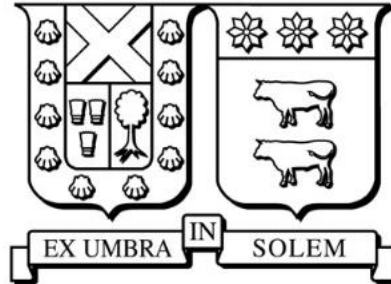


UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
INGENIERÍA EN DISEÑO DE PRODUCTOS
VALPARAÍSO – CHILE



“DESARROLLO DE METODOLOGÍA CON ENFOQUE DE NEGOCIOS ORIENTADO A LA
GESTIÓN DE FRAUDES EN LA INDUSTRIA DE SEGUROS”

CASSIDY BELÉN ALLENDES VENEGAS
MEMORIA DE TITULACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERA EN DISEÑO DE PRODUCTOS
PROFESOR GUÍA – EDUARDO PIÑONES
MARZO - 2025

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa tan significativa de mi formación, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo de esta tesis.

Quiero comenzar agradeciendo a NTT Data por la oportunidad de formar parte de la empresa como practicante memorista. En especial, a Raúl Pérez, mi tutor, por su amabilidad, constante apoyo y confianza en mi trabajo. Además, le agradezco por haber impulsado la oportunidad que me permitió continuar en la empresa como colaboradora.

A mi querida universidad, por brindarme su acogida en este proceso, y a mi profesor guía, Eduardo Piñones, por su constante atención y su valioso conocimiento.

Por otro lado, estoy profundamente agradecida con mis padres, cuyo apoyo incondicional hizo que mi paso por la universidad fuera un camino cómodo y lleno de amor. A mi mamá, por su constante exigencia, amor y dedicación para ayudarme a ser cada día una mejor persona. A mi papá, quien, a pesar de ser un hombre de pocas palabras, siempre tiene el consejo preciso en el momento justo. A mis perritas, Ludmila y Canela, quienes también son parte de la familia, por acompañarme en las madrugadas mientras trabajaba en mi tesis y por

recordarme, con sus paseos, la importancia de tomar un descanso.

Asimismo, a mi pololo, Francisco quien estuvo a mi lado durante toda la etapa escolar y universitaria, brindándome aliento y cariño en cada momento. Y, por último, mi gratitud a mis amigas, muy importantes en mi vida. A Javiera y Cristina, quienes estuvieron desde la etapa escolar, por enseñarme el valor de la amistad, a Sharay y Camila, quienes llegaron en esta etapa universitaria, aportando con su compañía, consejos e inolvidables conversaciones en las ventanas, almuerzos y desayunos, y a Ayleen y Catalina por coincidir en esta vida y con quienes siento una complicidad increíble.

A todos ustedes, gracias de corazón.

I. RESUMEN

En este trabajo de titulación, se realiza el levantamiento de la metodología *Fraud Prevention*. El objetivo principal de esta investigación es desarrollar una solución metodológica con enfoque en negocios para la prevención de fraudes en seguros, aprovechando las tendencias tecnológicas actuales.

Se decidió que la metodología *Doble Diamante* era la más adecuada para guiar el desarrollo de este proyecto. En la primera etapa del modelo, denominada *Descubrir*, se llevó a cabo un análisis exhaustivo del mercado asegurador y los desafíos asociados al fraude, analizando su impacto e identificando oportunidades de mejora que servirán como base para la metodología propuesta. En la etapa de *Definir*, las oportunidades se examinaron en profundidad junto a un equipo experto para elegir las más relevantes y además se definen algunos parámetros importantes para la creación de la metodología. Posteriormente, en la etapa de *Desarrollar*, se diseñan soluciones antifraude que resuelven problemas de la industria. Estas soluciones son también incluidas dentro de la metodología. El desarrollo de la metodología consiste dos partes: un framework o marco de trabajo y las etapas de implementación. Finalmente, en la etapa de *Entregar*, se valida la metodología propuesta

con expertos, asegurando su aplicabilidad, adaptabilidad y valor asociado en distintas industrias así como también dentro de NTT Data.

Los resultados obtenidos revelaron que la implementación de un enfoque metodológico integral permite organizar el trabajo desde una base, mejorando la asignación de recursos en el proyecto y lograría la aplicación de soluciones para la detección de fraudes de manera oportuna.

En conclusión, este trabajo contribuye al aporte de varias industrias que luchan contra el fraude al proponer una metodología innovadora, proporcionando una base para futuras investigaciones y desarrollos en el área. Por último es un aporte para el diseño de productos ya que la metodología es el resultado de un proceso de diseño completo junto con decisiones de diseño bien fundadas.

Palabras clave: fraude en seguros, inteligencia artificial, capacidades antifraude, metodología con enfoque en negocios.

II. ABSTRACT

In this thesis, the Fraud Prevention methodology is developed. The main objective of this research is to develop a business-focused methodological solution for insurance fraud prevention, leveraging current technological trends.

The Double Diamond methodology was decided to guide the development of this project. In the first stage of the model, called Discover, a thorough analysis of the insurance market and the challenges associated with fraud was conducted, analyzing its impact and identifying opportunities for improvement that will serve as the basis for the proposed methodology. In the Define stage, the opportunities were thoroughly examined with an expert team to select the most relevant ones, and some important parameters for the creation of the methodology were also defined. Subsequently, in the Develop stage, anti-fraud solutions are designed to solve industry problems. These solutions are also included in the methodology. The development of the methodology consists of two parts: a framework and the implementation stages. Finally, in the Delivery stage, the proposed methodology is validated with experts, ensuring its applicability, adaptability, and associated value in different industries as well as within NTT Data.

The results revealed that implementing a comprehensive methodological approach allows for a ground-up organization of work, improving project resource allocation and enabling the timely implementation of fraud detection solutions.

In conclusion, this work contributes to various industries fighting fraud by proposing an innovative methodology, providing a basis for future research and development in the area. Finally, it contributes to product design, as the methodology is the result of a comprehensive design process coupled with well-founded design decisions.

Keywords: insurance fraud, artificial intelligence, anti-fraud capabilities, business-focused methodology.

III. GLOSARIO

A continuación, se presenta un glosario con los términos más utilizados y esenciales de entender en este trabajo de titulación, con el objetivo de proporcionar claridad y comprensión a los lectores:

Tecnologías de la Información (TI): Conjunto de dispositivos, servicios y actividades que permiten almacenar, procesar, transmitir y percibir información. Es fundamental para la gestión de la información en empresas y organizaciones.

Inteligencia Artificial (IA): Campo de la informática que se centra en la creación de sistemas que imiten la inteligencia humana y realicen tareas que normalmente requieren de ella.

Machine Learning (ML): Rama de la inteligencia artificial (IA) que permite a las computadoras aprender de los datos y tener un razonamiento predictivo.

IA Generativa: Tipo de ML que crea contenido como imágenes, música, audio, vídeos y texto de forma autónoma.

Datos: En analítica de datos, los datos son conjuntos de información que se recopilan, procesan y analizan para obtener conclusiones y tomar decisiones.

Big Data: Concepto relacionado con el procesamiento de grandes cantidades de datos para obtener información que ayude a las empresas a tomar decisiones.

Chat Bots: Programa informático que simula una conversación humana con un usuario, ya sea por texto o por voz.

Seguros: Contrato en el que una parte llamada asegurado, transfiere a la compañía de seguros, el riesgo de un daño sobre bienes de su interés, como una casa o automóvil. También se puede asegurar un capital, en el caso de los seguros de vida sobre una persona.

Asegurado: Persona o entidad que está protegida por un seguro y que recibe una indemnización si se produce un siniestro.

Siniestro: Evento o hecho imprevisto, accidental o inesperado que causa daños a una persona o bien y que está cubierto por una póliza de seguro. En caso de que ocurra un siniestro, la compañía aseguradora está obligada a indemnizar al asegurado, dentro de los límites y exclusiones pactadas en el contrato.

Póliza: Contrato entre un asegurado y una compañía de seguros que establece los términos y condiciones del acuerdo entre ambas partes. En ella se especifican los

beneficios a los que tiene derecho el asegurado y las eventualidades que cubre el seguro.

Prima: Precio que se paga por un seguro y que el asegurado debe pagar a la compañía aseguradora. A cambio de la prima, la aseguradora se compromete a indemnizar una contraprestación al beneficiario si se produce el evento cubierto por el seguro.

Perito: Profesional que se encarga de analizar y determinar las causas de un siniestro, así como de valorar los daños y elaborar un informe detallado.

Proceso: Conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos para conseguir un objetivo previamente identificado.

Propuesta de Valor: Declaración que explica a los clientes cómo un producto o servicio puede beneficiarlos, y cómo se diferencia de la competencia.

Enfoque de Negocios: Diferentes estrategias y modelos que una empresa puede utilizar para alcanzar sus objetivos.

Cadena de Valor: Modelo empresarial que describe las actividades que una empresa realiza para crear, producir, y entregar un producto o servicio.

Mercado: Conjunto de transacciones de bienes y servicios entre individuos y organizaciones que tienen necesidades, dinero y el deseo de gastarlo.

Insight: Afirmaciones que ayudan a tomar decisiones estratégicas, permite a una empresa entender qué está pasando, por qué y cómo se puede mejorar o solucionar algo. Son el resultado de aplicar procesos de analítica a los datos obtenidos.

Oportunidad: Situación o circunstancia que permite a un emprendedor introducir un nuevo producto, servicio o métodos en el mercado, o mejorar uno ya existente.

Necesidad del Cliente: Es el factor que motiva a un cliente a comprar un producto o servicio.

Necesidad de Negocio: Representación de las necesidades de los clientes y usuarios de un modelo de negocio. El objetivo de un negocio es satisfacer estas necesidades.

Sponsor: Persona o entidad que patrocina una actividad con recursos financieros.

Stakeholders: Persona u organización que tiene un interés en un proyecto, y que puede verse afectada o influir en él.

Gestión: Enfoque metódico para administrar, diseñar y orientar los esfuerzos de un proyecto de principio a fin.

Eficiente: Se trata de lograr los resultados con la menor cantidad posible de tiempo y dinero.

Óptimo: Sumamente bueno, que no puede ser mejor.

Eficacia: Capacidad de lograr los objetivos que se desean o esperan.

Prueba de Concepto (PoC): Una prueba de concepto o PoC es una implementación, a menudo resumida o incompleta, de un método o de una idea, realizada con el propósito de verificar que el concepto o teoría en cuestión es susceptible de ser explotada de una manera útil.

Framework: Marco de trabajo, compuesto por un conjunto de herramientas, reglas y convenciones que sirven como base para desarrollar proyectos.

IV. ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
I. RESUMEN.....	3
II. ABSTRACT.....	5
III. GLOSARIO.....	7
IV. ÍNDICE.....	10
V. INTRODUCCIÓN.....	12
1. Adopción tecnológica empresarial a nivel mundial.....	13
2. Consultoras como apoyo a la transición tecnológica.....	15
3. NTT Data.....	17
4. Adopción de IA en empresas.....	22
5. Problema.....	23
6. Objetivos.....	24
VI. METODOLOGÍA.....	25
1. Descubrir.....	26
2. Definir.....	28
3. Desarrollar.....	30
4. Entregar.....	30
VII. DESCUBRIR.....	32
1. Mapa de Stakeholders.....	32
2. Fraude.....	34
3. Compañías de seguros.....	36
4. Proceso para cobrar un seguro.....	44

5. Proceso de gestión de un siniestro	49
6. Proceso de detección de fraude en Chile	46
7. Entrevista con expertos.....	49
8. Customer Journey Map.....	56
9. Impacto del fraude en la industria de seguros.....	58
10. Consecuencias del fraude en seguros .	61
11. Tamaño de Mercado de Detección de Fraude en Seguros	62
12. Benchmarking.....	67
13. Tendencias Tecnológicas	69
14. Conclusiones	74
VIII. DEFINIR.....	77
1. Identificación de oportunidades.....	77
2. Gráfico Comparativo	84
3. Jerarquización de oportunidades	86
4. Definición de parámetros relevantes para la metodología.....	88
IX. DESARROLLAR.....	90
1. Enfoque solución	90
2. Definición de “Fraud Prevention Methodology” (FPM)	92
X. ENTREGAR.....	103
1. Validación	103

XI. CONCLUSIONES	109
XII. REFERENCIAS.....	113
XIII. ANEXOS.....	116
1. Compañías vigentes	116
2. Transcripción entrevista	117

V. INTRODUCCIÓN

La adopción tecnológica en las empresas a nivel mundial ha transformado el escenario empresarial en las últimas décadas, permitiendo optimizar procesos, personalizar servicios y mejorar la toma de decisiones.

Este cambio ha sido impulsado por fuerzas sociales clave, como las tecnologías de información y la globalización, que han facilitado la conexión entre mercados y aumentado la competencia.

Las empresas recurren a consultoras tecnológicas, que se especializan en asesorar e implementar soluciones adaptadas a sus necesidades. Ejemplos como la consultora NTT Data destaca en su forma de ayudar a empresas de diversos sectores a optimizar sus operaciones y enfrentar los retos de la transformación digital. En particular, la inteligencia artificial (IA) ha surgido como una herramienta poderosa que permite automatizar procesos, analizar datos y mejorar la experiencia del cliente.

A pesar de sus beneficios, el sector asegurador, especialmente en el ámbito de los siniestros automotrices, enfrenta desafíos específicos en la adopción de IA para prevenir fraudes. Aproximadamente el 5% de las denuncias de siniestros son fraudulentas, lo que representa una pérdida monetaria significativa para la industria. Por ello, esta

investigación busca explorar una metodología integral de gestión del fraude en las empresas.

1. Adopción tecnológica empresarial a nivel mundial

En los últimos años, las empresas se han enfrentado a un entorno continuamente cambiante; el incremento de la competencia, la internacionalización, o la creciente importancia de la tecnología en todo proceso productivo, se han convertido en armas de doble filo para la empresa moderna. La empresa puede alcanzar gracias a estas características, importantes beneficios, o por el contrario perder parte de su competitividad e incluso llegar a la desaparición total del mercado. (Ortega & Martínez, 2007)

La capacidad de adaptación de las empresas permite desarrollar y mejorar el conocimiento adquirido para mantenerse en el tiempo. Además, es una característica inimitable de cada organización. (Acevedo Gelves & Albornoz Arias, 2024)

Según el libro: “Dirección de Marketing”, de Kotler y Keller (2012) definen entre las principales fuerzas sociales causantes de los cambios a las “Tecnologías de información de redes” o su diminutivo “TI”, asegurando que la

revolución digital ha creado una era de la información que promete llevar a niveles más precisos de producción, comunicaciones más dirigidas, fijación de precios más relevantes y automatización de procesos.

Una organización es capaz de alcanzar el éxito si introduce las adaptaciones oportunas y apropiadas ante la versatilidad en el entorno que se desenvuelve con una capacidad de adaptación que muchas veces puede ser satisfechas través de la aplicación de tecnologías de la información. (Kotler & Keller, 2012)

Otra fuerza social causante de cambios es la “Globalización”, entendiéndose como los avances tecnológicos en transporte, envíos y comunicaciones que han facilitado que las empresas comercialicen y que los consumidores compren en y desde casi todos los países del mundo.

Por el contrario, no siempre la adopción de nuevas innovaciones en las empresas es bienvenida. Según el documento “How to Overcome Pro-Change Bias: Incorporating Passive and Active Innovation Resistance in Innovation Decision Models” de Katrin Talke & Sven Heidenreich (2014), la literatura sobre adopción de innovaciones revela en gran medida un sesgo a favor del cambio, de modo que los autores hacen la suposición (sesgada)

de que los consumidores están abiertos al cambio y, por lo tanto, interesados en evaluar y eventualmente adoptar nuevos productos.

Sin embargo, los consumidores a menudo rechazan las innovaciones sin considerar conscientemente su potencial, de modo que el proceso de adopción termina antes de que realmente haya comenzado.

Existen dos tipos de resistencia a la innovación que pueden explicar este fenómeno, la pasiva y la activa.

La resistencia pasiva a la innovación es la resistencia a los cambios impuestos por una innovación sin siquiera evaluarla antes. Está relacionada con la personalidad de los individuos a resistirse a los cambios y factores específicos de la situación que determinan su satisfacción con el status quo.

Esto se debe a múltiples factores como la pérdida de control de ciertas situaciones, falta de voluntad para considerar ideas, el cambio como un factor estresante, intolerancias en el periodo de ajuste de la innovación, personas más reacias al cambio en general, y la renuncia de abandonar viejos hábitos. (Talke & Heidenreich, 2014)

La resistencia activa a la innovación se entiende por un resultado actitudinal que se produce tras una evaluación desfavorable de

un nuevo producto. Los consumidores configuran su actitud hacia una innovación en función de su evaluación de sus atributos.

Es común observar una predisposición favorable hacia lo familiar, ya que las personas tienden a preferir lo que conocen. Esta tendencia se manifiesta en la resistencia a la adopción de productos nuevos, ya que el cambio puede generar estrés e incertidumbre al reemplazar lo familiar por algo desconocido.

Como afirma J. de la Fuente, en su clase de Recursos Humanos de la Universidad Técnica Federico Santa María, cuando una empresa decide implementar cambios en su forma de operar, como la adopción de un nuevo software o la adjudicación de una nueva máquina, es fundamental que se proporcionen las capacitaciones adecuadas a los trabajadores. Estas capacitaciones permiten a los colaboradores desarrollar las competencias y habilidades necesarias para facilitar su integración al nuevo sistema. De esta manera, se evita que los empleados experimenten situaciones de estrés y desmotivación derivadas de reemplazar algo conocido por algo con lo que no se sienten familiarizados.

Asimismo, es responsabilidad de la empresa entregar las herramientas necesarias para una transición efectiva fomentando la

motivación de sus trabajadores en el lugar de trabajo, lo que contribuirá a una mayor productividad. En resumen, es crucial que la transición sea amigable y fluida para una mejor recepción por parte de los trabajadores de una empresa.

Un tipo de empresa que se dedica a la especialización de soluciones tecnológicas y su adopción integral dentro de las empresas clientes, son las consultoras de tecnología, quienes elaboran estrategias y desarrollan productos según las necesidades de sus clientes. Acercando a las organizaciones a transformaciones digitales amigables con sus colaboradores.

2. Consultoras como apoyo a la transición tecnológica

Según el libro, “La consultoría de las empresas” de Kubr Milan (1997), asegura que el área de la consultoría de empresas que más se ha expandido y modificado es el relacionado con la tecnología de la información. Mientras que a mediados del decenio de 1960 esta tecnología apenas existía, la industria de consultoría TI en Chile ha mostrado un crecimiento sostenido, con un aumento en la demanda de servicios que abordan la modernización empresarial y la

adopción de nuevas tecnologías. En 2022, se estimó que el sector generó ingresos *superiores a los 317 millones de dólares.* (*Perfil mercado de software Chile, 2024.*)

Dado la amplitud y el volumen de su utilización, no es sorprendente que la tecnología de la información haya generado un sector totalmente nuevo en la profesión de consultor de empresas. (Kubr, 1997)

Los cambios se han producido a tal ritmo que, independientemente de saber qué organizaciones podrían estar dispuestas a pagar por su propio personal especializado, simplemente no hay ni habrá disponibles suficientes expertos y personal experimentado. Los consultores desempeñan no sólo un papel de apoyo en la expansión del uso de la tecnología de la información, sino también una función vital. No es exagerado decir que, sin los servicios de consultoría, el mundo no podría absorber ni explotar la corriente de nuevas tecnologías de la información.

Una consultora de tecnología ofrece asesoramiento y presenta soluciones tecnológicas según las necesidades de las empresas. Cuentan con un equipo de expertos en diversas áreas de la tecnología que permite ofrecer conocimiento especializado, fundamental para identificar las

mejores soluciones y asegurar una implementación exitosa, planificando el futuro y manteniendo competitividad en el mercado. (Calaf, 2025)

Un caso de éxito de la consultora tecnológica “Accenture” junto al “Hogar de Cristo” fue la creación de una aplicación móvil para impulsar emprendimientos sociales llamada “Dorapp”.

La aplicación busca poner en contacto a personas, fundaciones y ONGs de diversas causas sociales y así conformar la comunidad de líderes sociales más grande de Chile para poder ayudarse entre todos.

Su principal objetivo es dar orientación y apoyo a las iniciativas ante la falta de información sistematizada y de fácil acceso para impulsar proyectos de este tipo. (Concha, 2020)

Otro ejemplo que involucra a la misma consultora con el Banco Sabadell, cuarto grupo financiero en España. El banco deseaba ofrecer las herramientas necesarias y los niveles de comodidad y fiabilidad que se espera como consumidor para operaciones realizadas en la banca web y móvil. El objetivo del banco era ofrecer una experiencia uniforme en todas sus plataformas con herramientas y aplicaciones de calidad.

La solución fue un sistema de diseño hecho a medida que pudiera industrializar el proceso de creación y desarrollo, acelerar la digitalización y ofrecer experiencias únicas y fiables en menos tiempo. Este sistema de diseño permite a los diseñadores y desarrolladores de Sabadell crear nuevos productos y servicios de manera más eficiente y controlando los costes. (*Banco Sabadell, 2024*)

Las consultoras tecnológicas juegan un papel crucial en la expansión y adopción de nuevas tecnologías dentro de las organizaciones. Estas empresas no solo proporcionan el conocimiento especializado que muchas compañías no pueden mantener internamente, sino que también ofrecen soluciones innovadoras adaptadas a las necesidades específicas de sus clientes.

Ejemplos como Accenture y su colaboración con Hogar de Cristo o el Banco Sabadell visibiliza cómo estas empresas han ayudado a sus clientes a enfrentar los desafíos de la transformación digital, optimizando sus procesos y mejorando la experiencia del usuario. El rol de las consultoras es, por lo tanto, fundamental para las organizaciones que buscan mantenerse competitivas en un entorno tecnológico en constante cambio.

Entre las consultoras que han destacado en este campo, NTT Data ocupa un lugar de liderazgo en Chile y a nivel global, siendo la 2° compañía de servicios IT en Chile y la 6° a nivel global. Con un enfoque integral que combina desde la consultoría estratégica hasta la implementación de soluciones tecnológicas avanzadas, NTT Data se ha consolidado como uno de los actores principales en la transformación digital de diversas industrias.

