose así su inequívoco rompimiento. De allí que la buena fe no se pueda fragmentar en orden a circunscribirla tan solo a un segmento del iter contractual.²⁷

Desde la perspectiva del asegurado, el deber de buena fe se concreta fundamentalmente en la obligación de declarar correctamente el riesgo, pues es quien se encuentra más próximo a él y quien conoce las circunstancias que determinan su existencia. Esa exigencia no se agota en la etapa precontractual: durante la vigencia del contrato, el asegurado debe conducirse con lealtad y transparencia, notificando cualquier circunstancia que implique agravación del riesgo. Al momento del siniestro debe cumplir con la carga de denunciarlo en tiempo y forma, así como con la justificación del daño sufrido y el deber de salvamento.²⁸

Desde la perspectiva de la aseguradora, una parte muy importante de la buena fe consiste en el deber de bien informar sobre las condiciones, las características, las exclusiones, las limitaciones y las carencias del seguro, y en el deber de bien informarse sobre las características del riesgo.²⁹ Como afirmó Garrigues: "Desde el punto de vista de la empresa de seguros, la buena fe consistía en cerciorarse de que el otro contratante conoce y entiende todas

²⁷ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá 2011; página 594.

²⁸ TIRO SUAREZ, Francisco Javier; "Reflexiones sobre la buena fe y el contrato de seguros", en "Derecho de Seguros. Homenaje de la Asociación Argentina de Derecho de Seguros – Rama AIDA– al profesor doctor Juan Carlos Félix Morandi"; editorial Hammurabi; Buenos Aires 2001; página 144.

²⁹ RAMIREZ BERNAL, María Sandra; "La Buena Fe aplicada al Contrato de Seguro"; Trabajo de investigación preparado en el marco del curso de especialización en Derecho del Seguro de la Fundación General de la Universidad de Salamanca, 2018; pág. 11; citado por CLAROS SORIA; op. cit.; página 8.

las cláusulas del contrato y que ninguna de ellas es peligrosa, lesiva u onerosa, ni está redactada en términos oscuros".³⁰

Al decir del Dr. Halperín: respecto del asegurador, el tomador debe conducirse con la mayor lealtad posible en cuanto se refiere a la descripción del riesgo y al mantenimiento del estado del riesgo. Respecto del tomador, el asegurador debe conducirse con la mayor lealtad posible en todo cuanto se refiere a la ejecución de sus obligaciones y la interpretación de la póliza, por el carácter del contrato, cuya comprensión generalmente escapa a la capacidad del tomador y por su naturaleza de contrato de masa, de condiciones generales uniformes e impuestas al asegurado.³¹

6. EL FRAUDE COMO NEGACIÓN DE LA BUENA FE

Como contrapartida del principio de buena fe se encuentra la conducta dolosa o fraudulenta, caracterizada por el empleo del engaño, la ocultación intencional de información relevante o la alteración deliberada de la realidad con la finalidad de obtener un beneficio indebido. En sus manifestaciones más graves, estas conductas no solo vulneran el equilibrio contractual y la confianza que sustenta la relación asegurativa, sino que pueden incluso trascender el ámbito estrictamente contractual y adquirir relevancia penal.

El Diccionario de la Real Academia Española define al fraude como: "La acción contraria a la verdad y a la rectitud, que perjudica a la persona contra quien se comete".

³⁰ TIRO SUAREZ, Francisco Javier; "Reflexiones sobre la buena fe y el contrato de seguros", en "Derecho de Seguros. Homenaje de la Asociación Argentina de Derecho de Seguros – Rama AIDA– al profesor doctor Juan Carlos Félix Morandi"; editorial Hammurabi; Buenos Aires 2001; página 137.

³¹ HALPERÍN, Isaac; "Seguros. Exposición Crítica de las leyes 17.418 y 20.091"; Editorial Depalma; Buenos Aires, 1991, 2ª edición actualizada por MORANDI, Juan Carlos Félix; Volumen I; página 51.

El fraude en el seguro puede definirse como toda conducta, activa u omisiva, desplegada con la finalidad de obtener ilegítimamente un beneficio económico en el marco de una relación asegurativa, procurando acceder a una prestación que no corresponde o incrementar indebidamente aquella que hubiera resultado procedente conforme al contrato.

Para ello pueden emplearse diversos mecanismos orientados a alterar la correcta apreciación de la realidad, tales como el engaño destinado a inducir a error, la simulación de circunstancias inexistentes, las falsas declaraciones, la presentación de información inexacta, la utilización de documentación apócrifa, la exageración deliberada del daño o la ocultación dolosa de datos relevantes.

Todas estas conductas tienen como denominador común la vulneración del deber de lealtad y transparencia que deriva del principio de buena fe, afectando no solo la relación contractual individual sino también el equilibrio técnico y económico sobre el que descansa la actividad aseguradora.

El fraude en el seguro constituye un fenómeno de alcance mundial que preocupa de manera creciente al mercado asegurador. Su relevancia radica tanto en el impacto económico directo que genera -millones de dólares en siniestros fraudulentos- como en su incidencia negativa sobre la rentabilidad de las compañías, la confianza de los asegurados y la transparencia del sistema.

Desde esta perspectiva, el fraude asegurador no debe analizarse como un conflicto bilateral entre asegurador y reclamante, sino como una conducta antisolidaria que afecta la mutualidad sobre la cual descansa la técnica aseguradora.

El problema se agrava por la constante evolución tecnológica, que lejos de disuadir a los defraudadores, les provee nuevas herramientas para perfeccionar sus maniobras.

Sus efectos, sin embargo, no se limitan al ámbito empresarial: el fraude daña al conjunto de la sociedad. La movilización innecesaria de organismos estatales³² -policías, bomberos, servicios de emergencias médicas, hospitales- desvía recursos destinados a atender situaciones reales de riesgo y, en última instancia, incrementa el costo del seguro que soportan todos los usuarios del sistema.

La doctrina³³ distingue tres categorías de defraudaciones según el sujeto activo: el fraude externo, que es aquel dirigido contra el asegurador por el propio asegurado o por un tercero ajeno a la relación contractual; el fraude interno, que es el perpetrado contra la compañía o sus asegurados por agentes, administradores u otros empleados de la propia aseguradora y el fraude mixto, que se configura cuando el asegurado o un tercero actúa en connivencia dolosa con personal interno de la empresa.

Desde otra perspectiva, también distingue entre las acciones premeditadas y planificadas que se denominan “fraude duro” y que si bien se considera que son de menor frecuencia los montos defraudados son significativamente más altos. Por otro lado, se encuentran los actos no premeditados que se mencionan como “fraude blando” o "mentiras blandas", en los que los montos defraudados son de menor cuantía, pero de mayor recurrencia. Esta última modalidad suele ser subestimada socialmente, como si se tratara de un acto de picardía antes que de un ilícito penal, lo que refleja una marcada falta de conciencia y de educación ciudadana al respecto.

³² ANDEKIAN, Leonardo; “Cultura Antifraude: Los casos más exitosos de detección de fraudes en el mercado asegurador”; Sesión Grupo de trabajo CILA Combate al fraude en seguros, www.youtube.com/watch?v=IL5iB2D6Ae8&t=683s, Asociación Colombiana de Derecho de Seguros (ACOLDESE); 10 de mayo 2023; <https://www.youtube.com/watch?v=IL5iB2D6Ae8&t=683s>

³³ COMPIANI, María Fabiana; “El fraude y su impacto en el Seguro”; <http://www.aidaargentina.com/wp-content/uploads/el-fraude-y-su-impacto-en-el-seguro.pdf>

En lo que refiere a las modalidades concretas del fraude, en los seguros de daños patrimoniales se presentan, entre otros supuestos: la magnificación de los daños, el préstamo de la póliza a un tercero, el aseguramiento con daños preexistentes, el auto-robo parcial o total, el uso del automotor para un destino distinto del declarado y la colusión entre asegurado y víctima para neutralizar defensas oponibles al asegurador. En los seguros de personas, los supuestos más graves incluyen el homicidio del asegurado por el beneficiario, el homicidio del tercero asegurado por el tomador, la adulteración de documentación -partidas de nacimiento o defunción-, la suplantación de la persona del beneficiario, el ingreso al seguro padeciendo una enfermedad terminal y el suicidio por medios no convencionales.

El mayor obstáculo operativo que enfrentan las aseguradoras es la dificultad probatoria, dado que la carga de la prueba recae sobre el asegurador. Esta dificultad se acentúa en los supuestos en los que el reclamo es del asegurado, ya que la contraparte es el propio cliente.

Los costos de investigación son elevados, los procesos suelen ser manuales y consumen tiempo y recursos considerables, y los resultados no siempre son satisfactorios. A ello se suma el riesgo de incurrir en investigaciones sobre asegurados honestos, generando conflictos innecesarios.

7. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL MERCADO ASEGURADOR

El mercado asegurador se ha basado tradicionalmente en procesos manuales que insumen una considerable cantidad de tiempo y recursos, entre los que se destacan la gestión de datos de clientes, la suscripción de pólizas, la tramitación de siniestros y la revisión de documentos, entre otros. Con los avances tecnológicos, las aseguradoras se encuentran hoy en condiciones de automatizar prácticamente la totalidad de dichos procesos, lo que les permite

mejorar la eficiencia, reducir los costos operativos y generar nuevas oportunidades de crecimiento, nuevos modelos de negocio y nuevos ecosistemas.

La inteligencia artificial tiene el potencial de revolucionar el sector asegurador en numerosas áreas del mercado, entre ellas, la prevención y detección del fraude.

El mundo se encuentra ahora en la cúspide de una revolución tecnológica en inteligencia artificial que puede resultar tan transformadora para el crecimiento económico y el potencial humano como fueron la electrificación, la producción en masa y las telecomunicaciones en sus épocas.³⁴

La inteligencia artificial avanza a un ritmo acelerado y puede tener grandes beneficios para la humanidad. Sin embargo, su rápido avance también puede llevar a consecuencias negativas.³⁵ Actualmente la inteligencia artificial generativa³⁶ ha alcanzado una adopción sin precedentes, intensificando la preocupación por su impacto ético y legal, centrándose el debate en el marco laboral, la creación de contenido falso, la gestión de la propiedad intelectual, así como en la protección de los datos. La Inteligencia Artificial Responsable (RAI) busca garantizar el buen uso de la inteligencia artificial y mitigar sus riesgos, siguiendo los principios, procesos y políticas necesarios para garantizar que la tecnología se desarrolla y opera siempre buscando un impacto positivo y protegiendo a los individuos y la sociedad.³⁷

³⁴ ETCHEBERRY, Milagros; “El impacto de la Inteligencia artificial en el mundo del trabajo”; en CORVALAN, Juan G. Director, “Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho”; Tomo III; Ciudad Autónoma de Buenos Aires; La Ley 2021; pág. 95

³⁵ KUTTER, Guillermo E.; “Inteligencia artificial y ética, un desafío para el mundo actual”; Fecha: 30-08-2023; Cita: MJ-DOC-17351-AR||MJD17351.

³⁶ La Inteligencia Artificial generativa es la que genera nuevo contenido, a partir de datos con los que han sido entrenados, a diferencia de los sistemas de inteligencia artificial tradicionales que no generan contenido, sino que a partir de datos reconocen patrones para predecir resultados. Conf. COLOMBO, María Celeste; “ChatGPT en la industria del Seguro. Algunas consideraciones entorno a su aprovechamiento; Revista de Derecho de Seguros - Número 5 - Julio 2023; Cita: IJ-IV-DLXVI-799

³⁷ https://www.mapfre.com/media/Informe-IA-Responsable_-MAPFRE-Open-Innovation.pdf

7.1. HERRAMIENTAS TECNOLOGICAS PARA DETECTAR EL FRAUDE

El mercado asegurador está evolucionando y utilizando herramientas capaces de anticipar, identificar y prevenir conductas fraudulentas. En ese escenario, la inteligencia artificial aparece no como sustituto del análisis humano, sino como un instrumento complementario destinado a proteger la confianza contractual.

Los modelos basados en machine learning o aprendizaje automático³⁸ permiten construir sistemas de predicción o clasificación con el objetivo de mejorar los diferentes procesos de gestión que se dan en las compañías de seguros. Al poder analizar grandes volúmenes de datos se puede predecir el riesgo de siniestros y detectar patrones sutiles que indican posibles fraudes.

Entre las herramientas tecnológicas que actualmente emplean las entidades aseguradoras para la detección y prevención del fraude pueden mencionarse:

7.1.1. LOS AGENTES CONVERSACIONALES constituye uno de los recursos más utilizados: Se trata de un tipo de tecnología que usa inteligencia artificial y que permite al sistema interacciones similares a las humanas. Combinan técnicas de machine learning, como procesamiento de lenguaje natural, el reconocimiento de texto, el reconocimiento de voz y sistemas de gestión avanzada de diálogo, con el fin de replicar de la manera más precisa la interacción humana. Su principal objetivo es lograr una comunicación fluida y natural entre humanos y la máquina, y tiene la capacidad de procesar cada pregunta formulada comprendiendo el contexto, tal y como lo haría un ser humano³⁹. Por ello, no solo se utilizan

³⁸ Es un componente crucial de la inteligencia artificial que le permite aprender a través de algoritmos que se entrenan con base en datos suministrados. El algoritmo es capaz de modificar su propio comportamiento basándose en los datos de que dispone, por lo que se adapta y aprende de manera continua, mejorando su precisión con el tiempo.

³⁹ COLOMBO, María Celeste; “ChatGPT en la industria del Seguro. Algunas consideraciones entorno a su aprovechamiento; Revista de Derecho de Seguros - Número 5 - Julio 2023; Cita: IJ-IV-DLXVI-799

extensamente para ayudar a los clientes a encontrar información sobre las opciones y condiciones de las pólizas, realizar pagos y presentar reclamos, sino también para detectar fraudes.

El procesamiento del lenguaje natural (NLP) es el que permite entender y procesar el lenguaje humano. En el sector asegurador se utiliza, por ejemplo, para la clasificación de documentos de los clientes en diferentes categorías -pólizas, reclamaciones, facturas, entre otras- y como herramienta de atención al cliente. También se emplea en la evaluación de riesgos, ya que el análisis de grandes cantidades de datos -como informes de siniestros e informes de inspección- permite tomar decisiones más informadas sobre la suscripción y la fijación de precios. En lo que respecta a la detección de fraude, no solo se analizan los informes de siniestros e inspección, sino también los correos electrónicos, chats, grabaciones y llamadas, con el fin de extraer toda la información útil y detectar patrones sospechosos, lo que ayuda a las compañías de seguros a identificar y prevenir el fraude de manera más efectiva.

7.1.2. SISTEMAS BASADOS EN VISIÓN ARTIFICIAL. La visión artificial es una tecnología que permite interpretar y comprender el entorno visual. En el sector de los seguros puede utilizarse para analizar imágenes y videos con el fin de identificar fraudes, evaluar daños y mitigar riesgos. Con esta tecnología es posible contar personas, detectar movimientos, realizar análisis demográficos, identificar acciones e interacciones entre elementos, y analizar objetos y patrones que pueden pasar desapercibidos para la vista humana.

Las aseguradoras pueden utilizar la visión artificial, por ejemplo, para analizar imágenes de accidentes entre vehículos y evaluar los daños, a fin de determinar el costo estimado de la reparación, lo que ayudaría a detectar fraudes en las reclamaciones. Si este tipo de inteligencia artificial fuera utilizado en los procesos judiciales, se evitaría no solo el fraude

sino también el desgaste jurisdiccional absolutamente innecesario que estos reclamos traen aparejados.

A través de esta tecnología también podría realizarse el análisis de las redes sociales de los reclamantes dado que en ellas suele haber abundante información cuyo correcto análisis puede resultar muy eficaz para las aseguradoras a la hora de detectar engaños.

7.1.3. SISTEMAS DE RECONOCIMIENTO FACIAL Y DE VOZ. Tanto el reconocimiento facial como el de voz son aplicaciones de software biométrico con capacidad para identificar o verificar de forma única a una persona. En el caso del reconocimiento facial, este se realiza a través del análisis de patrones basados en los contornos faciales; es decir, se trata de una autenticación biométrica que identifica a las personas mediante la medición de la forma y estructura únicas de sus rostros. Si bien existe más de un programa de reconocimiento facial y pueden emplearse diferentes técnicas, todos funcionan sobre los mismos principios de identificación biométrica, al igual que los escáneres de huellas digitales o el reconocimiento de voz⁴⁰. Con esta tecnología es posible distinguir los rostros y las voces de los presuntos responsables.

7.1.4. CÁMARAS. Todo elemento tecnológico con capacidad de filmación constituye una herramienta de gran utilidad a la hora de detectar un posible fraude contra el asegurador, por lo que las cámaras de seguridad en la vía pública, así como los drones y las *dash cams*⁴¹, resultan fundamentales a tales fines.

⁴⁰ PUGLIA, Alejandro Daniel; “Inteligencia artificial aplicada a la seguridad.”; en CORVALAN, Juan G. Director, “Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho”; Tomo II; Ciudad Autónoma de Buenos Aires; La Ley 2021; pág. 440

⁴¹ Se trata de cámaras de video diseñadas para colocar en el interior del vehículo, apuntando hacia delante que registra todo lo que acontece frente al vehículo.

Los drones permiten la recolección de información y el análisis de zonas de difícil acceso mediante cámaras de alta resolución. Pueden emplearse en numerosas tareas y resultan de gran utilidad, por ejemplo, en la comprobación de siniestros agrícolas.

Consideramos también fundamental que, al momento de suscribir un seguro automotor, las compañías promuevan, incentiven o incorporen progresivamente mecanismos tecnológicos como las "*dash cams*", ya que dicho instrumento permite corroborar la veracidad de los accidentes y recopilar pruebas ante cualquier incidente⁴². El mercado tiende a que los vehículos de nueva generación incorporen de fábrica este tipo de cámaras. En algunos casos, la ConnectedCAM se encuentra integrada en el espejo retrovisor interior, no solo con fines recreativos sino también para prevenir y detectar fraudes, ya que, en caso de accidente, la grabación se activa automáticamente y permite conservar un minuto y treinta segundos de filmación (30 segundos previos al evento y 1 minuto posterior)⁴³. Si bien la problemática que trae aparejada este tipo de cámaras radica en que, al filmar en espacios públicos, podría afectarse la privacidad de las personas, se trata de una herramienta cuya utilización debería promoverse, al menos en lo que respecta a los siniestros viales

7.1.5. SISTEMAS DE RASTREO. Los sistemas de rastreo se utilizan ampliamente, sobre todo en los casos en que se produce un siniestro de robo o hurto de un vehículo. Existen distintas variedades de sistemas de rastreo que aplican diferentes tecnologías, pero, en definitiva, lo que marca la diferencia es poder determinar dónde se encontraba el vehículo en el momento en que se produjo el robo o hurto.⁴⁴

⁴² En algunos países son obligatorias y en otros están prohibido o al menos se desaconseja su uso por vulnerar el derecho a la privacidad de las personas que circulan por la vía pública, entre otros riesgos.

⁴³ <https://www.autobild.es/noticias/asi-funciona-connectedcam-citroen-c3-303215#!>

⁴⁴ BETANCUR RUIZ, Carlos Alberto; "Nueva tecnología de rastreo de vehículos, como ayuda en la detección de fraudes de seguros, escenario actual en Brasil"; Sesión Grupo de trabajo CILA Combate al fraude en seguros, www.youtube.com/@asociacioncolombianadedere5994, Asociación Colombiana de Derecho de Seguros (ACOLDESE); 10 de mayo 2023; <https://www.youtube.com/watch?v=IL5iB2D6Ae8&t=683s>

7.2. BENEFICIOS DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL FRAUDE

Uno de los principales beneficios de la utilización de la inteligencia artificial en materia de prevención y detección del fraude asegurador radica en su capacidad para procesar y analizar grandes volúmenes de información de manera eficiente, permitiendo identificar patrones, inconsistencias o comportamientos atípicos que podrían resultar difíciles de advertir mediante los métodos tradicionales de investigación.

Estas herramientas no solo facilitan la recopilación y organización de datos, sino que permiten realizar análisis predictivos orientados a detectar tempranamente posibles conductas fraudulentas, optimizando los procesos de evaluación de siniestros y contribuyendo a una gestión más eficiente de los recursos.

Asimismo, la aplicación de inteligencia artificial puede mejorar la precisión en la identificación de indicadores de fraude, reduciendo la cantidad de falsos positivos y evitando revisiones innecesarias sobre reclamaciones legítimas. Ello permite concentrar los esfuerzos de investigación en aquellos casos que presentan mayores niveles de riesgo.

Finalmente, mediante el análisis de datos históricos y la identificación de patrones recurrentes, estas tecnologías pueden contribuir no solo a detectar fraudes ya cometidos, sino también a desarrollar estrategias preventivas, disminuir costos operativos y fortalecer la protección de la mutualidad aseguradora.

7.3. DESAFIOS Y RIESGOS DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Ciertamente, como ocurre con toda innovación tecnológica, la utilización de la inteligencia artificial en el ámbito asegurador no está exenta de desafíos y riesgos. Entre ellos pueden mencionarse la existencia de sesgos algorítmicos, la posibilidad de resultados discriminatorios derivados de decisiones automatizadas, así como los aspectos vinculados con la privacidad, seguridad y protección de los datos personales de los asegurados.

Por ello, resulta indispensable que estas herramientas sean implementadas bajo adecuados mecanismos de control, transparencia, supervisión humana y gobernanza tecnológica, de modo que su utilización permita aprovechar sus beneficios en la prevención y detección del fraude, garantizando al mismo tiempo un uso seguro, confiable y sostenible.⁴⁵

7.3.1. SESGOS

Los sistemas de inteligencia artificial y los agentes conversacionales pueden verse afectados por sesgos derivados de los datos utilizados para su entrenamiento o de los propios criterios algorítmicos empleados para su funcionamiento. Ello puede generar evaluaciones incorrectas, conclusiones discriminatorias o decisiones inadecuadas al momento de identificar patrones de fraude, analizar reclamos o detectar posibles conductas fraudulentas.

Principalmente, la cuestión radica en que son las propias personas a cargo del manejo de los algoritmos quienes les transfieren -consciente o inconscientemente- sus sesgos, promoviendo así la discriminación directa e indirecta, y reafirmando prejuicios e inequidades frente a identidades diversas, nacionalidad, género, nivel adquisitivo o color de piel.⁴⁶

La toma de decisiones de las personas no es ajena al error ni a la subjetividad. No obstante, en el caso de la inteligencia artificial, esta misma subjetividad puede tener efectos

⁴⁵ https://www.mapfre.com/media/Informe-IA-Responsable_-MAPFRE-Open-Innovation.pdf

⁴⁶ MARTINEZ, Carla I.; “Responsabilidad civil derivada del uso de algoritmos: La cuestión de la jurisdicción internacional cuando el demandado no cuenta con radicación en Argentina”; 27-02-2021; Cita: MJ-DOC-15787-AR||MJD15787.

mucho más amplios, y afectar y discriminar a numerosas personas sin que existan mecanismos como los de control social que rigen el comportamiento humano.⁴⁷

Existe un consenso generalizado en cuanto a que uno de los requerimientos para una regulación que apunte a prevenir la discriminación con el uso de algoritmos es la transparencia. Los algoritmos deben ser auditables, transparentes y explicables.⁴⁸

7.3.2. CIBERDELINCUENCIA

Tal como venimos analizando, mediante la utilización de herramientas de inteligencia artificial es posible recolectar, procesar y analizar grandes volúmenes de información relativa a los asegurados y reclamantes, incluyendo en algunos casos datos de carácter sensible, tales como antecedentes médicos, información financiera o crediticia, patrones de comportamiento u otros elementos vinculados con su esfera personal. Ello exige que su utilización se realice bajo estrictos criterios de legalidad, proporcionalidad, seguridad y protección de datos personales, garantizando que la prevención del fraude no implique una afectación indebida de derechos fundamentales.

A medida que se expanden las capacidades de las tecnologías basadas en inteligencia artificial, también lo hace su potencial de explotación criminal.⁴⁹

La información recopilada por las entidades aseguradoras puede convertirse en un objetivo para ataques informáticos destinados a obtener accesos no autorizados, con fines

⁴⁷ CARABALLO, María; “Inteligencia artificial. Inequidad y discriminación en cajas negras.”; en CORVALAN, Juan G. Director, “Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho”; Tomo I; Ciudad Autónoma de Buenos Aires; La Ley 2021; pág. 287

⁴⁸ TOLOSA, Pamela; “Algoritmos, estereotipos de género y sesgos. ¿Puede hacer algo el derecho?”; en CORVALAN, Juan G. Director, “Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho”; Tomo I; Ciudad Autónoma de Buenos Aires ; La Ley 2021; pág. 328

⁴⁹ PUGLIA, Alejandro Daniel; “Inteligencia artificial aplicada a la seguridad.”; en CORVALAN, Juan G. Director, “Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho”; Tomo II; Ciudad Autónoma de Buenos Aires; La Ley 2021; pág. 447

ilícitos tales como la comisión de fraudes, la suplantación de identidad o la utilización indebida de datos personales.

Por ello, resulta indispensable implementar adecuados mecanismos de seguridad, gobernanza y protección de la información, ya que una gestión deficiente de estos datos podría comprometer no solo los derechos e intereses de los asegurados, sino también la confianza, integridad y estabilidad del propio sistema asegurador.

En definitiva, el mercado asegurador está expuesto a lo que llamamos ciberataque, que es el esfuerzo intencionado de robar, exponer, alterar, inutilizar o destruir datos, aplicaciones u otros activos mediante el acceso no autorizado a una red, sistema informático o dispositivo digital.⁵⁰

Actualmente hay una gran cantidad de ciberdelitos, y distintos tipos de ataques⁵¹, que generan enormes y diversos daños no solo por la afectación de datos personales o confidenciales, sino también perjuicios económicos por el impacto reputacional negativo, la interrupción de actividad (en caso de que así se haya hecho), los costos de recuperación para la desinfección de la infraestructura, entre muchos otros.