3. NTT Data

Como ya se mencionó anteriormente, las consultoras tecnológicas cumplen un rol estratégico en el mercado laboral actual. NTT Data es una empresa de origen japonés con presencia internacional que destaca en el servicio de consultoría de tecnología y negocios, ofrecen desde servicios de consultoría estratégica hasta tecnologías de vanguardia, desarrollando experiencias que transforman organizaciones, revolucionan industrias y dan forma a una sociedad mejor para todos.

Contribuyen a que los clientes y la sociedad avancen con confianza hacia el futuro digital, su compromiso es ayudarles a alcanzar el éxito a largo plazo. (*Transformamos compañías, anticipándonos al futuro | NTT DATA, 2024*)

Presente en 50 países con más de 190.000 empleados en todo el mundo y 150 años de historia e innovación.

Su enfoque de I+D emplea tecnologías avanzadas para resolver los problemas a los que se enfrentan sus clientes en todo el mundo. Han invertido 3600 millones de dólares en iniciativas de I+D, por lo que no solo trabajan para identificar las tecnologías disponibles actualmente, sino también aquellas que se popularizarán en el futuro.

Los valores fundamentales de NTT Data juegan un papel crucial en la forma en que la empresa opera y se relaciona con sus clientes y empleados. Estos principios no solo guían las decisiones y estrategias, sino que también reflejan el compromiso de la empresa con la excelencia y la innovación.

A través de su enfoque "Clients First", "Foresight" y "Teamwork", forman la base sobre la cual se construye su éxito y se promueve su capacidad para enfrentar los desafíos del futuro con eficacia y colaboración.

En NTT Data, el "Clients first" es fundamental, trabajan para comprender el negocio de sus clientes y se esfuerzan por resolver sus inquietudes. Tienen como responsabilidad

garantizar su éxito. Esta obligación define la dirección de trabajo y guía sus acciones.

Por otro lado, el “Foresight” que plantea que nunca se conforman con el statu quo. Con velocidad y previsión, se anticipan a todos los retos que los esperan en el camino. Trabajan para mejorar la capacidad de visualizar ese futuro y, con sus ecosistemas, se adaptan al cambiante entorno empresarial.

Por último, el “Teamwork” es esencial para ellos, ya que creen que cuando las personas de un grupo diverso aportan sus visiones únicas del mundo, comparten su sabiduría y trabajan hacia un objetivo común, los resultados son extraordinarios y llegan mucho más allá de lo que podría lograr una sola persona. *(Desarrollamos proyectos innovadores que impactan en tu vida | NTT DATA, 2024)*

Uno de los pilares fundamentales de la compañía en la creación de soluciones innovadoras en servicio de sus clientes es la inteligencia artificial. Es una de las empresas que ocupa la IA hace ya varios años, así como también busca estar a la vanguardia con las tecnologías emergentes.

Un caso de éxito de NTT Data junto con Tesco Mobile, conocido por su excelente servicio al cliente en el Reino Unido y otros países. Tesco

Mobile enfrentaba la necesidad de modernizar sus canales de contacto y mejorar la eficiencia en su servicio de atención al cliente. La empresa buscaba integrar la automatización mediante IA conversacional para manejar interacciones rutinarias, pero carecía de experiencia en esta tecnología y temía que una implementación incorrecta pudiera afectar negativamente la experiencia del usuario.

Para abordar esta necesidad, Tesco Mobile recurrió a NTT Data quien organizó un hackathon especializado en IA conversacional, diseñada para explorar aplicaciones prácticas de chat bots.

El resultado fue la presentación de prototipos funcionales que demostraron cómo la IA conversacional puede optimizar la atención al cliente. Esto incluyó un chat bot de WhatsApp que permite el acceso al historial del cliente y chat bots web que escalan consultas complejas a agentes humanos.

La solución de NTT Data no solo ayudó a Tesco Mobile a adquirir experiencia en IA conversacional, sino que también les permitió sentar las bases para una implementación gradual y efectiva de la tecnología, asegurando una transición que mantenga la calidad del servicio al cliente. *(Revolucionando la experiencia del cliente con IA conversacional | NTT DATA, 2024)*

Para comprender y situar mejor la estructura organizacional de la empresa es importante conocer de qué forma se organiza el talento.

Dentro de esta área, específicamente en la división de “Data & Analytics”, es donde se desarrolla este proyecto de título.

3.1 Organigrama NTT Data

Se presenta a continuación el organigrama de la unidad de “Digital Technology” de NTT Data.



Ilustración 1: Organigrama de Digital Technology, NTT Data (Branding NTT Data, 2024)

Para este proyecto también necesitaremos el apoyo del sector de seguros de NTT Data, que se ubica en una unidad de la empresa llamada

“Megasector” perteneciente al departamento de “Sectores” organizado de la siguiente forma:



Ilustración 2: Organigrama de Sectores NTT Data (Branding NTT Data, 2024)

Dentro de la unidad de Megasector, la encargada del área de seguros es Carolina

Catalán, será quien facilite información relevante del sector para este proyecto:



Ilustración 3: Organigrama de Megasector NTT Data (Branding NTT Data, 2024)

Conocer a las personas y sus cargos es importante ya que se deberá mantener una comunicación sólida y fluida con algunos encargados para el éxito del proyecto.

4. Adopción de IA en empresas

En los últimos años, muchas son las empresas que están apostando por la adopción de la IA en sus núcleos empresariales. Según una encuesta realizada por la empresa de consultoría estratégica, “New Vantage Partners”, el 97 % de las organizaciones encuestadas están invirtiendo en iniciativas de datos y el 91 % en actividades de IA. Además, el 92 % de las grandes empresas están obteniendo retornos de sus inversiones en datos e IA. Por otro lado, la encuesta muestra que el número de iniciativas de IA continúa en aumento, pero el número se mantiene bajo debido a que la cultura empresarial en torno al uso y gestión de los datos es un obstáculo. (*Data and AI Leadership Executive Survey, 2024*)

Como ya se mencionó anteriormente, esto se debe al importante papel que juega la cultura empresarial en la implementación de la IA en la empresa, ya que la aceptación y adopción de la tecnología depende en gran medida de la cultura y la actitud de los empleados hacia ella.

La inteligencia artificial ha dejado de ser una tendencia emergente para convertirse en una tecnología transformadora en prácticamente todas las industrias. Las empresas están adoptando IA para mejorar la eficiencia

operativa, tomar mejores decisiones basadas en datos y optimizar la experiencia del cliente. Algunos ejemplos de adopción de inteligencia artificial en las organizaciones son:

Para automatizar procesos, en el sector bancario, la IA está siendo utilizada para la apertura de cuentas, verificación de identidades y el procesamiento de solicitudes de crédito. Esto no solo acelera el proceso, sino que reduce errores y riesgos.

Empresas como Amazon y Walmart utilizan análisis predictivo para gestionar la cadena de suministro, prediciendo la demanda de productos específicos en función de los datos de ventas históricos, estacionales y las tendencias del mercado.

Para la personalización de servicios, la plataforma Netflix utiliza algoritmos de IA para analizar el historial de visualización de los usuarios y sugerir contenido que probablemente les guste, lo que aumenta el tiempo de visualización y la satisfacción del cliente.

Por último, para la toma de decisiones basadas en datos. En marketing digital, los sistemas de IA optimizan campañas publicitarias al analizar en tiempo real los datos de las interacciones de los usuarios y

ajustar las estrategias publicitarias para maximizar el retorno de inversión.

La creciente adopción de la inteligencia artificial en las empresas ha demostrado su capacidad para transformar diversas industrias.

A medida que las organizaciones buscan aprovechar las ventajas de la IA para mejorar la eficiencia de sus procesos y la toma de decisiones, la industria aseguradora no es una excepción. Sin embargo, este sector enfrenta un problema particular: fraude en reclamos de seguros.

5. Problema

A medida que las empresas de distintas industrias adoptan tecnologías emergentes para optimizar procesos y mejorar la toma de decisiones, el sector asegurador enfrenta desafíos específicos que pueden ser abordados eficazmente mediante estas herramientas. En particular, la inteligencia artificial es candidata a ser una tecnología clave para transformar la gestión y revisión de denuncias de siniestros, enfrentando problemas críticos como el fraude en reclamaciones de seguros y optimizando tanto el tiempo como los costos asociados a estos procesos.

Se estima que aproximadamente el 5% de las denuncias de siniestros son fraudulentas, costándole a la industria perdida monetarias importantes. (*Occupational Fraud 2024: A Report To The Nations, 2024*)

En este contexto, un siniestro se define como un evento impredecible, aislado, que causa daño o perjuicio a una persona o a un bien material, y que debe estar contemplado en la póliza de seguro para ser cubierto.

En el área de Digital Technology de NTT Data, ha surgido una iniciativa interna con el objetivo de desarrollar soluciones innovadoras que combatan el fraude en el sector asegurador, empleando tecnologías avanzadas para optimizar recursos y eficientar procesos.

Sin embargo, este proyecto trasciende la implementación de soluciones tecnológicas antifraude en el mundo asegurador, ya que busca establecer una metodología integral orientada al negocio, capaz de identificar y abordar el fraude de manera oportuna y eficiente en diversos mercados, como banca, sector industrial, entre otros, además del ámbito asegurador.

El desarrollo de esta metodología tiene como punto de partida el análisis del mercado asegurador, permitiendo generar una propuesta de valor enfocada en la detección

de fraude. A partir de esta experiencia, se espera consolidar un enfoque metodológico que pueda ser adaptable a otros sectores, con el propósito de maximizar su impacto en la resolución de problemáticas similares.

Este desafío responde a una necesidad crítica: en muchas empresas, las soluciones tecnológicas se implementan sin una comprensión profunda de los problemas reales que enfrentan, lo que puede resultar en proyectos poco efectivos, mal dirigidos y pérdidas de recursos. Por ello, la metodología propuesta no solo busca integrar tecnología avanzada, sino también diagnosticar de manera precisa los dolores o puntos críticos del proceso, asegurando que las soluciones sean altamente asertivas y alineadas con las necesidades del negocio.

6. Objetivos

En el contexto del presente estudio, establecer objetivos claros resulta fundamental para guiar el desarrollo y orientar los esfuerzos hacia soluciones efectivas.

Objetivo general: Desarrollar una solución metodológica con enfoque en negocios para la prevención de fraudes en seguros, aprovechando las tendencias tecnológicas actuales.

Objetivo específico 1: Analizar el fraude en la industria aseguradora para identificar los principales desafíos y problemáticas del sector.

Objetivo específico 2: Identificar oportunidades y áreas de mejora para el diseño y desarrollo de una solución metodológica que permita detectar y reducir el fraude en la industria aseguradora.

Objetivo específico 3: Diseñar un marco de trabajo y definir las etapas de aplicación de una metodología antifraude.

Objetivo específico 4: Validar la metodología desarrollada y su efectividad en la industria aseguradora, asegurando su aplicabilidad en diversos mercados antifraude.

VI. METODOLOGÍA

La metodología utilizada durante el desarrollo de este proyecto de título será “Doble Diamante” ya que proporciona un enfoque para explorar, definir y ajustar soluciones, especialmente en contextos complejos donde el análisis de datos y la inteligencia artificial juegan un papel clave.

Su naturaleza iterativa y flexible, centrada en el usuario, es ideal para proyectos como este, donde la optimización de procesos y mejora continua son fundamentales. Además, al estar el proyecto en una etapa inicial el modelo permite un proceso más abierto que fomenta la exploración de diferentes posibilidades antes de tomar decisiones finales, a diferencia de métodos más rígidos.

Este método surge en 2003, por una entidad asesora del gobierno británico en diseño, el Design Council, que en ese entonces promovía el impacto positivo de adoptar un enfoque estratégico para el diseño y el valor de la “gestión del diseño” como práctica.

Richard Eisermann, entonces director de Diseño e Innovación del Consejo de Diseño le preguntó a su equipo: "¿Cómo describimos el proceso de diseño?". Se obtuvo como resultado una forma simplificada de describir cualquier proceso de diseño e innovación. (*Historia del Doble Diamante - Consejo de Diseño, 2024*)

Se compone de cuatro fases distintas: descubrir, definir, desarrollar y entregar.

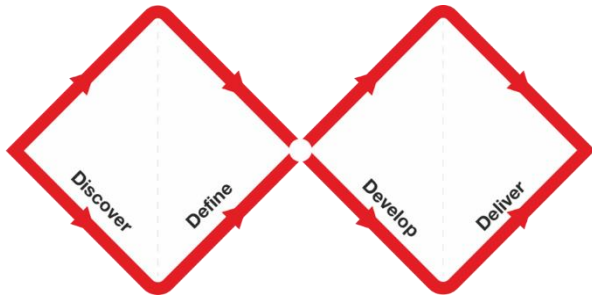


Ilustración 4: "Modelo de Doble Diamante" (The Double Diamond - Design Council, 2024.)

Este modelo es valioso porque combina exploración (convergencia) y enfoque (divergencia), asegurando en cada etapa que las soluciones estén alineadas con las necesidades del mercado y los objetivos del proyecto.

1. Descubrir

Para la etapa de Descubrir (Discover), el objetivo está alineado con el objetivo específico 1: "Analizar el fraude en la industria aseguradora para identificar los principales desafíos y problemáticas del sector."

Es una etapa divergente en la que se recopila toda la información posible para entender las necesidades del sector y los desafíos existentes.

El proceso es una fase de investigación orientada a identificar, con precisión, las necesidades de la industria. Durante esta etapa, se amplía deliberadamente el rango de búsqueda para garantizar una comprensión holística del contexto y de los puntos críticos que requieren atención, así como potenciales oportunidades. Para esto, existen formas de organización y herramientas para trabajar la información que serán útiles en esta etapa como las mencionadas a continuación.

1.1 Mapa de Stakeholders

Es una representación visual que ayuda a identificar a los involucrados en el proyecto, sus necesidades, expectativas y grado de influencia. Identifica grupos de interés afectados en alguna medida por el proyecto y cómo se verían beneficiados o no por la solución.

Entre los actores clave se encuentran las compañías de seguros, los asegurados, la manager de seguros de NTT Data, el director del área de Digital Technology (donde se desarrolla este proyecto) y un líder del área de

Data & Analytics, quien además cumple el rol de tutor en el desarrollo de esta memoria.

1.2 Revisión de los datos existentes

Un componente fundamental en esta etapa es el análisis de los datos ya disponibles dentro de la empresa, particularmente aquellos generados por el área de megasector vinculada al ámbito asegurador. La información recopilada por esta área es de gran relevancia, ya que proporciona una perspectiva interna sólida sobre el problema, incluyendo datos, experiencias previas y análisis relacionados con el fraude en seguros.

Este enfoque permite obtener la visión estratégica de la empresa sobre el problema, enriqueciendo la investigación e identificando oportunidades y mejoras alineadas con sus capacidades.

1.3 Revisión bibliográfica

Este análisis permitirá establecer un marco teórico sólido que sustente el desarrollo metodológico del proyecto.

Asimismo, se buscará complementar la información interna de la empresa con datos relevantes de la industria aseguradora, abarcando aspectos como tendencias de fraude, desafíos específicos del sector y

oportunidades tecnológicas. Esta intersección de datos permitirá contextualizar el problema desde una perspectiva integral, alineando las capacidades tecnológicas con las necesidades y retos del mercado.

1.4 Diagrama de procesos

Un diagrama de procesos es una representación visual que muestra la secuencia de actividades, eventos y puntos de decisión de un proceso.

Los diagramas de procesos son una herramienta útil para: Visualizar y mejorar flujos de trabajo, identificar áreas de optimización, delimitar la responsabilidad de cada tarea y aclarar el flujo de trabajo.

Este proyecto abordará tres procesos claves dentro del mercado asegurador: el proceso de reclamo de seguros por parte del asegurado, el flujo genérico de gestión de siniestros y el proceso específico de detección y gestión del fraude en seguros. Estos aspectos se analizarán de manera integral para identificar áreas de mejora.

1.5 Entrevista con expertos

Expertos contarán su experiencia en el rubro de seguros, generando otra perspectiva del

problema y ayudando a encontrar posibles áreas débiles en el proceso.

1.6 Customer Journey Map

Para identificar puntos débiles o puntos de intervención que tiene un usuario en todo el proceso de uso de un producto o servicio. El objetivo es encontrar un punto en donde se pueda mejorar la experiencia. Tiene un origen más emocional y trata de la experiencia del cliente en un proceso. Para este caso, la experiencia de un asegurado que intenta hacer valer su seguro.

1.7 Benchmarking

Estrategia de gestión empresarial que consiste en comparar los procesos, productos o servicios existentes en el mercado para ofrecer una solución diferenciadora.

Buscar soluciones para la gestión de fraude eficiente y detección oportuna que ya estén en el mercado permitirá ser un punto de comparación para encontrar ventajas competitivas y oportunidades de mejora.

1.8 Tendencias tecnológicas

Al ser parte de una consultora el cual uno de sus pilares es la tecnología, es importante estar al tanto de nuevas tendencias e introducciones en el mercado de la tecnología que podrían ser parte de futuros productos, agregando valor a futuras soluciones innovadoras.

Todas estas herramientas están diseñadas para identificar áreas del proceso que pueden optimizarse con el objetivo de reducir el fraude en seguros. Además, buscan generar insights sobre la industria y descubrir oportunidades de negocio, alineándose plenamente con los objetivos del proyecto.

2. Definir

Siguiendo con la etapa de Definir (Define), alineada con el objetivo específico 2: “Identificar oportunidades y áreas de mejora para el diseño y desarrollo de una solución metodológica que permita detectar y reducir el fraude en la industria aseguradora.”

Es una etapa convergente donde los hallazgos de la etapa de descubrimiento se analizan, se alinean las necesidades del sector y del problema, para identificar el núcleo de las oportunidades.

Por otro lado, se definen parámetros o insights determinantes para definir las bases de la metodología de prevención del fraude en seguros.

2.1 Identificar oportunidades

Una vez completado el análisis exhaustivo de la etapa anterior, el enfoque se orientará hacia la identificación de oportunidades estratégicas. Este proceso consiste en examinar los insights, explorar escenarios innovadores y tendencias emergentes en el sector asegurador.

2.2 Análisis Necesidad/Beneficio

En este apartado, se detallan las oportunidades identificadas, explicando las razones de su surgimiento, y se analizan las necesidades que abordan, así como los beneficios derivados de su implementación.

2.3 Gráfico Comparativo

Es un método de toma de decisiones multicriterio, herramienta que facilita la selección entre diversas alternativas, basándose en criterios o variables predefinidas. Este gráfico se utilizará para evaluar y comparar diferentes oportunidades,

considerando múltiples factores clave. El objetivo es identificar las opciones más adecuadas, alineadas con los objetivos del proyecto, las necesidades del mercado y la realidad NTT Data, garantizando que las decisiones tomadas sean las más efectivas y pertinentes.

2.4 Jerarquización de oportunidades

Un comité de NTT Data, compuesto por stakeholders y sponsors claves, será responsable de identificar y seleccionar las oportunidades más relevantes para el proyecto. Este comité incluye a Denisse Garnica, partner del área del Sector Público; Claudio Soarzo, director del área de Digital Technology; Inés Eusébio, partner del área de General Management; y Raúl Pérez, chief architect del área de Data & Analytics.

Con base en un análisis detallado de la realidad de NTT Data y las necesidades del mercado, el comité priorizará las oportunidades que aportarán mayor valor al proyecto.

2.5 Definición de parámetros relevantes para la metodología

Gracias a la identificación de dolores y problemas del proceso de gestión de fraude en un siniestro y a la definición de oportunidades, se pueden extraer diferentes conclusiones que son las bases para la creación de la metodología de prevención del fraude en seguros.

3. Desarrollar

La etapa de Desarrollar (Develop), trabaja en el marco del objetivo específico 3: “Diseñar un marco de trabajo y definir las etapas de aplicación de una metodología antifraude.”

La generación de la metodología y la exploración de soluciones de productos antifraude, denominadas “capacidades antifraude”, constituyen una etapa divergente que impulsa la creatividad para desarrollar nuevas estrategias en la industria de seguros y proponer múltiples soluciones a los problemas identificados.

3.1 Enfoque solución

Se presenta un enfoque de solución a nivel estratégico (alto nivel), que consiste en identificar soluciones prácticas a los

problemas mediante el uso de tecnologías emergentes, teniendo en cuenta las opiniones y aportes de un equipo técnico especializado.

Todo esto en el marco de las oportunidades definidas anteriormente.

3.2 Diseño de metodología

Consiste en la creación de la metodología de prevención de fraude en seguros con enfoque en negocios a partir de las conclusiones del trabajo previo. La metodología se estructurará en dos componentes: el desarrollo de un framework y la definición de sus etapas de aplicación.

4. Entregar

La última etapa es Entregar (Deliver), su objetivo se alinea con el objetivo específico 4: “Validar la metodología desarrollada y su efectividad en la industria aseguradora, asegurando su aplicabilidad en diversos mercados antifraude.”

En esta etapa se implementa y refina la solución final. Es una etapa convergente en la que se valida la solución, recopilando retroalimentación para ajustes finales.

4.1 Validación: Reunión con expertos

Se validará la funcionalidad de la metodología con expertos en el área, quienes evaluarán su desempeño y efectividad. Ellos determinarán su futura implementación a nuevos proyectos. A partir de esta validación, se recibirá retroalimentación detallada que permitirá realizar ajustes y mejoras.

VII. DESCUBRIR

Esta sección es un estudio del fraude en la industria aseguradora, levantamiento de información y análisis de impacto para el proyecto Fraud Prevention dentro del megasector de seguros, que forma parte de una iniciativa con enfoque empresarial en NTT Data Chile.

Nombre Proyecto	Fraud Prevention
Área/Departamento	Digital Technology
Responsables	Raúl Pérez y Cassidy Allendes.
Fecha de Inicio	14/10/2024

El paso inicial es identificar principales actores que tendrán algún nivel de influencia dentro del proyecto.

1. Mapa de Stakeholders

Esta herramienta ayudará a reconocer a organizaciones, personas o sectores involucrados en el proyecto. Determinando su nivel de influencia e interés

Con esto se evitarán errores de comunicación, expectativas sobre los resultados, entre otras cosas.



Ilustración 5: Mapa de Stakeholders del proyecto (Elaboración propia)

Raúl Pérez (Tutor) y, Cassidy Allendes (Memorista) son críticos para el éxito del proyecto, tomadores de decisiones y colaborativos en el trabajo para asegurar que las decisiones y acciones estén alineadas con los objetivos finales del proyecto.

Claudio Soarzo (director Digital Technology), Denisse Garnica (Partner Public Sector), Inés

Eusébio (Partner General Management), tienen un alto nivel de influencia, pero bajo interés directo. Es clave mantenerlo informado y satisfecho, sin abrumarlo con detalles operativos innecesarios.

Carolina Catalán (Manager Seguros), el Equipo Técnico (PoC) y las Aseguradoras tienen un alto interés en el proyecto, pero su

capacidad de influir es menor. Es importante proporcionarles actualizaciones regulares y mantener una comunicación abierta.

Los Organismos reguladores y los Asegurados no tienen un impacto significativo en las decisiones actuales del proyecto ni muestran un alto interés. Es suficiente monitorear cualquier cambio en su posición o necesidades.

Para continuar con el proyecto es clave comprender el sector desde cero, conocer definiciones clave, el comportamiento del mercado asegurador, tecnologías implementadas y emergentes, entre muchas otras cosas más que se muestran a continuación, empezando desde lo primordial, comprender qué es fraude.

2. Fraude

El fraude se define como: “Actividades o acciones con el propósito de enriquecimiento personal a través del uso inapropiado o la sustracción de recursos o activos de una organización por parte de una persona”. El fraude se refiere a actos intencionales perpetrados por personas utilizando el engaño. (*Fraud 101: What is Fraud?*, 2024)

2.1 Tipos de fraude

De acuerdo con SAS (2024), firma pionera y especializada en analítica avanzada, IA y gestión de datos, entre el listado de fraudes se pueden crear tres categorías principales según la forma de perpetrarlos (*Las aseguradoras y la mejora de la detección del fraude*, 2021):

Oportunistas: Se dan de manera ocasional al incrementar los daños de un siniestro real o para compensar una experiencia previa negativa, los cuales suceden con alta periodicidad e importes bajos.

Deliberado: Aquel que lleva una planificación para exagerar o fabricar siniestros falsos.

Organizado: Implica un grupo de personas, incluso colaboradores o proveedores de las propias aseguradoras, quienes tienen alto conocimiento de los términos y condiciones de las pólizas, y cuyo volumen es menor, pero generan pérdidas de medias a altas.

El fraude se clasifica por categoría y responsabilidad de la siguiente forma:

a. **Por categoría:**

Cada tipo de fraude implica diferentes métodos y motivaciones que pueden perjudicar gravemente la integridad y estabilidad de la empresa, tanto en términos económicos como éticos. Para comprender el

fenómeno del fraude dentro de las organizaciones, es esencial clasificar sus tipos y formas de aparición: (*Las tres categorías principales de fraude: Cómo identificarlas y prevenirlas*, 2024)

Corrupción: Todas aquellas actividades en donde los empleados de una empresa utilizan indebidamente sus influencias para obtener un beneficio personal. Este tipo de fraude comprende: conflictos de interés, sobornos, pagos inapropiados, extorsión, entre otros.

Fraude de Estados Financieros: Son aquellos eventos de fraude en donde se ejecutan acciones con el propósito de generar estados financieros que no reflejan adecuadamente la realidad económica y financiera de la institución.

Apropiación Indebida de Activos: Son aquellos esquemas en los cuales la persona que lleva a cabo la acción de fraude realiza sustracciones de activos o utiliza tales activos u otros recursos de la compañía para beneficio propio. Algunos de los activos objeto de este tipo de fraude son: efectivo, inventarios, activos fijos, información estratégica, entre otros.

b. Por responsable:

Para entender mejor el impacto del fraude en las organizaciones, es importante diferenciar

entre sus dos principales orígenes: el interno y el externo. (*¿Qué es el fraude?*, 2024)

Fraude Interno: Riesgo de pérdida por actos realizados con la intención de defraudar, sustraer propiedad de terceros o infringir reglas, leyes o políticas internas, involucrando por lo menos un empleado de la empresa.

Fraude Externo: Riesgo de pérdida por actos realizados por personas que no pertenecen a la organización con la intención de hacer un fraude, de apropiarse indebidamente de propiedad ajena o de infringir leyes

Si bien existen muchos tipos de fraude, es importante conocer por qué las personas cometen fraude.

2.2 ¿Por qué la gente comete fraude?

La explicación más aceptada de por qué algunas personas cometen fraude se conoce como el Triángulo del Fraude, desarrollado por el Dr. Donald Cressey, un criminólogo cuya investigación sobre los malversadores dio lugar al término "violadores de la confianza". (*Triángulo del Fraude*, 2024)



Ilustración 6: “Triángulo del Fraude” (Triángulo del Fraude, 2024)

Corresponde a un modelo para explicar los factores que hacen que una persona llegue a cometer fraude al interior de una organización. Consta de tres componentes que, en conjunto, pueden llevar a una persona a exhibir un comportamiento fraudulento.

Motivación: Presión o incentivo interpretado como la necesidad, justificación o desafío para cometer el fraude. Es la causa o razón.

Oportunidad Percibida: Para que ocurra un fraude o una irregularidad dentro de una compañía, debe existir una debilidad a explotar en un determinado proceso, la ausencia de control en un proceso o área donde ocurre el evento.

Racionalización: Es la actitud equivocada de quien comete o planea cometer un fraude tratando de convencerse a sí mismo (y a los demás si es descubierto), consciente o inconscientemente, que existen razones válidas que justifican su comportamiento impropio; es decir, tratar de justificar el fraude cometido.

Para mejorar el proceso de gestión y detección de fraudes, se deben eliminar las debilidades dentro del proceso, para que no exista la oportunidad de cometer fraude, permitiendo una detección precisa y oportuna.

3. Compañías de seguros

Según la Comisión para el Mercado Financiero, (CMF) una aseguradora es una entidad mercantil privada que se dedica a asegurar riesgos de particulares y empresas para protegerlos frente a daños y accidentes que puedan sufrir.

Las compañías de seguros globalmente se dividen en dos grupos principales: Compañías de Seguros Generales y Compañías de Seguros de Vida. A continuación, se detallan las diferencias entre ambos grupos:

Compañías de Seguros Generales (Primer Grupo): Ofrecen seguros que cubren la pérdida o deterioro de bienes o patrimonio, como seguros de automóviles, incendios,

robos y asistencia en viajes. Además pueden cubrir los riesgos de accidentes personales y de salud. (CMF Educa - Compañías de Seguros Generales, 2024)

Compañías de Seguros de Vida (Segundo Grupo): Se especializan en riesgos relacionados con la vida humana, ofreciendo productos como seguros de vida, seguros con ahorro y rentas vitalicias. Garantizan un capital o una renta al término del plazo estipulado, además de cubrir riesgos de accidentes personales y salud. (CMF Educa - Compañías de Seguros de Vida, 2024)

Las aseguradoras tienen diferentes requisitos en cuanto a la gestión y liquidación de siniestros, así también las compañías deben cumplir con normas específicas sobre reservas técnicas y solvencia, adaptadas a los tipos de seguros que ofrecen.

Por otro lado, es importante señalar lo importante que se ha vuelto el mercado asegurador en Latinoamérica, por su creciente desarrollo y expansión. A continuación, puedes conocer el mercado asegurador latinoamericano y como cobra relevancia para los objetivos del proyecto.

3.1 Mercado asegurador

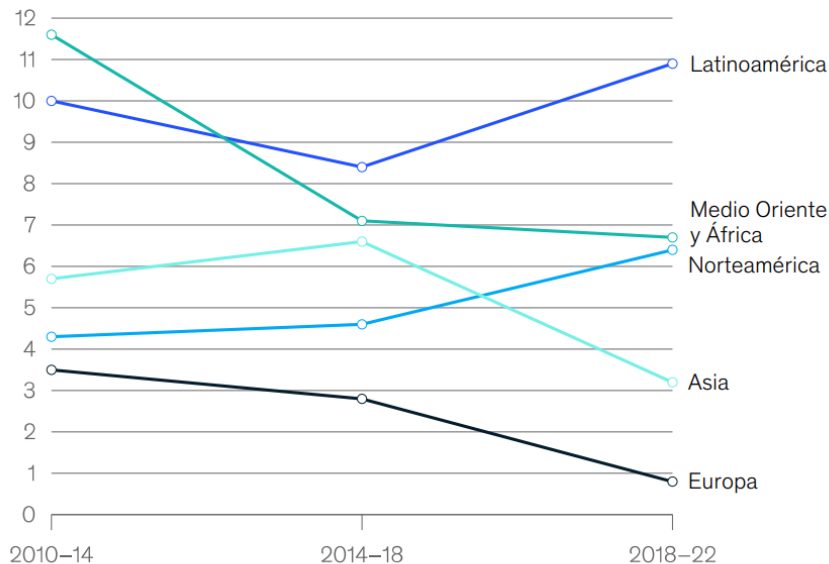
Es interesante abordar cómo el mercado de compañías de seguros en Latinoamérica

destaca por su fuerte crecimiento y oportunidades de inversión. Las economías están en expansión, con una clase media emergente y una creciente conciencia entre los consumidores sobre el valor de la protección financiera, esto ha convertido a la región en un territorio seguro para que las aseguradoras prosperen.

Según el “Reporte global de seguros 2023: capturando la siguiente ola de crecimiento en América latina” de McKinsey Company, el mercado de seguros de América Latina está en auge, tanto en crecimiento de primas como en sofisticación, además señala que las oportunidades disponibles para las aseguradoras globales, regionales y locales son inmensas. Asegura que el mercado de seguros de América Latina es un territorio fértil para un crecimiento acelerado y para innovaciones en los modelos de negocios.

Durante la última década, América Latina se ha ganado una reputación en la industria global por sus tasas de crecimiento consistentemente altas, con una tasa de crecimiento anual compuesta, o TCAC (compound annual growth rate) plurianual de 10.9% entre 2018 y 2022, frente a la TCAC de los cuatro años anteriores de 8.4% como se muestra en la siguiente figura:

Primas emitidas totales (GWP) TCAC, %



GWP, 2022,
miles de millones
de dólares

**Participación
global de GWP,
2022, %**

174	2
144	2
2,845	43
1,864	28
1,577	24

Fuente: McKinsey Global Insurance Pools; Superintendencias de países; análisis de McKinsey

Ilustración 7: Primas emitidas totales (GWP) TCAC, % (Craddock et al., 2023)

Mientras tanto, América del Norte, Asia y Europa experimentaron un crecimiento más lento. Por supuesto, la TCAC de América Latina en 2022, de \$174 mil millones de dólares (si bien es un récord para la región), es muy inferior al de esas tres regiones desarrolladas (\$2,800 mil millones de dólares, \$1,900 mil millones de dólares y \$1,600 mil millones de dólares, respectivamente). De

hecho, el mercado de seguros de América Latina representa actualmente 2 por ciento del GWP (prima bruta suscrita por una aseguradora) mundial. Aun así, el crecimiento es notable y podría indicar un amplio potencial sin explotar en el mercado.

Dado el crecimiento de la industria de seguros en América latina, es relevante poner atención

en la gestión, prevención y detección del fraude, para así evitar grandes pérdidas monetarias para la industria, seguir expandiendo su crecimiento y evitar una decadencia en el posicionamiento de marca. (Craddock et al., 2023)

Con una confirmación de crecimiento de la industria en América Latina, ahora es importante revisar los puntos claves del mercado asegurador en Chile.

3.2 Mercado asegurador en Chile

En Chile también se destaca un elevado crecimiento de ventas de primas, según el informe financiero del mercado asegurador de la CMF del 2024, es importante resaltar que las compañías de seguros de vida son las que registran una mayor cantidad de ventas hasta

junio del 2024 llegando a los MMUS\$4.731 de ventas representando un aumento real de 2,8% en relación con igual período de 2023.

Por otro lado, las compañías de seguros generales registraron una prima directa de MMUS\$2.521, representando un aumento de 1,0% real respecto de igual periodo de 2023.

Este mismo informe indica que el total de primas recaudadas va en aumento, asegurando que las expectativas en el corto y mediano plazo lo convierten en un mercado atractivo e importante a nivel de la economía nacional, ya que en 2022 representó un 4,34% del PIB.

Como se puede observar a continuación, el mayor ingreso se ha debido históricamente a los Seguros de Vida, que comprenden un 2,6% del PIB. (CMF, 2024)

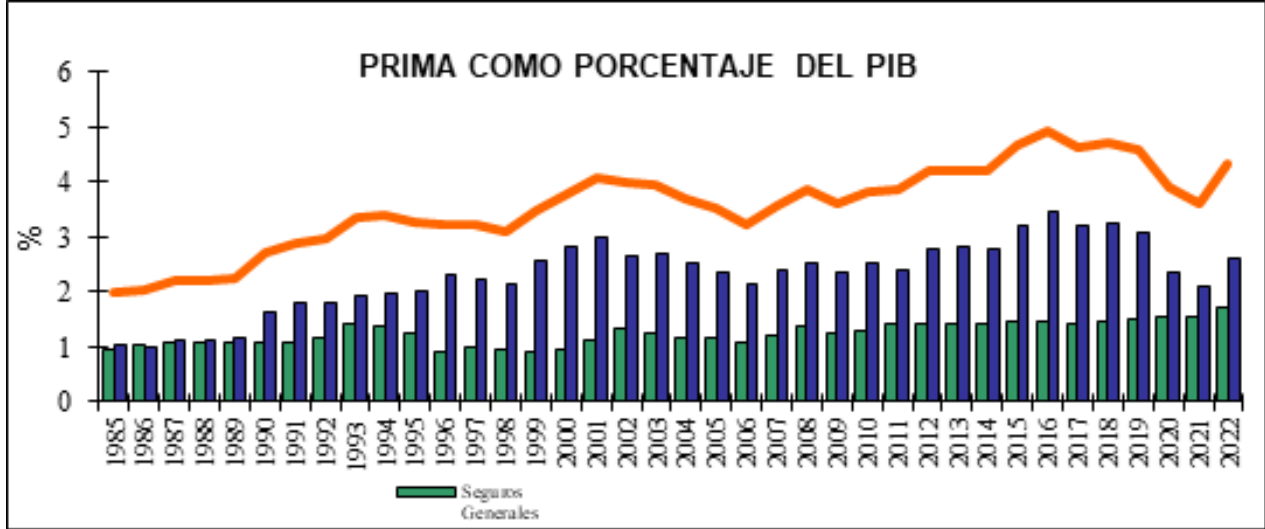


Ilustración 8: Prima como porcentaje del PIB (CMF, 2023)

Dentro del primer y segundo grupo existe una gran diversidad de seguros que ofrecen protección contra accidentes, robos, pérdidas, entre otras cosas. A continuación, puedes conocer en detalle la variedad de seguros que se ofrecen el mercado.

3.3 Tipos de seguros

Dentro del mercado de seguros, hoy en día podemos encontrar una gran variedad que se

adaptan a las distintas necesidades de las personas o empresas y al presupuesto de cada bolsillo.

a. Seguros generales

En la siguiente figura, la CMF muestra la composición de seguros generales del año 2024 según su participación de mercado, que incluyen:

Composición Cartera de Seguros Generales 2024

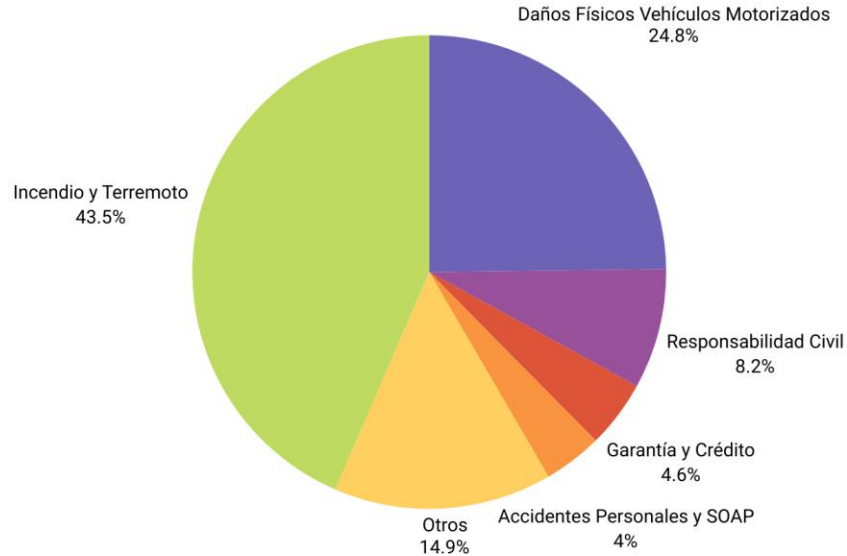


Ilustración 9: Composición cartera de seguros generales (CMF, 2024)

Lideran la cartera de seguros generales en participación de mercado los de **Incendio y Terremoto** con un 43.5%, le siguen **Daños Físicos de Vehículos Motorizados** con un 24.8% y de **Responsabilidad Civil** con un 8.2%. En menor porcentaje tenemos **Garantía y Crédito**, **Accidentes personales y SOAP** y **Otros** como, el Seguro de Cesantía,

Transporte Terrestre/ Marítimo/ Aéreo, Seguros Agrícolas, entre otros.

b. Seguros de vida

Por otro lado, dentro del segundo grupo de compañías de seguros, según la CMF, hasta 2024 la participación de mercado se divide de la siguiente manera:

Composición Cartera de Seguros de Vida 2024

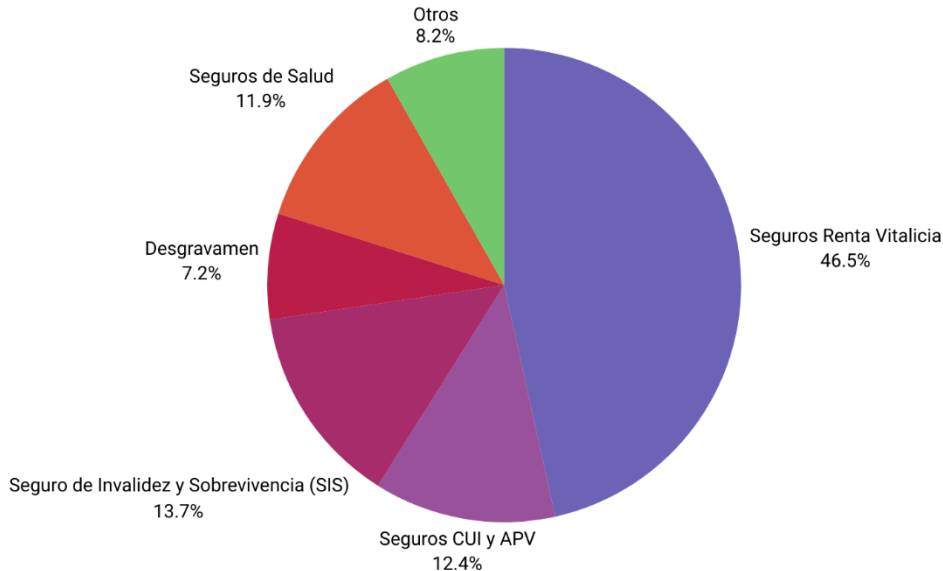


Ilustración 10: Composición cartera de seguros de vida (CMF, 2024)

Los seguros de **Rentas Vitalicias** lideran el mercado con el 46.5% de participación, seguidos del seguro de **Invalidez y Sobrevivencia** con el 13.7% y seguido de cerca por los seguros **CUI y APV con 12.4%**. En menos porcentaje se encuentra el seguro de Desgravamen, Seguros de Salud y **Otros** como Accidentes Personales y Asistencia y Renta Privadas y Otras Rentas.

Existen diversas leyes y códigos en Chile que regulan el mercado de los diversos tipos de

seguros que vimos anteriormente para su correcto funcionamiento en el país. A continuación, se detalla cuáles son esas legislaciones.

3.4 Marco Regulatorio

En Chile, las aseguradoras son reguladas por instituciones como el Banco Central de Chile y la Comisión para el Mercado Financiero:

Banco Central de Chile: Tiene facultades de regulación sobre las compañías de seguros,

las administradoras de fondos de pensiones y la sociedad administradora de fondos de cesantía.

Comisión para el Mercado Financiero (CMF): Autoridad supervisora y fiscalizadora de las compañías de seguros.

La Superintendencia de Salud: Regula y fiscaliza a los seguros y prestadores de salud del ámbito público y privado.

Por otro lado, el marco regulatorio que rige el mundo asegurador incluye:

Código de Comercio: Establece disposiciones generales sobre contratos y operaciones comerciales, incluyendo seguros. (Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile, 2023)

Ley sobre Compañías de Seguros (DFL 251 de 1931): Regula la constitución, funcionamiento y supervisión de las compañías de seguros. (Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile, 1931)

Ley de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (Ley No 18.490 de 1986): Establece la obligación de asegurar a las personas contra accidentes causados por vehículos motorizados. (Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile, 1986)

Ley Fintech: Promulgada en 2022 y que entra en vigor recién en Julio del 2026, se refiere a la integración de tecnología y soluciones innovadoras en la industria de seguros. Es la encargada de promover la competencia e inclusión financiera a través de la Innovación y tecnología en la prestación de servicios financieros (CMF publica norma que regula el Sistema de Finanzas Abiertas en el marco de la Ley Fintec - CMF Chile - Prensa y Presentaciones, 2024)

Su relación con seguros, es que da cabida a facilitar un intercambio resguardado de datos entre aseguradoras, o bien llamado Open Insurance. Las compañías de seguros deberán compartir: pólizas; identificación del cliente; fecha de contratación; monto asegurado; identificación del corredor; ahorro previsional voluntario que administren; información de canales comerciales, entre otros. Fundamentado en que los dueños de los datos son los clientes y no la aseguradora.

También se permitirán en Chile la comercialización de los seguros paramétricos, definidos como que frente a la ocurrencia del riesgo o evento dañoso, contemplado en el contrato, la indemnización de ser pagada sin que el asegurado deba justificar la existencia o monto de los daños, y aún en caso de que éstos no se produzcan. El asegurado deberá estar realmente expuesto a sufrir un daño ante la ocurrencia del siniestro, aunque dicho daño

finalmente no se materialice. (CMF pone en consulta pública normativa que regula seguros paramétricos - CMF Chile - Prensa y Presentaciones, 2024)

Por último, también se permitirán la venta de micro seguros, que son productos de seguros que ofrecen protección a personas de bajos ingresos o con acceso limitado a servicios financieros. Su objetivo es ayudar a las personas a enfrentar y recuperarse de pérdidas financieras.

Por ser muy reciente aún no se puede hablar tan en detalle sobre las implicaciones de esta ley, pero si podemos señalar que con la introducción de esta regulación se generan varias oportunidades para el mercado antifraude en seguros y el uso de tecnologías. Es importante estar al tanto de la preparación de las aseguradoras para su próxima entrada en vigor.