Los aseguradores tienen que cerciorarse de que los datos confidenciales de los clientes estén debidamente encriptados, seguros, actualizados, monitoreados para detectar cualquier actividad sospechosa.

8. REFLEXIONES CONCLUSIVAS

⁵⁰ ZAPIOLA GUERRICO, Martín; “Los ciberataques y su impacto en el seguro”; en Revista de Derecho de Seguros - Número 5 - Julio 2023; Cita: IJ-IV-DLXVI-803

⁵¹ <https://ciberseguridad.blog/25-tipos-de-ataques-informaticos-y-como-prevenirlos/>

El recorrido realizado a lo largo de este trabajo permite advertir que el fraude en el contrato de seguros no es un problema marginal: es una amenaza estructural al sistema asegurador en su conjunto. Al vulnerar el principio de buena fe que constituye el fundamento mismo del contrato, el fraude no solo lesiona a la aseguradora directamente afectada, sino que compromete la solidaridad que sostiene el mutualismo asegurador, encarece las primas para toda la comunidad de asegurados y desnaturaliza la función social del seguro como instrumento de protección colectiva.

La buena fe en el contrato de seguros no constituye una figura ornamental ni una cláusula de estilo. Se trata de un principio estructurante que atraviesa transversalmente todas las relaciones jurídicas con capacidad normativa, fuerza integradora y función protectoria. Actúa como pauta de conducta, criterio de interpretación, fuente de derechos y deberes recíprocos entre las partes, y límite al ejercicio abusivo de los derechos. El fraude, en cualquiera de sus manifestaciones, es la negación más radical de ese principio.

Las nuevas herramientas tecnológicas han abierto un nuevo horizonte para la prevención y detección del fraude. Sin embargo, la lucha contra el fraude no puede agotarse en herramientas técnicas: requiere también educación, conciencia social y una comprensión colectiva de que el fraude en los seguros es un delito que perjudica a toda la sociedad. Debemos tomar conciencia de que el fraude en el seguro es un delito, y por lo tanto pensarlo como tal y actuar en consecuencia.

Si el derecho tuviera que resumirse en una sola norma, ese precepto con la mayor riqueza y suficiente generalidad debería imponer a las personas comportarse de buena fe.⁵² En el contrato de seguros, esa exigencia no es una aspiración ideal: es la condición de posibilidad

⁵² ALTERINI, Jorge Horacio (Director general); "Código Civil y Comercial Comentado"; Tratado Exegético; 2ª edición; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2016; Tomos I; pág. 60.

del sistema. La tecnología podrá transformar la forma de contratar, evaluar riesgos y gestionar siniestros; pero aun en el escenario más avanzado de inteligencia artificial, el seguro continuará dependiendo de aquello que le dio origen: la confianza.

9. BIBLIOGRAFÍA

ALTERINI, Atilio Aníbal; "Contratos Civiles, Comerciales, De Consumo. Teoría General"; Ed. Abeledo Perrot; Buenos Aires, 1998.

ALTERINI, Jorge Horacio (Director general); "Código Civil y Comercial Comentado"; Tratado Exegético; 2ª edición; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2016; Tomos I y V.

ANDEKIAN, Leonardo; "Cultura Antifraude: Los casos más exitosos de detección de fraudes en el mercado asegurador"; Sesión del Grupo de Trabajo CILA Combate al Fraude en Seguros; Asociación Colombiana de Derecho de Seguros (ACOLDESE); 10 de mayo de 2023; disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1L5iB2D6Ae8&t=683s>.

BETANCUR RUIZ, Carlos Alberto; "Nueva tecnología de rastreo de vehículos, como ayuda en la detección de fraudes de seguros, escenario actual en Brasil"; Sesión del Grupo de Trabajo CILA Combate al Fraude en Seguros; Asociación Colombiana de Derecho de Seguros

(ACOLDESE); 10 de mayo de 2023; disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=IL5iB2D6Ae8&t=683s>.

CARABALLO, María; "Inteligencia artificial. Inequidad y discriminación en cajas negras"; en CORVALÁN, Juan G. (Director); "Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho"; Tomo I; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021.

CLAROS SORIA, Nora Andreina; "Efectos del Incumplimiento del deber de declaración del Riesgo. Reticencia, Falsedad, Omisión"; Ponencia presentada en el Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros, CILA; San José de Costa Rica; agosto de 2022.

COLOMBO, María Celeste; "ChatGPT en la industria del Seguro. Algunas consideraciones en torno a su aprovechamiento"; Revista de Derecho de Seguros; Número 5; julio de 2023; Cita: IJ-IV-DLXVI-799.

COMPIANI, María Fabiana; "El Derecho de Seguros a 55 años de la sanción de la ley de contrato de seguro. Apuntes sobre la necesidad de una reforma"; Cita Digital: ED-MMMDCCVIII-343.

COMPIANI, María Fabiana; "El fraude y su impacto en el Seguro"; disponible en:
<http://www.aidaargentina.com/wp-content/uploads/el-fraude-y-su-impacto-en-el-seguro.pdf>.

CORVALÁN, Juan G. (Director); "Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho"; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021; Tomos I, II y III.

ETCHEBERRY, Milagros; "El impacto de la Inteligencia Artificial en el mundo del trabajo"; en CORVALÁN, Juan G. (Director); "Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho"; Tomo III; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021.

EYZAGUIRRE BAEZA, C. y RODRÍGUEZ DIEZ, J.; "Expansión y Límites de la Buena Fe Objetiva a propósito del Proyecto de Principios Latinoamericanos de Derecho de los Contratos"; Revista chilena de derecho privado; (21); pp. 137-216; 2013.

HALPERÍN, Isaac; "Seguros. Exposición Crítica de las leyes 17.418 y 20.091"; Editorial Depalma; Buenos Aires, 1991; 2ª edición actualizada por MORANDI, Juan Carlos Félix; Volumen I.

HALPERÍN, Isaac; "Seguros. Exposición Crítica de las leyes 17.418, 20.091 y 22.400"; Editorial Depalma; Buenos Aires, 2001; 3ª edición actualizada y ampliada por BARBATO, Nicolás H.

ISAZA POSSE, María Cristina; "El Fraude en el Seguro"; Anais del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros; Ed. AIDA Brasil; Río de Janeiro, 2003.

JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Derecho de Seguros"; Tomo II; Pontificia Universidad Javeriana, Editorial Temis; Bogotá, 2011.

JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio; "Principios rectores y reglas de interpretación de los contratos"; Universidad Javeriana, Universidad de Perugia y Grupo Editorial Ibáñez; Bogotá, 2016.

KUTTER, Guillermo E.; "Inteligencia artificial y ética, un desafío para el mundo actual"; 30 de agosto de 2023; Cita: MJ-DOC-17351-AR.

LOPEZ SAAVEDRA, Domingo M.; "Ley de Seguros Comentada y anotada"; La Ley; Buenos Aires, 2007.

LORENZETTI, Ricardo Luis (Director); "Código Civil y Comercial de la Nación Comentado"; Editorial Rubinzal-Culzoni; Santa Fe, 2014; Tomo I.

MANGIALARDI, Florencia; "El uso de la tecnología para combatir el fraude en los siniestros automotor"; Ponencia; Congreso AIDA Argentina; Mendoza, 2018.

MAPFRE OPEN INNOVATION; "Informe IA Responsable"; disponible en: https://www.mapfre.com/media/Informe-IA-Responsable_-MAPFRE-Open-Innovation.pdf.

MARTINEZ, Carla I.; "Responsabilidad civil derivada del uso de algoritmos: La cuestión de la jurisdicción internacional cuando el demandado no cuenta con radicación en Argentina"; 27 de febrero de 2021; Cita: MJ-DOC-15787-AR.

MORANDI, Juan Carlos Félix; "El principio de la máxima buena fe en época de crisis"; Revista Jurídica Argentina del Seguro, la Empresa y la Responsabilidad; N.º 10/12.

ORDOÑEZ ORDOÑEZ, Andrés; "Las Obligaciones y las cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro"; Lecciones de Derecho de Seguros N.º 3; Universidad Externado de Colombia; 1ª Edición, 2004.

PUGLIA, Alejandro Daniel; "Inteligencia artificial aplicada a la seguridad"; en CORVALÁN, Juan G. (Director); "Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho"; Tomo II; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021.

RAMIREZ BERNAL, María Sandra; "La Buena Fe aplicada al Contrato de Seguro"; Trabajo de investigación; Fundación General de la Universidad de Salamanca, 2018.

RIVERA, Julio César; MEDINA, Graciela (Directores); ESPER, Mariano (Coordinador); "Código Civil y Comercial de la Nación comentado"; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014; Tomo I.

STIGLITZ, Rubén S.; "Derecho de Seguros"; 4ª Edición actualizada y ampliada; Editorial La Ley; Buenos Aires, 2004; Tomos I y II.

STIGLITZ, Rubén S.; "Derecho de Seguros"; Editorial Abeledo Perrot; Buenos Aires, 1997; Tomo I.

TIRO SUAREZ, Francisco Javier; "Reflexiones sobre la buena fe y el contrato de seguros"; en "Derecho de Seguros. Homenaje de la Asociación Argentina de Derecho de Seguros -Rama AIDA- al profesor doctor Juan Carlos Félix Morandi"; Editorial Hammurabi; Buenos Aires, 2001.

TOLOSA, Pamela; "Algoritmos, estereotipos de género y sesgos. ¿Puede hacer algo el derecho?"; en CORVALÁN, Juan G. (Director); "Tratado de Inteligencia Artificial y Derecho"; Tomo I; Editorial La Ley; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021.

UNIDROIT; "Principios UNIDROIT sobre los Contratos Comerciales Internacionales 2016"; disponible en: <https://www.unidroit.org/wp-content/uploads/2021/06/Unidroit-Principles-2016-Spanish-i.pdf>.

ZAPIOLA GUERRICO, Martín; "Los ciberataques y su impacto en el seguro"; Revista de Derecho de Seguros; Número 5; julio de 2023; Cita: IJ-IV-DLXVI-803.

10.ANEXO

Respuestas de las secciones nacionales al Cuestionario formulado por el Grupo de Trabajo: Lucha contra el Fraude en Seguros de CILA

10.1. INTRODUCCIÓN

El presente anexo contiene el análisis comparativo de las respuestas remitidas por ocho secciones nacionales -Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay y Perú- al Cuestionario elaborado por el Grupo de Trabajo “Lucha contra el Fraude en Seguros” del Comité Iberoamericano de AIDA (CILA), en el marco de la preparación del XIX Congreso CILA - AIDA & 33.º Encuentro ACOLDESE “El Futuro del Derecho de Seguros en Iberoamérica”, a celebrarse en Cartagena de Indias, Colombia, en agosto de 2026.

El relevamiento efectuado sigue la estructura original del cuestionario, organizado en ocho ejes temáticos: (1) marco normativo aplicable; (2) consecuencias contractuales y dimensión procesal; (3) incidencia y magnitud del fenómeno; (4) ramos y modalidades predominantes; (5) tecnología e inteligencia artificial aplicada a la prevención y detección del fraude; (6) respuesta institucional y judicial; (7) cooperación y gobernanza; y (8) desafíos y perspectivas futuras.

Respecto de cada eje temático se presenta una síntesis de las principales convergencias y divergencias identificadas entre los distintos ordenamientos jurídicos analizados, acompañada de cuadros comparativos que permiten visualizar las similitudes, diferencias y tendencias comunes existentes en la región.

Finalmente, se incorporan las respuestas completas remitidas por cada una de las secciones nacionales participantes, las cuales constituyen la fuente documental primaria utilizada para la elaboración del presente análisis comparado.

10.2. ANALISIS A LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO

1.-Marco normativo aplicable

De los ocho países encuestados, solo Bolivia y Chile cuentan con una tipificación penal autónoma y explícita del fraude de seguro como figura propia (arts. 338 CP boliviano y 470 CP chileno). Paraguay ocupa una posición intermedia, con un tipo específico limitado al daño doloso sobre el bien asegurado. Los restantes cinco países (Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú) encuadran el fraude asegurador en tipos penales generales - fundamentalmente estafa y falsedad documental -, complementados por consecuencias civiles y contractuales específicas de la ley de seguros de cada jurisdicción.

País	Tipificación
Argentina	Figura agravante de estafa (art. 174 inc. 1 CP); régimen contractual disperso en la Ley 17.418.
Bolivia	Figura penal autónoma: "Fraude de Seguro" (art. 338 CP), además del régimen contractual del Código de Comercio.
Brasil	Modalidad específica de estelionato (art. 171, §2º, V, CP); régimen civil propio en la Ley 15.040/2024.
Chile	Figura autónoma: fraude a la contratación y fraude al siniestro tipificados en el art. 470 N° 6 y N° 10 CP.
Colombia	Categorías generales: estafa, falsedad documental y fraude procesal (Ley 599/2000).
México	Categorías generales del Código Penal Federal (fraude, falsedad, uso de documento falso), sin tipo específico para seguros.
Paraguay	Figura específica para daño a bienes asegurados (art. 190 CP, "siniestro con intención de estafa"); otras modalidades caen en estafa (art. 187) o falsedad documental (art. 246).
Perú	Categorías generales: estafa (art. 196 CP) y falsedad documental; existe regulación penal específica para simulaciones de accidentes en el SOAT.

2.- Consecuencias contractuales y dimensión procesal

Efectos que produce el fraude respecto del contrato:

Existe una clara convergencia regional:

- Fraude precontractual: reticencia, declaración falsa u ocultamiento relevante. Consecuencia: nulidad, anulación o rescisión.

- Fraude durante la ejecución contractual: incumplimientos dolosos de cargas. Consecuencia: pérdida de derechos.

- Fraude en la etapa del siniestro: simulación, exageración del daño o prueba falsa. Consecuencia: pérdida del derecho indemnizatorio y liberación del asegurador.

Carga de la prueba:

Existe consenso pleno entre los ocho países en que la carga de acreditar el fraude recae sobre la aseguradora, en aplicación del principio general “quien alega, prueba”. Colombia, Bolivia, Brasil, Argentina, Paraguay, Chile, México y Perú coinciden en que corresponde al asegurado, en cambio, probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Paraguay y Colombia matizan que, judicializado el conflicto, el asegurado que impugna el rechazo debe aportar prueba que desvirtúe los informes técnicos de la aseguradora.

Los países coinciden en que corresponde a la aseguradora acreditar la conducta fraudulenta mediante elementos objetivos.

Creemos que uno de los principales desafíos radica en transformar los indicadores de fraude en prueba jurídicamente eficaz.

Estándar probatorio

Todos los países exigen un estándar de prueba reforzado, alejado de la mera sospecha o el indicio aislado. Brasil admite expresamente la prueba indiciaria (art. 239 CPP) siempre que se sustente en un conjunto de elementos técnicos; Colombia, Bolivia, Perú y Argentina exigen prueba "clara, seria y contundente" o "suficiente y coherente"; Paraguay recurre a la sana crítica con apoyo especial en peritajes de liquidadores, prueba confesoria y testimonial; Chile destaca la "prueba reglada" derivada de la tipicidad penal afinada de sus figuras autónomas.

¿Se requiere sentencia penal previa para invocar el fraude en sede civil?

Las ocho jurisdicciones coinciden en la autonomía general entre la vía civil/contractual y la vía penal para invocar el fraude. La única excepción relevante es Paraguay, donde la existencia de un proceso penal abierto por el delito específico del art. 190 CP obliga al juez civil a suspender su sentencia hasta que exista resolución penal firme, por imperio del art. 1865 del Código Civil.

País	Respuesta
Argentina	No. Vías independientes; la sentencia penal condenatoria hace cosa juzgada sobre el hecho, pero su ausencia no impide la convicción civil.
Bolivia	No. Responsabilidad contractual y penal son independientes.
Brasil	No, en regla general; el juez civil puede suspender el proceso para esperar la resolución penal.
Chile	No.
Colombia	No. Vías independientes.
México	No necesariamente; la ausencia de sentencia penal exige un expediente probatorio civil más sólido.
Paraguay	No, salvo que exista proceso penal abierto por estafa (art. 190 CP): en tal caso el juez civil debe suspender su sentencia hasta la resolución penal firme (art. 1865 Código Civil).
Perú	No se requiere.

3.- Incidencia y magnitud del fenómeno

Disponibilidad de estadísticas oficiales

País	Estadísticas oficiales/sectoriales
Argentina	No hay estadísticas oficiales; estimaciones privadas sitúan el fraude en 10%-15% del costo de siniestros en automotores y riesgos del trabajo.
Bolivia	No existen estadísticas oficiales ni estimaciones públicas de impacto económico.
Brasil	Sí. Relevamiento anual de CNSEG (https://cnseg.org.br).
Chile	No existen estadísticas oficiales ni estimaciones de impacto económico publicadas.
Colombia	Sí, vía Fasecolda: 24.300 casos en 2023 (COP 242.000 millones) y 30.739 casos en 2024 (más de COP 272.000 millones).

País	Estadísticas oficiales/sectoriales
México	Disponibilidad limitada y dispersa; métricas gestionadas internamente por cada aseguradora.
Paraguay	No hay estadísticas oficiales públicas; datos manejados de forma confidencial por el sector privado.
Perú	No hay estadísticas oficiales, pero sí un boletín trimestral de APESEG: ~2.000 casos reportados en 2025 por US\$10 millones.

Colombia es el único país con cifras oficiales sectoriales sólidas y de acceso público (Fasecolda), seguido por Brasil (CNSEG) y Perú (APESEG), que publican relevamientos periódicos aunque no oficiales del Estado. Argentina, Bolivia, Chile, México y Paraguay carecen de estadísticas públicas sistematizadas, lo que las ocho respuestas identifican coincidentemente como una debilidad estructural para dimensionar el fenómeno y diseñar política pública basada en evidencia.

Tendencia

Las ocho jurisdicciones reportan una evolución creciente del fraude, ya sea en frecuencia (Colombia, Perú, Chile), en sofisticación tecnológica y organización (Argentina, Bolivia, Brasil, México), o en ambas dimensiones a la vez. Paraguay destaca en particular el crecimiento del "fraude oportunista" vinculado a presupuestos inflados y alteración de fechas de siniestro.

4.- Ramos y modalidades predominantes

Ramos más afectados

País	Ramos más afectados
Argentina	Automotores (37% s/SSN), riesgos del trabajo (ART), combinado familiar, vida, salud.
Bolivia	Automotores, salud, accidentes personales, patrimoniales, vida.
Brasil	Automóvil (mayor volumen absoluto); salud (mayor crecimiento reciente).

País	Ramos más afectados
Chile	Vehicular/equipo móvil, salud, robo de bienes físicos, daños por agua, cesantía.
Colombia	Automóviles (30-40%), SOAT (~62% del fraude automotor), salud (20-30%), vida (10-15%).
México	Automóviles (daños y robo), gastos médicos/salud, vida, responsabilidad civil y ramos patrimoniales.
Paraguay	Automotores (liderazgo claro), accidentes personales, vida.
Perú	Seguros masivos (protección de tarjeta), vida, SOAT, vehículos, asistencia médica.

El ramo de automotores aparece como el más expuesto al fraude en las ocho jurisdicciones sin excepción, seguido en importancia por salud/asistencia médica (destacado especialmente por Brasil, Bolivia, Chile, México y Perú) y por los seguros obligatorios de accidentes de tránsito — SOAT — en Colombia y Perú, donde alcanzan una proporción muy significativa del fraude del ramo automotor.

Modalidades más frecuentes

Con matices locales, se repite en las ocho respuestas un núcleo común de modalidades: simulación de siniestros (robos, choques, incendios), sobredimensionamiento o exageración del daño, falsificación o alteración de documentación (facturas, certificados médicos, partes policiales) y fraude organizado con participación de talleres, clínicas, gestores o abogados. Colombia y Perú destacan en particular las redes organizadas vinculadas al SOAT; Argentina subraya la explosión de fraude en riesgos del trabajo (ART); Chile menciona los "portonazos" o encerronas vinculados a crimen organizado; Brasil y Bolivia resaltan el uso creciente de documentos digitalmente alterados.

5.- Tecnología e inteligencia artificial

Uso de IA para cometer fraude

País	¿Se registran casos?
Argentina	Sí: manipulación digital de imágenes, IA generativa para documentos, identidades sintéticas, phishing.
Bolivia	No documentado formalmente aún, pero se reconoce como riesgo emergente.
Brasil	Sí: crecimiento de IA generativa para falsificar documentos e imágenes/videos de siniestros simulados.
Chile	Sí.
Colombia	Sí: manipulación de documentos digitales y suplantación de identidad (correos, WhatsApp, webs falsas).
México	Se registran riesgos y casos de manipulación digital e identidad sintética; la frecuencia varía por ramo y canal.
Paraguay	No se constata en la práctica profesional; mecanismos siguen siendo tradicionales.
Perú	Sí: deepfakes, phishing hiperpersonalizado, falsificación documental automatizada.

Siete de los ocho países reportan ya casos concretos o riesgos identificados de uso de IA o herramientas digitales para cometer fraude, principalmente en la manipulación de imágenes, documentos y, de forma incipiente, identidades sintéticas. Paraguay es la única jurisdicción que declara no haber constatado aún esta modalidad en la práctica profesional cotidiana, aunque reconoce el riesgo latente.

Regulación específica sobre IA en detección/prevención de fraude

Ninguno de los ocho países cuenta con regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial aplicada al fraude asegurador. Existen, sin embargo, marcos generales sobre IA en distintos grados de avance: Brasil (PL 2.338/2023, en trámite), Perú (Ley 31814, uso ético de IA) y Argentina (Plan Nacional de IA 2023, sin fuerza normativa vinculante) cuentan con iniciativas de alcance general aún no consolidadas; Bolivia, Chile, Colombia, México y Paraguay no reportan iniciativas normativas específicas en esta materia. Chile advierte que a partir de diciembre de 2026 se prevén mayores tensiones regulatorias en la materia.

Conflictos con protección de datos y no discriminación

Existe coincidencia generalizada en que el uso de analítica avanzada y modelos predictivos para la detección de fraude tensiona los principios de finalidad, proporcionalidad y consentimiento de las respectivas leyes de protección de datos personales (LGPD en Brasil, Ley 1581/2012 en Colombia, Ley 25.326 en Argentina, LFPDPPP en México, Ley 29733 en Perú, entre otras), y plantea riesgos de discriminación algorítmica cuando se emplean variables proxy como zona geográfica o perfil socioeconómico. Paraguay, coherente con la escasa implementación de IA reportada en su respuesta, señala no observar conflictos prácticos en la actualidad.

6.- Respuesta institucional y judicial

Práctica predominante ante la detección de fraude

En las ocho jurisdicciones, el rechazo fundado del siniestro constituye la respuesta más inmediata y frecuente frente a la detección de fraude, seguida —cuando la gravedad o la magnitud económica lo justifican— por la denuncia penal. Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú describen procesos progresivos de investigación técnica previa a la decisión (peritajes, análisis documental, verificación de campo); Chile y Bolivia destacan además el ejercicio de acciones civiles de restitución cuando la indemnización ya fue pagada; Paraguay resalta una actitud comercialmente conservadora, evitando la judicialización salvo perjuicio económico efectivamente materializado.

Tendencia jurisprudencial: ¿restrictiva o amplia?

País	Tendencia
Argentina	Moderadamente restrictiva, con apertura creciente en casos de fraude organizado (automotores, ART).

País	Tendencia
Bolivia	Restictiva y garantista.
Brasil	Sin restricción efectiva en sede penal; se admite la prueba indiciaria.
Chile	Amplia: jurisprudencia consolidada que acoge plenamente las condenas por fraude, tanto en contratación como en siniestros.
Colombia	Restictiva: el fraude no se presume, exige prueba sólida y estructurada.
México	Exigencia elevada de motivación y prueba; enfoque conservador recomendado.
Paraguay	Claramente restrictiva, con fuerte impronta de protección al consumidor.
Perú	Restictiva: cautelosa y garantista, no se presume el fraude.

Con la notable excepción de Chile —donde existe jurisprudencia consolidada que acoge ampliamente la persecución del fraude, con múltiples condenas ratificadas por tribunales superiores— y de Brasil en el plano estrictamente penal, la tendencia dominante en las jurisdicciones relevadas es restrictiva o garantista: los tribunales exigen un estándar probatorio elevado y tienden a proteger la posición del asegurado frente a rechazos no plenamente acreditados.

7.- Cooperación y gobernanza

Bases de datos compartidas o sistemas sectoriales

País	Situación
Argentina	No hay base centralizada; existen plataformas privadas (Sofía/Cesvi, Fraud Keeper, Friss) y el sistema IRIS/SINIAs de la SSN en modernización.
Bolivia	No existe base de datos nacional ni sistema sectorial de intercambio específico para fraude.
Brasil	Registro Nacional de Siniestros (RNS) administrado por CNSEG.
Chile	"SISGEN" de la asociación de aseguradores, limitado a siniestralidad general, no específico de fraude.
Colombia	Mecanismos limitados vía Fasecolda; bases internas de cada aseguradora, fragmentadas por restricciones de la Ley 1581/2012.

País	Situación
México	Iniciativas de intercambio vía AMIS, AMEDESEF y AMASFAC; alcance dependiente del marco jurídico y acuerdos sectoriales.
Paraguay	No funcionan bases de datos compartidas; cada aseguradora opera con registros internos exclusivamente.
Perú	Intercambio reservado y poco centralizado vía APESEG (alertas sectoriales, mesas técnicas); no existe lista negra oficial.

Ninguno de los ocho países cuenta con una base de datos sectorial centralizada, de acceso amplio y específicamente dedicada al fraude asegurador. El grado de avance más significativo se observa en Brasil (Registro Nacional de Sinestros) y, en menor medida, en Argentina (sistema IRIS/SINIAs en desarrollo) y en las iniciativas gremiales de Colombia, México y Perú. Bolivia, Chile y Paraguay son las jurisdicciones con menor desarrollo relativo en este punto. Los ocho países coinciden en señalar la protección de datos personales y el derecho de la competencia como los principales límites jurídicos al intercambio de información.

8.- Desafíos y perspectivas

Principales desafíos identificados

Pese a la diversidad de contextos normativos, los ocho países convergen en un núcleo común de desafíos: (i) la ausencia de estadísticas oficiales sistematizadas y comparables; (ii) la falta de bases de datos sectoriales centralizadas para el intercambio de información, limitada por la normativa de protección de datos y de competencia; (iii) la creciente sofisticación tecnológica del fraude, particularmente mediante IA generativa, identidades sintéticas y manipulación documental digital; (iv) el déficit de tipificación específica del fraude asegurador como figura autónoma en la mayoría de las jurisdicciones; y (v) la necesidad de fortalecer la cooperación entre aseguradoras, reguladores y autoridades de persecución penal.

Recomendaciones a nivel regional

Las respuestas nacionales convergen de manera notable en sus recomendaciones para el nivel regional, proponiendo: (i) la armonización de tipologías, conceptos y estándares probatorios entre países, para facilitar la comparabilidad estadística y la cooperación judicial; (ii) el desarrollo de mecanismos regionales de intercambio de información y alertas sobre fraude transfronterizo, con particular referencia al MERCOSUR (Argentina) y a redes organizadas que operan más allá de fronteras nacionales (Paraguay, Perú); (iii) la elaboración de directrices regionales sobre el uso ético, transparente y explicable de la inteligencia artificial en la prevención y detección de fraude, compatibilizando eficiencia tecnológica con protección de datos personales (Brasil, Colombia, Bolivia, Argentina); y (iv) el fortalecimiento de programas de capacitación regional para jueces, fiscales, reguladores y profesionales del sector.

10.3. CONCLUSIONES GENERALES:

El relevamiento comparado permite advertir que, más allá de las diferencias existentes en materia de técnica legislativa y desarrollo normativo, el fraude en el contrato de seguro es percibido de manera uniforme por las ocho secciones nacionales participantes como una amenaza estructural para la mutualidad asegurativa, la sostenibilidad técnica del mercado y el principio de buena fe que constituye uno de los pilares esenciales del vínculo asegurador.

Asimismo, se evidencia una brecha común entre la creciente sofisticación de las prácticas fraudulentas -potenciada por la utilización de inteligencia artificial generativa, la manipulación digital de documentos e imágenes y la creación de identidades sintéticas- y el todavía incipiente desarrollo de marcos regulatorios específicos destinados a ordenar la utilización de estas mismas tecnologías como herramientas de prevención, detección y análisis del fraude. En este contexto, el reto consiste en compatibilizar la eficiencia tecnológica con la protección de los

datos personales, la transparencia algorítmica, la prevención de sesgos discriminatorios y el pleno respeto del derecho de defensa.

La respuesta frente al fraude asegurativo no puede limitarse únicamente a su sanción posterior, sino que exige avanzar hacia la construcción de ecosistemas preventivos capaces de anticipar, identificar y mitigar estas conductas mediante mecanismos de cooperación institucional, intercambio responsable de información y utilización de herramientas tecnológicas bajo criterios jurídicamente adecuados.

Finalmente, la ausencia de estadísticas oficiales homogéneas y de bases de datos sectoriales interoperables surge como una de las problemáticas transversales identificadas por las delegaciones participantes, constituyendo al mismo tiempo una oportunidad para fortalecer la cooperación regional y promover iniciativas coordinadas en el ámbito del CILA.



10.4 ARGENTINA

Identificación del Responsable

MANGIALARDI, FLORENCIA

TESTÓN, GRACIELA

1. Marco Normativo Aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

En la República Argentina no existe una norma autónoma que regule de manera integral y sistemática el fraude en seguros. Sin embargo, el fenómeno es abordado en distintas disposiciones del ordenamiento jurídico.

b) Disposiciones relevantes y sus efectos

Ley 17.418 — Ley de Seguros

Sancionada en 1967 y aún vigente. Regula las consecuencias del comportamiento deshonesto del asegurado a lo largo de todo el iter contractual:

- Artículo 5 (reticencia y declaración falsa): La reticencia o falsedad en la declaración del estado del riesgo al momento de la celebración del contrato faculta al asegurador a anular el contrato. Si la reticencia fue dolosa (es decir, intencional), la nulidad es absoluta y el asegurador retiene la prima como penalidad. Si fue meramente culposa, la nulidad es relativa y el asegurador debe devolver la prima no devengada.
- Artículo 46 (denuncia del siniestro): El asegurado tiene el deber de denunciar el siniestro dentro de los tres días de conocerlo. El incumplimiento doloso o gravemente culposo de esta carga puede dar lugar a la pérdida del derecho a la indemnización, según criterio jurisprudencial mayoritario.

- Artículo 48 (salvamento y cooperación): El asegurado debe adoptar medidas razonables para evitar o mitigar el daño. El incumplimiento malicioso puede generar reducción o pérdida de la cobertura.
- Art. 70. Provocación del siniestro: El asegurador queda liberado si el tomador o el beneficiario provoca el siniestro dolosamente o por culpa grave...
- Artículo 72 (sobredimensionamiento en seguros de daños): Si el asegurado, al individualizar y valorar los bienes, incurre en dolo o falsa declaración, el asegurador queda liberado de toda obligación indemnizatoria y puede retener la prima abonada.
- Artículo 80 (sobreseguro fraudulento): El seguro por un valor superior al real del bien asegurado, si fue concertado con dolo por el tomador, autoriza al asegurador a rescindir el contrato y retener la prima.
- En el Seguro de Responsabilidad civil el Art. 114. El asegurado no tiene derecho a ser indemnizado cuando provoque dolosamente o por culpa grave el hecho del que nace su responsabilidad.
- En el Seguro sobre la vida: Art. 130. Transcurridos tres años desde la celebración del contrato, el asegurador no puede invocar la reticencia, excepto cuando fuere dolosa.
- Seguro de accidentes personales: Art. 152. El asegurador se libera si el asegurado o el beneficiario provoca el accidente dolosamente o por culpa grave o lo sufre en empresa criminal.

Código Penal

- En Argentina tenemos el art 174, inc. 1 del Código Penal que establece que sufrirá prisión de dos a seis años “El que para procurarse a sí mismo o procurar a otro un provecho ilegal en perjuicio de un asegurador o de un dador de préstamo a la gruesa, incendiare o destruyere una cosa asegurada o una nave asegurada o cuya carga o flete estén asegurados o sobre la cual se haya efectuado un préstamo a la gruesa”.

Marco regulatorio-administrativo (SSN)

- En Argentina, en octubre de 2012 se creó el Plan Nacional Estratégico del Seguro 2012/2020, en el cual se declaró la lucha contra el fraude en los seguros como política de Estado. Ese mismo año se constituyó la Coordinación Antifraude de Seguros. El 17

de julio de 2014, la Superintendencia de Seguros de la Nación dictó la Resolución N° 38.477, que consagra el régimen normativo reglamentario antifraude para el sector seguros, tornándose de cumplimiento exigible a partir de enero de 2015. Esta norma determina, entre otras exigencias, que las empresas deberán elaborar un manual de procedimientos para luchar contra el fraude, designar un responsable de contacto que revista un puesto ejecutivo o gerencial, llevar una memoria de los casos o tentativas de fraude y desarrollar programas de capacitación para los empleados de todos los niveles dentro de la entidad. Los contenidos contemplados dentro de la resolución son de carácter mínimo y obligatorio para todas las aseguradoras y reaseguradoras.

- Asimismo, en la página web de la Superintendencia de Seguros de la Nación existe un formulario por medio del cual cualquier persona que conozca la existencia de un fraude puede denunciarlo.
- Resolución SSN N° 38.708/2014 y sus modificatorias: Regulan el lavado de activos en el sector asegurador, exigiendo reportes de operaciones sospechosas ante la Unidad de Información Financiera (UIF). Argentina tiene una regulación que observa los principios del Enfoque basado en Riesgos (Autoevaluación para diseñar las medidas de prevención proporcionales al tamaño de la empresa, a la actividad y al perfil de sus clientes) y su pertinente Supervisión basada en riesgos
- Resolución 39.467/2015 convoca a las Cámaras y Asociaciones representativas de la industria para suscribir un Convenio de creación del Consejo de Lucha contra el Fraude, cuyo objetivo es generar un ámbito de encuentro entre la industria y el Regulador, para mantener una actualización permanente en la materia y promover y difundir la cultura antifraude
- Resolución SSN N° 40.792/2016: Introduce exigencias de gobierno corporativo y gestión de riesgos, incluyendo el riesgo de fraude.
- Resolución SSN 1119/2018 Focalizado en el enfoque de supervisión basado en riesgos, considerando reflexiones de la OCDE y del IAIS, esta Resolución toma razón de 15 Principios y recomendaciones anclados en **5 pilares:**
 - Organización interna para la toma de decisiones
 - Equidad en el trato de accionistas
 - Cumplimiento normativo

- Planes estratégicos de Negocio
- Protección de la sociedad en general.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?

Tal como lo expresamos en la respuesta anterior está tipificado en el art 174, inc. 1 del Código Penal como un agravante de la estafa pero limitado a los supuestos allí establecidos.

2. Consecuencias Contractuales y Dimensión Procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?

Los efectos varían según la etapa contractual en que se produce el fraude:

- Fraude precontractual (reticencia dolosa, art. 5 LS): Nulidad del contrato con efecto retroactivo (ex tunc). El asegurador retiene la prima a título de sanción. No existe obligación indemnizatoria.
- Fraude en la declaración del siniestro (art. 46 LS): Pérdida del derecho a la indemnización. La jurisprudencia mayoritaria exige que la falsedad sea dolosa; la mera inexactitud culposa puede autorizar una reducción proporcional de la cobertura.
- Sobredimensionamiento del daño (art. 72 LS): Pérdida total del derecho a la indemnización y retención de la prima por el asegurador.
- Sobreseguro fraudulento (art. 80 LS): Rescisión del contrato sin restitución de prima.

En todos los casos, el efecto esencial es la liberación del asegurador de su obligación de pago. Adicionalmente, el asegurador puede promover acción penal por estafa (art. 172 CP) y, en ciertos casos, reclamar daños y perjuicios en sede civil.

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

La carga de la prueba del fraude recae sobre el asegurador ya que “quien alega un hecho debe probarlo”.

Por ello, cuando la aseguradora rechaza un siniestro invocando fraude, debe acreditar los hechos constitutivos de la conducta fraudulenta: la falsedad de la declaración, el carácter doloso de la conducta y el nexo causal entre el fraude y el perjuicio que pretende evitar.

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

Los tribunales argentinos en general aceptan la prueba que las partes puedan ofrecer incluyendo:

- Pericias técnicas (ingeniería, medicina, accidentología): Son determinantes cuando el daño declarado es inconsistente con la mecánica del siniestro o con el estado previo del bien o la persona.
- Contradicciones en las declaraciones del asegurado: Evaluadas en su conjunto a lo largo del proceso de liquidación.
- Registros internos de la aseguradora: Historial de siniestros, patrones de comportamiento, frecuencia de reclamos.
- Testimonios e informes de investigadores privados: Admitidos por los tribunales siempre que respeten los derechos fundamentales del asegurado (en particular, la privacidad).

d) ¿Se requiere sentencia penal previa?

No. En Argentina no se exige sentencia penal condenatoria previa para que la aseguradora pueda invocar el fraude y rechazar el siniestro en sede civil o comercial. Los procesos civil/comercial y penal son independientes.

Si bien la sentencia penal condenatoria hace cosa juzgada en el proceso civil respecto de la existencia del hecho principal y la culpa del condenado, a contrario sensu, la ausencia de condena penal —o incluso la absolución por insuficiencia probatoria— no impide que el juez civil forme su propia convicción sobre la existencia del fraude con base en el estándar civil de prueba.

3. Incidencia y Magnitud del Fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales?

Argentina carece de estadísticas oficiales específicas sobre fraude en seguros. La SSN no publica datos desagregados por esta categoría. Sin embargo, algunas fuentes sectoriales aportan información parcial:

- La Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) ha difundido estudios internos que estiman el fraude como un fenómeno extendido, aunque sin publicar cifras de acceso público sistemático.
- El Insurance Research Council y la Swiss Re han publicado estudios comparados que incluyen datos latinoamericanos, que suelen ubicar a Argentina entre los mercados con mayor incidencia relativa de fraude en automotores y riesgos del trabajo.
- Diversas cámaras de asociaciones de peritos y liquidadores de siniestros han alertado sobre el incremento sostenido del fenómeno, especialmente en los ramos de accidentes personales, salud y automotores.

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

Las estimaciones disponibles, aunque no oficiales, son preocupantes. Estudios del sector privado argentino estiman que el fraude representa entre el 10% y el 15% del costo total de siniestros en los ramos más afectados (automotores y riesgos del trabajo). Esta cifra se traduce en un impacto significativo sobre la prima pura y la siniestralidad general del mercado.

c) ¿Se advierte una evolución creciente?

Sí. Los operadores del mercado coinciden en señalar una evolución creciente del fraude en los últimos años, con algunas particularidades del contexto argentino:

- El deterioro del poder adquisitivo y la crisis económica recurrente han incrementado la tentación de recurrir al fraude como mecanismo de compensación.
- La masificación de los teléfonos celulares con cámaras de alta resolución ha facilitado la manipulación digital de imágenes para acreditar daños inexistentes o sobredimensionados.
- El fraude organizado —con participación de talleres, gestores, abogados y médicos— ha adquirido mayor sofisticación.
- La virtualización de la relación entre asegurado y aseguradora (contratación online, denuncia digital) ha generado nuevos vectores de vulnerabilidad.

4. Ramos y Modalidades Predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

- Automotores: Es históricamente el ramo con mayor incidencia del fraude. Las modalidades más frecuentes incluyen la simulación de accidentes, la denuncia de robo de vehículos que no ocurrió o fue acordado con el 'ladrón', el sobredimensionamiento de daños en talleres cómplices y la presentación de daños preexistentes como consecuencia del siniestro denunciado. Simulación de accidentes de tránsito con terceros cómplices para reclamar indemnizaciones. En algunas jurisdicciones se han detectado 'bandas' organizadas con roles asignados.
- Riesgos del Trabajo (ART): Es el ramo con mayor explosión de fraude en la última década. La simulación y exageración de accidentes laborales y enfermedades profesionales ha generado un altísimo nivel de litigiosidad. Este fenómeno involucra frecuentemente a estudios jurídicos organizados, trabajadores, médicos y peritos.
- Accidentes Personales y Salud: Simulación de lesiones, presentación de facturas médicas apócrifas o infladas, prolongación artificial de tratamientos.
- Vida: Fraude en el período de carencia, ocultamiento de preexistencias, en algunos casos manipulación de causas de muerte.

La Comunicación 2943 de la SSN estableció que los ramos más afectados por el fraude son automotores (37%), combinado familiar (13%) y vida (10%). Las tipologías más usuales detectadas son: agravamiento de la envergadura del siniestro, simular las fechas de ocurrencia del siniestro y simular el acaecimiento del siniestro, que en conjunto representaban el 60% de los casos informados; el préstamo de póliza alcanza el 14%; provocar el siniestro deliberadamente representaba el 7% de los casos; pretender el cobro en más de una aseguradora del mismo siniestro representaba el 8%; y simular el modo de acaecimiento del siniestro llegaba al 5% de los casos. En cuanto a la selección de siniestros: el 21% se remitía a los montos involucrados; el 27% a la relación entre la fecha de inicio de vigencia y la del siniestro; el 27% a la inconsistencia entre los daños y la modalidad de ocurrencia declarada; y el 9% analizaba la totalidad de los siniestros. Frente a la detección de un siniestro fraudulento, el 50%

de las entidades procuraba el desistimiento del reclamo; el 16% iniciaba denuncia criminal; el 8% formulaba querrela criminal.

b) ¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?

- Simulación total del siniestro: El hecho dañoso no ocurrió y el asegurado lo inventa íntegramente. Es más frecuente en robo de vehículos y accidentes laborales.
- Sobredimensionamiento del daño: El siniestro existió pero el asegurado exagera su magnitud, ya sea en lo patrimonial (valuación del daño) o en lo personal (incapacidad, tratamiento médico).
- Fraude documental: Presentación de facturas falsas, informes médicos adulterados, partes policiales fraguados, certificados de baja laboral apócrifos.
- Fraude organizado o asociativo: Bandas con roles definidos (conductor, acompañante, testigo, médico, perito, abogado) que simulan accidentes de tránsito o laborales de manera sistemática.
- Fraude en la fase precontractual: Ocultamiento de preexistencias (enfermedades, daños previos en el vehículo) para obtener cobertura que de otro modo sería negada o más costosa.
- Doble aseguramiento malicioso: Contratación simultánea de múltiples coberturas sobre el mismo bien o persona, con intención de lucrar a través de una pluralidad de reclamos.

c) ¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?

Las diferencias que podemos notar son:

- En automotores, el fraude suele ser individual o semi-organizado y la frecuencia altísima lo torna estructuralmente significativo.
- En ART, el fraude tiene un componente sistémico y está potenciado por la litigiosidad: Argentina tiene uno de los índices más altos de judicialización de accidentes de trabajo de la región, lo que genera incentivos perversos para exagerar o simular incapacidades.
- En responsabilidad civil, el fraude organizado tiende a ser más sofisticado y los montos reclamados más elevados.

- En seguros de vida y salud, el fraude suele estar ligado a la falsificación documental médica y es más difícil de detectar por la asimetría de información entre el asegurado y la aseguradora.

5. Tecnología e Inteligencia Artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, deepfakes, simulaciones médicas, etc.)?

Argentina ha experimentado en los últimos años un incremento notable del fraude tecnológico en seguros:

- Manipulación digital de imágenes y videos: Herramientas de edición accesibles (Adobe Photoshop, aplicaciones móviles) permiten alterar fotografías de vehículos para simular o exagerar daños, o modificar documentos médicos e informes técnicos.
- Deepfakes y síntesis de audio/video: Aunque su uso masivo en el fraude asegurador aún no está documentado en Argentina, los expertos alertan sobre su potencial creciente para falsificar entrevistas o testimonios digitales.
- Identidades sintéticas: Creación de personas ficticias o utilización de datos de terceros para contratar seguros o presentar siniestros.
- Fraude en canales digitales: Phishing y suplantación de identidad para acceder a cuentas de asegurados y desviar pagos de indemnizaciones.
- Uso de inteligencia artificial generativa: Para producir facturas, informes médicos, partes policiales y contratos de reparación de apariencia auténtica.

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, machine learning, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

El mercado asegurador argentino se encuentra en un proceso de adopción gradual de herramientas tecnológicas para la detección del fraude. El grado de implementación varía según el tamaño y los recursos de cada compañía:

- **Análisis de big data:** Las aseguradoras de mayor tamaño han comenzado a cruzar datos de siniestros, talleres, médicos y peritos para identificar patrones anómalos.
- **Modelos de scoring de fraude:** Algoritmos que asignan un puntaje de riesgo de fraude a cada siniestro en función de variables predefinidas (histórico del asegurado, características del reclamo, coherencia documental).
- **Machine learning y análisis predictivo:** Para identificar tendencias y anticipar conductas fraudulentas antes de que se consoliden en un reclamo formal.
- **Reconocimiento de imágenes mediante IA:** Para detectar alteraciones digitales en fotos de daños vehiculares o documentos médicos.
- **Bases de datos compartidas (sectoriales):** En desarrollo incipiente; algunas asociaciones sectoriales están promoviendo el intercambio de información entre aseguradoras sobre asegurados o talleres con comportamiento sospechoso.
- **Investigadores privados y geolocalización:** Técnicas tradicionales potenciadas con tecnología GPS y análisis de redes sociales para contrastar las declaraciones del asegurado con su comportamiento real.

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

Argentina no cuenta aún con una regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en la detección del fraude asegurador. El marco general es fragmentario:

- El Plan Nacional de Inteligencia Artificial presentado por el gobierno en 2023 sienta principios generales (transparencia, no discriminación, explicabilidad) pero no tiene fuerza normativa vinculante.
- La SSN no ha emitido normas específicas sobre el uso de IA en la gestión de siniestros o la detección de fraude, aunque ha instado a las aseguradoras a adoptar sistemas de gestión de riesgos tecnológicos.
- La Ley 25.326 de Protección de Datos Personales y su decreto reglamentario aportan el marco jurídico aplicable cuando el uso de IA implica el tratamiento de datos personales de los asegurados.

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Sí, se plantean conflictos de relevancia práctica:

- Protección de datos personales: La utilización de datos sensibles (historial médico, geolocalización, perfiles de redes sociales) para detectar fraude puede colisionar con los principios de la Ley 25.326: finalidad, proporcionalidad y consentimiento informado. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (DNPDP) ha emitido opiniones que restringen la utilización de datos sin consentimiento explícito.
- Decisiones automatizadas y derecho de defensa: El artículo 16 de la Ley 25.326 reconoce el derecho a no ser objeto de decisiones exclusivamente automatizadas que produzcan efectos jurídicos significativos. El rechazo de un siniestro basado únicamente en un score algorítmico podría ser impugnado por esta vía.
- Discriminación algorítmica: El uso de variables proxy (zona geográfica, perfil socioeconómico) en los modelos de detección de fraude puede generar discriminación indirecta, cuestionable a la luz del artículo 43 de la Constitución Nacional y la normativa antidiscriminatoria.

6. Respuesta Institucional y Judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas).

La respuesta de las aseguradoras argentinas ante la detección de fraude combina, en general, las siguientes medidas:

- Rechazo del siniestro: Es la medida más inmediata y frecuente. La aseguradora emite una carta de rechazo fundada en los arts. 5, 46 o 72 de la Ley 17.418, según el caso. Este rechazo debe ser fehaciente y debidamente motivado para evitar que sea considerado arbitrario.
- Nulidad del contrato: En casos de reticencia dolosa precontractual, la aseguradora promueve la nulidad del contrato conforme al art. 5 LS.
- Denuncia penal: Las aseguradoras recurren a la vía penal en casos de fraude organizado o cuando la magnitud económica del perjuicio lo justifica.

- Transacción: En casos de menor cuantía o cuando la prueba del fraude es incompleta, algunas aseguradoras prefieren negociar una reducción del monto indemnizatorio antes que litigar.
- Inclusión en bases de datos sectoriales: Práctica en desarrollo incipiente; algunas aseguradoras incorporan a sus bases internas los datos de asegurados, talleres o médicos vinculados a maniobras fraudulentas.
- Comunicación a la SSN y a la UIF: En los casos en que el fraude pueda constituir una operación de lavado de activos, existe la obligación de reportar a la UIF conforme a la Ley 25.246.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

No existe una línea jurisprudencial consolidada, aunque se está empezando a ver mayor recepción por parte de los jueces en los casos de fraude sobretodo cuando se tratan de casos organizados

Recientemente, la Cámara de Casación Penal de la Provincia de Buenos Aires confirmó las condenas dictadas contra abogados integrantes de organizaciones delictivas, consolidando uno de los antecedentes más importantes en materia de fraude organizado contra compañías aseguradoras en la Argentina. La decisión no solo ratificó la gravedad de las maniobras investigadas, sino también la necesidad de abordar estos hechos desde la lógica de la criminalidad organizada y no como simples litigios aislados.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

La tendencia jurisprudencial argentina puede calificarse como moderadamente restrictiva respecto de la facultad de la aseguradora para invocar fraude. Los tribunales exigen un estándar probatorio riguroso y son sensibles al argumento de que el rechazo del siniestro puede dejar al asegurado en estado de indefensión.

Sin embargo, en los últimos años se advierte una mayor apertura judicial hacia los planteos de las aseguradoras, especialmente en casos de fraude organizado en automotores y ART, donde la evidencia de maniobras sistemáticas ha generado una actitud más receptiva de los jueces.

7. Cooperación y Gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

La cooperación existe, pero es todavía incipiente:

- En marzo de 2026 la Asociación de Aseguradoras Argentina (ADEAA) y el Ministerio Publico Fiscal de la Provincia de Buenos Aires celebraron un convenio Marco de intercambio de información y capacitación en la lucha contra el fraude.
- Existen plataformas de cruce de información entre varios operadores del mercado que coadyuvan en graficar indicios como una herramienta más a validar o no en campo (Ej: sistema Sofía de Cesvi, Fraud Keeper, Friss)
- Sistema IRIS de la SSN que recibe información de todo el mercado y que está en plena modernización a través del llamado SINIAS que estima su puesta en productivo el 01/01/2027

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

Argentina no cuenta aún con una base de datos sectorial centralizada de acceso amplio para el intercambio de información sobre fraude asegurador. Sin embargo, se han dado pasos en esa dirección:

- Registro de Siniestros de Automotores: Existen registros parciales gestionados por algunas cámaras del sector que permiten identificar vehículos con múltiples reclamos.
- Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal: No está diseñado específicamente para el fraude asegurador, pero puede ser consultado por las aseguradoras para verificar antecedentes penales.
- Iniciativas privadas de información compartida: Algunas aseguradoras han desarrollado acuerdos bilaterales o multilaterales para intercambiar listas de talleres, médicos o peritos sospechosos.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

- :La Ley 25.326 Protección de datos personales impone restricciones al intercambio de datos, especialmente cuando se trata de datos sensibles (salud, situación económica). Se requiere consentimiento del titular o habilitación legal expresa.

8. Desafíos y Perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

Son muchos los desafíos actuales que se presentan en la jurisdicción en la lucha contra el fraude.