3.5 Compañías vigentes

El mercado de seguros en Chile es uno de los más desarrollados y competitivos de América Latina, con una amplia oferta de productos. Las compañías que operan en este sector destacan por su solidez, innovación y capacidad de adaptación a las necesidades de los clientes, en un entorno económico y normativo dinámico. Según la página oficial de la CMF las compañías de seguros generales y de vida que están autorizadas para operar en Chile las puedes encontrar en el [Anexo 1].

Revisada la mirada general sobre fraude y seguros, damos paso a investigar sobre los distintos procesos que se ven involucrados en la gestión de un seguro.

4. Proceso para cobrar un seguro

Según la página oficial de la CMF hay varios pasos que se deben seguir para hacer valer el cobro de un seguro:

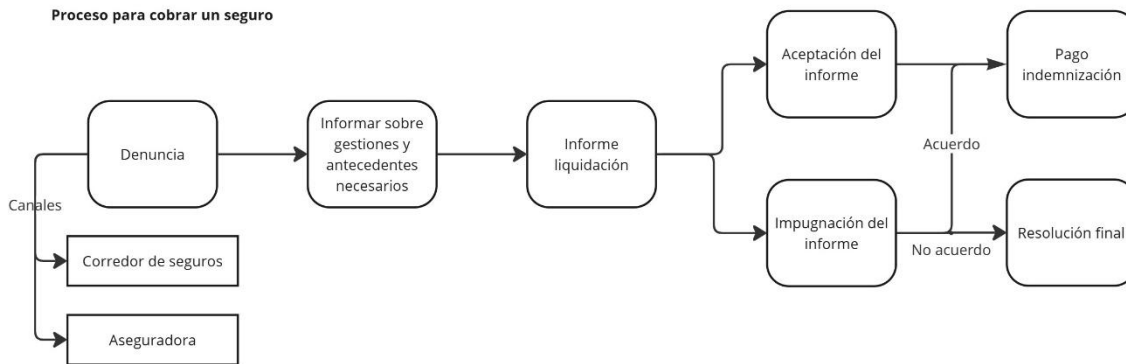


Ilustración 11: Proceso de cobro de seguro (CMF, 2024)

1. Denuncia

Debidamente a la compañía de seguros con la que contrató la póliza para que comience el proceso de liquidación. Para algunos tipos de seguros se requiere la constancia inmediata en Carabineros.

- Si la póliza ha sido intermediada por un corredor de seguros, este está obligado a asistir el proceso de liquidación.
- La liquidación la puede realizar directamente la compañía de seguros, o bien, un liquidador externo independiente. Esta decisión debe

comunicarse al asegurado en un plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.

2. Informar sobre gestiones y antecedentes necesarios

La compañía o el liquidador, según a quien corresponda la liquidación del siniestro, deberá informar en forma suficiente y oportuna al asegurado de las gestiones que le compete realizar y de todos los antecedentes que requerirá para liquidar el siniestro.

- El liquidador debe emitir su informe dentro del plazo más breve, no

podiendo exceder éste los 45 días corridos desde la fecha de la denuncia.

- Estos plazos podrán prorrogarse por el liquidador en casos fundados.

3. Informe de liquidación

El informe de liquidación deberá remitirse simultáneamente al asegurado y asegurador en la misma fecha. Éste deberá contener una opinión técnica acerca de la procedencia o no del pago de la indemnización, el monto de ésta y los criterios y parámetros empleados para su determinación.

4. Aceptación o impugnación del informe

El asegurado y la compañía tienen el derecho, en un plazo de diez días hábiles de recibido el Informe de liquidación, de impugnarlo. En el caso que la liquidación haya sido realizada directamente por la Compañía, este derecho será sólo del asegurado.

Impugnado el informe, el liquidador dispondrá de un plazo de seis días hábiles para responder a la impugnación.

Si persistieran las diferencias respecto de la procedencia de la cobertura o monto de la indemnización, la aseguradora deberá notificar, dentro del plazo de cinco días hábiles, la resolución final del siniestro.

En caso de acuerdo entre la aseguradora y el asegurado, aquélla deberá proceder al pago de la indemnización dentro de los 6 días siguientes de notificada la resolución de la aseguradora sobre el pago de la indemnización. En caso de que la diferencia radique exclusivamente en el monto de la indemnización, la aseguradora deberá poner a disposición del asegurado la suma no disputada, si la hubiese.

Tras analizar el proceso de gestión de reclamaciones desde la perspectiva del asegurado, el enfoque se trasladará ahora a la visión de la aseguradora.

6. Proceso de detección de fraude en Chile

La gestión de fraudes por parte de las aseguradoras en Chile implica una combinación de prevención, detección, investigación, y acciones legales. Dado que el fraude tiene un impacto significativo en las finanzas de las compañías y en la percepción de los clientes, las aseguradoras implementan distintas estrategias y tecnologías para mitigar los riesgos.

En la siguiente figura según información interna de NTT Data se detalla el proceso de gestión de fraude de un siniestro en el mercado asegurador.

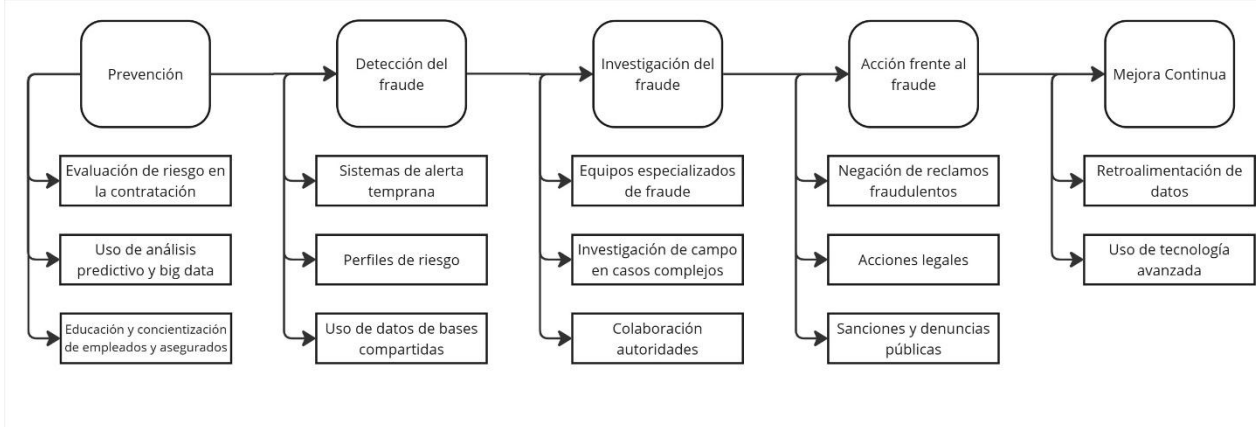


Ilustración 12: Proceso de gestión de fraude de un siniestro en el mercado asegurador (Elaboración propia)

1. Prevención del fraude

Evaluación de riesgo en la contratación:

Evaluación del perfil del asegurado durante el proceso de contratación del seguro, identificando factores de riesgo que puedan estar asociados con conductas fraudulentas, permitiendo, verificar antecedentes del asegurado, comprobando la información proporcionada (edad, salud, historial médico o historial de siniestros en seguros de automóviles, entre otros) y revisar posibles conductas sospechosas durante la solicitud del seguro.

Uso de análisis predictivo y big data:

Utilización de inteligencia artificial (IA) y análisis de datos para identificar patrones de

comportamiento anómalos, permitiendo, analizar grandes volúmenes de datos históricos para detectar inconsistencias o anomalías en las reclamaciones, comparar perfiles de clientes y siniestros para identificar comportamientos que podrían estar asociados con fraude, creación modelos predictivos que alerten sobre reclamaciones con alto riesgo de fraude antes de que se realice el pago.

Educación y concienciación: Inversión para educar tanto a sus empleados como a los asegurados sobre las consecuencias del fraude. Capacitando a su personal en la identificación de señales de alerta y comunica a los clientes sobre los riesgos y sanciones asociados a la presentación de reclamaciones fraudulentas.

2. Investigación del fraude

Equipos especializados en fraude: Unidades especializadas en la investigación de fraudes, conocidas como departamentos antifraude. Estos equipos están compuestos por expertos en derecho, seguros, investigación privada, e incluso exfiscales o exmiembros de las fuerzas de seguridad. Sus funciones incluyen: revisión detallada de las reclamaciones sospechosas, investigación de los hechos del siniestro mediante entrevistas a los asegurados, testigos, y terceros involucrados, verificación de la autenticidad de los documentos presentados (facturas, informes médicos, fotos de daños, etc.).

Investigaciones de campo: En casos complejos, contratar investigadores privados para realizar trabajos de campo, como observar comportamientos de los reclamantes (en casos de incapacidad laboral) o verificar la veracidad de accidentes de tránsito o incendios.

Colaboración con autoridades: Trabajo en conjunto con carabineros, policía de investigaciones (PDI) y otras autoridades competentes para investigar casos graves de fraude, sobre todo cuando se sospecha de redes organizadas. La colaboración con entidades gubernamentales, como la CMF

también es clave para compartir información y mejorar la prevención.

3. Acción frente al fraude

Negación de reclamos fraudulentos: Una vez que se detecta un caso de fraude, las aseguradoras niegan el pago de la reclamación y, en algunos casos, pueden proceder con la cancelación de la póliza. Dependiendo del contrato y las circunstancias, pueden también solicitar el reembolso de pagos hechos anteriormente si el fraude es descubierto después del pago.

Acciones legales: Las aseguradoras pueden llevar los casos de fraude ante la justicia, buscando tanto sanciones penales para los involucrados como compensaciones económicas. En Chile, el fraude al seguro es un delito que puede acarrear penas de cárcel y multas.

Sanciones y denuncias públicas: En algunos casos, las compañías hacen denuncias públicas para disuadir a otros de intentar cometer fraude.

4. Mejora continua

Retroalimentación de datos: Ajustar constantemente modelos predictivos y sistemas de detección a partir de los casos reales que investigan, lo que les permite

mejorar su capacidad de detección a futuro. Además, colaboran con otras aseguradoras y organismos para actualizar sus bases de datos y procesos.

Uso de tecnología avanzada: Invertir más en tecnologías emergentes, para la trazabilidad de los reclamos, reconocimiento facial o verificación biométrica para identificar reclamantes falsos o detectar fraude de identidad.

La gestión actual en la detección de fraudes es un proceso minucioso, pero siempre susceptible de revisión para identificar oportunidades de mejora continua y reducir el impacto que el fraude genera en la industria.

Una estrategia efectiva para validar estos procesos es la realización de entrevistas con expertos, quienes, a partir de su experiencia,

aportan información clave y una perspectiva práctica.

5. Proceso de gestión de un siniestro

El proceso de atención de siniestros de seguros en Chile está diseñado para gestionar de manera eficiente las reclamaciones de los asegurados cuando ocurre un siniestro. Este proceso varía ligeramente dependiendo del tipo de seguro (automóviles, salud, hogar, vida, etc.), pero sigue un flujo general común que involucra varios pasos según información interna de la empresa, como lo indica la siguiente figura:

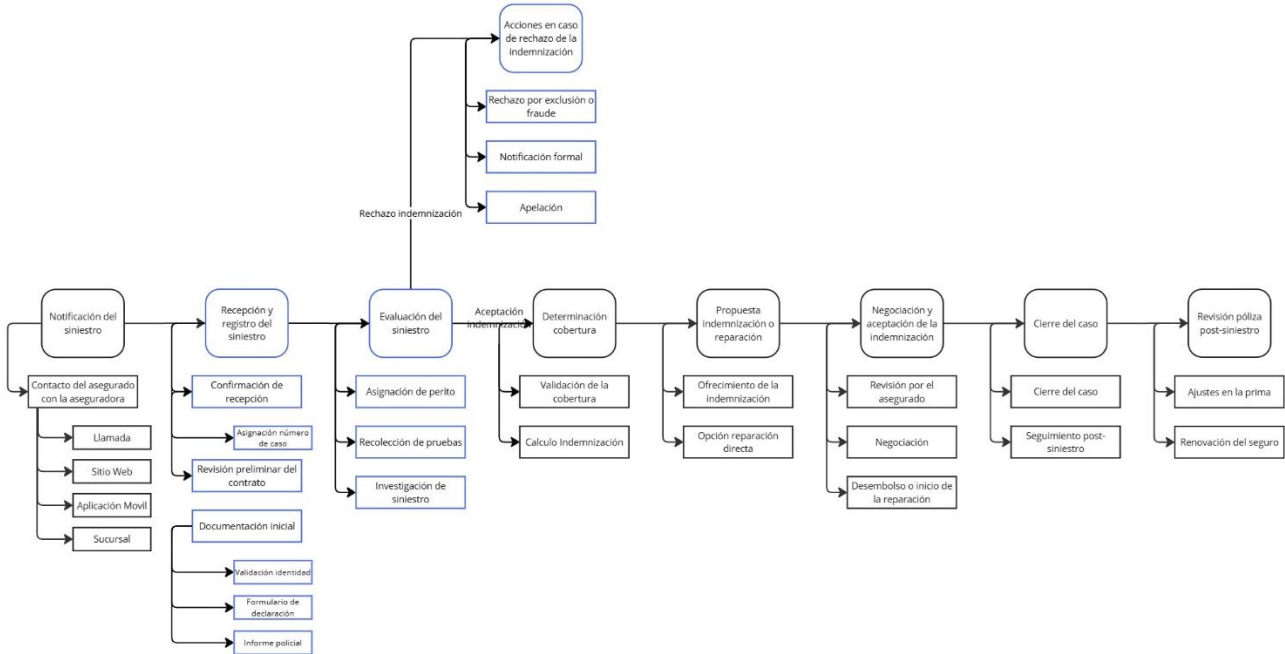


Ilustración 13: Proceso genérico de gestión de siniestro en el mercado asegurador (Elaboración propia)

1. Notificación del Siniestro

Contacto con la aseguradora: El asegurado debe informar inmediatamente a la compañía de seguros cuando ocurre un siniestro. Esto se puede hacer a través de diferentes canales, como la línea de atención al cliente o emergencia, en línea a través de la aplicación móvil o sitio web de la aseguradora y presencialmente en sus oficinas.

Es importante que la notificación se realice dentro del plazo estipulado en la póliza, que generalmente varía entre 3 y 30 días, dependiendo del tipo de seguro y el siniestro.

2. Recepción y Registro del Siniestro

Confirmación de recepción: La aseguradora

confirma que ha recibido la notificación del siniestro y asigna un número de caso o reclamo para seguimiento.

Revisión preliminar: Se verifica si el siniestro está cubierto por la póliza contratada, revisando las condiciones del contrato, las coberturas y posibles exclusiones.

Documentación inicial: La aseguradora solicita al asegurado la documentación básica para iniciar la evaluación del siniestro. Esto puede incluir formularios de declaración de siniestro, copias de la póliza, fotografías, facturas, o informes policiales, según el tipo de siniestro.

3. Evaluación del Siniestro

Asignación de peritos o ajustadores: Dependiendo de la complejidad del siniestro, la aseguradora puede asignar un ajustador de siniestros o un perito especializado para realizar una inspección en terreno o evaluar la magnitud del daño.

Recolección de pruebas: Se solicita al asegurado que entregue toda la información relacionada con el siniestro, como presupuestos de reparación, cotizaciones de reemplazo o informes médicos, si corresponde.

Investigación del siniestro: La aseguradora realiza una investigación para verificar los

hechos, evaluando: las circunstancias del siniestro, el nivel de daño o pérdida y la veracidad de la declaración del asegurado (especialmente si se detectan posibles indicios de fraude).

4. Determinación de la Cobertura

Validación de la cobertura: Basado en la investigación, la aseguradora determina si el siniestro está cubierto por la póliza. Para ello, se evalúan: las condiciones y límites del contrato de seguro y posibles exclusiones de la póliza (por ejemplo, negligencia o actos no cubiertos).

Cálculo de la indemnización: Si el siniestro está cubierto, la aseguradora procede a calcular el monto de la indemnización, que puede ser total o parcial, dependiendo del tipo de cobertura y los deducibles aplicables.

5. Propuesta de Indemnización o Reparación

Ofrecimiento de indemnización: La aseguradora ofrece una compensación económica al asegurado por los daños o pérdidas sufridas, si la póliza contempla el pago en dinero. Esto puede cubrir: reparaciones (en seguros de automóviles o propiedades), sustitución de bienes dañados o robados y gastos médicos o por incapacidad (en seguros de salud o vida).

Opción de reparación directa: En algunos casos, la aseguradora puede gestionar la reparación o reposición directamente con proveedores afiliados. Por ejemplo, en seguros automotrices, la aseguradora puede derivar el vehículo a un taller asociado para su reparación.

6. Negociación y Aceptación de la Indemnización

Revisión por el asegurado: El asegurado revisa la propuesta de indemnización o reparación ofrecida por la aseguradora. Si está de acuerdo, acepta la oferta, firmando los documentos pertinentes.

Negociación: En caso de que el asegurado no esté conforme con la propuesta, puede entrar en una fase de negociación con la aseguradora para ajustar la indemnización o las condiciones del pago.

Desembolso o inicio de reparación: Una vez que ambas partes llegan a un acuerdo, la aseguradora procede a: realizar el pago de la indemnización al asegurado o al proveedor de servicios e iniciar el proceso de reparación a través de los proveedores afiliados (si aplica).

7. Cierre del Caso

Confirmación de resolución: Tras el pago de la indemnización o la reparación de los daños, la aseguradora cierra el caso de siniestro y lo archiva en su sistema.

Seguimiento post-siniestro: En algunos casos, la aseguradora puede hacer un seguimiento posterior para asegurarse de que el asegurado esté conforme con la atención recibida y los resultados del proceso.

8. Acciones en Caso de Rechazo de la Indemnización

Rechazo por exclusión o fraude: Si la aseguradora determina que el siniestro no está cubierto (por ejemplo, por exclusiones en la póliza o sospecha de fraude), puede rechazar la reclamación.

Notificación formal: El asegurado recibe una notificación oficial donde se detallan las razones del rechazo.

Apelación: El asegurado tiene derecho a apelar el rechazo presentando pruebas adicionales o solicitando una nueva evaluación. Si no se llega a un acuerdo, el caso puede escalar a la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) o a instancias legales.

9. Revisión de Póliza Post-Siniestro

Ajustes en la prima: Dependiendo del tipo de seguro (como el seguro de automóvil), el siniestro podría afectar la prima futura del asegurado, incrementando su costo en las renovaciones futuras.

Renovación del seguro: Tras un siniestro, las aseguradoras suelen revisar las condiciones de la póliza para la siguiente renovación. Esto puede incluir ajustes en los límites de cobertura o exclusiones.

En el caso de que se detecte algún indicio de fraude en alguna fase del proceso visto anteriormente, existe un procedimiento a seguir por parte de las aseguradoras.

7. Entrevista con expertos

Se realizaron tres entrevistas abiertas con tres perfiles distintos dentro de la industria aseguradora.

Objetivos de las entrevistas: Validar el proceso de gestión de un siniestro.

Comprender desde otro punto de vista el flujo del proceso

Identificar áreas de oportunidad.

Formato

- Duración: 30 min.
- Tipo: Entrevista conversacional

- Registro: Grabación con consentimiento
- Evaluación: Comentarios abiertos

7.1 Entrevista N°1: Experiencia con Amazon Fraud Detector para Consorcio por NTTData

La primera entrevista fue con Eduardo Jiménez, analista de gestión de Data & Analytics en NTT Data, para conocer su experiencia con el proyecto de implementación de Amazon Fraud Detector para la aseguradora Consorcio, ya que ellos tenían inquietudes con el tema de fraude respecto a las pólizas de seguros. Sospechaban que sus asegurados se auto accidentaban o buscaban formas de defraudar para hacer valer su póliza.

La propuesta fue hacer una prueba de concepto (Poc) utilizando una solución del mercado llamada Amazon Fraud Detector que es una plataforma de Amazon Web Services (AWS) que ayuda a los clientes a detectar actividades fraudulentas en línea utilizando machine learning, conocido por su privilegio internacional, con buenos resultados y comentarios. Eduardo asegura que la interfaz es amigable para el usuario y que cualquier analista de datos podría trabajar con él.

En este caso, al implementarlo para Consorcio, hubo problemas con los datos, ya que de 5 variables de datos que usa fraud detector para poder conseguir resultados favorables, Consorcio solo tenía 3. Por esto los resultados no fueron precisos y la POC no tuvo los resultados esperados en el tiempo designado.

- **Afirmaciones**

Eduardo afirma que Consorcio posee un sistema de revisión de póliza manual, donde un operador las inspecciona una a una para determinar si es fraude o no. Este proceso al ser manual y con un gran volumen de pólizas, termina siendo tedioso y comprometido al error.

Por otro lado Eduardo comenta que: “Fraud detector es una herramienta muy amigable, pero es muy importante la calidad de la data. Todas las organizaciones deberían tener una alta calidad de información. Si no tienen las 5 variables deberán contar con alguien que ocupe entonces otra plataforma de ayuda para generar esas variables que faltan”.

Agrega: “Cualquier solución trabaja sobre data y es fundamental que la organización tenga los datos sumamente depurados y trabajados. Puedes instalar mil y una herramientas para el fraude y nada te va a

funcionar si la calidad de los datos no es buena”

Eduardo asegura que en la fase de **recepción y registro del siniestro** es la parte del proceso en donde se trabajó. Allí Consorcio determinaba si había potencial de fraude o no.

7.2 Entrevista N°2: Apoyo en validación del proceso de reclamación de un siniestro.

Ana Rudman es facilitadora de equipo de Sura y AFP Capital. Se especializa como gestora de proyectos desarrollando normativas o desarrollo propio que necesitan las compañías para llevar a cabo sus funciones. Ahora se encuentra trabajando en una aplicación móvil para validar transacciones.

- **Afirmaciones**

Ana asegura que los procesos generalmente son bien genéricos, tanto para AFP como para seguros y que nunca van a ser tan distintos unos de otros.

Por otro lado, asegura que el proceso de revisión de siniestros es automatizado como manual, se usa un sistema automatizado como por ejemplo para validar la identidad y siempre habrá una persona experta en riesgo o legal para seguir con la investigación,

generar una respuesta y dar continuidad al proceso.