- Concientización: Uno de los mayores desafíos es la concientización de que nos encontramos ante verdaderos delitos penales
- Déficit probatorio: Las aseguradoras frecuentemente carecen de las herramientas técnicas y los recursos humanos necesarios para construir expedientes de investigación sólidos que soporten el escrutinio judicial.
- Alta litigiosidad y costos del fraude:
- Desafíos tecnológicos: La adopción de IA y big data para la detección de fraude avanza más lentamente que la sofisticación de las técnicas fraudulentas, especialmente en el uso de herramientas de inteligencia artificial generativa.

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

- A nivel legislativo debería ampliarse lo establecido en el código penal: Creación de un tipo penal específico que contemple la simulación de siniestros, el sobredimensionamiento doloso del daño y el fraude organizado, con penas proporcionales a la magnitud del perjuicio.
- Creación de una base de datos sectorial centralizada: Bajo la supervisión de la SSN, con acceso regulado para las aseguradoras, que permita el intercambio de información sobre siniestros sospechosos, talleres, médicos y peritos con antecedentes fraudulentos.

- Marco regulatorio específico para el uso de IA en la gestión de siniestros: Que garantice la explicabilidad de las decisiones automatizadas y proteja los derechos de los asegurados de buena fe.

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

Elaboración de un instrumento iberoamericano de referencia sobre fraude al seguro: Un modelo de ley o unas directrices de política pública que sirvan de base para las reformas nacionales, considerando las particularidades de cada mercado.

- Creación de una base de datos regional: Bajo el amparo del CILA o de organismos supranacionales, que permita el intercambio de información sobre fraude transfronterizo, especialmente relevante en los mercados del MERCOSUR.
- Armonización de los estándares probatorios: Para facilitar la cooperación judicial en casos de fraude organizado con ramificaciones internacionales.
- Programas de formación regional: Para jueces, fiscales y operadores del sector asegurador, orientados a fortalecer las capacidades de detección, investigación y sanción del fraude.
- Promoción del uso ético y regulado de la IA: Elaboración de directrices regionales sobre el uso de inteligencia artificial en la gestión de siniestros, con énfasis en la protección de los derechos de los asegurados y la prevención de la discriminación algorítmica.



10.5 BOLIVIA

Identificación del Responsable

MARIA ISABEL DE GUMUCIO LANDIVAR

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

Sí. El ordenamiento jurídico boliviano contempla una regulación específica del fraude en materia de seguros, tanto desde la perspectiva penal como desde la regulación del contrato de seguro. A diferencia de otros ordenamientos latinoamericanos, en los que las conductas fraudulentas suelen subsumirse en tipos penales generales como la estafa o la falsedad documental, Bolivia ha optado por tipificar expresamente el **fraude de seguro** como un delito autónomo en el Código Penal.

Paralelamente, el **Código de Comercio** desarrolla un régimen jurídico preventivo del fraude a través de las normas que regulan el contrato de seguro, imponiendo al tomador y al asegurado deberes de información, lealtad y buena fe cuya infracción puede determinar la nulidad del contrato, la pérdida del derecho a la indemnización o la liberación de responsabilidad del asegurador.

En consecuencia, el tratamiento normativo del fraude asegurador en Bolivia presenta una doble dimensión:

- **Preventiva y contractual**, regulada por el Código de Comercio mediante las reglas que disciplinan la formación, ejecución y extinción del contrato de seguro.
- **Represiva o sancionatoria**, prevista por el Código Penal mediante la tipificación específica del delito de fraude de seguro.

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

I. Código Penal

La principal disposición aplicable es el **artículo 338 del Código Penal**, que tipifica expresamente el delito de **Fraude de Seguro**, constituyendo una de las particularidades del sistema jurídico boliviano en materia aseguradora.

El citado artículo sanciona a quien, con la finalidad de obtener para sí o para un tercero el pago de una indemnización o incrementar indebidamente su cuantía, destruya, deteriore, haga desaparecer u oculte el bien asegurado, o emplee cualquier otro medio fraudulento destinado a inducir en error a la entidad aseguradora.

Asimismo, la norma establece una agravación de la pena cuando el autor logra consumir el cobro de la indemnización, evidenciando que el legislador no solo tutela el patrimonio de las entidades aseguradoras, sino también la confianza y transparencia que deben caracterizar al mercado asegurador.

Desde una perspectiva comparada, la tipificación expresa del fraude de seguro constituye una fortaleza del ordenamiento jurídico boliviano, pues dota a los operadores de una herramienta penal específica para enfrentar este fenómeno sin necesidad de recurrir exclusivamente a figuras penales generales como la estafa.

II. Código de Comercio

El Código de Comercio regula el contrato de seguro en los artículos **979 al 1120**, estableciendo un sistema integral orientado a preservar la buena fe contractual, prevenir el fraude y proteger el equilibrio económico del contrato.

Aunque el Código no contiene una definición expresa del fraude asegurador, incorpora diversas instituciones jurídicas cuya finalidad consiste precisamente en impedir conductas fraudulentas durante la celebración y ejecución del contrato.

Entre las disposiciones de mayor relevancia destacan las siguientes:

Artículo 979. Define el contrato de seguro como la relación jurídica mediante la cual el asegurador asume determinados riesgos a cambio del pago de una prima, constituyendo la base conceptual sobre la que se estructura todo el régimen asegurador.

Artículo 980. Reconoce el interés asegurable como requisito esencial del contrato, impidiendo que el seguro sea utilizado como instrumento de especulación o enriquecimiento ilícito.

Artículo 981. Declara la nulidad del contrato cuando el riesgo hubiera desaparecido o el siniestro hubiese ocurrido antes de su celebración, evitando la contratación fraudulenta de seguros sobre riesgos inexistentes.

Artículo 986. Establece que el dolo del asegurado no constituye un riesgo asegurable, consagrando uno de los principios fundamentales del Derecho de Seguros: el contrato no puede brindar protección frente a daños provocados intencionalmente por quien pretende beneficiarse de la cobertura.

Artículo 992. Impone al tomador del seguro el deber de declarar de manera completa, veraz y exacta todas las circunstancias relevantes para la adecuada apreciación del riesgo por parte del asegurador.

Artículo 993. Regula las consecuencias de la reticencia o de las declaraciones inexactas cuando estas hubieran influido en la decisión del asegurador de celebrar el contrato o en las condiciones pactadas, estableciendo la anulabilidad del contrato.

Artículo 994. Diferencia la reticencia dolosa de aquella producida sin intención fraudulenta, permitiendo al asegurador solicitar la anulación del contrato o adecuar la prima conforme al riesgo efectivamente asumido.

Artículo 995. Presume el conocimiento del estado del riesgo por parte del asegurador cuando éste omite solicitar la información prevista por la ley, limitando posteriormente la posibilidad de invocar determinadas reticencias.

Artículo 998. Extiende las reglas sobre reticencia a los contratos celebrados por representación, garantizando que el deber de buena fe alcance también a quienes actúan en nombre del tomador.

Artículo 999. Constituye una de las disposiciones más relevantes del régimen jurídico boliviano, al establecer que las declaraciones falsas o reticentes realizadas con dolo o mala fe producen la nulidad del contrato y privan al asegurado del derecho a recuperar las primas pagadas.

Artículo 1000. Regula la obligación del asegurado de comunicar oportunamente toda agravación del riesgo durante la vigencia del contrato, disponiendo que el incumplimiento de este deber libera al asegurador de las obligaciones futuras cuando concurren los presupuestos legales.

En conjunto, estas disposiciones reflejan que el Código de Comercio boliviano adopta un sistema preventivo basado en el principio de la **máxima buena fe (uberrimae fidei)**, imponiendo obligaciones recíprocas de transparencia cuya vulneración genera importantes consecuencias contractuales.

III. Ley N.º 1883 de Seguros y normativa administrativa

La Ley N.º 1883 de Seguros establece el marco institucional del mercado asegurador boliviano y atribuye a la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) las funciones de regulación, supervisión y control de las entidades aseguradoras.

En desarrollo de estas competencias, la APS ha emitido diversa normativa relativa al gobierno corporativo, control interno, gestión de riesgos, investigación y liquidación de siniestros,

seguridad de la información y prevención de conductas irregulares, configurando un sistema administrativo orientado a fortalecer la transparencia y la integridad del mercado asegurador.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?

En Bolivia, el fraude de seguro constituye un **delito autónomo**, expresamente tipificado en el **artículo 338 del Código Penal**.

Esta circunstancia diferencia al ordenamiento jurídico boliviano de numerosos sistemas latinoamericanos, en los que el fraude asegurador carece de regulación específica y debe perseguirse mediante figuras penales generales, principalmente la estafa, la falsedad documental o el uso de instrumento falsificado.

No obstante, la existencia del artículo 338 no excluye la posibilidad de que, en determinados supuestos, el fraude asegurador concorra materialmente con otros delitos cuando la conducta del autor implique la falsificación de documentos, el uso de instrumentos falsificados, la alteración de registros, la legitimación de ganancias ilícitas u otras infracciones penales previstas por el ordenamiento jurídico.

Desde una perspectiva dogmática, la incorporación del artículo 338 evidencia la voluntad del legislador boliviano de otorgar una tutela penal reforzada al contrato de seguro y al correcto funcionamiento del mercado asegurador, protegiendo no solo el patrimonio de las entidades aseguradoras, sino también la confianza pública y el principio de buena fe que constituye el eje estructural de toda relación asegurativa.

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución u otros)?

Las consecuencias jurídicas del fraude asegurador en el ordenamiento boliviano no son uniformes, sino que dependen del momento en que la conducta fraudulenta se produce, de su gravedad y de la institución jurídica comprometida. El Código de Comercio adopta un sistema diferenciado que distingue entre el fraude cometido durante la formación del contrato y aquel que tiene lugar durante su ejecución o en la etapa de reclamación del siniestro.

En la **fase precontractual**, cuando el tomador o el asegurado incurre en declaraciones falsas o reticencias dolosas respecto de circunstancias esenciales para la correcta apreciación del riesgo, el ordenamiento prevé la **nulidad o anulabilidad del contrato**, según la naturaleza de la conducta y el grado de culpabilidad. En este ámbito resultan especialmente relevantes los artículos **992, 993, 994, 998 y 999 del Código de Comercio**, que desarrollan el deber de declaración del riesgo y las consecuencias derivadas de su incumplimiento.

En particular, el **artículo 999 del Código de Comercio** establece que las declaraciones falsas o reticentes realizadas con dolo o mala fe producen la nulidad del contrato, privando además al asegurado del derecho a recuperar las primas pagadas. Esta disposición constituye una de las principales manifestaciones legislativas del principio de la **máxima buena fe (uberrimae fidei)**, sobre el cual descansa el contrato de seguro.

Cuando el fraude se produce **durante la ejecución del contrato**, especialmente con ocasión de la ocurrencia o reclamación del siniestro, las consecuencias jurídicas son diferentes. En estos supuestos, la conducta fraudulenta puede justificar el **rechazo de la cobertura**, la **pérdida del derecho a la indemnización** y la **liberación del asegurador de su obligación de indemnizar**, en la medida en que el asegurado haya intentado obtener un beneficio económico indebido mediante la simulación del siniestro, la exageración del daño, la ocultación de circunstancias relevantes o cualquier otra conducta dolosa.

Si la indemnización ya hubiera sido pagada como consecuencia del fraude, la entidad aseguradora podrá ejercer las acciones civiles correspondientes para obtener la **restitución de las sumas indebidamente percibidas**, así como reclamar, cuando corresponda, la reparación de los daños y perjuicios ocasionados. Estas acciones son independientes de la responsabilidad penal derivada del **artículo 338 del Código Penal**, que tipifica el delito de fraude de seguro. En consecuencia, el fraude asegurador puede generar simultáneamente efectos contractuales, civiles y penales, evidenciando la existencia de un sistema de tutela integral orientado a preservar la buena fe contractual y la estabilidad del mercado asegurador.

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

Conforme a los principios generales del Derecho Procesal Civil boliviano y al régimen jurídico del contrato de seguro, corresponde a la **entidad aseguradora** acreditar la existencia del fraude

cuando pretende invocarlo como fundamento para rechazar la cobertura, negar el pago de la indemnización o solicitar la nulidad del contrato.

La carga probatoria comprende la demostración de los elementos constitutivos de la conducta fraudulenta, particularmente:

- la existencia de una conducta engañosa;
- el carácter doloso de dicha conducta;
- la aptitud del engaño para inducir a error al asegurador; y
- la relación causal entre el fraude y el beneficio económico perseguido.

No resulta jurídicamente suficiente la mera sospecha, la existencia de inconsistencias formales o simples indicios aislados. Debido a las graves consecuencias jurídicas que el fraude produce sobre los derechos del asegurado, la prueba debe ser objetiva, suficiente y coherente.

No obstante, una vez acreditados por la aseguradora hechos objetivos que permitan inferir razonablemente la existencia de una conducta fraudulenta, corresponde al asegurado desvirtuar tales elementos mediante la producción de prueba idónea, conforme a los principios de contradicción y defensa.

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

Es preciso aclarar que en Bolivia de acuerdo al art 39 de la Ley de Seguros los conflictos derivados del contrato de seguros se resuelven de manera obligatoria en sede arbitral, por lo que el procedimiento se rige por la Ley 708, los reglamentos de los centros de arbitraje y de manera supletoria las normas del proceso civil.

El proceso civil boliviano se rige por el principio de la **libre valoración de la prueba**, conforme al sistema de la **sana crítica**, mediante el cual el juez aprecia integralmente los elementos probatorios de acuerdo con las reglas de la lógica, la experiencia y los conocimientos científicos.

En materia de fraude asegurador, este estándar adquiere particular relevancia debido a que la declaración de fraude produce consecuencias especialmente gravosas para el asegurado, tales como la nulidad del contrato, la pérdida del derecho a la indemnización o la eventual responsabilidad penal.

Por esta razón, la práctica exige que el fraude se encuentre acreditado mediante un conjunto de pruebas suficientes, pertinentes, concordantes y legalmente obtenidas, capaces de generar una convicción razonable acerca de la existencia del dolo.

Entre los medios probatorios de mayor relevancia destacan la prueba documental, las pericias técnicas, los informes de investigación de siniestros, la prueba pericial contable, informática o médica, las inspecciones, las declaraciones testificales y cualquier otro elemento que permita reconstruir objetivamente las circunstancias del siniestro.

La valoración judicial no puede sustentarse en presunciones arbitrarias ni en meras sospechas, sino en una apreciación integral de la prueba producida durante el proceso.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil?

No.

En el ordenamiento jurídico boliviano no constituye requisito la existencia de una sentencia penal condenatoria para que la entidad aseguradora pueda invocar el fraude dentro del ámbito contractual o promover las acciones legales que estime pertinentes.

La responsabilidad contractual derivada del incumplimiento de las obligaciones impuestas por el contrato de seguro es jurídicamente independiente de la responsabilidad penal prevista en el **artículo 338 del Código Penal**. En consecuencia, la aseguradora puede rechazar la cobertura, solicitar la nulidad del contrato o reclamar la restitución de prestaciones indebidamente percibidas con fundamento en las disposiciones del Código de Comercio, sin necesidad de esperar la conclusión del proceso penal.

Ello no significa desconocer la eventual incidencia de una sentencia penal firme sobre el proceso civil. Cuando exista una resolución penal ejecutoriada que establezca hechos relevantes para la controversia, ésta podrá producir los efectos que el ordenamiento jurídico atribuye a la cosa juzgada en los términos previstos por la legislación procesal. Sin embargo, la decisión contractual de la aseguradora y el conocimiento de la controversia por la jurisdicción civil no se encuentran condicionados a la previa existencia de una condena penal. Esta autonomía entre las jurisdicciones civil y penal responde a la distinta naturaleza de las responsabilidades involucradas y constituye un principio ampliamente reconocido en el Derecho Procesal contemporáneo.

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país?

En la actualidad, el Estado Plurinacional de Bolivia **no dispone de un sistema oficial, público y periódico de estadísticas específicamente dedicado al fraude asegurador**. Ni la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS) ni otras entidades públicas publican de manera sistemática indicadores que permitan determinar la frecuencia, incidencia o tipología del fraude en el mercado asegurador nacional.

La información disponible proviene, principalmente, de tres fuentes:

- Investigaciones internas desarrolladas por las entidades aseguradoras durante los procesos de evaluación y liquidación de siniestros;
- Información agregada obtenida por asociaciones y actores del mercado asegurador;
- Estudios comparados elaborados por organismos internacionales y por la doctrina especializada en Derecho de Seguros.

Sin embargo, estas fuentes presentan importantes limitaciones metodológicas, ya que responden a criterios de recopilación heterogéneos, no siguen estándares uniformes de clasificación y, en la mayoría de los casos, no son de acceso público.

La ausencia de un sistema nacional de información sobre fraude asegurador constituye una de las principales debilidades institucionales del mercado boliviano, pues dificulta la medición objetiva del fenómeno, limita la evaluación de políticas de prevención y restringe la posibilidad de realizar análisis comparativos con otras jurisdicciones.

No obstante esta limitación, existe consenso entre las entidades aseguradoras, liquidadores de siniestros y operadores jurídicos respecto de que el fraude representa un factor de creciente preocupación para el sector, particularmente debido al incremento de reclamaciones complejas, al uso de documentación falsificada y a la sofisticación de los mecanismos empleados para inducir en error a las compañías aseguradoras.

Debido a que el arbitraje es mandatorio y los procesos arbitrales tienen por norma la confidencialidad, es muy difícil la obtención de datos estadísticos o jurisprudenciales.

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

Hasta la fecha, **no existen estudios oficiales que cuantifiquen de manera específica el impacto económico del fraude asegurador en Bolivia**, ni estimaciones públicas que permitan determinar con precisión el porcentaje de las primas, de la siniestralidad o de la litigiosidad atribuible a conductas fraudulentas.

Esta ausencia de información cuantitativa impide realizar una valoración económica exacta del fenómeno. No obstante, desde la perspectiva técnica del negocio asegurador, el fraude produce efectos económicos que son ampliamente reconocidos por la doctrina y por la práctica internacional, entre los cuales destacan:

- Incremento de la siniestralidad técnica;
- Aumento de los costos de investigación y liquidación de siniestros;
- Mayores gastos administrativos y periciales;
- Incremento de la litigiosidad derivada del rechazo de reclamaciones sospechosas;
- Afectación del equilibrio actuarial de las carteras de seguros; y
- Presión indirecta sobre el cálculo de las primas y las reservas técnicas.

En consecuencia, aunque el impacto económico del fraude no haya sido cuantificado oficialmente en Bolivia, resulta razonable afirmar que genera costos directos e indirectos que inciden negativamente sobre la eficiencia, sostenibilidad y competitividad del mercado asegurador.

Desde una perspectiva comparada, esta situación evidencia la necesidad de desarrollar mecanismos nacionales de recopilación estadística que permitan diseñar políticas públicas y estrategias de prevención basadas en evidencia empírica.

c) ¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?

Si bien la inexistencia de estadísticas oficiales impide afirmar con rigor científico un incremento cuantificable del fraude asegurador, diversos actores del mercado coinciden en señalar una evolución cualitativa del fenómeno durante los últimos años.

Más que un aumento comprobado en el número de casos, se observa una transformación en las modalidades de fraude, caracterizadas por un mayor grado de organización, sofisticación y utilización de herramientas tecnológicas.

Entre las tendencias identificadas destacan:

- Utilización de documentos digitalmente alterados;
- Falsificación de certificados médicos y facturas;
- Manipulación de imágenes y fotografías;
- Simulación de accidentes mediante actuaciones coordinadas;
- Participación de redes organizadas en determinadas modalidades de fraude; y
- Utilización creciente de medios electrónicos durante la contratación y gestión de siniestros.

La digitalización progresiva del mercado asegurador constituye un desafío adicional para las entidades aseguradoras y para el regulador, al exigir el fortalecimiento de los mecanismos de verificación documental, análisis de datos y detección temprana de operaciones sospechosas.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

En ausencia de estadísticas oficiales desagregadas por ramo, la identificación de los sectores más expuestos al fraude asegurador se fundamenta en la experiencia operativa del mercado boliviano y en la evidencia comparada de la región latinoamericana.

Los ramos que presentan una mayor exposición son:

- Seguros de automotores;
- Seguros de salud;
- Seguros de accidentes personales;
- Seguros patrimoniales (incendio, robo y riesgos diversos);
- Seguros de vida, particularmente respecto de la declaración del estado de salud y de enfermedades preexistentes.

Esta distribución responde a la mayor frecuencia de siniestros, al elevado volumen de reclamaciones y a la posibilidad de manipular o exagerar los daños reclamados.

b) ¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?

Las modalidades de fraude observadas en el mercado boliviano son consistentes con las tendencias identificadas en otros países de la región y comprenden, principalmente:

- Simulación total o parcial de siniestros inexistentes;
- Sobredimensionamiento o exageración del monto de los daños efectivamente sufridos;
- Falsificación o alteración de documentos, certificados, facturas, presupuestos y otros medios probatorios;
- Utilización de certificados médicos falsos o alterados;
- Ocultamiento de enfermedades preexistentes o de circunstancias relevantes para la apreciación del riesgo;
- Reclamaciones múltiples o duplicadas sobre un mismo evento dañoso;
- Ocultamiento o desaparición deliberada del bien asegurado con el propósito de obtener la indemnización; y
- Fraude organizado mediante la intervención coordinada de varias personas para simular la ocurrencia de un siniestro.

Estas conductas pueden presentarse de manera aislada o combinada, incrementando considerablemente la complejidad de la investigación y liquidación del siniestro.

c) ¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?

Sí. Las modalidades de fraude varían en función de la naturaleza del riesgo asegurado y de las particularidades propias de cada ramo.

En los **seguros de automotores**, predominan la simulación de accidentes, la exageración de daños materiales, la desaparición deliberada del vehículo y la presentación de reclamaciones por hechos previamente ocurridos.

En los **seguros de salud y accidentes personales**, las principales irregularidades están vinculadas con la utilización de certificados médicos falsificados, la facturación de prestaciones inexistentes o sobredimensionadas y el ocultamiento de enfermedades preexistentes.

En los **seguros patrimoniales**, las modalidades más frecuentes comprenden la sobrevaloración de pérdidas, la alteración de inventarios, la simulación de robos y la destrucción intencional de bienes asegurados con la finalidad de obtener la indemnización.

En los **seguros de vida**, el fraude suele concentrarse en la omisión dolosa de antecedentes médicos relevantes durante la etapa de contratación y, en menor medida, en la utilización de documentación falsa para acreditar la ocurrencia del siniestro.

Esta diversidad de modalidades evidencia que las estrategias de prevención e investigación deben diseñarse de manera diferenciada para cada ramo, considerando las características específicas del riesgo asegurado y los mecanismos de fraude más frecuentes en cada segmento del mercado.

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, *deepfakes*, simulaciones médicas, etc.)?

El proceso de transformación digital del mercado asegurador ha generado nuevos desafíos en la prevención e investigación del fraude. No obstante, **hasta la fecha no existen registros oficiales ni jurisprudencia publicada que permitan afirmar la existencia de una incidencia significativa de fraudes cometidos mediante inteligencia artificial en el mercado asegurador boliviano.**

Ello no implica que el riesgo sea inexistente. Por el contrario, la experiencia comparada demuestra que la incorporación de tecnologías digitales incrementa la posibilidad de utilización de herramientas capaces de facilitar la comisión de fraudes cada vez más complejos y difíciles de detectar.

Entre los riesgos tecnológicos que previsiblemente adquirirán mayor relevancia en los próximos años se encuentran:

- La manipulación digital de documentos e imágenes;
- La generación de documentos falsificados mediante inteligencia artificial;
- La creación de identidades sintéticas;

- La utilización de tecnologías *deepfake* para la alteración de fotografías, videos o grabaciones de voz;
- La simulación digital de daños materiales o lesiones personales; y
- La automatización de esquemas de fraude mediante herramientas de inteligencia artificial generativa.

Si bien estas modalidades aún no presentan un desarrollo documentado en Bolivia, constituyen una preocupación creciente para el mercado asegurador internacional y representan un desafío regulatorio que el ordenamiento jurídico boliviano deberá afrontar en los próximos años.

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, *machine learning*, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

El grado de incorporación de tecnologías avanzadas para la detección del fraude en el mercado asegurador boliviano continúa siendo limitado en comparación con otras jurisdicciones de la región. Sin embargo, el proceso de digitalización impulsado por las entidades aseguradoras ha favorecido la utilización progresiva de herramientas destinadas a fortalecer los mecanismos de control y análisis de riesgos.

Entre las tecnologías cuya implementación comienza a observarse destacan:

- Analítica de datos (*data analytics*);
- Cruces automatizados de información;
- Monitoreo de patrones de comportamiento;
- Sistemas de alertas tempranas;
- Digitalización de expedientes de siniestros;
- Herramientas de verificación documental; y
- Mecanismos automatizados para la identificación de inconsistencias en la información suministrada por los asegurados.

En contraste con mercados más desarrollados, el empleo de tecnologías como *big data*, *machine learning*, inteligencia artificial predictiva o algoritmos avanzados de detección de fraude aún presenta un desarrollo incipiente en Bolivia, principalmente debido al tamaño del mercado asegurador, a las limitaciones tecnológicas existentes y al costo asociado a la implementación de estas soluciones.

No obstante, la tendencia internacional evidencia una creciente adopción de estas herramientas, por lo que resulta previsible que su utilización aumente progresivamente en el mercado boliviano.

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

Actualmente el ordenamiento jurídico boliviano no cuenta con una regulación específica sobre el uso de la inteligencia artificial aplicable al sector asegurador.

La normativa vigente en materia de seguros —integrada principalmente por el Código de Comercio, la Ley N.º 1883 de Seguros y la regulación emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS)— fue concebida con anterioridad al desarrollo masivo de las tecnologías de inteligencia artificial y, en consecuencia, no establece disposiciones particulares relativas a:

- El empleo de algoritmos para la evaluación de riesgos;
- La utilización de modelos predictivos en la detección del fraude;
- La transparencia y explicabilidad de las decisiones automatizadas;
- La supervisión de sistemas de inteligencia artificial; o
- La responsabilidad derivada del uso de estas tecnologías.

En este contexto, la eventual utilización de herramientas de inteligencia artificial por parte de las entidades aseguradoras debe analizarse a la luz de los principios generales del Derecho de Seguros, de las normas sobre protección de los consumidores financieros y de las disposiciones regulatorias emitidas por la APS.

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Aunque Bolivia no dispone actualmente de una legislación integral sobre inteligencia artificial, la creciente utilización de tecnologías de análisis automatizado plantea importantes desafíos jurídicos relacionados con la protección de los derechos fundamentales de los asegurados.

Entre las principales cuestiones que podrían suscitarse destacan:

- El tratamiento masivo de datos personales durante los procesos de evaluación del riesgo;

- La utilización de información sensible relacionada con la salud o el patrimonio de los asegurados;
- La transparencia en el funcionamiento de los algoritmos empleados para la detección del fraude;
- El riesgo de decisiones automatizadas carentes de adecuada supervisión humana; y
- La posibilidad de que determinados modelos predictivos generen sesgos o tratamientos discriminatorios incompatibles con los principios de igualdad y debido proceso.

Desde una perspectiva prospectiva, estos desafíos evidencian la necesidad de desarrollar un marco regulatorio que permita compatibilizar la innovación tecnológica con la protección de los derechos fundamentales, la transparencia algorítmica y la seguridad jurídica.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales u otras medidas).

Cuando una entidad aseguradora detecta indicios razonables de fraude, la respuesta institucional dependerá de la naturaleza de los hechos, de la etapa contractual en la que se identifique la irregularidad y de la evidencia disponible.

En términos generales, las actuaciones que con mayor frecuencia se observan en la práctica comprenden:

- La apertura de investigaciones internas orientadas a verificar la autenticidad del siniestro y de la documentación presentada;
- La designación de ajustadores, liquidadores o investigadores especializados para el esclarecimiento de los hechos;
- El rechazo de la reclamación cuando se determine la existencia de fraude o incumplimiento de las obligaciones contractuales;
- La declaración de nulidad o la resolución del contrato cuando concurren las causales previstas por el código de comercio;
- El ejercicio de acciones civiles para obtener la restitución de las indemnizaciones indebidamente percibidas; y

- La interposición de denuncia penal cuando la conducta pudiera configurar el delito de **fraude de seguro**, previsto en el **artículo 338 del código penal**, o cualquier otra infracción penal relacionada.

Estas medidas pueden coexistir entre sí, dado que la responsabilidad contractual, la responsabilidad civil y la responsabilidad penal responden a finalidades distintas y son jurídicamente independientes.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

Hasta el momento **no se advierte una línea jurisprudencial amplia y consolidada específicamente referida al delito de fraude de seguro o a las consecuencias contractuales del fraude asegurador.**

Los litigios vinculados con esta materia suelen resolverse mediante la aplicación de los principios generales del Derecho de Seguros, particularmente aquellos relacionados con la buena fe contractual, el deber de declaración del riesgo, la reticencia y las consecuencias derivadas del incumplimiento de las obligaciones asumidas por el asegurado.

En el ámbito penal, la aplicación del artículo 338 del Código Penal aún no ha generado un desarrollo jurisprudencial suficientemente uniforme que permita identificar criterios consolidados de interpretación.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la sistematización y difusión de la jurisprudencia nacional en materia de fraude asegurador, a fin de contribuir a una mayor seguridad jurídica y uniformidad en la aplicación del derecho.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

Del análisis del marco normativo boliviano puede concluirse que la facultad de las entidades aseguradoras para invocar el fraude se encuentra sujeta a un criterio de interpretación **restrictivo y garantista**, en la medida en que la mera sospecha no resulta suficiente para privar al asegurado de los derechos derivados del contrato.

La aseguradora debe acreditar la existencia de una conducta dolosa mediante prueba suficiente y legalmente obtenida, respetando los principios del debido proceso, la buena fe contractual y la carga de la prueba.

En consecuencia, el sistema jurídico boliviano procura mantener un equilibrio entre dos objetivos igualmente relevantes: por un lado, garantizar que las entidades aseguradoras cuenten con mecanismos eficaces para combatir el fraude y proteger la sostenibilidad técnica del mercado; y, por otro, evitar que la invocación del fraude se convierta en un mecanismo arbitrario para denegar coberturas legítimamente contratadas.

Este equilibrio constituye una manifestación del principio de buena fe objetiva, que informa tanto la celebración como la ejecución del contrato de seguro y orienta la interpretación de las controversias derivadas de la existencia de conductas fraudulentas.

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

La prevención y detección del fraude asegurador exige una actuación coordinada entre las entidades aseguradoras, el organismo supervisor y las instituciones encargadas de la investigación y persecución de los delitos económicos. En Bolivia, esta cooperación se desarrolla principalmente dentro del marco regulatorio establecido por la Ley N.º 1883 de Seguros y la normativa emitida por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), que atribuyen a esta entidad funciones de supervisión, regulación y control del mercado asegurador.

En el ámbito operativo, las entidades aseguradoras mantienen mecanismos de interacción con la APS en el ejercicio de las funciones de supervisión prudencial, cumplimiento regulatorio y atención de requerimientos administrativos. Asimismo, cuando los hechos investigados revisten relevancia penal, las aseguradoras pueden ponerlos en conocimiento de las autoridades competentes para la investigación de los delitos previstos por el ordenamiento jurídico, entre ellos el delito de Fraude de Seguro, tipificado en el artículo 338 del Código Penal.

No obstante, la cooperación institucional en materia de fraude asegurador continúa desarrollándose principalmente sobre la base de las competencias generales de supervisión y fiscalización, sin que exista un sistema especializado e integrado de coordinación interinstitucional orientado exclusivamente a la prevención, investigación y análisis estratégico del fraude en seguros.

Desde una perspectiva comparada, diversos mercados aseguradores han evolucionado hacia modelos de cooperación más avanzados, caracterizados por el intercambio permanente de información entre aseguradoras, organismos supervisores y autoridades de investigación. La experiencia internacional demuestra que estos mecanismos permiten detectar patrones de fraude organizado, reducir la duplicidad de reclamaciones y fortalecer la capacidad preventiva del sistema.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

Actualmente **Bolivia no cuenta con una base de datos nacional especializada ni con un sistema sectorial de intercambio de información específicamente destinado a la prevención y detección del fraude asegurador.**

Las entidades aseguradoras administran sus propios registros internos y desarrollan procesos de investigación sobre la información obtenida en la tramitación de los siniestros; sin embargo, no existe un mecanismo institucionalizado que permita compartir de manera sistemática información relacionada con reclamaciones fraudulentas, personas investigadas, patrones de conducta o modalidades recurrentes de fraude entre los distintos operadores del mercado.

Esta situación constituye una limitación relevante desde la perspectiva de la gestión integral del riesgo, particularmente frente a modalidades de fraude organizado que involucran múltiples aseguradoras o la reiteración de conductas fraudulentas en distintas entidades.

La creación de mecanismos de intercambio de información, acompañados de adecuados estándares de seguridad, confidencialidad y protección de datos, permitiría fortalecer significativamente la capacidad de prevención y detección temprana del fraude, siguiendo experiencias desarrolladas en otros mercados aseguradores de la región y de Europa.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

Sí. Cualquier mecanismo de cooperación o intercambio de información destinado a prevenir el fraude debe desarrollarse dentro del marco de los principios constitucionales y legales que protegen los derechos fundamentales de las personas.

En particular, la implementación de sistemas de intercambio de información requiere garantizar:

- El respeto a la privacidad y confidencialidad de la información proporcionada por los asegurados;
- La utilización de los datos exclusivamente para fines legítimos relacionados con la prevención e investigación del fraude;
- La observancia del deber de reserva y del secreto profesional aplicable a las entidades aseguradoras y a los profesionales que intervienen en la gestión de los siniestros;
- El respeto de los principios de libre competencia, evitando prácticas que puedan generar restricciones indebidas al funcionamiento del mercado; y
- La existencia de mecanismos de control, trazabilidad y responsabilidad respecto del tratamiento de la información compartida.

Desde una perspectiva prospectiva, el eventual desarrollo de plataformas sectoriales de intercambio de información deberá conciliar la eficacia en la lucha contra el fraude con la protección de los derechos fundamentales de los asegurados, garantizando la proporcionalidad de las medidas adoptadas y el debido proceso.

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

El fraude asegurador constituye un fenómeno dinámico cuya complejidad aumenta a medida que evolucionan las modalidades de contratación, los canales digitales y las tecnologías de procesamiento de información. En este contexto, el mercado asegurador boliviano enfrenta diversos desafíos estructurales que condicionan la eficacia de las estrategias de prevención y persecución de estas conductas.

Entre los principales desafíos pueden identificarse los siguientes:

- fortalecer la cultura de prevención del fraude en todos los actores del mercado asegurador;
- desarrollar sistemas nacionales de recopilación y análisis estadístico que permitan dimensionar objetivamente la incidencia del fenómeno;

- modernizar los mecanismos tecnológicos utilizados por las entidades aseguradoras para la detección temprana de operaciones sospechosas;
- incrementar la especialización técnica de ajustadores, liquidadores, investigadores de siniestros y operadores de justicia;
- fortalecer la coordinación entre las entidades aseguradoras, la APS, el Ministerio Público y las autoridades encargadas de la investigación penal;
- afrontar los riesgos derivados de la transformación digital y de la utilización de tecnologías basadas en inteligencia artificial; y
- consolidar una jurisprudencia uniforme que otorgue mayor seguridad jurídica respecto de la interpretación de las normas aplicables al fraude asegurador.

La superación de estos desafíos requiere una estrategia integral que combine reformas normativas, fortalecimiento institucional, innovación tecnológica y capacitación especializada.

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

Si bien el ordenamiento jurídico boliviano cuenta con herramientas relevantes para combatir el fraude asegurador —como la tipificación del delito de Fraude de Seguro en el artículo 338 del Código Penal y las disposiciones preventivas contenidas en el Código de Comercio—, el desarrollo tecnológico y la creciente sofisticación de las modalidades de fraude justifican la evaluación de reformas que permitan fortalecer el sistema.

Entre las principales líneas de mejora podrían considerarse:

- El desarrollo de un marco normativo específico para la prevención y gestión del fraude asegurador;
- La regulación del uso de tecnologías de inteligencia artificial en los procesos de suscripción, evaluación del riesgo y detección de fraude;
- El establecimiento de estándares de gobernanza de datos y de intercambio seguro de información entre entidades aseguradoras;
- La creación de mecanismos sectoriales de cooperación para la identificación de patrones de fraude organizado;
- El fortalecimiento de las facultades de supervisión tecnológica de la aps; y
- La promoción de programas permanentes de capacitación especializada para operadores jurídicos y profesionales del sector asegurador.

Estas reformas deberían orientarse a fortalecer la seguridad jurídica sin afectar los principios de buena fe, debido proceso, proporcionalidad y protección de los derechos de los asegurados.

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

Desde una perspectiva latinoamericana, el fraude asegurador constituye un desafío común que trasciende las fronteras nacionales y requiere respuestas coordinadas entre los distintos actores del mercado asegurador.

En este sentido, se formulan las siguientes recomendaciones:

1. **Impulsar la armonización normativa regional**, promoviendo estándares mínimos comunes para la prevención, investigación y sanción del fraude asegurador.
2. **Fortalecer la cooperación entre organismos supervisores**, favoreciendo el intercambio de experiencias, buenas prácticas e información estadística.
3. **Desarrollar protocolos regionales de intercambio de información**, respetando los principios de legalidad, confidencialidad, protección de datos personales y debido proceso.
4. **Promover el uso responsable de tecnologías avanzadas**, incorporando herramientas de analítica de datos, inteligencia artificial y aprendizaje automático bajo criterios de transparencia, explicabilidad y supervisión humana.
5. **Impulsar programas permanentes de formación especializada**, dirigidos a jueces, fiscales, reguladores, investigadores de siniestros, ajustadores y profesionales del mercado asegurador, con el propósito de fortalecer las capacidades institucionales frente a modalidades de fraude cada vez más sofisticadas.
6. **Fomentar la investigación académica y la producción de estadísticas comparables**, permitiendo evaluar la evolución del fraude asegurador y diseñar políticas públicas sustentadas en evidencia.

En definitiva, el fortalecimiento de la cooperación regional constituye un elemento esencial para preservar la confianza en el contrato de seguro, garantizar la estabilidad técnica del mercado asegurador y proteger adecuadamente los intereses de los asegurados que actúan de buena fe.



BRASIL

Identificación del Responsable

DENISE NUNES GARCIA (Presidente GNT Fraude),

ANA PAULA BARCELOS DIAS (Vice-Presidente GNT Fraude)

ADRIANO SCATTINI (membro GNT Fraude)

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción? Sim.

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

Sob o aspecto penal, existe um artigo específico no Código Penal Brasileiro (art. 171, §2º, V) que prevê como crime o ato de ocultar ou destruir coisa própria, ou lesar o próprio corpo ou saúde, ou agravar as consequências da lesão ou doença, com a intenção de receber a indenização securitária. Trata-se de um delito punido com pena de reclusão, de 1 a 5 anos, e multa. Na prática, o delito admite medidas de mitigação penal (acordo de não persecução ou suspensão condicional do processo).

No plano civil, a Lei nº 15.040/2024 (Marco Legal dos Seguros), em vigor desde 10/12/2025, também trata expressamente da fraude no art. 69, §4º, segundo o qual a fraude cometida por ocasião da reclamação do sinistro leva à perda, pelo infrator, do direito à garantia, liberando a

seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização — consequência de natureza civil, distinta e independente da tipificação penal, que prevê pena privativa de liberdade.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?

Trata-se de uma modalidade específica do crime de estelionato (previsto no Capítulo VI, art. 171, §2º, V, do Código Penal), e não de um tipo penal autônomo, diferenciando-se por dispensar a produção de efeito material, ou seja, o delito se consuma independentemente do prejuízo (efetivo pagamento da indenização).

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?

Em geral, a fraude é prevista nas Condições Gerais da Apólice como causa de perda do direito à indenização. Desde 10/12/2025, encontra-se em vigor a Lei nº 15.040/2024 (Marco Legal dos Seguros), que revogou os artigos 757 a 802 do Código Civil e passou a disciplinar a matéria, prevendo que o descumprimento doloso, pelo segurado, dos deveres relativos ao sinistro — incluindo declarações inexatas ou omissão de circunstâncias relevantes — implica a perda do direito à indenização, independentemente da previsão constante nas Condições Gerais da Apólice.

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba? Durante a regulação do sinistro, caso exista suspeita de fraude, a seguradora poderá atuar na produção probatória, apresentando laudos periciais, verificando as circunstâncias do evento fraudulento, além de análise documental, atendendo ao prazo previsto na Lei nº 15.040/2024. Do ponto de vista jurídico criminal/processual penal, o ônus probatório sempre recai sobre a acusação, papel exercido pelo Ministério Público Estadual ou Federal.

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales? A fraude é, por natureza, um delito praticado às escondidas, razão pela qual sua comprovação depende de uma investigação técnica robusta e diligente, e não apenas de prova direta da conduta. Os tribunais brasileiros admitem a prova indiciária (art. 239 do Código de Processo Penal), desde que amparada em um conjunto coeso e convergente de elementos técnicos capazes de demonstrar, com o grau de certeza exigido pela presunção de inocência (art. 5º, LVII, CF), que os fatos não poderiam ter ocorrido da forma narrada pelo segurado. Essa exigência estimula — e legítima — uma atuação investigativa mais aprofundada por parte da seguradora e das autoridades, com produção de elementos como: laudo pericial técnico confrontando a dinâmica descrita com os vestígios materiais constatados; exame documentoscópico de notas fiscais, orçamentos e demais documentos apresentados para comprovar o prejuízo; análise do histórico de sinistralidade e do perfil de risco do segurado; e apuração da cronologia entre a contratação/majoração da apólice e a ocorrência do sinistro. É justamente essa cadeia de indícios tecnicamente produzidos — e não a mera ausência de prova direta — que sustenta o reconhecimento judicial da fraude.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil? Em regra, não: as esferas são independentes. Em alguns casos, o juízo cível pode determinar a suspensão do processo para que se aguarde a resolução na esfera criminal.

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país? Sim, anualmente é disponibilizado pela CNSEG – Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização levantamento estatístico (<https://cnseg.org.br/publicacoes?categoria=SQF>).

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)? Sim, podendo ser verificadas nos relatórios parciais e anuais no link acima.

c) **¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?** Sim, nota-seum ligeiro aumento ano a ano em diversos segmentos.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) **¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?** Em números objetivos, a quantidade de fraudes em seguro auto é maior, pelo maior número de apólices contratadas. De todo modo, é importante consignar a taxa de incidência de fraude nos demais segmentos, como por exemplo saúde, que apresentou aumento expressivo nos últimos anos.

b) **¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?** No seguro auto, simulação de furtos/roubos ou simulação de colisão.

Já no seguro saúde, uso de documentos falsos, criação de empresas fictícias, simulação de vínculos empregatícios.

c) **¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?** Sim, as modalidades predominantes de fraude variam significativamente conforme o ramo. Não obstante as diferenças na forma de execução, todas essas modalidades convergem para o mesmo objetivo: a obtenção de vantagem econômica indevida.

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) **¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, deepfakes, simulaciones médicas, etc.)?** Sim. Observa-se um crescimento de casos em que a inteligência artificial generativa é utilizada como ferramenta para a prática de fraude no mercado segurador brasileiro, especialmente na falsificação de documentos (recibos, laudos, boletins de ocorrência) e na geração de imagens ou vídeos que simulam sinistros, danos ou lesões inexistentes.

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, machine learning, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito? No Brasil ainda não há regulação específica para o uso de inteligência artificial, utilizando-se o Código Civil e a Lei Geral de Proteção de Dados. O PL nº 2.338/2023 (Marco Legal da IA), aprovado pelo Senado Federal, segue em tramitação na Câmara dos Deputados, sem sanção até o momento.

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación? Sim. O uso de big data e inteligência artificial para detecção de fraude deve observar os princípios da finalidade, adequação e necessidade previstos na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), sobretudo quando envolve dados sensíveis.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas). Em geral, a detecção da fraude leva à negativa de indenização, com cancelamento da apólice e denúncia penal para investigação formal.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador? De modo geral, os tribunais convergem quanto à necessidade de prova robusta (direta ou indiciária) para o reconhecimento da fraude.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

Do ponto de vista penal, não se observa nos tribunais uma restrição efetiva à persecução da fraude, admitindo-se a prova indiciária para sua caracterização.

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude? Entre seguradoras, não há um convênio ou sistema formal de cooperação privada; a comunicação de casos suspeitos ocorre individualmente, por meio de notícia-crime ou representação às autoridades policiais. Com o poder público, a cooperação existe de forma pontual: as seguradoras são obrigadas por lei (art. 9º da Lei nº 9.613/1998) a reportar operações suspeitas ao COAF, no contexto da prevenção à lavagem de dinheiro, obrigação regulamentada, no âmbito do mercado segurador, pela Circular SUSEP nº 612/2020, que disciplina a política, os procedimentos e os controles internos de prevenção e combate à lavagem de dinheiro e ao financiamento do terrorismo.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información? A CNseg mantém o Registro Nacional de Sinistros (RNS) para consulta de sinistros.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude? Entre os principais desafios atuais destacam-se: (i) o uso crescente de inteligência artificial generativa como ferramenta para a prática da fraude; e (ii) a estrutura precária de delegacias de polícia, dificultando a investigação técnica e a produção de provas periciais em tempo hábil.

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

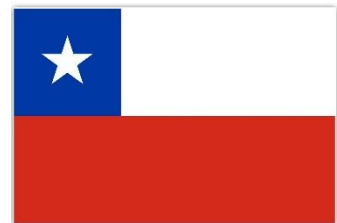
c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

Recomenda-se o desenvolvimento de mecanismos regionais de intercâmbio de informações, de modo a dificultar a atuação de fraudadores. Recomenda-se, ainda, a padronização de conceitos e indicadores de fraude entre os

países-membros, viabilizando estatísticas comparáveis, e a elaboração de diretrizes regionais sobre o uso de inteligência artificial na prevenção e detecção de fraude, compatibilizando eficiência tecnológica com proteção de dados pessoais.

Consideraciones finales

- Normativa citada: Constituição Federal, Código de Processo Penal, Código Penal, Código Civil, Lei nº 9.613/1998, Lei nº 13.709/2018, PL nº 2.338/2023, Lei nº 15.040/2024, e Circular SUSEP nº 612/2020;
- Informes estadísticos: CNSEG – Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização



CHILE

Identificación del Responsable

MANUEL CARVALLO, ESTUDIO CARVALLO ABOGADOS

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

SI

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

Se encuentran tipificados el fraude al seguro de contratación de pólizas y el fraude al seguro de siniestros, ambos en el artículo 470 n° 6 y 10 del código penal. Adicionalmente existen sanciones de nulidad y resolución de contrato (art 539 del código de comercio) en caso de

engaños y reticencias al suscribir la póliza o al denunciar un siniestro. Y también otra serie de sanciones civiles dentro de la regulación del contrato de seguros.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?

Autónoma según lo ya indicado

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?

Nulidad (en contratación) resolución (en caso de falsedades al denunciar el siniestro)

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

El asegurado debe probar la existencia del siniestro y sus circunstancias, la prueba de las falsedades en las declaraciones son del asegurador

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

Dada la afinada tipicidad de la conducta, se deben probar los hechos, prueba reglada.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil?

No

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país?

no

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

no

c) ¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?

Considerable, el crecimiento en la detección y persecución penal aumenta considerablemente cada año.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

En todos los ramos existe el fenómeno, principalmente vehicular y equipo móvil, salud, bienes físicos (robo), también en otras coberturas de bienes físicos (daños por agua, rotura de cañerías) y algunos complementarios a créditos (cesantía). Responsabilidad civil tiene poca incidencia de fraudes porque no existe acción directa, citación en garantía ni daños punitivos.

b) ¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?

todas las anteriores, en robo vehicular los falsos robos o encerronas o portonazos (highjacking) los que también coinciden con crimen organizado, exageración de montos en robos casa habitación y comercial, falsificación documental en todos los ramos pero especialmente en vida, salud e invalidez.

c) ¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?

Hemos tenido casos en todos los ramos de la industria, incluso en garantía (caución).

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, deepfakes, simulaciones médicas, etc.)?

si

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, machine learning, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

poco por el momento, está actualmente en aumento paulatino incluídos algunos software predictivos con IA.

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

NO aún.

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Si los van a haber a partir de Diciembre de 2026, los cuales debieran entenderse solucionados por el procedimiento de liquidación de siniestros existente, pero se esperan roces.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas).

Rechazo de cobertura, y persecución penal selectiva a través de acciones penales, a más de eventuales defensas civiles si el defraudador insiste con una demanda monetaria.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

Si, se acoge plenamente, con condenas tanto en delito frustrado como delito frustrado de fraude de siniestros y se está también consolidando en fraude de contratación. A la fecha existen múltiples condenas en juicio oral, abreviado y también salidas alternativas por todo el país, ratificadas por las cortes superiores de justicia.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

Más bien son los propios miedos de las aseguradoras, por el riesgo de Relaciones públicas los temores que aún persisten en algunas aseguradoras, pero ya son la excepción, la mayoría lo combate activamente.

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

Si a través de la asociación de aseguradores en especial en vehículos motorizados y a través de los comités técnicos de la misma asociación.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

No de fraudes, solo de siniestros o siniestralidad de seguros generales a través del “SISGEN” que administra la asociación de aseguradores.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

Si, a partir de diciembre 2026 los habrá más claramente establecidos.

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

Continuar con generar la percepción del problema y lograr una persecución penal más generalizada de todo el mercado contra estos delincuentes

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

Sería necesaria una modificación en la normativa de invalidez, porque está siendo mal utilizada por defraudadores, también se necesita una persecución más activa de los “testaferros” o “palos blancos” en el flujo de fondos de lavado de activo derivado de los fraudes.

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

Desarrollar seminarios o eventos internacionales, porque los fraudes son los mismos en todos los países, para intercambiar experiencias y mejores prácticas.



COLOMBIA

Identificación del Responsable

LUZ ELENA FLÓREZ SALAZAR

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

En Colombia no existe una ley única y especializada que regule el fraude en seguros. Sin embargo, el fenómeno está ampliamente cubierto por normas civiles, comerciales, penales y administrativas.

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

Dentro de las principales normas se destacan:

- **Código de Comercio (Decreto 410 de 1971)**

Art. 1058: Acerca del deber de declaración sincera del riesgo

Art. 1076 y 1077: Acerca de la carga de la prueba del siniestro

Art. 1078: Acerca de la pérdida del derecho por mala fe

- **Código Civil**

Principios de buena fe contractual (Art. 1603)

- **Código Penal (Ley 599 de 2000)**

Estafa (Art. 246)

Falsedad en documento (Art. 286 y ss.)

- **Superintendencia Financiera de Colombia (SFC)**

Circular Básica Jurídica: exige sistemas de administración de riesgos, incluyendo el fraude

- **SARLAFT / SAGRILFT**

Aunque enfocados en LA/FT, incluyen componentes de fraude relacionados

Como se puede apreciar, el fraude se aborda de manera transversal desde múltiples frentes: contractual (pérdida de derechos), penal (sanción) y administrativo (prevención).

c) **¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?**

Reforzando lo anterior, el fraude en seguros en Colombia, no se encuentra tipificado como figura autónoma. Se encuadra principalmente en delitos generales como:

- Estafa
- Falsedad documental
- Fraude procesal

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) **¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?**

Cuando se demuestra fraude o mala fe del asegurado, esto puede generar:

- Pérdida del derecho a la indemnización
- Posible nulidad relativa del contrato
- Terminación del contrato

- Reclamación de perjuicios por parte de la aseguradora

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

- El asegurado: debe probar ocurrencia y cuantía del siniestro
- La aseguradora: debe probar el fraude o la mala fe

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

Los jueces exigen prueba clara, seria y contundente de la mala fe. No basta la sospecha: debe acreditarse conducta dolosa.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil?