Dentro de la etapa de **recepción y evaluación del siniestro** es donde Ana menciona que se presentan varios conflictos, por ejemplo: escanear documentos incorrectos, algún dato no se distingue con claridad, ingreso errado de datos, no guardar el siniestro, entre otras cosas. Esta parte del proceso es la más engorrosa y larga, ya que son muchas las variables y relaciones con terceros.

Ana dice que la gestión actual en la detección de fraudes es un proceso minucioso, pero suele verse retrasado y es altamente susceptible a errores humanos debido a la dependencia de procedimientos manuales.

7.3 Entrevista N°3: Experiencia de un asegurado con su cobro de seguro automovilístico

Raúl Pérez, tuvo un accidente automovilístico y tuvo que realizar el proceso de reclamación.

- **Afirmaciones**

Raúl cuenta su experiencia de la siguiente forma: “Yo llamé por teléfono para hacer la primera recepción del siniestro, al día siguiente volví a llamar y me dijeron que no había nada, que se perdió ese registro, tuve

que volver a hacer ese proceso vía telefónica, y después me metí por la página a declarar el registro”.

Menciona que la compañía donde estaba no tiene un sistema para recepcionar la información, él tuvo que mandar toda la documentación vía correo, siendo un proceso demasiado tedioso, asegurando que se demoraban mucho en dar una respuesta, incluso traspasaban el tiempo correspondiente.

Por otro lado cuando le llegaron los documentos de reembolso, la suma correspondiente era mayor a la esperada, notando un desacierto en la información, claramente se habían equivocado, debido a la elevada tasa de error en procesos manuales.

7.4 Conclusiones Entrevistas

A partir de las entrevistas realizadas, se pueden extraer dos conclusiones clave:

En primer lugar, los principales puntos débiles del proceso se encuentran en la recepción y evaluación de un siniestro. Este proceso es generalmente en parte manual, burocrático y mal gestionado, lo que lo hace propenso a errores y demoras innecesarias. La carga administrativa excesiva y los posibles errores en la documentación provocan que se dediquen menos tiempo a la investigación y resolución de los casos.

Por otro lado, algunas empresas identifican el fraude como un problema central, pero antes de abordarlo, enfrentan una necesidad previa no detectada: la correcta gestión y preparación de la información para la implementación de soluciones analíticas antifraude. En muchos casos, los recursos se invierten sin haber asegurado una base de datos organizada y estructurada, cuando en realidad, una gestión eficiente de los datos es el primer paso en la cadena de valor para una solución antifraude efectiva.

Las entrevistas fueron fundamentales para validar el proceso identificado tanto en la literatura interna de la empresa como en fuentes externas. Además, permitieron, comprender en mayor profundidad el flujo y detectar oportunidades de mejora.

Por último, la última entrevista fue clave para la construcción de un Customer Journey Map del proceso de gestión de un siniestro, enfocándose específicamente en la etapa de recepción y evaluación, lo que permitió visualizar con mayor claridad las áreas críticas y las oportunidades de optimización del punto de vista de la experiencia del cliente.

8. Customer Journey Map

A continuación, el Customer Journey Map se centra solo en dos etapas del proceso de gestión de un siniestro que fueron las más problemáticas en la entrevista N°3. Este mapa se realizó a partir de la entrevista de Raúl y su experiencia.

Customer Journey Map: Raúl Pérez








	Recepción y registro del siniestro				Evaluación del Siniestro		
Acción	Recepción del Siniestro	Re- recepción del Registro	Confirmación de Recepción	Solicitud Documentación	Asignación de Perito	Investigación siniestro	Determinación Cobertura
Punto de Contacto	Teléfono Móvil	Web	Correo Electrónico	Correo Electrónico	Correo Electrónico		Correo Electrónico
Customer Experience	Afligido 	Enojado 	Alivio 	Aburrido 	Satisfecho 	Expectante 	Feliz 
Puntos de Dolor	"Tuve un accidente automovilístico y debo reclamar mi seguro"	"Volví a llamar porque no funcionaba mi n° de caso y resulta que no estaba creado, tuve que hacer el procedimiento nuevamente esta vez por la web"	"Esta vez si me funciona el n° de caso, ahora a esperar novedades"	"Me solicitaron toda la documentación por correo electrónico, es fastidioso y demoroso "	"A seguir esperando, ha sido un proceso bastante lento"	"Quiero alguna respuesta pronto, para quedarme tranquilo"	"Algo anda raro con la cotización, es más de lo esperado, tendré que seguir enviando correos, pero ya estamos casi terminando el proceso y eso me hace feliz"

Ilustración 14: Customer Journey Map de Raúl Pérez (Elaboración propia)

El expresa emociones negativas principalmente al inicio del proceso, cuando se enfrenta a errores en el registro de datos y debe repetir el procedimiento. En este punto la atención debería ser lo más grata y fluida posible, considerando que los asegurados tienen accidentes que involucran su integridad física y psicológica. En este momento se genera una predisposición a seguir

colaborando, por lo tanto, la atención debería ser lo más agradable y fluida posible. Una experiencia inicial frustrante puede generar resistencia y afectar su disposición a continuar colaborando en el proceso.

El correo electrónico es el principal medio de contacto, por lo que la validación de los datos se realiza manualmente en una primera

instancia no permitiendo una fluidez en el proceso.

Como se destacó en la entrevista, la gestión deficiente del proceso representa una oportunidad de mejora. Este tipo de errores no solo ralentizan la operación, sino que también generan vulnerabilidades que pueden ser aprovechadas para cometer fraudes dentro del sistema.

9. Impacto del fraude en la industria de seguros

En el último estudio anual que realizó la asociación de examinadores certificados de fraude (ACFE) junto con SAS, empresa líder en analítica, inteligencia artificial y gestión de datos, afirma que del 5% de los ingresos anuales de las aseguradoras se pierden ante la perpetración del fraude, estas cifras incluyen sólo los reportes en firme, así que los impactos financieros reales son mayores si se sumaran aquellos asuntos que no son detectados.

Por otro lado, según los estudios anuales de EY (2019) empresa multinacional y de las más importantes firmas del mundo especializada en auditoría, asesoría financiera, consultoría y servicios de impuestos, afirma que los fraudes

de seguro son como un iceberg: apenas un 20% se reconoce, se expone y representa una pérdida para la persona o empresa que lo está cometiendo. Un 40% se detecta, pero no se da a conocer. Mientras el 40% de los fraudes restantes no se detectan. (*Como Un Fraude Afecta Tu Prima de Seguro*, 2019)

Por otro lado, se afirma que estos delitos suceden en todo tipo de pólizas, desde aquellas de hogar, salud, automóviles, pensiones y gastos médicos mayores. Pero sin duda, el rubro donde resulta más común es el de autos, con casi un 85% del total de casos, ya que la cartera de este sector es la más grande dentro de las aseguradoras. Le seguiría con un 5 a 7% lo relacionado con la salud; sin embargo, aunque tienen un porcentaje menor, las pérdidas económicas serían mayores, afirma Yuri Rueda, Domain Expert de Fraude para SAS América Latina. (*Occupational Fraud 2024: A Report To The Nations*, 2024)

En el siguiente gráfico podemos observar la distribución porcentual de la incidencia de fraude en las distintas industrias aseguradoras.

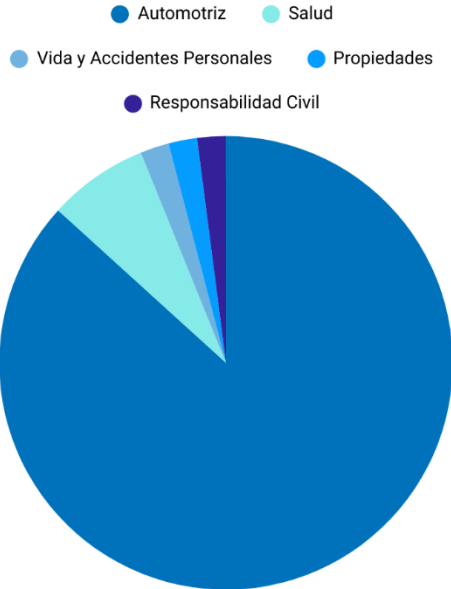


Ilustración 15: Porcentajes de incidencia de fraude en el mundo asegurador (Occupational Fraud 2024: A Report To The Nations, 2024)

Otra de las consecuencias del fraude en las aseguradoras es el aumento de primas para todos los clientes. Tal como lo han señalado algunos de los autores que se han referido al tema del fraude en la industria aseguradora, por ejemplo, el profesor Jesús María Silva Sánchez, en su libro “La estafa de seguro” (1987); o el profesor Fernando Bosch, en su libro “El delito de estafa de seguro” (1995), las consecuencias nefastas de este tipo de criminalidad afectan no solamente a las compañías aseguradoras, sino, en definitiva,

a todo el mercado asegurador, puesto que las compañías al verse defraudadas no hacen sino trasladar esas pérdidas al resto de los asegurados, que, en "premio" a haber actuado en forma responsable y de buena fe, ven aumentadas sus primas de seguro, precisamente por las indemnizaciones que las compañías han tenido que pagar a los asegurados que las defraudan permanentemente.

Según la coalición contra el fraude de seguros, el fraude de seguros le cuesta a Estados Unidos más de 308 mil millones de dólares al año, además, la oficina Federal de Investigaciones (FBI) estima que el fraude le cuesta a una familia promedio entre 400 y 700 dólares en primas al año. *(Detección de fraude de seguros Tamaño del Mercado | Mordor Intelligence, 2024)*

Para poder minimizar estos eventos fraudulentos, es importante conocer de qué forma la industria automotriz y de seguros de vida, las dos industrias con mayor incidencia de fraude son afectadas por eventos fraudulentos.

9.1 Industria Automotriz

La industria de seguros enfrenta desafíos constantes en su lucha contra el fraude. En este contexto, resulta crucial analizar y entender las principales modalidades de fraude en seguros automotrices para establecer medidas efectivas de prevención y detección. A continuación, se presentan algunos de los tipos de fraude más comunes que afectan a las aseguradoras en este ámbito según referencias internas de NTT Data.

Reclamos por accidentes falsos: Se presentan antecedentes por siniestros que nunca ocurrieron o que se simulan. En algunos casos, los involucrados son parte de una red

organizada que incluye a mecánicos, abogados, o incluso carabineros.

Exageración de daños: Los asegurados exageran los daños ocasionados en un accidente real para obtener mayores indemnizaciones.

Siniestros preexistentes: Se reportan daños ocurridos antes de la contratación del seguro como si hubieran sucedido durante la vigencia de la póliza.

Auto-robo: El asegurado simula el robo de su propio vehículo para cobrar el seguro.

Estos tipos de fraude representan desafíos significativos para las aseguradoras, ya que no solo generan pérdidas económicas, sino que también afectan la confianza en el sistema asegurador. Comprender estas modalidades es esencial para desarrollar estrategias efectivas que combinen tecnología, análisis de datos y control operativo, con el fin de mitigar su impacto y fortalecer la transparencia en el sector.

9.2 Industria de la Salud

El fraude en seguros de salud también presenta desafíos significativos para las aseguradoras, es importante identificar y mitigar estos tipos de fraude para proteger la integridad de los servicios de salud asegurados. A continuación, se presentan las

modalidades de fraude más comunes en esta industria según información interna de NTT Data.

Presentación de boletas falsas o de mayor valor: Se reportan tratamientos médicos que no se realizaron o se exagera el costo real de los tratamientos recibidos.

Uso de identidades falsas o prestadas: Se usa la identidad de otra persona asegurada para obtener servicios médicos.

Múltiples cobros: Presentar varios antecedentes por el mismo evento o tratamiento médico en diferentes compañías de seguros.

Abordar el fraude en seguros de salud es crucial no solo para proteger los recursos de las aseguradoras, sino también para preservar la calidad y accesibilidad de los servicios médicos para los asegurados. El desarrollo de soluciones innovadoras y el uso de tecnologías avanzadas son fundamentales para prevenir estas prácticas, asegurando la sostenibilidad del sistema.

Las distintas formas de cometer fraude como las revisadas anteriormente, traen múltiples consecuencias que se especifican a continuación:

10. Consecuencias del fraude en seguros

Basada en información interna de la empresa, las principales consecuencias que genera el fraude dentro de la industria aseguradora son:

Pérdidas económicas importantes: El fraude genera enormes costos directos para las compañías de seguros. Los costos de prevención, investigación y detección y la necesidad de aumentar los recursos para combatir posibles fraudes pueden generar y elevar pérdidas financieras.

Dificultad en la detección de fraude: Mientras las compañías de seguros invierten en tecnología avanzada para detectar fraudes, como la inteligencia artificial y análisis big data, las redes de fraude se vuelven cada vez más sofisticadas, haciendo que la detección de fraude sea un proceso lento y difícil.

Pérdida de confianza de los clientes: Lo complejo de los procesos de validación y el rechazo que generan las investigaciones por posibles fraudes impactan negativamente la relación con los asegurados honestos. Los clientes pueden sentirse frustrados si deben someterse a procesos intensos o complicados para recibir sus compensaciones. Esto implica una mala experiencia del cliente.

Judicialización y demandas prolongadas: Las aseguradoras tienen que destinar grandes

cantidades de tiempo y dinero para defenderse en los tribunales, lo que afecta tanto su reputación como sus balances financieros. Además, cuando los casos se judicializan, los plazos de resolución se extienden considerablemente, afectando los tiempos de pago y generando tensiones con los asegurados. Muchas veces el castigo insuficiente para quienes cometen fraude genera un ambiente de impunidad que motiva a más personas a intentar engañar a las aseguradoras.

Impacto en la credibilidad de la industria: Los fraudes recurrentes pueden dañar la imagen de la industria aseguradora. Si bien las compañías están enfocadas en combatir el fraude, su existencia y el aumento de casos pueden generar desconfianza entre los consumidores, quienes podrían percibir que las aseguradoras no son capaces de controlar estos problemas.

Aumento de primas para los asegurados: El fraude no solo afecta a las aseguradoras, sino también a los consumidores. Para compensar las pérdidas por fraude, las compañías de seguros suelen aumentar las primas, lo que impacta a todos los asegurados, incluidos aquellos que nunca han cometido fraude. Este aumento en los costos puede afectar la percepción del valor de los seguros y reducir la demanda de ciertos productos.

El fraude en el sector asegurador representa un desafío multidimensional que impacta tanto a las compañías como a los asegurados. Desde pérdidas económicas y operativas significativas hasta daños en la confianza y la credibilidad de la industria, este fenómeno exige soluciones integrales y colaboración entre empresas, reguladores y tecnologías innovadoras.

Debido a las consecuencias que genera el fraude en la industria aseguradora, en los últimos años se ha expandido el mercado de la detección de fraude, buscando nuevas oportunidades de negocio.

11. Tamaño de Mercado de Detección de Fraude en Seguros

Mordor Intelligence (2024), una firma de investigación de mercado global que ofrece análisis detallados sobre diversas industrias y mercados a nivel mundial afirma que el tamaño del mercado de detección de fraude en seguros se estima en 5,69 mil millones de dólares en 2024, y se espera que alcance los 21,61 mil millones de dólares en 2029, creciendo a una tasa compuesta anual del 26,01% durante el período previsto (2024-2029).

El creciente número de reclamaciones por fraude y su carga para las empresas de seguros, la necesidad de gestionar

eficientemente grandes cantidades de datos de los asegurados y una mayor eficiencia operativa para mejorar la experiencia del cliente son los factores clave que impulsan el

crecimiento del mercado. (*Detección de fraude de seguros Tamaño del Mercado | Mordor Intelligence, 2024*)

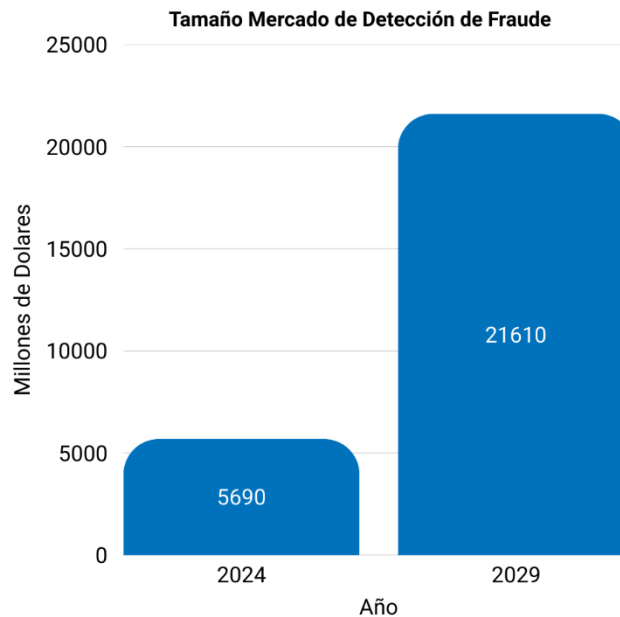


Ilustración 16: Tamaño de mercado en la detección de fraude (Mordor Intelligence, 2024)

La adopción de la automatización por parte de la industria de seguros ha acelerado los procesos de procesamiento de solicitudes, suscripción y reclamos y ha abierto caminos para nuevos tipos de fraude a lo largo del ciclo de vida del seguro.

El cambio digital dio lugar a experiencias digitales y procesos automatizados de cálculo de primas, lo que abrió nuevas oportunidades para los estafadores. Por tanto, el uso de herramientas de inteligencia artificial para el fraude de seguros está creciendo considerablemente.

La necesidad de gestionar eficazmente grandes volúmenes de identidades desempeña un papel fundamental en la configuración del mercado de detección de fraudes en seguros. A medida que el sector de seguros experimenta una transformación digital, ha aumentado el gran volumen y la diversidad de identidades involucradas en las transacciones, el procesamiento de reclamaciones y las interacciones. Este aumento en la complejidad de los datos requiere un enfoque sofisticado para la gestión de identidades, lo que la convierte en un impulsor de mercado fundamental para las aseguradoras.

Una mayor eficiencia operativa y una mejor experiencia del cliente representan un enfoque integral dentro del mercado de detección de fraude en seguros. Significa un cambio de los métodos tradicionales y segregados de prevención del fraude a una estrategia más integrada que prioriza el funcionamiento interno de la aseguradora y la experiencia externa del asegurado.

El conocimiento y la comprensión de estas tecnologías por parte de la industria de seguros son cruciales para la eficacia de los sistemas de detección de fraude en el

panorama actual de rápidos desarrollos tecnológicos y estrategias de fraude cambiantes. Sin embargo, la resistencia al cambio podría representar una barrera importante para la adopción y aplicación efectiva de tecnologías avanzadas de detección de fraude.

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto a largo plazo en varias industrias, en particular el mercado de detección de fraudes en seguros. El sector de seguros fue testigo de cambios en los patrones de actividad fraudulenta a medida que el mundo enfrentaba desafíos no reconocidos anteriormente como la masiva digitalización de servicios, lo que llevó a una reevaluación de las técnicas de detección de fraude.

Es así como organizaciones decidieron invertir más recursos para combatir estos nuevos desafíos. Podemos observar en la siguiente ilustración que el “CAGR”, ósea el cambio medio anual en el valor de una inversión, en este caso, inversión el mercado de detección de fraude crece de bajo a alto en las siguientes regiones: (*Detección de fraude de seguros Tamaño del Mercado | Mordor Intelligence, 2024*)

Insurance Fraud Detection Market: Market CAGR (%), By Region, Global

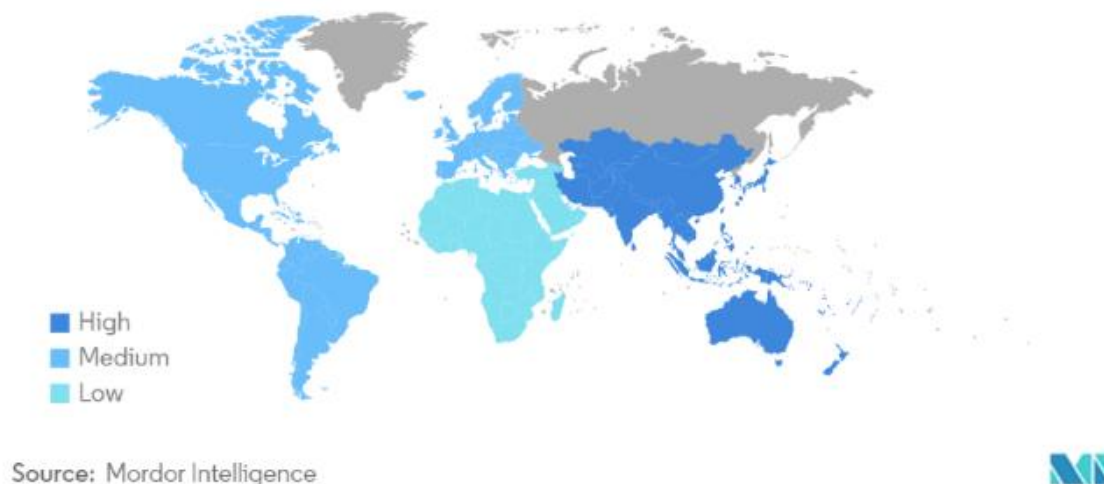


Ilustración 17: Mercado en la detección de fraude: CAGR (%) (Mordor Intelligence, 2024)

Latinoamérica y Norteamérica comprenden una mediana inversión en sistemas de detección de fraude, mientras que Asia Pacífico es quien lidera con un alto % de inversión.

Podemos recalcar también que como afirma el reporte en conjunto de ACFE y SAS, “2024 Anti-Fraud Technology Benchmarking Report”, el uso de la inteligencia artificial y

machine learning se espera que aumente casi al triple en los programas antifraude de las organizaciones en los próximos 2 años.