No. La aseguradora puede alegar fraude en sede civil sin esperar sentencia penal. Son vías independientes.

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país?

No hay un sistema público de estadísticas oficiales unificado; sin embargo, **Fasecolda** (Federación de Aseguradores Colombianos - el cual es el gremio que agrupa y representa a las compañías de seguros en Colombia -), publica estimaciones sectoriales: <https://www.fasecolda.com>

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

Aunque en Colombia no existe una cifra oficial única disponible sobre la proporción del fraude frente al total de siniestros, estimaciones internacionales ubican este fenómeno entre el 5% y el 10% de las reclamaciones, dependiendo del ramo.

En el país, cifras de Fasecolda evidencian su impacto: más de 24.000 casos detectados en 2023 por un valor cercano a \$242.000 millones de pesos, lo que demuestra que se trata de un problema relevante para la sostenibilidad del sistema (<https://forbes.co/economia-y->

[finanzas/en-2023-hubo-24-300-casos-de-fraude-en-seguros-por-valor-de-242-000-millones\)](#)

Esto impacta directamente:

- El incremento de primas
- El aumento de litigios
- El deterioro técnico del negocio asegurador

c) ¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?

Sí, en Colombia se evidencia un crecimiento sostenido del fraude en seguros. Cifras sectoriales muestran que los casos detectados pasaron de más de 24.300 en 2023 a más de 30.700 en 2024, lo que confirma una tendencia al alza (<https://www.portafolio.co/economia/finanzas/fraudes-en-seguros-mas-de-30-000-casos-en-colombia-en-2024-y-asi-puede-evitarlos-632416>).

Este fenómeno se concentra principalmente en los ramos de automóviles, particularmente el SOAT, y en salud, que combinan alto volumen de operaciones con mayores oportunidades de manipulación (es decir, donde resulta más fácil alterar, exagerar o fabricar la información del siniestro sin que sea inmediatamente evidente).

Adicionalmente, no solo ha aumentado la frecuencia, sino también la sofisticación: hoy se observan esquemas organizados, uso intensivo de canales digitales, suplantación de identidad y falsificación documental más elaborada, lo que plantea retos cada vez mayores para su detección y prevención.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

En Colombia, el fraude en seguros no se distribuye de manera homogénea. Por el contrario, se concentra en ciertos ramos que, por su naturaleza, volumen de operaciones y dinámica operativa, ofrecen mayores oportunidades para su materialización. En los ramos en los que más se concentra, están:

Automóviles

Es el ramo más afectado, concentrando aproximadamente entre 30% y 40% de los casos de fraude, en donde el mismo puede ser frecuente y repetitivo

(<https://www.fasecolda.com/informacion-financiera/>), esto ocurre dado que:

- Es un ramo altamente masivo (muchas pólizas y siniestros)
- Tiene una operativa cotidiana (choques, daños, robos), lo que facilita “camuflar” fraudes
- Intervienen múltiples actores:
 - talleres
 - ajustadores
 - proveedores

SOAT

Es el caso más crítico, dentro de automóviles, siendo el ramo con mayor presencia de fraude organizado en Colombia ya que:

- Representa cerca del 62% del fraude en el ramo automotor (<https://www.fasecolda.com/informacion-financiera/>)

Esto se explica por varias razones:

- Es un seguro obligatorio y universal
- Tiene cobertura amplia e inmediata (especialmente en salud)
- No requiere discusión de responsabilidad

Salud

Es un fraude técnico, documental y más especializado; y con un impacto acumulado muy relevante. Este ramo representa aproximadamente entre 20% y 30% de los casos de fraude (<https://www.fasecolda.com/informacion-financiera/>)

A diferencia de autos, aquí el fraude es menos visible pero más sofisticado y tiene algunos factores que lo facilitan como:

- Alta complejidad técnica
- Gran volumen de servicios
- Difícil verificación inmediata

Vida

Ramo con fraudes menos frecuentes, pero de alto impacto económico; aunque representa una proporción menor (10%–15%), (<https://www.elcolombiano.com/negocios/fraude-en-seguros->

[de-autos-y-salud-aumenta-colombia-soat-cuales-son-las-regiones-afectadas-KH25442998](#)).

Este ramo tiene las siguientes características:

- Son casos menos frecuentes
- Son más complejos
- Tienen alta litigiosidad

b) **¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?**

Modalidades más Frecuentes:

Automóviles

- Exageración de daños
- Simulación de accidentes
- Inclusión de daños preexistentes
- Acuerdos con talleres

SOAT

- Accidentes simulados
- Inclusión de “lesionados inexistentes”
- Facturación médica inflada
- Redes organizadas (clínicas, intermediarios, tramitadores)

Salud

- Facturación de servicios no prestados
- Cobros por procedimientos innecesarios
- Inflar costos médicos
- Manipulación de historias clínicas

Vida

- Ocultamiento de información en la suscripción
- Falsificación documental
- Simulación de muerte

c) **¿Se observan diferencias relevantes según el ramo? Sí:**

- **Autos/SOAT:** fraude masivo y repetitivo
- **Vida:** menos frecuente pero más complejo
- **Salud:** fraude técnico (facturación, procedimientos)

Ramo	Frecuencia del fraude	Impacto económico por caso	Nivel de sofisticación	Características
Automóviles	Alta (30%–40% de los casos)	Media	Media	Fraude masivo y recurrente, de fácil repetición
SOAT	Muy alta (≈62% del fraude en autos)	Media – Alta	Alta	Principal foco de fraude organizado
Salud	Alta (20%–30%)	Media (acumulativa alta)	Alta	Fraude técnico, difícil de detectar, alto impacto acumulado
Vida	Baja (10%–15%)	Muy alta	Media – Alta	Baja frecuencia pero alta severidad

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, deepfakes, simulaciones médicas, etc.)?

Sí, en Colombia ya se observa el uso creciente de tecnología para facilitar la comisión de fraudes en seguros. Aunque en algunos casos aún es incipiente, la tendencia es clara hacia una mayor sofisticación digital (con herramientas que lo hacen más fácil de ejecutar y más difícil de detectar). Las principales modalidades utilizadas son:

- **Manipulación de documentos digitales:**

Cada vez es más frecuente la alteración de documentos en formato digital, como facturas, historias clínicas, informes médicos o cotizaciones de reparación.

Hoy en día, con herramientas básicas es posible editar valores, fechas o diagnósticos sin dejar rastros evidentes a simple vista, lo que dificulta los procesos de verificación.

- **Suplantación de identidad:**

Se presentan casos donde los defraudadores se hacen pasar por:

- asegurados
- intermediarios
- funcionarios de aseguradoras Esto ocurre principalmente a través de:
- correos electrónicos

- WhatsApp
- páginas web falsas El objetivo suele ser:
- radicar reclamaciones falsas
- desviar pagos
- vender pólizas inexistentes (muy común en SOAT)

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, machine learning, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

En Colombia, las aseguradoras han venido fortaleciendo sus capacidades de detección de fraude mediante el uso de herramientas tecnológicas combinadas con análisis especializado. En la práctica, la detección efectiva se logra integrando tecnología con investigación técnica en campo. Algunas herramientas tecnológicas utilizadas son:

Analítica de datos

Las aseguradoras analizan grandes volúmenes de información histórica de siniestros para identificar comportamientos atípicos.

Esto permite, entre otras cosas, pasar de una detección reactiva a una detección preventiva:

- Detectar asegurados con frecuencia inusual de reclamaciones
- Identificar proveedores que muestren patrones repetitivos sospechosos
- Reconocer combinaciones de variables que no son normales

Alertas por patrones

Se configuran sistemas que generan alertas cuando se cumplen ciertos criterios (alertas que no prueban el fraude, pero que sí permiten priorizar la revisión de casos de alto riesgo), por ejemplo:

- Coincidencias entre actores en distintos siniestros
- Reclamaciones realizadas en tiempos inusuales
- Inconsistencias entre versiones del evento

Cruce de bases de datos

Se cruzan diferentes fuentes de información, internas y externas, como:

- Historial de siniestros
- Bases de asegurados

- Información de proveedores (talleres, clínicas)
- Datos públicos o sectoriales Esto permite identificar:
- Relaciones ocultas
- Reincidencias
- Redes de fraude

Modelos predictivos (machine learning)

Algunas aseguradoras más avanzadas utilizan modelos que ayudan a enfocar recursos donde realmente hay mayor probabilidad de fraude; los cuales:

- Asignan un nivel de riesgo de fraude a cada reclamación
- Aprenden de casos anteriores
- Identifican patrones complejos no visibles para un analista humano

Aliados especializados

Junto a estas herramientas, las aseguradoras suelen apoyarse en aliados especializados en servicios de investigación o de verificación técnica, para:

- Validación en terreno (entrevistas, verificación de hechos)
- Análisis técnico de coherencia del siniestro
- Reconstrucción de eventos
- Identificación de inconsistencias documentales y operativas

Esta es una combinación de esfuerzos muy eficiente, ya que, la tecnología detecta señales de fraude, pero estos aliados con su análisis especializado y la investigación en campo; pueden convertir esas señales en evidencia probatoria del fraude.

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

No existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial para fraude en seguros. Se pueden aplicar normas como:

- Ley 1581 de 2012 (protección de datos)
- Principios generales de tratamiento de datos

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Sí, el uso de herramientas tecnológicas para detectar fraude genera algunos retos legales

importantes, especialmente en tres frentes:

Protección de datos personales

Las aseguradoras trabajan con grandes volúmenes de información sensible, como:

- datos financieros
- información médica
- historial de siniestros

En Colombia, estos datos están protegidos por la [Ley 1581 de 2012](#) (habeas data), lo que implica que:

- solo pueden usarse para fines autorizados
- deben contar con consentimiento del titular (en muchos casos)
- no pueden compartirse libremente entre compañías El reto radica en que:
- prevenir fraude [requiere cruzar información](#),
- pero la ley limita hasta dónde se puede compartir o reutilizar esos datos.

Posible discriminación algorítmica

Cuando se usan modelos predictivos o scoring de fraude, existe el riesgo que ciertos perfiles de clientes sean marcados como “más riesgosos”; sin una justificación completamente válida o verificable.

Por ejemplo, esto podría suceder con:

- ubicación geográfica
- tipo de actividad económica
- historial previo

Entonces, el problema radica en que los modelos predictivos podría generar [sesgos](#) (aunque no sean intencionales). Esto, podría afectar el acceso a indemnizaciones o generar un mayor nivel de revisión para ciertos grupos.

Transparencia en decisiones automatizadas

Cada vez más decisiones (o pre-decisiones) se basan en sistemas automatizados que:

- asignan puntajes de riesgo
- generan alertas
- priorizan investigaciones El reto legal que surge de esto es:
- ¿hasta qué punto el asegurado tiene derecho a saber [por qué se rechazó o cuestionó su reclamación](#)?

- ¿cómo se explica una decisión basada en un algoritmo complejo?

Con esto, se hace necesario que las aseguradoras fortalezcan de una forma sólida, la justificación de sus decisiones; sobre todo, cuando estas decisiones provengan de modelos técnicos o de inteligencia artificial.

De acuerdo con esto, el uso de tecnología en la detección de fraude no solo plantea retos operativos, sino también jurídicos; pues hay que encontrar un equilibrio entre la eficacia en la prevención del fraude y el ser cuidadosos en no vulnerar los derechos de los asegurados, especialmente en materia de datos personales, trato equitativo y transparencia en las decisiones que tomen las compañías aseguradoras.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas).

En Colombia, frente a la detección o sospecha de fraude, la respuesta de las aseguradoras suele ser progresiva: empieza por la investigación o el análisis técnico del caso y puede escalar (dependiendo de la gravedad y la evidencia encontrada). Luego, puede continuar con la objeción y puede terminar en el rechazo del siniestro y, en los casos más graves, escalar a instancias penales. La mayoría de los casos se resuelve contractualmente, pero los más graves sí pueden llegar al ámbito judicial.

Rechazo del siniestro

Es la consecuencia más común.

Cuando se configura fraude o no se logra acreditar adecuadamente el siniestro, la aseguradora:

- niega el pago de la indemnización
- argumenta incumplimiento de condiciones del contrato (especialmente buena fe)

Esta es la medida más inmediata y frecuente, y suele ser el primer efecto práctico del fraude.

Objeción formal

Antes de un rechazo definitivo, muchas veces la aseguradora presenta una objeción formal:

- señala inconsistencias o dudas
- solicita aclaraciones o pruebas adicionales

- expone los fundamentos técnicos y contractuales Esta etapa es importante porque:
- permite al asegurado defender su reclamación
- deja trazabilidad jurídica para eventuales litigios

Investigación interna o con aliados especializados (Servicios de investigación)

Cuando hay señales de alerta, se activa una investigación más profunda, que puede incluir:

- análisis documental
- entrevistas
- verificación en campo
- reconstrucción del siniestro

Las compañías de seguros suelen hacer una parte inicial de esta verificación, pero se apoyan en las partes más técnicas con los aliados especializados, quienes apoyan a las aseguradoras en:

- validar hechos
- detectar inconsistencias
- identificar posibles esquemas de fraude

La investigación es muy importante, ya que es el puente entre la sospecha o alerta de fraude y la decisión de rechazo o no pago del siniestro

Denuncia penal (en casos relevantes)

En los casos más graves o de fraudes más estructurados, la aseguradora puede:

- presentar denuncia ante la Fiscalía
- aportar pruebas del posible delito (estafa, falsedad, etc.)

Sin embargo, en la práctica no todos los casos terminan en denuncia penal, ya que esto depende de factores como:

- la cuantía
- la solidez probatoria
- el costo-beneficio del proceso

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

En Colombia sí existe una línea jurisprudencial bastante sólida en materia de fraude en seguros, especialmente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, que ha reiterado

algunos criterios clave.

La buena fe es el eje central del contrato de seguro

La Corte ha sido clara en señalar que el contrato de seguro está basado en el principio de máxima buena fe (ubérrima buena fe).

Esto implica que:

- el asegurado debe actuar con total transparencia
- debe declarar correctamente el riesgo
- y debe presentar la reclamación de manera veraz

Esto quiere decir que cualquier conducta dolosa rompe ese equilibrio y habilita a la aseguradora a negar el derecho

Sentencia representativa: Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia SC18563-2016 (16 de diciembre de 2016) M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

El fraude debe probarse plenamente

La Corte también ha sido consistente en que:

- el fraude no se presume
- debe estar sustentado en pruebas claras, serias y contundentes

Esto significa que las sospechas o inconsistencias no son suficientes; y por tanto, es deber de la aseguradora el demostrar la conducta fraudulenta. Por eso, la labor probatoria (investigación, documentación, análisis técnico) es fundamental.

Sentencia representativa: Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión. Sentencia T-061/20. Reticencia o inexactitud en el contrato de seguros: “Las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador” M.P. Alberto Rojas Ríos.

En caso de duda, se protege al asegurado

Otro criterio reiterado es que cuando la prueba no es concluyente o existan dudas razonables, los jueces tienden a fallar a favor del asegurado. Esto se conecta con el carácter protector del contrato de seguros y la posición generalmente más débil del asegurado frente a la aseguradora.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

En Colombia, la tendencia de la jurisprudencia en materia de fraude en seguros puede

calificarse como restrictiva frente a su configuración, en el sentido que, los jueces exigen un alto nivel de rigor para aceptarlo como fundamento de una decisión. Lo anterior, está dado por:

La NO presunción del fraude

Los jueces parten de una regla básica: el fraude no se puede asumir ni inferir automáticamente, debe estar demostrado de manera concreta

Es decir que las simples inconsistencias o las versiones contradictorias no son suficientes por sí solas para concluir la existencia de un fraude.

La exigencia de prueba sólida y estructurada

Para que prospere una objeción por fraude, los tribunales exigen pruebas claras, coherentes y suficientes que evidencie una conducta dolosa del asegurado.

Esto implica que la aseguradora debe soportar su decisión con:

- investigación técnica
- evidencia documental consistente
- análisis integral del caso

Es decir, que no basta un indicio aislado; se requiere una construcción probatoria completa.

La protección del equilibrio contractual

Los jueces buscan mantener el equilibrio del contrato de seguro, lo que se refleja en que:

- no se permite que el fraude se utilice como argumento “fácil” para negar siniestros
- se protege al asegurado cuando la prueba no es concluyente

Lo anterior se basa en que el contrato de seguro tiene una función social y económica importante y además, debe existir una asimetría entre asegurador y asegurado.

Todo lo anterior se resume en que las aseguradoras pueden invocar fraude, pero solo si logran demostrarlo de manera sólida; de lo contrario, la balanza judicial tiende a proteger el equilibrio contractual y los derechos del asegurado.”

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

En Colombia sí existe cooperación interinstitucional para prevenir y detectar el fraude en seguros, aunque aún tiene espacio de fortalecimiento. Esta cooperación se da principalmente

en dos niveles: sectorial y con autoridades públicas.

Cooperación a través de Fasecolda

Fasecolda cumple un rol central como articulador del sector asegurador:

- promueve espacios de coordinación entre aseguradoras
- impulsa campañas de prevención del fraude
- facilita el intercambio de buenas prácticas y alertas en el sector Su intención es:
- identificar tendencias comunes de fraude
- generar conciencia en el mercado de seguros
- fortalecer la respuesta del sector de manera coordinada

Interacción con Autoridades

Las aseguradoras también trabajan con autoridades como la Fiscalía General de la Nación y la Policía Nacional (especialmente la DIJIN). Esta interacción se da principalmente en:

- denuncias penales por casos relevantes
- apoyo técnico en investigaciones
- campañas conjuntas de prevención

Esto, permite lograr la identificación de estructuras organizadas de fraude y exige un enfoque penal e investigativo más profundo

De todas formas, si se tiene el reto de seguir avanzando hacia esquemas de cooperación más robustos, especialmente en el intercambio de información, pero siempre respetando los límites de protección de datos personales.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

En Colombia sí existen herramientas de información que apoyan la detección del fraude en seguros, aunque su desarrollo es todavía parcial y con importantes limitaciones legales. Principalmente, se cuenta con:

Listas internas de las compañías aseguradoras

Las compañías de seguros suelen manejar bases de datos propias donde registran:

- historial de siniestros
- patrones de comportamiento sospechoso
- información sobre proveedores (talleres, clínicas, intermediarios)

- casos previamente investigados Estas bases permiten:
- identificar posibles reincidencias
- detectar conductas atípicas a lo largo del tiempo
- fortalecer los procesos internos de análisis de riesgo

Sin embargo, son bases de datos cerradas y de uso interno; y no siempre se comparten entre compañías

Sistemas compartidos (de alcance limitado)

También existen algunos mecanismos de intercambio de información entre aseguradoras, generalmente impulsados a nivel sectorial (por ejemplo, a través de Fasecolda).

Estos sistemas buscan:

- compartir alertas de fraude
- identificar tendencias comunes
- evitar que un mismo esquema fraudulento se replique en varias compañías No obstante, su alcance es limitado debido a:
 - restricciones de la Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales)
 - riesgos asociados al habeas data
 - preocupaciones en materia de competencia y confidencialidad

En conclusión, en Colombia sí hay información, pero está fragmentada, es decir, cada aseguradora conoce bien su propio riesgo, pero el sistema como conjunto aún tiene dificultades para compartir esa información de manera amplia y estructurada.

Por ello, el gran reto no es solo tener los datos, sino poder integrarlos de forma segura y legal, para anticiparse mejor al fraude sin afectar los derechos de los asegurados.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

En Colombia, los esfuerzos de prevención y detección del fraude en seguros están sujetos a límites legales importantes, que buscan proteger derechos fundamentales, pero que al mismo tiempo plantean retos operativos para el sector. Algunos de estos límites son:

Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales)

Esta ley regula el tratamiento de datos personales y establece principios como:

- legalidad

- finalidad
- libertad (consentimiento)
- seguridad

En el contexto del fraude de seguros:

- las aseguradoras solo pueden usar los datos para fines autorizados
- deben garantizar confidencialidad y protección de la información
- el intercambio de datos entre compañías está fuertemente restringido Esto tiene un impacto importante ya que:
 - se dificulta la creación de bases de datos sectoriales amplias
 - se limita el cruce de información entre aseguradoras

Habeas Data (derecho del titular)

El habeas data garantiza que toda persona pueda:

- conocer qué información existe sobre ella
- solicitar su corrección o eliminación
- oponerse a ciertos usos Con ello, los asegurados:
 - pueden cuestionar su inclusión en listas de riesgo
 - pueden exigir acceso a la información utilizada en su evaluación
 - pueden generar conflictos si sienten que fueron “marcados” o “catalogados” injustamente

Esta situación obliga a las aseguradoras a ser muy cuidadosas con:

- la calidad de la información
- la trazabilidad
- la justificación de sus decisiones

Derecho a la competencia (libre competencia económica)

También existen límites desde la regulación de competencia, ya que no se permite el intercambio de información que pueda:

- afectar la competencia entre aseguradoras
- generar prácticas restrictivas del mercado Ejemplos de lo anterior, podrían ser:
 - compartir listas negras sin control, lo que se interpretaría como una práctica anticompetitiva

- coordinar decisiones frente a ciertos clientes o proveedores, lo que generarían riesgos legales

El impacto de esta situación, es que se limita la profundidad del intercambio de información sectorial, lo que (de forma positiva), obliga al sector asegurador a diseñar mecanismos de cooperación muy bien estructurados.

En conclusión, para la lucha contra el fraude se cuenta con mucha información disponible, pero no siempre es fácil compartirla o usarla libremente.

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

En Colombia, la lucha contra el fraude en seguros enfrenta varios retos estructurales que no son solo operativos, sino también jurídicos y tecnológicos. Entre los principales desafíos tenemos:

Falta de tipificación específica

Actualmente, el fraude en seguros no está tipificado como un delito autónomo, sino que se persigue a través de figuras generales como la estafa o la falsedad documental.

Esto, dificulta una persecución más directa y especializada del fenómeno, hace más complejo identificar estadísticas precisas y limita el desarrollo de una política criminal específica en el sector asegurador.

En resumen, el fraude en seguros no siempre se aborda con la profundidad que exige el impacto económico que genera.

Baja judicialización

Aunque el fraude es frecuente, no todos los casos llegan a instancias penales o judiciales. Esto se presenta porque:

- muchos casos se resuelven de manera contractual (rechazo del siniestro)
- los procesos judiciales se evitan porque pueden ser largos y costosos
- no siempre se cuenta con prueba suficiente para sostener un proceso penal

El impacto directo de esta situación es la baja percepción de sanción y el menor efecto disuasivo para los defraudadores.

Protección de datos que limita el intercambio de información

La normativa de protección de datos personales impone restricciones importantes, ya que:

- dificulta compartir información entre aseguradoras
- limita la construcción de bases de datos sectoriales robustas
- reduce la capacidad de detectar esquemas repetitivos en diferentes compañías

La consecuencia de esto, es que, las aseguradoras (a pesar de tener información valiosa), no siempre pueden utilizarla de forma efectiva.

Sofisticación tecnológica del fraude

El fraude ha evolucionado significativamente en los últimos años, con el uso de herramientas digitales, la suplantación de identidad en línea y la manipulación avanzada de documentos; entre otras cosas.

Por lo anterior, cada vez es más frecuente la presencia de estructuras organizadas, esquemas coordinados entre distintos actores y el uso de canales digitales para escalar el fraude.

Esto, está generando un aumento en la dificultad de detección, una exigencia de mayor inversión en tecnología y análisis especializado; y está obligando a un enfoque más proactivo que reactivo

Con este panorama, los principales retos del sector asegurador se encuentran en: el cierre de brechas normativas, el fortalecimiento de la judicialización, la mejoría en el intercambio de información y la adaptabilidad a un fraude cada vez más tecnológico y organizado.

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

Si, se hace necesario realizar reformas en temas claves como:

- La tipificación del fraude en seguros
- El contar dentro del sector asegurador con sistemas de información más robustos
- Regulación clara sobre el uso de la IA

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

A nivel regional, ayudaría mucho:

- Fortalecer la cooperación internacional
- Impulsar el uso de tecnología compartida
- Compartir las buenas prácticas acerca de cómo equilibrar la prevención con la protección de datos

II. Consideraciones finales

- Normativa citada.

- Código de Comercio (Decreto 410 de 1971). Art. 1058 – Declaración del estado del riesgo. Regula la obligación de declarar verazmente el riesgo y las consecuencias de la reticencia (nulidad del contrato). Base jurídica principal de: buena fe, reticencia y fraude contractual en seguros.
- Ley 599 de 2000 – Código Penal. Art. 246 (Estafa) y Art. 286 y ss. (Falsedad documental).
- Ley 1581 de 2012 – Protección de datos personales. Regula: tratamiento de datos, habeas data, límites al intercambio de información.
- Superintendencia Financiera de Colombia. Circular Básica Jurídica. Lineamientos sobre gestión de riesgos (incluido fraude)

- Fallos relevantes.

- Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia SC18563-2016 (16 de diciembre de 2016) M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.
- Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión. Sentencia T-061/20. Reticencia o inexactitud en el contrato de seguros: “Las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador” M.P. Alberto Rojas Ríos.

- Informes estadísticos.

- Fasecolda (Federación de Aseguradores Colombianos) Datos clave (2023–2024):
 - 24.300 casos de fraude (2023)
 - \$242.000 millones involucrados
- 30.739 casos (2024)
- Más de \$272.000 millones <https://www.fasecolda.com>

- Documentación institucional vinculada.

- **Fasecolda**

- campañas antifraude
- estudios sectoriales
- estadísticas de siniestralidad
- <https://www.fasecolda.com>

- **Fiscalía General de la Nación**

Investigaciones por:

- Estafa
- falsedad documental
- fraude procesal
- <https://www.fiscalia.gov.co>

- **Policía Nacional (DIJIN)**

- apoyo en investigación de fraude organizado
- campañas de prevención
- <https://www.policia.gov.co>

- **Superintendencia Financiera de Colombia**

- regulación del sector asegurador
- protección del consumidor financiero
- <https://www.superfinanciera.gov.co>



MÉXICO

Identificación del Responsable

DANIEL ALBERTO ESPARZA SÁNCHEZ

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

En México, el "fraude en seguros" no suele presentarse como una figura normativa única y uniforme en el ordenamiento local; su abordaje deriva de un conjunto de normas de fuente contractual, regulatoria/administrativa del sector asegurador (Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y Disposiciones del regulador local que es la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas), protección al usuario y, dependiendo de los hechos, en materia penal, específicamente en el Código Penal Federal, en cuyo caso se señala de manera muy general, no en específico para seguros. En términos prácticos, ello exige que las instituciones de seguros y de fianzas cuenten con un marco de control interno y políticas antifraude que aseguren prevención, detección, investigación, escalamiento, documentación y remediación, con trazabilidad y gobernanza.

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

Disposiciones relevantes y efectos (referencial, no exhaustivo):

- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF) y normativa secundaria aplicable: establecen obligaciones de gobierno corporativo, control interno, auditoría, administración integral de riesgos y función de cumplimiento. En la práctica, se traducen en requerimientos

de políticas, procedimientos, segregación de funciones, monitoreo y reporte interno de eventos relevantes, así como en la capacidad de evidenciar la razonabilidad de decisiones operativas (suscripción/siniestros/proveedores).

- Ley Sobre el Contrato de Seguro (LSCS): regula deberes de declaración del riesgo, reclamación y entrega de información; así como consecuencias ante reticencia, declaraciones inexactas o dolo, según corresponda y se acredite. Incide directamente en la procedencia de defensas contractuales y en la motivación de determinaciones sobre siniestros.
- Marco de protección al usuario (p. ej., disposiciones aplicables de Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, que es un organismo público descentralizado en México creado en 1999, dedicado a proteger los derechos e intereses de los usuarios de servicios financieros, promoviendo la educación financiera y mediando ante instituciones bancarias y financieras; así como de obligaciones de transparencia): impone estándares de información clara, atención de reclamaciones y, especialmente, que cualquier rechazo/ajuste se encuentre debidamente fundado y motivado, respetando plazos y vías de inconformidad.
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) y su reglamentación: condicionan el tratamiento de datos para fines de investigación antifraude a los principios de licitud, finalidad, proporcionalidad, calidad e información (aviso de privacidad), así como a medidas de seguridad; con especial cuidado en datos sensibles (p. ej., salud) y transferencias a terceros/autoridades cuando proceda.
- Códigos Penales (federal y locales, según competencia): la conducta puede subsumirse en tipos como fraude, falsedad y uso de documento falso, entre otros, dependiendo de la conducta concreta (p. ej., simulación de siniestro, alteración documental, suplantación de identidad) y su acreditación, pero como se señaló anteriormente, el fraude en esta regulación se contempla de forma general y no en específico para materia de seguros, así como que establece ciertos supuestos pero que en el texto no señalan seguros *per se*⁵³; sin embargo, en la práctica, al ser el tipo penal tan general funciona para configurar cualquier conducta irregular o fraudulenta en materia de seguros dentro de este supuesto normativo.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)

⁵³ Artículos 386 y 387 del Código Penal Federal ([Código Penal Federal](#)).

En términos generales, el fraude vinculado con el seguro no se tipifica de manera uniforme como figura autónoma en todo el país; típicamente se encuadra en categorías penales generales (p. ej., fraude/estafa, falsedad documental, uso de documento falso, suplantación de identidad), además de producir efectos contractuales previstos en la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La subsunción específica dependerá de los hechos, del tipo de documento/acto involucrado y de la competencia federal o local.

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?

Los efectos dependen del momento y modalidad de la conducta (suscripción vs. siniestro) y de lo pactado en póliza conforme a la LSCS. En términos generales, cuando se acredita dolo o conductas fraudulentas relevantes, pueden actualizarse consecuencias como: pérdida del derecho a la indemnización respecto del siniestro reclamado, rescisión/terminación del contrato en supuestos vinculados a declaración del riesgo, y/o aplicación de defensas contractuales y legales (según el caso). Asimismo; en la práctica, enfatiza que cualquier determinación debe ser caso por caso, con sustento documental suficiente y comunicación al asegurado debidamente fundada y motivada.

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

En principio, quien afirma el hecho (p. ej., la aseguradora al sostener fraude como causal de rechazo o defensa) debe contar con y aportar elementos de prueba idóneos; es decir, se confirma la regla procesal, quien afirma tiene la carga de la prueba. Operativamente, esto implica que el área de siniestros/investigación de las Instituciones debe integrar un expediente robusto (documentación, peritajes, verificaciones, trazabilidad de comunicaciones y hallazgos).

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

Los tribunales suelen exigir un estándar de acreditación suficiente y consistente conforme a reglas procesales civiles/mercantiles aplicables (valoración integral de pruebas). En la práctica,

invocar fraude requiere evidencia objetiva (por ejemplo, dictámenes periciales, inconsistencias verificables, pruebas documentales y/o digitales) y un nexo causal claro entre la conducta y la reclamación. Generalmente en las Instituciones mexicanas, se cuenta con un departamento robusto de *Compliance* donde se recomienda aplicar un estándar interno reforzado: conclusiones reproducibles, control de sesgos, trazabilidad y revisión de calidad.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil?

No necesariamente se requiere una sentencia penal firme previa para que la aseguradora haga valer defensas en sede civil/mercantil o determine contractualmente un rechazo; sin embargo, la ausencia de resolución penal incrementa la necesidad de contar con un expediente probatorio sólido y de observar debidamente el debido proceso interno, así como las obligaciones de información al usuario y de atención de controversias.

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país?

Existen referencias y reportes en el sector sobre prácticas y tipologías de fraude; no obstante, la disponibilidad pública, estandarizada y comparable de estadísticas oficiales específicas de "fraude en seguros" puede ser limitada y dispersa. En la práctica, muchas métricas se gestionan a nivel interno por cada aseguradora (alertas, casos investigados, recuperaciones, rechazos confirmados) y, cuando existen iniciativas sectoriales, su alcance puede variar.

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

Es habitual que existan estimaciones internas en las Instituciones del impacto (incremento de siniestralidad, costos de ajuste/investigación, litigiosidad y reservas), aunque su cuantificación depende de definiciones y metodologías (qué se considera "fraude", nivel de certeza, clasificación por tipologías).

c) ¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?

Se aprecia una tendencia a mayor sofisticación y frecuencia de esquemas (particularmente por digitalización y nuevas herramientas, por ejemplo el E-Commerce, las Insurtech, ventas de seguros no tradicionales, en donde la colocación del seguro se efectúa incluso sin acercamiento cara a cara del cliente-institución), así como un aumento de riesgos asociados a suplantación de identidad y manipulación documental/digital. Adicionalmente, el entorno económico puede incidir en la presión fraudulenta, por lo que suele observarse una evolución creciente o, al menos, una mayor complejidad en los últimos años.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

En la experiencia del mercado, suelen ser especialmente sensibles: automóviles (daños y robo), gastos médicos/salud, vida (en ciertos supuestos y con particular cuidado probatorio) y, dependiendo de la cartera, responsabilidad civil y ramos patrimoniales. La exposición concreta varía por canal, producto y perfil de asegurado.

b) ¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?

Modalidades frecuentes incluyen: simulación de siniestro, inflado/sobredimensionamiento del daño o gastos, colusión con terceros (talleres, proveedores, ajustadores externos, prestadores de servicios), falsificación o alteración documental (facturas, partes, dictámenes), suplantación de identidad, y fraude organizado (bandas, reclamaciones seriales). En salud, también se observan riesgos asociados a codificación, facturación y documentación clínica inconsistente.

c) ¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?

Sí, hay diferencias relevantes: en autos predominan tipologías de daños/robo y colusión con proveedores; en salud, el riesgo se concentra en documentación médica, facturación y redes de prestadores; en vida y responsabilidad civil, la investigación suele ser más intensiva y el análisis probatorio más complejo, por lo que los tiempos y la necesidad de peritajes/validaciones suelen incrementarse.

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, *deepfakes*, simulaciones médicas, etc.)?

Se registran riesgos y casos en los que herramientas tecnológicas se utilizan para facilitar el fraude, incluyendo manipulación digital de evidencias (imágenes, documentos), suplantación mediante identidad sintética o robo de credenciales y, potencialmente, contenidos generados o alterados con IA (p. ej., documentos o soportes visuales). La materialidad y la frecuencia de estos casos varía dependiendo del ramo y el canal de contratación del seguro.

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (*big data*, análisis predictivo, *machine learning*, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

Las aseguradoras emplean una combinación de controles y analítica, por ejemplo: motores de reglas y alertamiento, cruces internos de información, analítica de anomalías, segmentación de riesgo, revisiones documentales asistidas, validaciones de identidad y consistencia, y modelos estadísticos para priorización de casos. Generalmente establecen también mecanismos de decisiones materiales (rechazo, rescisión, denuncia) que cuenten con revisión humana, trazabilidad y criterios auditables.

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

No existe una regulación única y específica para "IA en detección de fraude asegurador"; por ello se aplica un enfoque de cumplimiento basado en: gobierno corporativo y de modelos, gestión de riesgos, control interno, auditoría, y observancia de la normativa aplicable (incluida protección de datos).

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Sí pueden plantearse tensiones con: (i) protección de datos personales (especialmente datos sensibles como salud), por lo que debe cuidarse base de tratamiento, avisos de privacidad,

minimización, proporcionalidad, seguridad, plazos de conservación y transferencias; y (ii) no discriminación, en particular si se usan variables o *proxies* que generen sesgos en modelos. Buenas prácticas: evaluación de impacto, pruebas de sesgo, explicabilidad, controles de calidad de datos, segregación de funciones y mecanismos de apelación/revisión.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas).

La práctica predominante suele combinar: (i) investigación y ajuste reforzado del siniestro; (ii) en caso de acreditarse irregularidad, rechazo fundado de la reclamación o aplicación de defensas contractuales; (iii) cuando hay indicios robustos de conducta delictiva, valoración de denuncia penal; y (iv) acciones de remediación (mejoras de controles, depuración de proveedores, medidas disciplinarias internas cuando corresponda). La "inclusión en bases sectoriales" depende de la existencia de esquemas que permiten cumplir con los límites en materia de protección de datos y competencia económica.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

Existe jurisprudencia relevante en materia de contrato de seguro, carga y valoración probatoria, y obligaciones de información al usuario; sin embargo, la consolidación de una "línea" uniforme sobre "fraude asegurador" no existe; es decir, no existe un criterio uniforme de jurisprudencia o de interpretación, ya que ésta puede variar por materia (civil/mercantil/penal) e incluso por jurisdicción. Las instituciones constantemente monitorean criterios judiciales aplicables a los principales ramos y a los puntos críticos (dolo, reticencia, prueba pericial, motivación del rechazo).

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

En la práctica, suele observarse una exigencia elevada de motivación y prueba cuando la aseguradora invoca fraude, con atención a la protección del usuario y al equilibrio contractual. Por ello, el enfoque recomendable es conservador en afirmaciones, robusto en evidencia y consistente en procesos, evitando conclusiones categóricas sin sustento verificable.

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

Puede existir cooperación con autoridades (p. ej., mediante denuncias y requerimientos de información conforme a ley) y, coordinación sectorial a través de Asociaciones locales como lo es la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) o la Asociación Mexicana de Agentes de Seguros y Fianzas (AMASFAC) y la propia Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas (AMEDESEF), particularmente en tipologías comunes (robo de autos, documentación apócrifa, redes de proveedores).

A continuación, se establece cómo es la interacción con AMIS, AMEDESEF y AMASFAC:

AMIS (aseguradoras y afianzadoras)

- Funciona como el gremio para coordinación del sector asegurador y afianzador, relaciones entre aseguradoras y afianzadoras, temas de vanguardia, problemáticas comunes de dicho sector.
- En materia antifraude, hay ejemplos de convenios de colaboración para intercambio de información con actores de prevención del delito (p. ej. Convenio con el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la Ciudad de México que tiene como objetivo principal intercambiar información estadística y fortalecer las acciones de prevención delictiva, particularmente en delitos relacionados con el robo y recuperación de vehículos asegurados, así como extorsiones y fraudes. También emite alertas públicas y recomendaciones ante fraudes (usurpación de aseguradoras, pólizas falsas, etc.), que ayudan a la prevención y combatir el fraude.

AMEDESEF (derecho de seguros y fianzas)

- Su rol es más técnico-jurídico/académico, en la que se discuten los marcos normativos, regulación e iniciativas legislativas en materia de seguros y de fianzas.

- En antifraude, típicamente aporta en: criterios legales, mejores prácticas de debido proceso (fundamentación del rechazo, estándar probatorio), y análisis de límites (datos personales/competencia).

AMASFAC (agentes de seguros y fianzas)

- Representa a intermediarios (agentes). Su interacción con aseguradoras/afianzadoras suele enfocarse en profesionalización, capacitación, y controles de las personas que se encargan de intermediar el seguro o la fianza.
- En fraude, AMASFAC suele empujar a que se persigan conductas (p. ej. gestores fraudulentos) y elevar estándares.

La coordinación antifraude entre aseguradoras y afianzadoras suele operar en tres carriles interno, sectorial y con autoridades, y la interacción con asociaciones como las referidas en el acápite anterior tiende a ser complementaria (cada una aporta algo distinto).

La **coordinación operativa** entre compañías y dichas asociaciones se puede traducir en la designación de tipologías y alertas, lo hacen mediante el intercambio de "*modus operandi*" recurrentes (p. ej. documentos apócrifos, redes de proveedores, patrones de reclamación serial, casos novedosos, etc.).

Asimismo; esta cooperación se puede llevar en foros/mesas de trabajo, convenciones, y eventos y comunicaciones de este estilo, donde se abordan y comparten metodologías antifraude. Además de lo anterior, esta cooperación se puede dar a través del intercambio de información, cuando se plantea compartir datos/casos, en donde se respetan las obligaciones de confidencialidad y protección de datos personales y también de competencia económica.

Por otra parte, también se da la **coordinación con autoridades** (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Unidad de Inteligencia Financiera, etc.) ello a través de atención a requerimientos y entrega de información conforme a ley (p. ej. oficios de autoridad, búsquedas en sistemas y respuesta formal), del escalamiento y envío de documentación, el enfoque de cumplimiento en términos generales en México, es de reportar, investigar con áreas autorizadas y mantener evidencia documental disponible en caso de auditoría o de que alguna autoridad facultada para ello solicite la información.

En otro punto, se encuentra la **coordinación "de canal"** (intermediarios y proveedores), ya que mucho fraude se materializa vía gestoría, proveedores (talleres/hospitales/médicos) o intermediarios; por eso se refuerzan controles de evaluaciones de proveedores más estrictas y

de forma periódica, requisitos más estrictos para poder colaborar con un tercero, envío de información periódica, contratos más robustos con obligaciones más complejas para el tercero.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

Pueden existir iniciativas de intercambio de información o bases compartidas, aunque su alcance depende del marco jurídico, acuerdos sectoriales y controles de datos.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

Sí existen límites relevantes derivados de: protección de datos personales (licitud, proporcionalidad, transferencias, datos sensibles), confidencialidad/secreto profesional (información confidencial contractual y comercial), y en competencia económica para evitar el intercambio indebido de información sensible que pudiera afectar la competencia. Se recomienda evaluación legal previa, gobernanza robusta y acuerdos formales de intercambio.

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

Principales desafíos: (i) sofisticación tecnológica (suplantación, manipulación digital, redes organizadas); (ii) equilibrio entre combate al fraude y protección del usuario (motivación de decisiones, tiempos de respuesta, debido proceso); (iii) calidad e interoperabilidad de datos (internos y con terceros); (iv) riesgos de colusión con proveedores y terceros; (v) restricciones y complejidad para intercambio de información por protección de datos/competencia; y (vi) necesidad de talento especializado (forense, analítica, legal).

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

Podrían considerarse útiles ajustes que den mayor claridad y seguridad jurídica, por ejemplo: lineamientos sobre intercambio sectorial de información antifraude con salvaguardas; fortalecimiento de canales de cooperación con autoridades; y criterios sobre uso responsable

de analítica/IA. Cualquier reforma debería preservar derechos del usuario, proporcionalidad y estándares de prueba.

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

Recomendaciones regionales: (i) promover estándares comunes de tipologías y métricas (definiciones comparables); (ii) buenas prácticas de gobernanza de datos y de modelos analíticos/IA (explicabilidad, auditoría, mitigación de sesgo); (iii) mecanismos de cooperación público-privada y sectorial con salvaguardas; (iv) capacitación continua y profesionalización de investigación antifraude; y (v) estrategias de prevención enfocadas en educación del usuario y controles en canales digitales.

Consideraciones finales

- Normativa citada.

CPF [Código Penal Federal](#)

LISF [Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas](#)

LSCS [Ley Sobre el Contrato de Seguro](#)

LFPDPPP [Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares](#)

- Fallos relevantes.

- Informes estadísticos.

[Fraude en seguros Resultados de la quinta encuesta global 2024 – Bienvenido a Revista Siniestro](#)

- Documentación institucional vinculada.



PARAGUAY.-

Identificación del Responsable

IVÁN GIOVANNI YODICE CANDIA.-

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

No existe una ley especial o exclusiva sobre el fraude en seguros concebida como un cuerpo normativo único o autónomo. Sin embargo, sí existen tipificaciones específicas dentro del ámbito penal para el fraude de seguros de bienes, así como disposiciones dispersas en el ámbito civil y administrativo que regulan y sancionan conductas fraudulentas en el contrato de seguro.

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

El fraude se aborda desde un enfoque multidisciplinario:

- **Ámbito Penal a través de la Ley N° 1.160/97 del Código Penal:** La disposición central es el Artículo 190° denominado "Siniestro con intención de estafa". Su efecto es castigar con pena privativa de libertad de hasta cinco años, u ocho en casos graves, a quien ocasione un siniestro sobre un bien asegurado con la intención de obtener la indemnización correspondiente.

- **Ámbito Civil mediante la Ley N° 1.183/85 del Código Civil:** Regula las consecuencias directas sobre el contrato. El Artículo 1549 establece la nulidad por reticencia dolosa; el Artículo 1590 dispone la pérdida del derecho a ser indemnizado si el asegurado exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditarlo ; y el Artículo 1609 libera al asegurador de su obligación si el tomador o beneficiario provoca el siniestro dolosamente o por culpa grave.

- **Ámbito Administrativo según la Ley N° 827/96 de Seguros:** El Artículo 123 permite a la Superintendencia de Seguros sancionar a los auxiliares del seguro, tales como inspectores, médicos o tarifadores, que actúen dolosamente. Asimismo, la Circular SS.SG. N° 091/19 establece medidas preventivas contra el fraude documental al emitir pólizas de automóviles con cédula verde adulterada o de contenido falso.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?

Se encuentra tipificado como una figura específica en el Artículo 190 del Código Penal, bajo el nombre de "Siniestro con intención de estafa", funcionando como una especialidad legal para el daño deliberado a bienes asegurados. No obstante, otras modalidades operativas, como el fraude en seguros de personas, la reticencia en la suscripción o la simulación de daños sin destrucción real del bien, se encuadran en categorías generales como la Estafa del Artículo 187 o la Producción de documentos no auténticos del Artículo 246.

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?

En el ordenamiento jurídico paraguayo, el fraude o la inobservancia de la buena fe por parte del asegurado genera consecuencias que impactan directamente en la eficacia del vínculo contractual. Nuestro Código Civil contempla distintas sanciones según la etapa y la naturaleza de la conducta dolosa desplegada:

- Anulabilidad del contrato: Esta sanción procede frente a toda declaración falsa, omisión o reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado que hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones de haber sido informadas con veracidad, conforme lo dispone el Artículo 1549 de nuestro Código Civil. Si dicha reticencia resulta ser dolosa o de mala fe, la normativa castiga al asegurado otorgando al asegurador el derecho a percibir las primas de los períodos transcurridos, a tenor del Artículo 1552 del mismo cuerpo legal.
- Pérdida del derecho a percibir la indemnización: El legislador sanciona con la caducidad de este derecho a quien exagere fraudulentamente los daños o emplee pruebas falsas para acreditar

la cuantía de las pérdidas, conforme lo preceptúa el Artículo 1590 del Código Civil. Idéntica sanción recae sobre el asegurado que incumple maliciosamente sus cargas legales al momento de formular y proveer los datos de su denuncia.

- Liberación de la obligación a cargo del asegurador: La compañía aseguradora queda totalmente eximida de abonar el resarcimiento si el tomador o el beneficiario provoca el siniestro de manera dolosa o mediante culpa grave, en estricta aplicación del Artículo 1609 del Código Civil.

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

De conformidad con el artículo 249 del Código Procesal Civil paraguayo, la carga probatoria incumbe a quien afirma la existencia de un hecho controvertido. En materia de fraude asegurador, esta dinámica opera en dos momentos procesales distintos. En la etapa extrajudicial, la aseguradora tiene la obligación ineludible de fundar su rechazo de cobertura, demostrando la acción dolosa, la simulación o la exageración fraudulenta de los daños mediante elementos técnicos y objetivos.

Sin embargo, al judicializarse el conflicto, la jurisprudencia nacional reciente establece que, si el asegurado impugna el rechazo fundado en fraude, recae sobre él la carga de producir las pruebas que desvirtúen los dictámenes técnicos de la aseguradora. Limitarse a negar o redargüir de falsedad los informes periciales, sin aportar elementos probatorios que destruyan la convicción sobre su conducta fraudulenta, conduce al inevitable rechazo de la demanda.

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

Los tribunales paraguayos valoran la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, exigiendo un grado de certeza moral sustentado en la lógica y en las máximas de la experiencia. En materia de fraude, el estándar probatorio es particularmente riguroso, requiriendo la conformación de un plexo probatorio objetivo, apoyado principalmente en los informes conclusivos de los liquidadores de siniestros y en los peritajes técnicos incorporados al proceso.

En este contexto, el parte policial es examinado con especial cautela. Su relevancia procesal radica en que documenta la declaración inicial del asegurado, permitiendo a los magistrados contrastarla con eventuales modificaciones introducidas con posterioridad al rechazo de la

cobertura. Cuando se verifican inconsistencias o alteraciones relevantes, los jueces recurren a la teoría de los actos propios para sancionar la falta de buena fe del reclamante y convalidar la decisión eximente de la aseguradora.

Para acreditar de manera concluyente estas maniobras, la absoluciónde posiciones y la prueba testifical adquieren un rol decisivo. La prueba confesoria resulta particularmente eficaz para evidenciar el dolo, ya sea a través de admisiones expresas o de evasivas significativas del asegurado frente a sus propios planteamientos. Por su parte, los testimonios son valorados con rigor a fin de reconstruir la secuencia temporal y material de los hechos, permitiendo desvirtuar, en el plano fáctico, eventuales simulaciones orientadas a la obtención indebida de indemnizaciones.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil?

Por regla general, la compañía de seguros puede rechazar un siniestro e invocar el fraude directamente ante los tribunales civiles, sin necesidad de exigir una condena penal previa. La aseguradora ejerce este derecho basándose en las causas de exclusión establecidas en la ley civil y en las condiciones de la propia póliza.

Sin embargo, esta regla cambia si los mismos hechos ya están siendo investigados en la justicia penal. Si existe un proceso abierto por el delito de estafa, previsto en el artículo 190 del Código Penal paraguayo, el juez civil está obligado a suspender el dictado de su sentencia definitiva hasta que el fuero penal emita una resolución firme.

El motivo de esta espera obligatoria es garantizar la seguridad jurídica y evitar el absurdo de que dos jueces dicten sentencias contradictorias sobre un mismo hecho. Esta vinculación entre ambos fueros se fundamenta en el artículo 1865 del Código Civil paraguayo, el cual establece que la decisión definitiva de la justicia penal influye de manera ineludible sobre la responsabilidad que se discute en el ámbito civil.

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país?

En la República del Paraguay carecemos de estadísticas oficiales públicas emitidas por la Superintendencia de Seguros sobre la incidencia del fraude asegurador. El Ministerio Público y la Corte Suprema de Justicia tampoco publican datos segmentados respecto a los juicios

penales por estafa en este rubro bajo el artículo 190 del Código Penal, consolidando dichas causas genéricamente como delitos contra el patrimonio.

A nivel privado, las aseguradoras y su entidad gremial manejan bases de datos internas para sus análisis de riesgo. Sin embargo, estos índices operan bajo estricta confidencialidad y no conforman un registro nacional consolidado que permita medir estadísticamente la magnitud exacta de este ilícito.

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

Ante la carencia de métricas oficiales, el perjuicio financiero causado por el fraude se constata empíricamente mediante los elevados niveles de litigiosidad. El rechazo fundado de siniestros deriva habitualmente en demandas civiles por cumplimiento de contrato. Esta contingencia impone a las compañías aseguradoras la obligación de inmovilizar un volumen importante de capital en reservas técnicas, además de forzarlas a soportar cuantiosos gastos periciales y costas procesales para defender su patrimonio ante los tribunales ordinarios.

c) ¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?