De la misma forma se afirma que tres de cada cinco organizaciones (59%) esperan aumentar sus presupuestos para tecnología antifraude en los próximos dos años como señala la siguiente imagen: (2024 Anti-Fraud Technology Benchmarking Report, 2024)

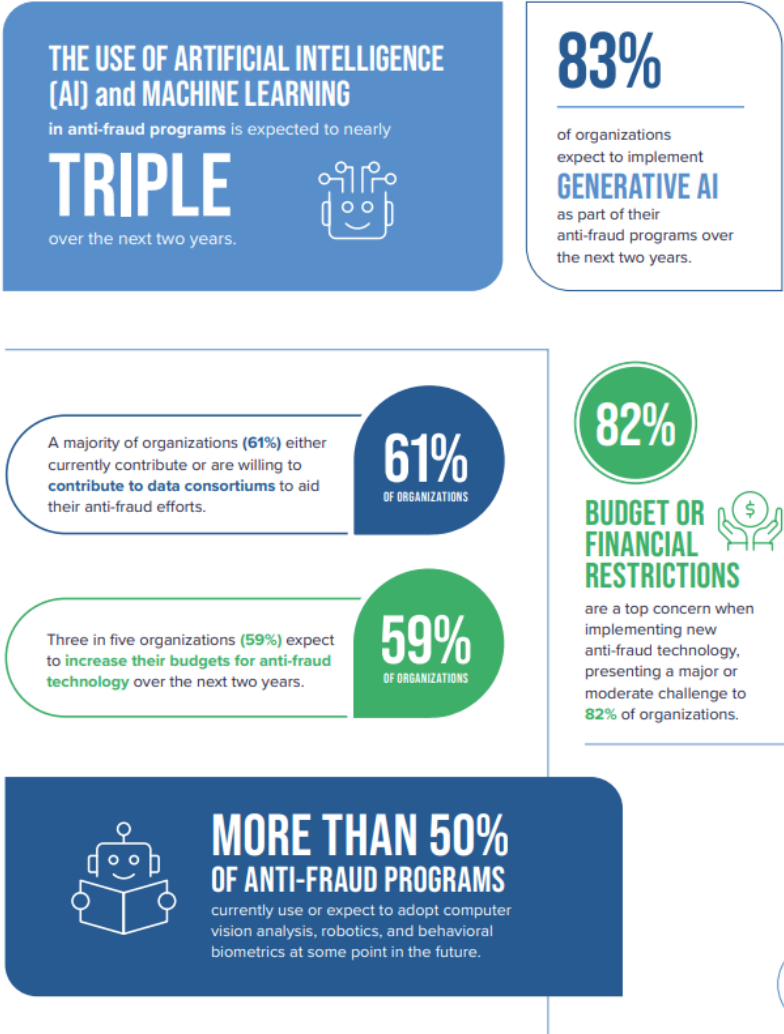


Ilustración 18: Crecimiento de mercado antifraude (2024 Anti-Fraud Technology Benchmarking Report, 2024)

Consolidar un mercado eficiente para la detección de fraude no solo protegerá a las compañías y consumidores, sino que también fortalecerá la confianza en el sistema económico y fomentará un entorno más seguro y transparente para todos los actores involucrados.

Conociendo el mercado de detección de fraude, es interesante conocer ahora algunas soluciones que ya existen.

12. Benchmarking

La industria trabaja todos los días en la modernización e implementación de productos y servicios que ayuden a mitigar los efectos del fraude, a continuación, podemos observar algunas iniciativas generales:

Shift Technology: Ofrece una solución basada en IA para la detección de fraudes en seguros. Su plataforma está diseñada para identificar patrones sospechosos en grandes volúmenes de datos, analizando automáticamente las reclamaciones. Se destaca por la detección de entidades y solicitudes potencialmente fraudulenta, análisis de datos estructurados y no estructurados de los siniestros en tiempo real y examinar entidades y transacciones durante todo el ciclo de vida del cliente. (*Shift Technology | IA para decisiones en seguros, 2024*)

IA para decisiones en seguros Siniestros

Automatiza y optimiza la toma de decisiones críticas con la mejor IA y una extensa experiencia en seguros.

Solicita una demo

Contacto

Ilustración 19: Shift: IA para decisiones en seguros

FRISS: Es una plataforma especializada en la detección de fraude y riesgos para compañías de seguros. Ofrece soluciones en tiempo real para el análisis de reclamaciones, detecta automáticamente los siniestros sospechosos, revelando redes y descubriendo patrones ocultos, junto con reducir falsos positivos. (*Deteccion de Fraude En Siniestros, 2024*)



Ilustración 20: "Claims Analytics"

FICO Insurance Fraud Manager: Ofrece una solución centrada en la gestión del fraude que aplica modelos predictivos y análisis avanzados para identificar reclamaciones sospechosas. Además de la detección, FICO ayuda a los aseguradores a gestionar el ciclo completo de la investigación del fraude.

Inicio / Productos / FICO® Falcon® Fraud Manager

Administrador de fraudes FICO® Falcon®

Proteja a sus clientes y reduzca las pérdidas por fraude en todos los canales con una solución de detección y prevención de fraude probada y potente.

Ilustración 21: "Administrador de fraudes FICO"

IBM Watson for Insurance: Ofrece una serie de herramientas de IA que pueden ser aplicadas para la detección de fraudes en seguros. Una de las soluciones de Watson incluyen capacidades de procesamiento de lenguaje natural, análisis predictivo y análisis de datos en tiempo real para identificar anomalías y posibles fraudes con el uso de chat bots.

Mejor atención al cliente con chatbots de seguros

Ofrezca la experiencia que demandan los clientes de hoy en día

Comienza la prueba gratis



Ilustración 22: "IBM Watson for Insurance"

Amazon Fraud Detection: Es un servicio de detección de fraudes que automatiza la detección de actividades potencialmente fraudulentas en línea. Estas actividades incluyen transacciones no autorizadas y la creación de cuentas falsas. Funciona mediante el aprendizaje automático para analizar sus datos. Lo hace de una manera que se basa en la experiencia acumulada durante más de 20 años de experiencia de detección de fraudes en Amazon.

Hasta 30 000 predicciones de fraude por mes gratis con el nivel gratuito de AWS →

Amazon Fraud Detector

Detección en línea de fraudes de forma más rápida con el machine learning

Comience a utilizar Amazon Fraud Detector

Ilustración 23: "Amazon Fraud Detector"

13. Tendencias Tecnológicas

Existen diversas soluciones en el mercado que se están implementando dentro de la industria de seguros.

A continuación, se detalla la situación de las tecnologías emergentes utilizadas dentro del mercado asegurador según Gartner, una empresa consultora y de investigación de las tecnologías de la información y líder en investigación.

State of Deployment for Emerging Technologies

Percentage of insurance respondents

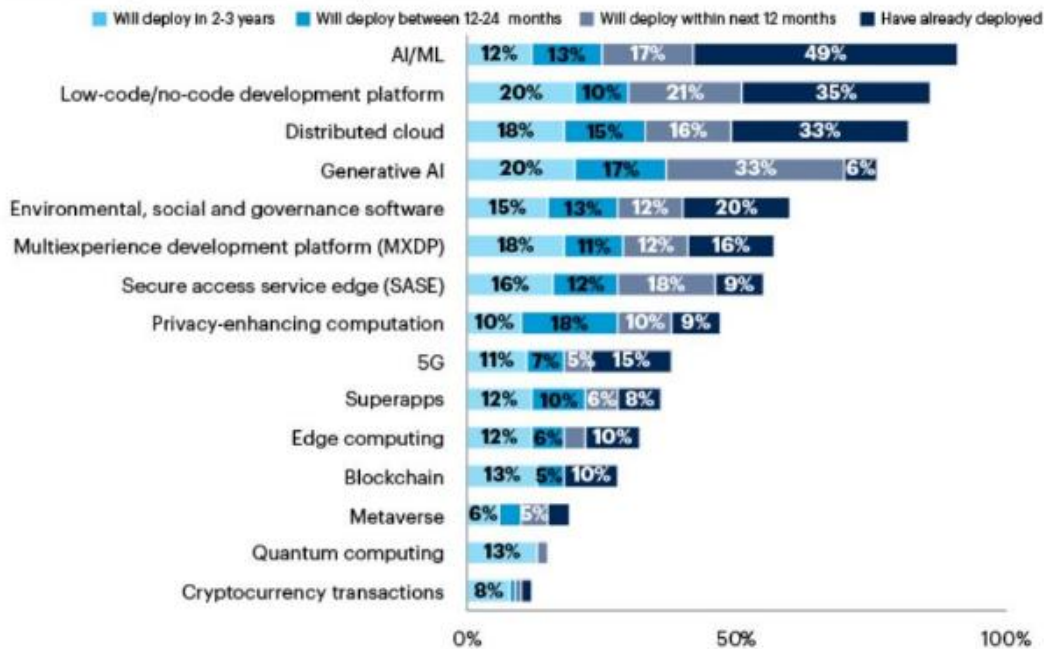


Ilustración 24: State of deployment for emerging technologies (Gartner, 2024)

NTT Data tiene experiencia y técnicos expertos del área en las primeras cuatro tecnologías, ósea las con mayor porcentaje de demanda de uso actual y futuro en seguros: Inteligencia artificial y Machine Learning que permiten que las máquinas aprendan de los datos para tomar decisiones o hacer predicciones sin ser programadas paso a

paso, low-code/no-code development plataforma que sirven para crear aplicaciones fácilmente con poco o nada de programación, usando herramientas visuales, distributed cloud que es una forma de ofrecer servicios en la nube (como almacenamiento o procesamiento de datos), pero en lugar de estar en un solo lugar, esos servicios están

repartidos en diferentes ubicaciones físicas, lo que mejora la velocidad, la seguridad y el cumplimiento de normativas locales. y generative AI que es un tipo de inteligencia artificial que puede crear contenido nuevo, como textos, imágenes o música a partir de ejemplos anteriores.

Otra información interesante es el radar de tendencias tecnológicas 2024, de ERGO, empresa dedicada a la implementación de Big Data Analytics & AI, premiada por su enfoque de negocios y Munich Red, empresa de seguros multinacional alemana.

El informe está estructurado en cinco campos de tendencias, Healthy Human, Connected Experience, Data y AI, Cyber y Cripto y Redefining industries.

Healthy Human se refiere a tecnologías diseñadas para mejorar nuestra salud y bienestar. Incluyendo innovaciones como la atención médica digital, análisis del comportamiento y mejoras en tratamientos médicos.

Connected Experience se refiere a tecnologías que facilitan la conexión entre personas y dispositivos, mejorando la interacción y la eficiencia en la vida diaria y en los negocios.

Data & AI es el uso de datos y algoritmos inteligentes para tomar decisiones más informadas, automatizar procesos y ofrecer soluciones personalizadas en diversos sectores.

Cyber & Crypto se enfoca en proteger la información y las transacciones digitales, incluyendo métodos para asegurar la privacidad y prevenir fraudes en línea.

Por último, Redefining Industries son innovaciones que transforman sectores tradicionales mediante nuevas tecnologías, como energías renovables y soluciones digitales que cambian la forma en que operan las industrias.

Estos campos reflejan cómo la tecnología está remodelando diferentes aspectos de nuestra vida y economía, ofreciendo oportunidades para mejorar servicios y crear nuevos modelos de negocio. Mientras más lejos del centro, la tecnología está en etapa "Hold", haciendo referencia a que la tecnología es deseada aún. Mientras avanza hacia el centro pasa por la etapa "Asses", que significa que la tecnología está en evaluación para las áreas más necesitadas de ella, pasando luego por la etapa "Trial", en donde las iniciativas tecnológicas se encuentran funcionando en las unidades más afectadas, por último, la etapa más cercana al centro es "Adop", etapa

en donde la tecnología ya se encuentra en adopción. (ERGO & Munich RE, 2024)

Tech Trend Radar 2024

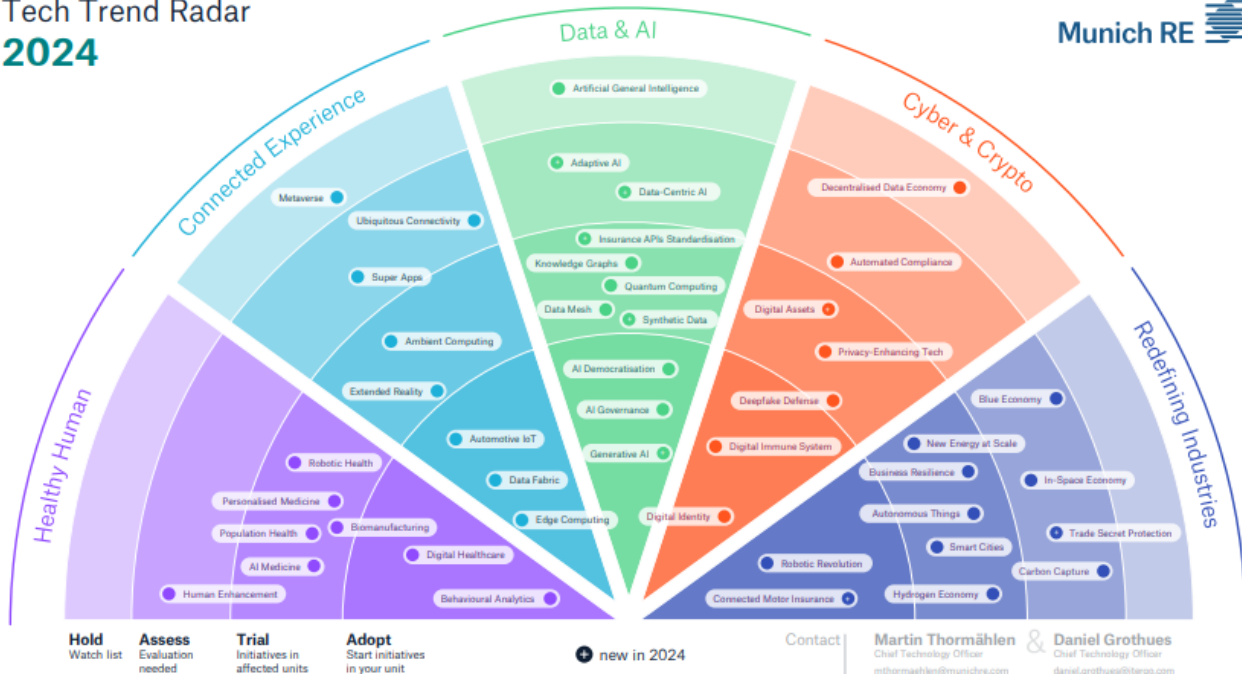


Ilustración 25: Tech Trend Radar (Munich RE & ERGO, 2024)

Dentro de todas las tecnologías que se muestran anteriormente, vale la pena destacar las siguientes porque podrían ser útil para más adelante en este proyecto:

La analítica del comportamiento (Adopt): Consiste en analizar los datos que generamos al interactuar con dispositivos digitales para comprender nuestros hábitos y preferencias. Esta información permite a las empresas personalizar servicios y detectar

comportamientos inusuales que podrían indicar fraudes.

Actualmente, se están desarrollando *wearables* como relojes inteligentes equipados con sensores que monitorean en tiempo real indicadores de salud, como los pasos diarios, la presión arterial o los niveles de oxígeno en sangre. Esta información puede utilizarse en el sector asegurador para detectar inconsistencias entre los datos declarados por el cliente y su comportamiento real. Por ejemplo, si un usuario oculta problemas de salud en un cuestionario de riesgo, pero sus datos biométricos muestran signos que los delatan, la analítica del comportamiento puede alertar sobre un posible intento de fraude y ayudar a tomar decisiones más informadas.

Seguro de Automóvil Conectado (Adopt): Utiliza dispositivos instalados en los vehículos para recopilar datos sobre la conducción, como velocidad y frenadas. El objetivo es registrar datos sobre el comportamiento de conducción, del riesgo real v/s un riesgo percibido. Se podría ofrecer seguros más personalizados y los datos recopilados se pueden usar para evaluar la veracidad de los hechos ante una denuncia.

Identidad digital (Adopt): Es una representación electrónica de nuestra identidad que permite verificar quiénes somos

en línea. Facilita procesos como la apertura de cuentas o la contratación de servicios, reduciendo el riesgo de fraudes y mejorando la experiencia del usuario. Se validaría la identidad e historial fraudulento de quien quiere contratar un seguro.

Defensa contra deepfakes (Trial): Involucra tecnologías diseñadas para detectar y prevenir la difusión de contenidos falsificados mediante inteligencia artificial, como videos o audios manipulados. Estas herramientas son esenciales para proteger la integridad de la información, reduciendo el riesgo de fraude por medios digitales en reclamos de seguros.

Estandarización de API de seguros (Trial): Consiste en establecer normas comunes para las interfaces de programación de aplicaciones (API) en el sector asegurador. Esto facilita la integración entre diferentes sistemas y mejora la eficiencia en la gestión de pólizas.

Los estándares de datos de seguros son fundamentales para eliminar la individualidad entre el socio de distribución, la aseguradora principal y el corredor. Los estándares API crean interoperabilidad, ósea intercambia datos y conocimientos de manera segura y automática. Su aporte significaría una mejor comunicación entre sistemas, optimizando los métodos para la detección de fraude.

Economía de datos descentralizada (Hold):

Un ecosistema digital abierto, transparente y descentralizado permite que los datos y los servicios estén disponibles, recopilados, compartidos y monetizados en un entorno de confianza. Podría ser un aporte a la ley Fintech y al uso de datos para el entrenamiento de IA generativa.

14. Conclusiones

Dentro de porqué la gente comete fraude, se sabe que no se puede controlar la racionalización ni la motivación personal ya que eso tiene que ver con la misma persona, en cambio, se puede minimizar la existencia de oportunidades dentro del proceso de gestión de un siniestro para cometer fraude. Para esto debemos identificar las debilidades del proceso, verlas como oportunidad y ofrecer mejoras al respecto.

Según el customer Journey Map realizado a partir de las entrevistas y los procesos antes mencionados, se señala que el proceso genérico de gestión de siniestros, su parte débil es la recepción y registro del siniestro, junto con la evaluación de este.

En ambas se señala que existe poca y lenta comunicación entre sus actividades, además de revisiones manuales de los datos, incidiendo en procesos torpes, propensos al

error y dando paso a que se genere fraude gracias a un proceso poco eficiente.

Las aseguradoras son un mercado que está en rápido crecimiento, el aumento de la cantidad de primas totales emitidas a una tasa de un 11% del 2018 al 2022, la conciencia de protección de bienes de las personas, el creciente porcentaje de participación en el PIB nacional de un poco más del 4%, vuelven a la industria cada vez más atractiva para la creación de nuevos productos y servicios y con esto nuevos canales de fraude.

Cambios en la regulación como la Ley Fintech, abren nuevas oportunidades de negocios, acceso completo a los datos, aumenta la competencia y con esto un desafío a la reinención y adopción de tecnologías.

Pero, por otro lado, también plantea riesgos relacionados con el fraude como, por ejemplo: al fomentar el intercambio de datos las compañías se exponen a mayores riesgos de ciberataques, manipulación de datos falsos y reclamaciones fraudulentas. La personalización de pólizas y la integración de tecnologías emergentes también presentan desafíos adicionales, dado que su mal uso puede facilitar la simulación de actividades legítimas o la falsificación de documentos.

Para acotar el rango de investigación, las soluciones se centrarán en satisfacer necesidades de la industria automotriz con un

85% de la incidencia en fraude y en salud con una incidencia de 7% comparado con los otros sectores que no superaban el 2%. Cabe recalcar que hay un 40% de actividades fraudulentas que no son detectadas y podrían manipular estos porcentajes.

Para combatir las consecuencias del fraude, existe un mercado de detección de fraude que tiene un panorama altamente positivo donde se espera un crecimiento de la inversión del 380% más en 5 años. Además, se cree que aumente casi al triple los programas antifraude de las organizaciones en los próximos 2 años. De la misma forma se afirma que tres de cada cinco organizaciones (59%) esperan aumentar sus presupuestos para tecnología antifraude en los próximos dos años.

Con esto se presume que las organizaciones toman conciencia de que el fraude es un problema grave y empiezan a tomar medidas para su mitigación.

Respecto a tendencias tecnológicas emergentes, tenemos muchas interesantes y que podrían convertirse en oportunidades en sí mismas o implementarse en alguna solución antifraude, ya que muchas están en la etapa de Adopción.

La tecnologías que podrían servir para este proyecto según las necesidades y la realidad NTT Data son: la Analítica del

comportamiento, Seguro de Automóvil Conectado, Identidad digital, Defensa contra deepfakes, Estandarización de API de seguros y la Economía de datos descentralizada.

Por otro lado, un problema importante en la gestión de fraudes es querer resolver los problemas, sin darse cuenta de que había una necesidad antes que no estaba siendo detectada, la cual es la gestión de los datos.

Las principales necesidades en la gestión de fraudes en seguros están enfocadas en mejorar la detección temprana, automatizar procesos, incrementar el volumen y la rapidez en la detección de casos, integrar tecnologías avanzadas y cumplir con las regulaciones vigentes. Las soluciones en el mercado deben ser flexibles, escalables y centradas tanto en la eficiencia operativa como en la experiencia del cliente. Además, la capacidad de adaptarse a nuevas formas de fraude, incluidas las redes organizadas, es clave para el éxito.

Esta investigación da paso a la generación de oportunidades que permitan ser un aporte en la mitigación del fraude y que están relacionadas con:

- Entrevistas a expertos
- Tendencias Tecnológicas
- Leyes reguladoras

- Debilidades del proceso de gestión de fraudes

En el siguiente capítulo podrás encontrar en mayor detalle las oportunidades encontradas, necesidades del negocio y sus beneficios.

VIII. DEFINIR

En esta fase, se consolidan y estructuran en oportunidades las áreas débiles encontradas en la etapa previa, estableciendo una base clara para el desarrollo de soluciones efectivas. La definición de cada oportunidad se realiza a través de un análisis detallado que incluye su descripción, justificación, necesidades que aborda y los beneficios esperados.

1. Identificación de oportunidades

A continuación, se presentan todas las oportunidades identificadas a partir del análisis previo:

1.1 Gestión óptima de los datos

La primera oportunidad nace a partir de la entrevista con Eduardo Jimenes, quien asegura que el Fraud Detector de Amazon no pudo ser implementado debido a que Consorcio tenía una data que no cumplía ciertos estándares. Con esto se afirma que el problema de la calidad de los datos también afecta la eficacia de las herramientas y los modelos analíticos. Gartner en su encuesta: “2024 Gartner AI Mandate for the Enterprise” asegura que: “La disponibilidad o calidad de los datos es el obstáculo número uno para la implementación de IA”.

Por otro lado, el informe de SAS llamado: *Cómo gestionar el aumento de casos de fraude (2020)* señala que: “La gestión de datos es un desafío importante. Las organizaciones tienen dificultades para combinar datos de diferentes sistemas y, cuando se reúnen, limpiarlos y estandarizarlos para eliminar errores y garantizar que se puedan utilizar para facilitar un análisis posterior es una gran tarea”. Continúa con, “si bien muchas de las organizaciones son conscientes de los beneficios al proporcionar una comprensión integral de los datos, preparar los datos y “resolver” es un proceso complejo para las identidades. Por lo tanto, si bien se ha demostrado que este enfoque reduce significativamente el tiempo y el esfuerzo de investigación, lamentablemente los sistemas que ofrecen este beneficio siguen estando en la lista de deseos de muchos investigadores”.

La oportunidad destaca por abordar el paso antes de implementación de alguna solución que contemple datos. Siendo un punto de partida integral para abordar necesidades antifraude dentro de una empresa, asegurando una implementación de solución exitosa a futuro.

Por otro lado, Deloitte en su informe llamado: *Navegando por el sector de seguros a través de una perspectiva de riesgo de fraude (2023)*

afirma que un desafío que enfrenta la mitigación del fraude es la mala calidad de los datos o datos inadecuados para predecir el fraude. El 70% de las aseguradoras encuestadas contarían con este problema.

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Gestión óptima de los datos	
Descripción	Manejo estratégico de recopilación, almacenamiento y distribución de datos para su uso en soluciones tecnológicas.
Necesidades	<p>“La disponibilidad o calidad de los datos es el obstáculo número uno para la implementación de IA”.(GARTNER, 2024)</p> <p>Existen dificultades para combinar datos de diferentes sistemas, limpiarlos y estandarizarlos para eliminar errores y garantizar que se puedan utilizar para facilitar un análisis posterior. (SAS,2020)</p> <p>El 70% de las aseguradoras contarían con mala calidad de datos para predecir el fraude. (DELOITTE,2023)</p> <p>Mejorar la eficacia de las herramientas y los modelos analíticos.</p> <p>Preparar a la organización para la implementación de futuras soluciones tecnológicas</p> <p>Ley Fintech</p>

Beneficios	Aumento de la eficiencia operativa
	Mejor calidad de datos para análisis y toma de decisiones
	Reducción del tiempo y esfuerzo en la investigación de fraude
	Dar paso a la implementación de soluciones tecnológicas antifraude

1.2 Adaptación de Sistemas de Información

La segunda oportunidad, está marcada por la entrada en vigor de la ley Fintech y el Open Insurance, incentivando la colaboración de la data, permitiendo así expandir las tecnologías en seguros, así como el mejoramiento de sus productos y servicios.

Deloitte en su informe llamado: Navegando por el sector de seguros a través de una perspectiva de riesgo de fraude (2023) afirma que 80% de las aseguradoras encuestadas dice que es un desafío el intercambio de información entre la comunidad aseguradora.

En este mismo informe se señala que debido a la ausencia de una base de datos formal de fraude a nivel de la industria y la propensión de los defraudadores a explotar este vacío, les impide mejorar sus capacidades de prevención y detección de fraudes.

Es innegable afirmar que mientras más cantidad y variación de datos existan, más asertivos serán los modelos predictivos de fraude y más información habrá para la generación de productos antifraude.

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Adaptación de Sistemas de Información	
Descripción	Modernización de sistemas que permita compartir datos entre distintas entidades aseguradoras de cara a el cumplimiento de la Ley Fintech.
Necesidades	<p>Ley Fintech</p> <p>80% de las aseguradoras aseguran que es un desafío el intercambio de información entre la comunidad aseguradora. (Deloitte,2023)</p> <p>Ausencia de una base de datos formal de fraude a nivel de la industria, impide mejorar sus capacidades de prevención y detección de fraudes. (Deloitte 2023)</p>
Beneficios	<p>Creación de productos y servicios innovadores</p> <p>Expansión y optimización del funcionamiento de tecnologías antifraude</p> <p>Mejora en la detección y prevención de fraude a través de la colaboración de datos</p>

	Comunicación estándar entre datos de las aseguradoras
--	---

1.3 Automatización de procesos de recepción y procesamiento de siniestros

La tercera oportunidad nace debido a que el gran volumen de trabajo, inevitablemente genera una acumulación de solicitudes de revisión de reclamaciones, lo que dificulta el éxito y retrasa el proceso. La mayoría de las veces este proceso es manual y está sujeto a pasar por alto señales de fraude.

Los trabajadores generalmente se acostumbran a sistemas que son torpes e ineficientes, realizan una serie de tareas manuales y lentas que afectan de forma negativa la eficiencia de la revisión sumado a que las actividades delictivas están cada vez más sofisticadas. Errores al ingresar datos, demasiados clics entre sistemas y la falta de modernización complican el panorama.

Se asegura que los investigadores dedican alrededor del 80% de su tiempo a recopilar y acceder a la información y solo el 20% a investigarla (*Cómo Gestionar el Aumento de Casos de Fraude con SAS*, 2024). Si el acceso y recopilación de información fuese gran parte automático, los investigadores podrían dedicar ese tiempo a investigar más y de mejor forma casos probables de fraude.

Ana también lo señala en la entrevista: “Dentro de la etapa de recepción y evaluación del siniestro es donde se presentan varios conflictos por ej: escanear documentos incorrectos, no se aprecia bien algún dato, ingreso errado de datos, no guardar el siniestro, entre otras cosas. Esta parte del proceso es la más engorrosa y larga ya que son muchas las variables y relaciones con terceros.”

Por último, Sura en una presentación interna donde expone casos de uso de IA generativa, menciona que ocurre una alta operatividad y error humano al definir reembolsos de salud. (NTT Data Colombia, comunicación personal, 2024)

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Automatización de procesos de recepción y procesamiento de siniestros.	
Descripción	Introducir la tecnología para sistematizar el proceso de recepción y procesamiento de pólizas.
Necesidades	Detección de fraude en una etapa temprana Eficientar la acumulación de solicitudes Reducir tiempos de espera Los investigadores dedican alrededor del 80% de su tiempo a recopilar y

	<p>acceder a la información y solo el 20% a investigarla (SAS,2020)</p> <p>Personal que pueda dedicar más tiempo efectivo a la investigación.</p>
Beneficios	<p>Eficientar el proceso ahorrando tiempo y recursos</p> <p>Mejora la experiencia del cliente</p> <p>Mejora de la precisión de detección temprana de fraude</p> <p>Mejor distribución de tareas y tiempos a la investigación.</p>

1.4 Customer Service Support

La cuarta oportunidad es Customer service support, pensada para mejorar la comunicación entre la aseguradora y el asegurado en los procesos de denuncia. El cliente es quien, por medio de un servicio digital, debe hacer el levantamiento de la información de su denuncia, respondiendo a preguntas predeterminadas, enviando imágenes y documentos a un chat Bot o asistente virtual quien realiza el primer levantamiento de información.

Según las declaraciones de Ana: “Esta parte del proceso (recepción y registro y evaluación del siniestro) es la más engorrosa y larga ya que son muchas las variables y relaciones con terceros. “y declaraciones de Raúl, quien

asegura que, al llamar una primera vez a la aseguradora, su denuncia no quedo registrada por lo que tuvo que hacerlo una segunda vez, considerando el desgaste que conlleva en el cliente un accidente automovilístico.

Es por esto y por el acostumbramiento a procesos deficientes de los trabajadores que se busca la automatización del primer acercamiento entre aseguradora y asegurado.

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Customer service support	
Descripción	Servicio de atención virtual para la apertura de siniestros
Necesidades	<p>Superar la capacidad limitada de sus equipos y agentes</p> <p>Soporte virtual de rápido acceso y precisión antifraude</p> <p>Reducción de tiempos de espera</p> <p>Atención de la primera notificación del siniestro</p>
Beneficios	<p>Atención inmediata a asegurados, reduciendo tiempos de espera y de revisión de solicitud</p> <p>Escalabilidad de soporte y derivación ante situaciones críticas</p> <p>Mejora experiencia del cliente</p>

	Mejora precisión de encontrar fraude
--	--------------------------------------

1.5 Capacitación contra el fraude de los clientes y del personal

La quinta oportunidad es la capacitación contra el fraude de los clientes y del personal.

Según una encuesta de Deloitte, el 50% de los encuestados, considera que es de vital importancia, mantenerse al día con el modus operandi de los estafadores modernos para poder anticiparse a los incidentes fraudulentos del futuro. (*Navegando por el Sector de Seguros a través de una Perspectiva de Fraude, 2024*)

Además, es crucial conocer e informarse sobre las consecuencias de cometer fraude, para prevenir su ocurrencia y mitigar sus efectos, así los trabajadores podrían tomar una disposición favorable al cambio y la introducción de nuevas tecnologías.

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Capacitación contra el fraude de los clientes y del personal	
Descripción	Jornadas de capacitación para prevenir el fraude tanto para clientes como para empleados.
Necesidades	Anticiparse a los comportamientos fraudulentos

	Conocer las consecuencias de cometer fraude
Beneficios	Personal y clientes informados y concientizados sobre el fraude, previenen su ocurrencia Reducción de fraude organizado

1.6 Identidad digital

La sexta oportunidad es la identidad digital, ósea, la representación de una persona en el mundo digital, y todo el conjunto de información sobre ella que se encuentra disponible. La identificación personal es una base necesaria para las transacciones, no solo de personas, sino también de organizaciones, gobiernos y objetos. Una identidad digital permite realizar transacciones digitales y hoy está vinculada a una gran cantidad de aplicaciones y datos de la vida cotidiana. Uno de esos datos puede ser el registro personal de comportamientos fraudulentos en otras aseguradoras.

El tema de la identidad digital plantea inquietudes en cuanto a la seguridad, la privacidad y la certeza. Las empresas de tecnología, junto con los actores públicos, buscan optimizar la gestión de la identidad digital mediante la creación de procesos simplificados, seguros y confiables, además

de marcos de datos centrados y controlados por el usuario. (ERGO & Munich Red, 2024)

Las identidades digitales pueden hacer que los procesos de seguros sean más eficientes e inatacable.

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Identidad General	
Descripción	La identidad digital es la información que se tiene sobre una persona en internet, y que la describe en el plano digital.
Necesidades	Gestión de datos Ley Fintech (datos controlados por el usuario) Conocer el historial del asegurador en términos de fraude
Beneficios	Reducen los riesgos de fraude de identidad, ya que son mucho más difíciles de falsificar La evaluación de riesgos para la cobertura de seguros puede llegar a basarse completamente en identidades digitales.

1.7 Complemento con información de dispositivos inteligentes

Tradicionalmente, la cotización de seguros se basa en una serie de factores generales,

como la edad, el historial médico y los hábitos de vida reportados por el solicitante. Sin embargo, este modelo presenta riesgos inherentes, como la omisión de información relevante por parte de los asegurados, quienes pueden no revelar enfermedades preexistentes o condiciones de salud que podrían afectar su cobertura o la determinación de su prima

El uso de dispositivos inteligentes que monitorean de manera continua el estado de salud de los individuos, como relojes inteligentes, pulseras de actividad, dispositivos portátiles para mediciones biométricas (presión arterial, glucosa, frecuencia cardíaca, etc.), ofrece una oportunidad única para transformar la forma en que se diseñan los seguros de salud. Estos dispositivos permiten recopilar datos en tiempo real sobre la salud del asegurado.

Por otro lado, contar con información clave de un dispositivo inteligente como un gps incorporado en un automóvil, puede determinar la velocidad real de un siniestro o la localización exacta de un accidente, entre otras cosas, comprometiendo veracidad en los hechos a la hora de cobrar un seguro.

A continuación, se presenta un análisis necesidad/beneficio de la oportunidad:

Complemento con información de dispositivos inteligentes	
Descripción	Compartición de los datos de los dispositivos inteligentes que monitorizan datos en tiempo real, con las aseguradoras.
Necesidades	Ocultamiento de enfermedades preexistentes Desconocimiento del comportamiento del conductor a manejar Interoperabilidad de datos
Beneficios	Evaluación más precisa del riesgo Reducción de fraudes en seguros de salud y automovilísticos.

	<p>Información real y exacta del historial médico o del comportamiento del conductor al manejar, evitando oportunidades de los clientes para engañar.</p> <p>Las aseguradoras obtienen datos precisos, actualizados y reales de sus clientes</p>
--	--

2. Gráfico Comparativo

La factibilidad de cada oportunidad se basa en dos variables: El tamaño de mercado y la adopción de la tecnología en NTT Data. Cada oportunidad fue analizada y ubicada dentro de este gráfico comparativo antes de presentar al equipo experto.

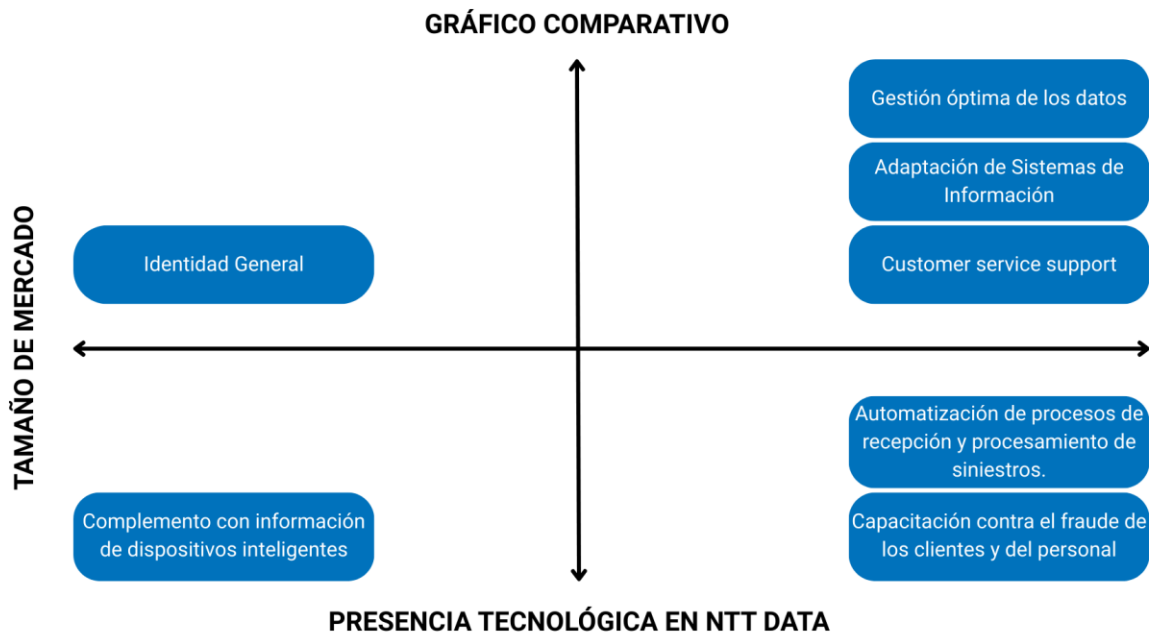


Ilustración 26: Gráfico Comparativo factibilidad de oportunidades (Elaboración propia)

Las oportunidades más factibles fueron: Gestión óptima de los datos, Adaptación de sistemas de información y Customer Service Support. Las tres son una gran opción para continuar desarrollando. Cuentan con igual disponibilidad de tecnologías dentro de la empresa para continuar con su desarrollo, se diferencian en el tamaño de mercado.

La gestión óptima de los datos posee el mayor tamaño de mercado debido a la versatilidad de los datos y su presencia en todo tipo de organizaciones, son una parte esencial en la toma de decisiones dentro de cada empresa.

Quien tenga a disposición los recursos necesarios, buscara sacarle el mejor de los provechos a la gestión y calidad de sus datos, incentivado también por la ley Fintech.

Más al centro, la Adaptación de Sistemas de Información, también incentivada por la ley Fintech, cuenta con menos tamaño de mercado debido a que además de preparar sus propios datos, deben preparar sus sistemas para compartir a una “base de datos de aseguradoras” lo que se traduce en más gasto de recursos, reduciendo la demanda.

Más abajo, el Customer Service Support cuenta con un tamaño de mercado menor ya que va dirigido a aseguradoras que desean

La oportunidad del Complemento con Información de Dispositivos Inteligentes, está ubicada en el tercer cuadrante, ya que utiliza tecnologías que no están disponibles en la realidad de NTT Data y que están ligados a objetos personales, ósea que los datos están sujetos a la privacidad del propietario. Por otro lado, el tamaño de mercado se acota, porque no todas las personas poseen estos dispositivos, entonces las aseguradoras no podrían aplicar esta solución a la totalidad de sus clientes.

La Automatización de Procesos y la Capacitación contra el fraude de los clientes y el personal, son un término medio entre que no tienen mucha participación de mercado, pero si existe presencia tecnológica en NTT Data.

innovar en sus procesos o que consideran como prioridad generar nuevos canales de reclamos de seguros.

La Identidad general no cuenta con tecnologías que pueda usar NTT Data ya que la privacidad de los datos juega un rol importante, por otro lado, no abarca tanto tamaño de mercado debido a que el proceso solo se acota a la validación de identidad e historial fraudulento para no cometer fraude, dejando otros procesos igual que antes.

Su tamaño de mercado es menor porque es específico para cada aseguradora, respondiendo a actividades y dinámicas propias de cada empresa y de los recursos que tengan para invertir en este tipo de proyectos. Las capacitaciones podrían ser incluso bien llevaderas sin el uso de tecnología, no así las demás oportunidades, por lo que es la oportunidad que tiene el menor tamaño de mercado.

3. Jerarquización de oportunidades

El día 05 de diciembre del 2024, un comité experto de NTT Data, compuesto por stakeholders y sponsors claves, realizó un análisis exhaustivo para seleccionar las oportunidades más relevantes para el proyecto, que se seleccionaran en base a mi

apreciación de la factibilidad de oportunidades vista en el capítulo anterior y a la experiencia y conocimientos del equipo experto.

Este comité estuvo conformado por Denisse Garnica, partner del área del Sector Público; Claudio Soarzo, director del área de Digital Technology; Inés Eusébio, partner del área de General Management; y Raúl Pérez, chief architect del área de Data & Analytics. A partir de un análisis detallado de la realidad de NTT Data y las necesidades del mercado, se seleccionaron las oportunidades estratégicas para focalizar el trabajo y avanzar con la siguiente etapa del proyecto.

La primera oportunidad elegida fue la Gestión óptima de datos, destacada por su amplio tamaño de mercado y la alta factibilidad de implementación debido a la tecnología disponible en NTT Data y que cuentan con el departamento de Data&Analytics, quienes podrían incluir la oportunidad dentro de su propuesta de valor. Además, la experiencia del comité en el sector confirmó que la correcta gestión de datos es una necesidad transversal en la mayoría de las organizaciones actualmente, no solo en el sector asegurador.

La segunda oportunidad seleccionada fue la Adaptación de Sistemas de Información impulsada por la reciente promulgación de la

ley Fintech que fomenta el intercambio de datos entre aseguradoras. Este marco regulatorio, junto con la disponibilidad tecnológica interna, posiciona a esta iniciativa como una alternativa atractiva para el mercado asegurador. Vender esta oportunidad y sus múltiples soluciones es una oferta de valor que resuelve una necesidad latente en las aseguradoras, especialmente por la nueva ley.

La tercera oportunidad identificada fue la Automatización de procesos de recepción y procesamiento de siniestros, reconocida por su potencial para optimizar la eficiencia y reducir errores en la gestión de reclamos. El comité destacó que esta oportunidad ofrece un amplio margen para el desarrollo de soluciones innovadoras que mejoren la experiencia del usuario y los tiempos de respuesta.

Finalmente, se discutió una cuarta oportunidad que surge de un punto en común entre las propuestas: Customer Service Support e Identidad Digital. Esta iniciativa busca integrar soluciones basadas en inteligencia artificial, como asistentes virtuales y sistemas avanzados de verificación de identidad, con el objetivo de mejorar la interacción con los clientes y optimizar la recopilación de información de manera inteligente. Estas innovaciones no solo

resultan atractivas para el mercado, sino que también potencian la eficiencia operativa y la experiencia del usuario, trayendo múltiples beneficios.

Con la ayuda de la identificación de estas oportunidades, el siguiente paso se centra en profundizar las bases de la metodología de detección de fraude.

4. Definición de parámetros relevantes para la metodología

Las oportunidades encontradas son de gran ayuda para definir parámetros en la creación de la metodología.

Una *gestión eficiente de los datos* permite concluir que, en muchos casos, los problemas y desafíos organizacionales no son identificados antes de implementar una nueva solución, lo que puede generar complicaciones adicionales y una mayor pérdida de recursos. Por ello, la metodología propuesta debe incluir un diagnóstico inicial de la empresa, asegurando que antes de plantear soluciones se comprenda el estado actual de sus procesos y se evalúe la factibilidad de implementación.

En cuanto a la *Adaptación de Sistemas de Información*, su relevancia radica en que las

empresas del sector deben adaptarse continuamente a las leyes, políticas y regulaciones vigentes, ajustando sus prácticas para cumplir con estos marcos normativos.

Por otro lado, *la automatización e innovación de procesos con IA* responde a la diversidad de soluciones disponibles para abordar un mismo problema. Es fundamental alinear soluciones con la oferta de NTT Data, garantizando que satisfagan las necesidades específicas de sus clientes.

Es importante mencionar que la creación de propuestas de valor que incluyan tecnología como pilar, indican que debido a su rápida evolución es importante hacer parte también al cliente del proceso solución.

“La importancia que tiene integrar a los clientes en el desarrollo de la propuesta de valor lo antes posible. De esta manera, la propuesta de valor se puede ajustar a los deseos de los clientes antes de realizar inversiones significativas. Uno de los enfoques es ir al cliente, tratar de comprender el problema y la necesidad, intercambiar ideas y proponer una solución. Así es como se da forma a la propuesta de valor.” (Molendijk, 2017)

En un modelo bussines to bussines (B2B), desarrollar una propuesta de valor en conjunto con el cliente desde el inicio aumenta significativamente la efectividad de la solución. De este modo, NTT Data no solo ofrece un servicio, sino que se integra como un aliado estratégico en la implementación de la estrategia antifraude de su cliente. Podríamos hablar de co-creación de la metodología antifraude entre la consultora y su cliente.

IX. DESARROLLAR

En esta etapa del proyecto, se plantean soluciones de producto que permitirán abordar de manera efectiva las problemáticas detectadas y también se propone una metodología compuesta de dos partes orientada a la prevención del fraude en el sector asegurador, diseñada para ser aplicable en diversas organizaciones.

Esta fase es crucial para el desarrollo del proyecto, ya que permite consolidar tanto las soluciones técnicas como el enfoque metodológico, sentando las bases para su futura implementación y validación.

1. Enfoque solución

Raúl Pérez solicita a la memorista como desafío desarrollar ideas de soluciones de producto para atender a los diferentes problemas detectados durante la investigación.

Las propuestas fueron creadas a partir de información clave de casos de uso con IA en NTT Data Colombia, NTT Data Brasil y NTT Data España.