El mercado asegurador paraguayo experimenta hoy en día un aumento preocupante del llamado fraude oportunista. En la práctica cotidiana vemos cómo se multiplican los casos donde los asegurados intentan inflar los presupuestos para cobrar más de lo debido, o directamente alteran la fecha de los accidentes para intentar salvar una póliza suspendida por falta de pago. Este escenario obliga a las compañías a ser mucho más minuciosas a la hora de liquidar los siniestros.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

Al carecer de datos estadísticos oficiales en el país la respuesta a esta interrogante se sustenta de manera estricta en la experiencia empírica y en la casuística diaria de los tribunales. Desde esta perspectiva práctica el ramo de automotores lidera con amplitud los casos de fraude en el

mercado asegurador paraguayo. A este sector le siguen en nivel de conflictividad los seguros de accidentes personales y el ramo de vida.

b) ¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?

Respecto a las modalidades la experiencia empírica demuestra que la conducta predominante es el sobredimensionamiento del daño. En la práctica cotidiana observamos de forma constante cómo el asegurado intenta aprovechar un choque menor para lograr que la compañía repare averías previas del vehículo alegando por ejemplo que un simple roce destruyó componentes mecánicos antiguos. Otra táctica sumamente habitual es la alteración deliberada de la dinámica del accidente. Finalmente la falsificación documental representa una maniobra recurrente para simular incapacidades médicas o presentar presupuestos mecánicos adulterados o comprobantes similares ante el liquidador.

c) ¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?

Por supuesto existen diferencias notorias y muy relevantes según el riesgo asegurado. En el ramo de automotores el fraude recae principalmente sobre la magnitud de los daños materiales o sobre las circunstancias temporales y espaciales del accidente. En cambio en los seguros de vida y accidentes personales el engaño resulta netamente documental y médico destacándose la ocultación maliciosa de enfermedades preexistentes al momento de contratar la cobertura o la falsificación de diagnósticos y certificados para cobrar indemnizaciones por incapacidades simuladas.

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, deepfakes, simulaciones médicas, etc.)?

En la práctica profesional cotidiana no se constata la utilización de inteligencia artificial para la comisión de fraudes. Los mecanismos empleados para intentar engañar a las aseguradoras siguen siendo los tradicionales sin que se observe una incidencia real de herramientas tecnológicas avanzadas en nuestro mercado.

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, machine learning, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

Para prevenir el fraude las compañías aseguradoras en nuestro país emplean principalmente sistemas informáticos de gestión interna. Estas plataformas tecnológicas permiten cruzar datos y generar alertas tempranas ante reclamos que presentan indicadores sospechosos. Si bien algunas empresas comienzan a explorar el análisis de datos, la implementación de inteligencia artificial o algoritmos predictivos complejos aún resulta incipiente en el mercado local. La detección del ilícito se sustenta fundamentalmente en la pericia técnica de los liquidadores y en el escrutinio documental exhaustivo de cada siniestro.

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

En el ordenamiento jurídico paraguayo no existe actualmente ninguna legislación específica que regule el uso de la inteligencia artificial. Esta carencia normativa aplica de forma general y abarca por consiguiente al sector asegurador. Ante esta falta de directrices particulares emitidas por la Superintendencia de Seguros las compañías que decidan implementar estas herramientas tecnológicas deben regirse estrictamente por los principios generales del derecho y por las normativas tradicionales aplicables a los contratos.

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Al ser practicamente nula la implementación de inteligencia artificial en nuestro mercado local, no existen conflictos prácticos ni debates teóricos sobre discriminación algorítmica o vulneración a la normativa de protección de datos personales vinculadas a la IA.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas).

Frente a la detección del fraude la práctica predominante varía según el momento y la naturaleza del engaño. Ante denuncias falsas o intentos de fraude en la ocurrencia de siniestros

lo habitual es el rechazo fundado de la cobertura, mediante la remisión de notas formales. Sin embargo, cuando se detecta declaraciones falsas respecto al objeto del contrato que vician la póliza en sí misma, la práctica es declarar la anulabilidad del contrato.

Por regla general, las compañías aseguradoras no inician reclamos judiciales de ningún tipo frente a los asegurados si no ha existido una repercusión económica materializada. Esta postura conservadora responde a una realidad ineludible del mercado local ya que la excesiva cantidad de aseguradoras operando en la plaza penaliza comercialmente a aquellas que deciden judicializar los conflictos prefiriendo entonces declinar el siniestro y/o anular la póliza y cerrar el caso.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

En nuestro país no existe una línea jurisprudencial uniforme y plenamente consolidada en materia específica de fraude asegurador. Los fallos en los tribunales resultan bastante casuísticos y dependen mucho del criterio particular de cada juzgado. Sin embargo, lo que sí se percibe como una constante es que la justicia impone una carga probatoria sumamente rigurosa a las aseguradoras. Los jueces exigen pruebas concluyentes e irrefutables para demostrar el dolo o la mala fe del asegurado, lo que en la práctica vuelve muy cuesta arriba la defensa de la compañía ante un reclamo.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

Se advierte una tendencia claramente restrictiva. Los tribunales adoptan una postura muy protectora hacia el asegurado, aplicando con frecuencia principios del derecho del consumidor. Esto exige a las aseguradoras un estándar probatorio sumamente elevado para desvirtuar la presunción de buena fe, por lo que no bastan simples indicios, sino que se requiere una prueba contundente e irrefutable del fraude.

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

En cuanto a la cooperación con autoridades públicas, la misma es escasa y se limita a iniciativas muy puntuales. Un claro ejemplo de articulación es la Circular SS.SG. N° 091/19, mediante la cual la Superintendencia de Seguros convocó a las entidades a un taller de capacitación. Esta iniciativa oficial tuvo como fin instruir sobre medidas para la detección de documentación irregular y prevenir intentos de fraude al emitir pólizas de automóviles con cédula verde adulterada o de contenido falso. Fuera de este tipo de eventos formativos esporádicos, no existe una colaboración estructurada continua entre el sector público y el privado. Por su parte, entre las propias aseguradoras tampoco existe cooperación formal u operativa, gestionando cada empresa su prevención de manera aislada.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

En nuestro país no funcionan bases de datos compartidas ni sistemas sectoriales de intercambio de información entre las compañías aseguradoras operando cada entidad exclusivamente con sus propios registros internos.

c) *¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?*

Existen normativas vigentes que imponen límites y que afectan al rubro asegurador, como la Ley 4956/2013 de Defensa de la Competencia, la Ley 6534/2020 de Protección de Datos Personales Crediticios y la Ley 7593/2025 de Protección de Datos Personales. Estas leyes establecen obligaciones claras sobre el deber de secreto, la confidencialidad en el tratamiento de la información y restricciones específicas para el manejo de datos sensibles.

Sin embargo, en lo que respecta estrictamente al hecho de compartir datos para la prevención del fraude, no se observan afectaciones ni conflictos prácticos derivados de estas normativas. Al carecer de sistemas centralizados o burós sectoriales, cada aseguradora actúa de manera particular, resguardando celosamente su propia información. Por lo tanto, las compañías cumplen y aplican estos límites legales de forma exclusivamente interna, sin exponerse a contingencias legales por intercambio de bases de datos con competidores.

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

A modo de conclusión general, el principal desafío que enfrenta nuestra jurisdicción en la lucha contra el fraude es superar el aislamiento operativo de las aseguradoras. La inexistencia de un buró sectorial o registro compartido impide cruzar datos y detectar patrones delictivos de manera eficiente. Asimismo, otro reto fundamental es la excesiva lentitud procesal y el alto costo de nuestro sistema judicial. Esta ineficiencia estatal, sumada a la sobreoferta de compañías en el mercado local, desincentiva la persecución legal de los ilícitos y consolida una fuerte percepción de impunidad frente al fraude.

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

En el ámbito regulatorio, resulta imperiosa una reforma impulsada no solo desde la Superintendencia de Seguros, sino también desde las propias compañías aseguradoras a través de sus gremios. Considero estrictamente necesaria una normativa específica que autorice y reglamente la creación de un buró de información sectorial. Este registro no debe limitarse únicamente a la prevención y detección del fraude, sino que debe funcionar integralmente como una verdadera central de calificación de riesgos del asegurado, operando con la misma eficacia y lógica que utilizan las entidades bancarias. Esta herramienta permitiría evaluar el perfil de cada cliente antes de la emisión de las pólizas, estableciendo protocolos claros para el intercambio de datos entre las empresas, respetando siempre los límites impuestos por las leyes de protección de datos personales y defensa de la competencia.

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

A modo de recomendación final para la región, resulta indispensable fomentar la integración y la cooperación transfronteriza. Se deben establecer convenios internacionales entre las diferentes superintendencias de seguros y las asociaciones gremiales de los distintos países para compartir las mejores prácticas operativas. Es vital lograr un intercambio ágil y seguro de datos sobre vehículos robados, redes de fraude organizado y nuevos esquemas delictivos que operan más allá de las fronteras nacionales. Estandarizar los mecanismos de prevención a nivel regional permitirá crear un bloque sólido y resiliente frente al fraude asegurador, elevando la transparencia y la solvencia en todo el mercado latinoamericano.



PERÚ

Identificación del Responsable

CLAUDIA MIRAGLIA

1. Marco normativo aplicable

a) ¿Existe regulación específica sobre fraude en seguros en su jurisdicción?

No existe regulación específica autónoma. En el Perú, el fraude en seguros está regulado de manera dispersa, de la siguiente manera:

1. En la Ley del Contrato de Seguro – Ley 19946-
2. El Código Penal, y
3. Normas de supervisión de la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS)

La Ley del Contrato de Seguro regula varios supuestos típicos de fraude del asegurado, como:

- reticencia,
- declaración inexacta,
- agravación dolosa del riesgo,
- simulación del siniestro,
- exageración fraudulenta del daño,
- presentación de documentos falsos.

Por ejemplo, el artículo 8 de la Ley del Contrato de Seguro establece que la reticencia o declaración inexacta dolosa puede producir la nulidad del contrato.

Además, si el fraude constituye delito, pueden aplicarse figuras penales como:

- estafa (art. 196 del Código Penal),
- falsedad ideológica,
- falsificación de documentos,

- fraude informático,
- simulación de accidentes para cobrar SOAT.

Incluso existe regulación penal específica respecto de simulaciones vinculadas al SOAT: fingir accidentes o exagerar lesiones para obtener cobertura puede generar pena privativa de libertad. Por otro lado, la SBS supervisa a las aseguradoras y puede imponer sanciones administrativas a entidades supervisadas cuando incumplen normas relacionadas con prevención de fraude, gestión de riesgos y conducta de mercado.

También el mercado asegurador peruano reconoce expresamente el problema del fraude. La asociación gremial (APESEG) ha desarrollado lineamientos y campañas sobre falsas declaraciones y fraude en siniestros.

b) En caso afirmativo, indique las disposiciones relevantes (civiles, comerciales, administrativas o penales) y describa sucintamente sus efectos.

El artículo 73° de la ley 29946 – Ley del contrato de seguros- señala que en caso de que el asegurado actúe fraudulentamente, exagere los daños o emplee medios falsos para probarlos, pierde el derecho a ser indemnizado. Son efectos civiles.

c) ¿El fraude se encuentra tipificado como figura autónoma o se encuadra en categorías generales (p. ej., estafa, falsedad documental)?

Se encuentra en categorías generales, las compañías que deciden iniciar alguna denuncia penal contra el asegurado que cometió fraude invoca generalmente el delito de estafa o el delito de falsedad documental.

2. Consecuencias contractuales y dimensión procesal

a) ¿Qué efectos produce el fraude del asegurado respecto del contrato (nulidad, caducidad, pérdida del derecho a la indemnización, resolución, otros)?

Los efectos jurídicos del fraude en seguros dependen del momento y de la conducta fraudulenta. No todo fraude produce el mismo efecto.

1. Fraude al momento de contratar el seguro

Se considera que hay reticencia o declaración inexacta dolosa, por ejemplo cuando el asegurado:

- oculta información relevante,
- miente sobre el riesgo,
- o entrega datos falsos para que la aseguradora acepte el seguro o cobre una prima menor.

Se aplica el artículo 8 de la Ley del Contrato de Seguro y su efecto es la nulidad relativa del contrato.

La aseguradora puede:

- dejar sin efecto el seguro,
- rechazar cobertura,
- retener primas en ciertos casos,
- o no pagar la indemnización.

La ley distingue:

- dolo o culpa inexcusable → nulidad,
- error no doloso → reajuste o reducción de cobertura.

2. Fraude durante la vigencia del seguro

Hay agravación dolosa del riesgo cuando el asegurado, por ejemplo,

- cambia el uso del bien asegurado,
- aumenta la peligrosidad deliberadamente,
- oculta cambios importantes.

Se aplican los artículos sobre agravación del riesgo de la Ley 29946 y el efecto es la suspensión o liberación de responsabilidad del asegurador.

La compañía puede negarse a cubrir el siniestro si la agravación influyó en él.

3. Fraude al momento del siniestro

Los casos más frecuentes son:

- simular accidentes,
- incendios provocados,

- robo inexistente,
- lesiones falsas,
- facturas adulteradas,
- exageración del monto del daño.

El efecto es la pérdida del derecho a la indemnización. Aquí normalmente NO se declara la nulidad del contrato; más bien:

- se rechaza ese siniestro,
- y el asegurado pierde el derecho al cobro.

Dependiendo de la gravedad, la aseguradora también puede:

- resolver el contrato,
- denunciar penalmente,
- reclamar daños y perjuicios.

4. Consecuencias penales

El fraude de seguros puede constituir varios delitos del Código Penal Peruano.

Estafa — artículo 196

Cuando se busca obtener un pago indebido mediante engaño.

Falsificación de documentos

Por:

- certificados médicos falsos,
- boletas adulteradas,
- partes policiales manipulados.

Falsedad ideológica

Cuando se insertan declaraciones falsas en documentos.

Fraude informático

Si se manipulan sistemas digitales de aseguradoras.

Asociación ilícita

En redes organizadas de accidentes simulados o “mafias del SOAT”.

b) ¿Quién soporta la carga de la prueba?

La compañía de seguros debe probar que el asegurado ha cometido fraude, no debe probar que ha cometido un delito sino simplemente que ha cometido un fraude.

c) ¿Qué estándar probatorio aplican los tribunales?

No se conocen casos judiciales específicos en caso de seguros pero el estándar en caso de una denuncia por estafa es el de “mas allá de toda duda razonable” es decir que la prueba presentada sea suficiente, coherente y verificable y que no haya dudas razonables sobre la responsabilidad penal del denunciado.

d) ¿Se requiere sentencia penal previa para que la aseguradora pueda invocar fraude en sede civil?

No se requiere.

3. Incidencia y magnitud del fenómeno

a) ¿Existen estadísticas oficiales o sectoriales sobre la incidencia del fraude en su país?

No contamos con estadísticas oficiales, pero sí con el número de casos de fraude que reportan las compañías de seguros a la asociación gremial de aseguradoras (apeseg), entidad que tiene conformado un Comité de Control y Prevención de Fraudes. Este comité emite un boletín trimestral que permite observar en líneas generales el número de casos, los ramos mas afectados y los montos involucrados.

b) ¿Se dispone de estimaciones respecto de su impacto económico (sobre primas, siniestralidad o litigiosidad)?

No se dispone de estimaciones oficiales globales sobre el impacto del fraude en primas, siniestralidad o litigiosidad. Cada compañía cuenta con su propia información.

Según datos de la APESEG en el año 2025 se reportaron aproximadamente 2,000 casos de fraude con un monto total de US\$10 millones (dólares norteamericanos).

c) ¿Se advierte una evolución creciente en los últimos años?

Sí, se advierte un incremento sostenido con creciente severidad económica. Se advierte que está evolucionando las modalidades de fraude, son más sofisticadas, a través de bandas o crimen organizado o con uso de tecnología.

4. Ramos y modalidades predominantes

a) ¿Cuáles son los ramos más afectados (automotores, salud, vida, responsabilidad civil, riesgos del trabajo, otros)?

Los ramos más afectados son los seguros masivos como el seguro de Protección de Tarjeta, los seguros de vida, el obligatorio para accidentes de tránsito (SOAT), vehículos y asistencia médica.

b) ¿Cuáles son las modalidades más frecuentes (simulación de siniestro, sobredimensionamiento del daño, fraude organizado, falsificación documental, etc.)?

Dependiendo del ramo, los casos más frecuentes son:

1. Protección de tarjeta: simulación de robos saliendo del cajero automático
2. Vida: Fingir fallecimientos y fraudes de identidad, contratación de pólizas en varias compañías, simulación de
3. Accidentes SOAT: sobredimensionar lesiones, aducir incapacidades temporales inexistentes.
4. Vehículos: Robo de accesorios, exagerar los daños o pasar daños antiguos como nuevos, autorobos.
5. Asistencia médica: cobrar procedimientos médicos inexistentes o gastos médicos no realizados, o sobredimensionar los tratamientos médicos, certificados médicos manipulados.

c) ¿Se observan diferencias relevantes según el ramo?

No contamos con esa información, pero tenemos entendido que las modalidades en cada ramo son las informadas en la respuesta anterior, en general no se observan diferencias relevantes mas allá que por los montos involucrados los ramos de vida y vehículos son los que mayores montos reportan.

5. Tecnología e inteligencia artificial

a) ¿Se registran casos en que la tecnología o la inteligencia artificial sean utilizadas para la comisión del fraude (manipulación digital, identidades sintéticas, deepfakes, simulaciones médicas, etc.)?

Si, las autoridades y especialistas han advertido especialmente sobre:

1. El uso de deepfakes para fraude financiero
2. Phishing hiperpersonalizado
3. Falsificación documental automatizada
4. Evasión de controles de verificación de identidad.

b) ¿Qué herramientas tecnológicas emplean las aseguradoras para la detección del fraude (big data, análisis predictivo, machine learning, algoritmos de detección de patrones, etc.)?

Las aseguradoras están empezando a usar IA para detectar patrones sospechosos y verificar autenticidad de imágenes y documentos. Las compañías más avanzadas utilizan una combinación de herramientas de analítica, biometría y ciberseguridad para detectar fraudes antes de pagar un siniestro. Las principales son:

1. Machine learning e IA: analizan datos históricos para detectar patrones, identifican reclamos anómalos que se parecen a fraudes anteriores, detectan inconsistencias en tiempos, montos, ubicaciones o conductas del asegurado.
2. Analítica predictiva y Big Data: cruzan información de pólizas, historiales médicos, accidentes previos, redes de talleres, historial financiero.
3. Biometría facial y verificación de identidad: comparaciones faciales, detección de documentos falsos, verificación de prueba de vida.
4. Geolocalización y telemática: en seguros vehiculares, dispositivos GPS que registran velocidad, frenadas, rutas, horas exactas de accidentes

c) ¿Existe regulación específica sobre el uso de inteligencia artificial en este ámbito?

El Perú aprobó una ley marco sobre IA, en el 2023 que promueve un uso ético de esta tecnología, pero todavía no existe una regulación específica sobre fraude asegurativo con IA o deepfakes.

d) ¿Se plantean conflictos con la normativa de protección de datos personales o con principios de no discriminación?

Si. Ya se advierte que el uso de la IA, biometría y analítica masiva por parte de las compañías aseguradoras puede generar tensiones importantes con:

1. El derecho fundamental a la protección de datos personales.
2. La privacidad
3. El debido tratamiento automatizado de datos
4. Principios de igualdad y no discriminación.

En lo que respecta a la protección de datos personales, las aseguradoras recopilan y analizan datos sensibles como biometría, información médica, geolocalización y perfiles de comportamiento. Esto debe respetar la Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, especialmente los principios de consentimiento, finalidad, proporcionalidad y seguridad.

En lo que respecta a la no discriminación, porque los algoritmos podrían generar decisiones sesgadas o tratar como sospechosos a ciertos grupos de personas según patrones estadísticos, zonas geográficas o perfiles socioeconómicos.

También existe preocupación por: 1) la falta de transparencia de los algoritmos; decisiones automatizadas difíciles de impugnar, posibles afectaciones al derecho de defensa y al trato igualitario.

A pesar de que no existe una regulación específica sobre IA en seguros, cabe mencionar que sí debe aplicarse la Constitución Política del Perú, la Ley de Datos Personales y la Ley 31814 - Ley que promueve el uso de la inteligencia artificial en favor del desarrollo económico y social.

6. Respuesta institucional y judicial

a) Frente a la detección de fraude, ¿cuál es la práctica predominante? (rechazo del siniestro, nulidad del contrato, denuncia penal, transacción, inclusión en bases sectoriales, otras medidas).

La práctica más común de las aseguradoras frente a sospechas de fraude es:

1. Investigar el siniestro mediante revisión de documentos, peritajes, entrevistas y herramientas tecnológicas
2. Suspender o retrasar el pago mientras se verifica la información
3. Si se concluye que hay fraude rechazan la cobertura o niegan la indemnización.

En casos graves, anulan la póliza, registran al cliente como sospechoso o presentan denuncias penales solo en casos relevantes, aunque esto último es poco frecuente.

Se presentan denuncias generalmente cuando hay organizaciones fraudulentas, clínicas o talleres involucrados, documentos falsificados, fraudes de alto monto.

b) ¿Existe una línea jurisprudencial consolidada en su país en materia de fraude asegurador?

No, el Peru no existe una línea jurisprudencial y uniforme sobre fraude. Existe jurisprudencia dispersa, criterios reiterados en algunos temas y desarrollo doctrinal y arbitral creciente.

Los tribunales suelen resolver caso por caso, los principales criterios que aparecen son:

1. La carga de la prueba es del asegurador
2. El fraude debe ser doloso (diferencia errores o inconsistencias menores vs conductas fraudulentas intencionales)
3. Se sancionan los ocultamientos dolosos, simulaciones, agravación deliberada del daño y los documentos falsos.

c) ¿Se advierte una tendencia restrictiva o amplia respecto de la facultad de las aseguradoras para invocar fraude?

Sí se advierte una tendencia restrictiva. La tendencia predominante no es permisiva con el fraude, pero si es cautelosa, garantista y restrictiva respecto de la facultad de las compañías para alegar el fraude sin prueba contundente, no se presume ni se acepta con facilidad.

Por otro lado, en términos económicos para muchas aseguradoras resulta mas eficiente prevenir y detectar tempranamente el fraude y negar coberturas fraudulentas en lugar de litigar masivamente.

7. Cooperación y gobernanza

a) ¿Existe cooperación entre aseguradoras o con autoridades públicas para prevenir y combatir el fraude?

Si existe cooperación entre las compañías principalmente a través de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG), quien impulsa estadísticas sectoriales, mesas de trabajo, intercambio de alertas, capacitación antifraude, coordinación técnica entre aseguradoras. Las compañías comparten información sobre siniestros sospechosos, patrones de fraude, documentos falsos, talleres o clínicas observadas, reclamaciones reiteradas.

No existe un organismo nacional especializado exclusivamente en fraude de seguros, no posee una gran base centralizada pública antifraude, tiene menor judicialización por costos y demora de procesos.

b) ¿Funcionan bases de datos compartidas o sistemas sectoriales de intercambio de información?

Si, en el Perú existen ciertos mecanismos de intercambio de información específicamente orientados a detectar o prevenir casos de fraude en seguros, aunque funcionan de manera reservada y poco centralizada.

Se puede realizar a través de la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG) mediante alertas sectoriales, mesas técnicas de trabajo, intercambio de experiencias, etc. Asimismo, las compañías cooperan directamente entre ellas cuando detectan casos de fraude. Cabe mencionar que no existe una lista negra oficial ni una base pública de defraudadores de seguros, pero sí existen registros internos, alertas privadas, historiales de siniestros, entre otros.

c) ¿Existen límites derivados de la protección de datos personales, el secreto profesional o el derecho de la competencia?

Si, como ya lo hemos explicado en una respuesta anterior.

8. Desafíos y perspectivas

a) ¿Cuáles son los principales desafíos actuales en su jurisdicción en la lucha contra el fraude?

En nuestra opinión, el principal reto del mercado peruano es construir un sistema antifraude mas sofisticado sin deteriorar la confianza del asegurado legítimo así como seguir desarrollando una cultura del seguro, la cual es incipiente. Sería necesario combinar una regulación mas fuerte, tener una analítica de datos e IA, que exista interoperabilidad y mejores mecanismos de prevención y educación del consumidor. También es necesario que haya una coordinación estatal con la Superintendencia de Banca y Seguros, ente regulador y de supervisión que cumple un rol importante en la protección del mercado. Hay también desafíos para tener coordinaciones con las fiscalías y la policía.

b) ¿Considera necesarias reformas legislativas o regulatorias?

Consideramos que sí se requieren reformas tanto legislativas como regulatorias para enfrentar de manera mas eficaz el fraude en seguros, especialmente por la sofisticación creciente del fraude digital y organizado.

Es importante que exista una normativa especial para que exista un delito autónomo de fraude de seguros, definiendo expresamente el fraude asegurativo, que se distinga el fraude organizado, que se establezcan agravantes cuando intervienen redes o profesionales. La regulación podría crear protocolos obligatorios de cooperación, unidades especializadas y canales rápidos de intercambio de información, así como incentivos para la prevención que promuevan la implementación de programas antifraude, auditorías, sistemas de detección temprana, canales de denuncias y capacitación obligatoria dentro de las compañías de seguros, entre otros.

c) ¿Qué recomendaciones formularía a nivel regional?

Según tenemos conocimiento existen pocos países que tienen un sistema más desarrollado que el Perú, como Chile y Brasil, sin embargo, a nivel regional, la lucha contra el fraude en seguros requiere una estrategia regional más coordinada y moderna. Quizá uno de los principales desafíos es la fragmentación de información entre aseguradoras y países lo que dificulta detectar redes organizadas y fraudes transnacionales, por ello sería recomendable crear sistemas regionales de intercambio de datos y alertas antifraude. También sería útil armonizar conceptos legales básicos, sus consecuencias y estándares probatorios para reducir diferencias entre países y facilitar la cooperación judicial y regulatoria.