La información trataba de un compilado de soluciones de IA generativa creadas en la compañía y aplicadas en Latinoamérica, PoCs realizadas para Sura Colombia para mejorar una serie de procesos de la compañía,

soluciones de IA implementadas en NTT España, PoCs de detección de fraude en Brasil, entre otras referencias.

Finalmente, luego de contar con la ayuda y validación de una experta en soluciones de datos e IA, Daniela De Quevedo, analista del área de Data & Analytics de NTT Data, a quien le presente las ideas para luego afinarlas una por una según su experiencia. Se llegó a la siguiente lista de ideas para futuras PoCs:

1.1 Análisis de documentos con IA

Extracción de información de documentos y aplicación de modelos de machine learning para identificar patrones de fraude.

Análisis de documentos

- Extracción de información de documentos y aplicación de modelos de Machine Learning para identificar patrones de fraude.



Ilustración 27: Presentación Idea solución N° 1 para desarrollo (Elaboración propia)

1.2 Análisis de imágenes con IA

Revisión de imágenes de accidentes automovilísticos, manipulación de imágenes y coincidencia de la fecha reportada con IA generativa.

Análisis de Imágenes

- Revisión de imágenes de accidentes automovilísticos, manipulación de imágenes o coincidencia con la fecha reportada.



Ilustración 28: Presentación Idea solución N° 2 para desarrollo (Elaboración propia)

1.3 Análisis del relato con IA

Clasificar el relato con análisis de sentimientos según la intención del asegurado en diferentes categorías.

Análisis de relato

Clasificar el relato según la intención del asegurado en diferentes categorías.

- **Transcribe y analiza conversaciones:** Utiliza técnicas de procesamiento de lenguaje natural para crear una base de conocimiento.
- **Identificación de patrones y tendencias:** Permite segmentar por causa, analizar los sentimientos de los oradores e intención.



Ilustración 29: Presentación Idea solución N° 3 para desarrollo (Elaboración propia)

1.4 Identificación de perfil cliente con alta probabilidad de cometer fraude

Identificar perfiles de personas y tipos de accidentes propensos a ser fraude para así alertar a los agentes que revisan el caso.

Identificación de perfil cliente con alta probabilidad de cometer fraude

- Identificar perfiles de personas y tipos de accidentes propensos a ser fraude para así alertar a los agentes que revisan el caso

Modelo de clasificación de ML: por datos históricos para identificar patrones.



Ilustración 30: Presentación Idea solución N° 4 para desarrollo (Elaboración propia)

1.5 Chat-Bot Co-pilot del investigador

Ayuda al investigador a encontrar inconsistencias y hacer preguntas del caso al asegurado.

Chat Bot: Co-pilot investigador

Ayuda al investigador a encontrar inconsistencias y hacer preguntas del caso al asegurado.

- Canal de atención para denunciar un siniestro
- Solicitud de documentos con análisis automático (OCR)
- Solicitud de relato (Análisis de sentimiento)
- Porcentaje de fraude detectado (Dashboard con información: inconsistencias, patrones, etc)



Ilustración 31: Presentación Idea solución N° 6 para desarrollo (Elaboración propia)

Estas soluciones de POCs fueron presentadas y validadas por Raúl, quien propuso incluirlas en la metodología con el nombre de “capacidades antifraude”, ya que son soluciones para combatir el fraude dentro de las empresas.

2. Definición de “Fraud Prevention Methodology” (FPM)

Esta metodología se compone de dos partes: la primera parte es un framework que busca estandarizar y optimizar la detección,

prevención y gestión del fraude, proporcionando un marco estructurado que combina soluciones tecnológicas con estrategias de implementación

La otra parte muestra las etapas de aplicación de la metodología dentro de una empresa.

La investigación realizada en la etapa *Descubrir* desarrolló una base fundamental para comprender el fraude en seguros, su marco normativo y el funcionamiento de los procesos involucrados. Este análisis permitió recopilar información clave que posteriormente fue integrada en el *framework* y en la fase de aplicación. Se determina que tanto el desarrollo metodológico como su implementación deben comenzar con una fase de *Descubrimiento*, asegurando una base sólida para la toma de decisiones y la generación de estrategias efectivas posteriormente.

En la etapa *Definir*, se identificaron y desarrollaron diversas oportunidades, asegurando que la metodología evolucionara a la par, adaptándose a las necesidades del proyecto y alineándose con los objetivos estratégicos. Se reforzó la importancia de una gestión eficiente de los datos, estableciendo que, antes de implementar cualquier solución antifraude, es imprescindible contar con un conocimiento detallado de la estructura y

recursos de la empresa. Así, la investigación y el análisis organizacional se consolidan como elementos esenciales para la toma de decisiones estratégicas.

Asimismo, la automatización de procesos, la aplicación de inteligencia artificial y el uso de tecnologías avanzadas desempeñan un papel clave en la optimización de la detección y prevención de fraudes. Como resultado, estas oportunidades permiten desarrollar diversas capacidades antifraude, las cuales se integrarán en la etapa final de la metodología, una vez que se haya establecido una base sólida.

Ambas partes se estructuran visual y conceptualmente a partir de cuadros de trabajo utilizados en otros proyectos de NTT Data, adaptados a la realidad de esta investigación.

2.1 Framework

Su forma en “bloques” apilados encima de otros hace referencia a que se debe cumplir el bloque de más abajo para poder pasar al de un escalón más arriba y que también el de más abajo “sostiene” los de arriba.

A continuación se aprecia la primera parte de la metodología:

Componentes de Prevención del Fraude

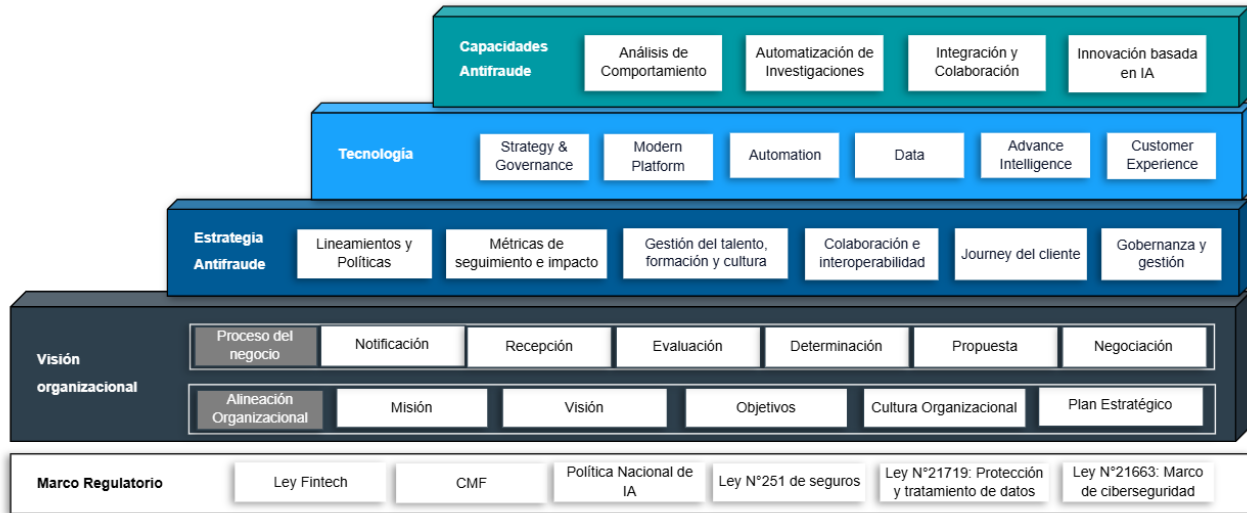


Ilustración 32: Framework FPM (Elaboración propia)

En la base de los bloques, debido a que envuelve todos los bloques posteriores, se encuentra el **Marco Regulatorio**, el cual delimita el alcance del proyecto. Son las reglas, leyes, políticas e instituciones que se deben respetar en cada uno de los bloques.

Este bloque nace a partir de la etapa *Descubrir*, donde se investigó sobre leyes y organismos que controlan el ámbito de seguros y datos, como lo es la *ley Fintech*, la

CMF, la *política nacional de IA*, la *ley de seguros*, la *ley de protección de datos* y el *marco de ciberseguridad*.

Un escalón más arriba, se encuentra la **Visión Organizacional**, este bloque se divide en dos partes, por un lado, se descubre la esencia de la empresa, incluida su *misión*, *visión*, *objetivos*, *cultura organizacional* y el *plan estratégico*, para así alinear los objetivos organizacionales con NTT Data, favoreciendo

el trabajo en conjunto. Por otro lado, se conocen las partes del proceso que tiene la empresa en relación con la gestión de un siniestro, el genérico es *notificación, recepción, evaluación, determinación, propuesta y negociación*, pero para cada empresa el proceso puede tener etapas distintas, siendo más o menos a las ya mencionadas, todo depende del cliente. En esta parte se identifican sus dolores, problemáticas y áreas de mejora tal como se realizó en la parte de *Descubrir* de esta tesis. En resumen, en este bloque se hace un diagnóstico de la empresa, conociendo su realidad para identificar futuras oportunidades.

Un escalón más arriba se encuentra la **Estrategia Antifraude**, que contempla un plan de acción generado por NTT Data luego de comprender el estado de la empresa y su situación en gestión de fraude en siniestros. La estrategia transforma las operaciones internas de la empresa, va desde la *creación de lineamientos y políticas*, que se refiere a orientaciones generales como principios, normas y directrices que marcan el rumbo estratégico de la organización antifraude, estableciendo una postura clara respecto a la prevención, detección y tratamiento.

Siguiendo por la definición de *métricas de seguimiento* para medición de impacto. Estas

métricas permiten monitorear el cumplimiento de los objetivos estratégicos, detectar desviaciones a tiempo y tomar decisiones basadas en datos. La selección de indicadores adecuados como el número de intentos de fraude detectados, el tiempo promedio de resolución o el impacto económico proporciona visibilidad sobre el comportamiento del sistema antifraude y evidencia tangible del valor generado.

Siguiendo con la *gestión del talento* entre los colaboradores de la empresa y también en el equipo de NTT Data, se reconoce que el éxito de cualquier iniciativa antifraude depende, en gran medida, de las personas que la ejecutan. Este subcomponente se enfoca en identificar, formar y fortalecer las competencias del equipo humano involucrado en la gestión del fraude. Incluye acciones como la capacitación continua, la creación de roles especializados, y la concientización interna sobre el riesgo de fraude. Una adecuada gestión del talento no solo mejora la capacidad técnica del equipo, sino que también contribuye a una respuesta más efectiva frente a los intentos de fraude.

La *colaboración e interoperabilidad* entre partes del proceso involucradas, busca asegurar una coordinación efectiva entre distintas áreas internas y actores externos. Este subcomponente promueve el intercambio de información, la integración de

procesos y la conexión con otros sistemas o entidades, fortaleciendo así la detección oportuna del fraude y reduciendo brechas operativas.

El *journey del cliente*, permite visualizar la experiencia del cliente a lo largo del proceso de gestión de un siniestro, identificando puntos críticos donde pueden surgir fricciones o vulnerabilidades. Este enfoque facilita la detección de oportunidades de mejora tanto en la eficiencia operativa como en la percepción del servicio, integrando la perspectiva del usuario en el diseño de soluciones antifraude más efectivas y centradas en el cliente.

Como última subetapa, se encuentra la *gobernanza y gestión*, que establece los mecanismos de control, supervisión y toma de decisiones necesarios para garantizar una implementación coherente y alineada con los objetivos organizacionales, asegurando sostenibilidad en la gestión del fraude.

El piso de **Tecnología** es clave ya que representa un pilar de negocios en NTT Data y actúa como habilitador para la implementación de las capacidades antifraude.

“Se debe comenzar por definir y aclarar los requisitos para el negocio, luego buscar

obtener las respuestas correctas de sus sistemas de Tecnología” (Molendijk, 2017). Por esta razón, la tecnología se ubica después del piso de estrategia y antes del piso de las capacidades antifraude que son la fase final del modelo, asegurando que su implementación se base en una infraestructura tecnológica sólida que viene dada por una estrategia antifraude concreta.

La subetapa de *strategy & governance*, garantiza que las decisiones tecnológicas estén alineadas con la estrategia del negocio y las políticas de gobierno corporativo. Define estándares que rigen el uso de la tecnología.

Modern platform, hace referencia a la adopción de una infraestructura tecnológica moderna, escalable y flexible que permita integrar sistemas, soportar soluciones antifraude y adaptarse a las exigencias del entorno digital. Por ejemplo, la modernización de la nube, ósea cuando empresas migran sus datos a una plataforma más moderna de nube a la que ya tienen.

La *automation*, se orienta a optimizar procesos operativos clave, especialmente aquellos relacionados con la recepción, validación y evaluación de siniestros. Su aplicación reduce errores humanos, acelera tiempos de respuesta y mejora la eficiencia en la detección de patrones anómalos.

Cuando hablamos de *data*, se refiere a la gestión estructurada, segura y oportuna de los datos, permitiendo una base confiable para la toma de decisiones. Incluye la calidad, gobernanza y disponibilidad de la información, pilares esenciales para una estrategia antifraude efectiva.

Advanced intelligence, incorpora el uso de inteligencia artificial de última generación, como machine learning y análisis predictivo para fortalecer la capacidad de detección temprana de fraudes. Permite identificar comportamientos sospechosos, anticiparse a riesgos y generar alertas automatizadas con alta precisión.

Por último, la subetapa de *customer experience*, busca asegurar que la implementación tecnológica no afecte negativamente la experiencia del cliente. Este componente integra soluciones centradas en el usuario, garantizando procesos ágiles, seguros y transparentes que aumenten la confianza y satisfacción del asegurado o cliente final.

Como último piso del framework, nos encontramos con las **Capacidades Antifraude**, que son soluciones diseñadas para optimizar la gestión del fraude, actuando como aceleradores tecnológicos que facilitan su detección y prevención. Estas capacidades

no solo ayudan a cumplir el objetivo de detección de fraude a través de la tecnología, sino que también aportan beneficios significativos, como la mejora en la experiencia del cliente y la optimización de recursos.

Es importante destacar que las capacidades antifraude incluidas en el marco representan opciones viables para su implementación, pero no constituyen la única alternativa disponible. Un mismo problema puede abordarse desde diversas perspectivas, y la solución más adecuada dependerá de las necesidades específicas de cada cliente, en estrecha colaboración con NTT Data.

Las capacidades antifraude presentadas anteriormente en la sección de “enfoque solución”, fueron utilizadas para construir este bloque y también nuevas capacidades que surgieron mientras se desarrollaba la metodología conversando con expertos en distintas áreas.

Este bloque está dividido en 4 categorías: *Análisis de comportamiento*, que tiene relación con el estudio de los datos para entender sus patrones y tendencias y reconocer a través de los datos intenciones de fraude.

Otra categoría es la *automatización* que tiene que ver con soluciones hacia la eficiencia de procesos actualmente manuales para prevenir fraude.

Dentro de la categoría de *Integración y colaboración* se encuentran soluciones que

habiliten canales que permitan la compartición de datos.

Por último, soluciones que involucren modernizar de una manera más rupturista con IA en algunos procesos serán parte de la *innovación basada en IA*.

Capacidades antifraude

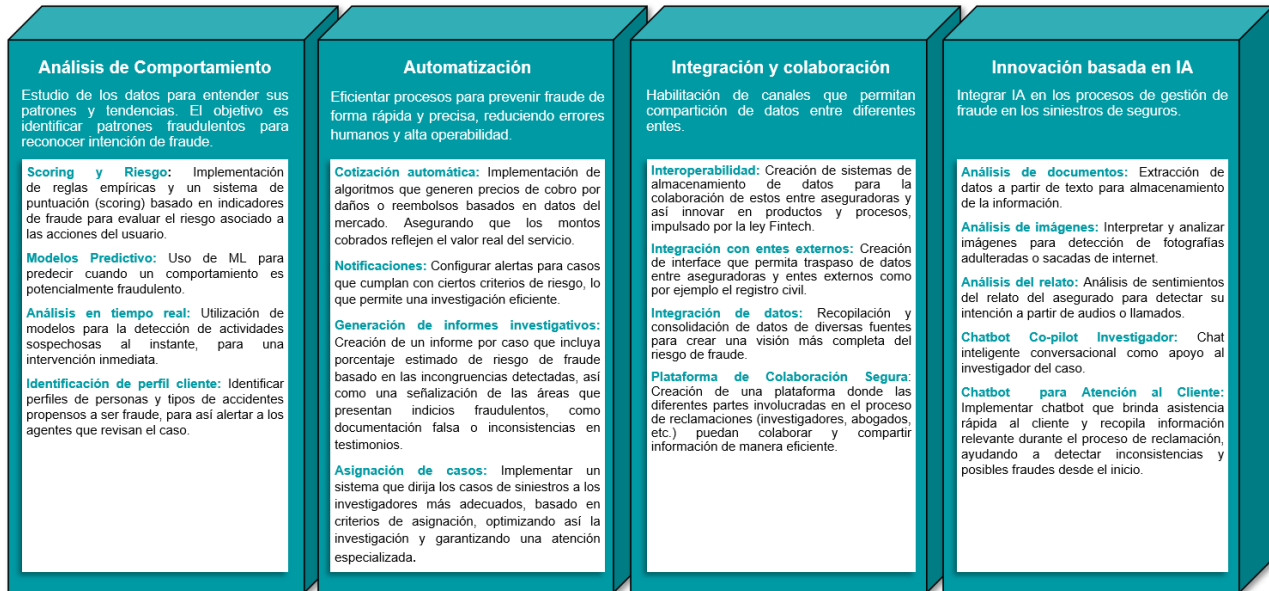


Ilustración 33: Capacidades Antifraude actualizadas

A continuación se explica cada capacidad antifraude propuesta. Dentro del **análisis del comportamiento** se encuentra:

Scoring y Riesgo: Implementación de reglas empíricas y un sistema de puntuación (scoring) basado en indicadores de fraude para evaluar el riesgo asociado a las acciones del usuario.

Modelos Predictivo: Uso de ML para predecir cuándo un comportamiento es potencialmente fraudulento.

Análisis en tiempo real: Utilización de modelos para la detección de actividades sospechosas al instante, para una intervención inmediata.

Identificación de perfil cliente: Identificar perfiles de personas y tipos de accidentes propensos a ser fraude, para así alertar a los agentes que revisan el caso.

Dentro de la **automatización** es parte:

Cotización automática: Implementación de algoritmos que generen precios de cobro por daños o reembolsos basados en datos del mercado. Asegurando que los montos cobrados reflejen el valor real del servicio.

Notificaciones: Configurar alertas para casos que cumplan con ciertos criterios de riesgo, lo que permite una investigación eficiente.

Generación de informes investigativos: Creación de un informe por caso que incluya porcentaje estimado de riesgo de fraude basado en las incongruencias detectadas, así como una señalización de las áreas que presentan indicios fraudulentos, como documentación falsa o inconsistencias en testimonios.

Asignación de casos: Implementar un sistema que dirija los casos de siniestros a los investigadores más adecuados, basado en criterios de asignación, optimizando así la investigación y garantizando una atención especializada.

Siguiendo con la **integración y colaboración** encontramos:

Interoperabilidad: Creación de sistemas de almacenamiento de datos para la colaboración de estos entre aseguradoras y así innovar en productos y procesos, impulsado por la ley Fintech.

Integración con entes externos: Creación de interface que permita traspaso de datos entre aseguradoras y entes externos como por ejemplo el registro civil.

Integración de datos: Recopilación y consolidación de datos de diversas fuentes para crear una visión más completa del riesgo de fraude.

Plataforma de Colaboración Segura: Creación de una plataforma donde las diferentes partes involucradas en el proceso de reclamaciones (investigadores, abogados, etc.) puedan colaborar y compartir información de manera eficiente.

Por último **innovación basada en IA**, se compone de:

Análisis de documentos: Extracción de datos a partir de texto para almacenamiento de la información.

Análisis de imágenes: Interpretar y analizar imágenes para detección de fotografías adulteradas o sacadas de internet.

Análisis del relato: Análisis de sentimientos del relato del asegurado para detectar su intención a partir de audios o llamados.

Chatbot Co-pilot Investigador: Chat inteligente conversacional como apoyo al investigador del caso.

Chatbot para Atención al Cliente: Implementar chatbot que brinda asistencia rápida al cliente y recopila información relevante durante el proceso de reclamación, ayudando a detectar inconsistencias y posibles fraudes desde el inicio.

2.1 Etapas de aplicación

Las aplicación de FPM se divide en 4 etapas: Advisory, Preparation, Adoption y Govern & Optimize.



Ilustración 34: Etapas FPM

En **Advisory**, se analiza la visión organizacional y se lleva a cabo un levantamiento de información para identificar áreas de mejora que sirvan de base para la estrategia antifraude.

A partir de las áreas de mejora detectadas, se genera un plan de acción para implementar soluciones estratégicas, optimizar procesos,

asignar recursos de manera eficiente y garantizar el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Además, se gestionan todas las fases iniciales necesarias para la implementación del proyecto, incluyendo la definición de plazos, materiales de entrega, asignación de recursos, establecimiento de objetivos clave y

coordinación entre los equipos involucrados. Podemos decir que el *marco regulatorio*, la *visión organizacional* y la *estrategia antifraude* serían parte de Advisory.

En **Preparation**, se implementan y habilitan las capacidades tecnológicas necesarias para garantizar el cumplimiento de la estrategia establecida. En esta etapa, NTT Data se asegura de que su cliente cuente con la infraestructura y herramientas adecuadas para una implementación efectiva, si no es así, toman medidas para la habilitación tecnológica necesaria. La etapa de *Tecnología* es parte de Preparation.

En **Adoption**, se lleva a cabo la implementación de las *capacidades antifraude*, el último piso del framework. La elección de capacidades antifraude específica dependerá del contexto de la empresa y su capacidad tecnológica, priorizando la que mejor se adapte a ello y las que respondan de mejor manera a los lineamientos definidos en el plan estratégico. Durante esta etapa, se supervisa la correcta integración de estas capacidades en los procesos operativos de la organización.

Por último, en **Govern & Optimize** se evalúa el impacto de las capacidades implementadas en la estrategia y visión organizacional. Esta etapa se centra en la medición de cambios, el

análisis de resultados y la retroalimentación continua. A través de la implementación de ajustes estratégicos y operativos, se garantiza la evolución y efectividad del modelo a lo largo del tiempo.

Cabe destacar que, si bien la implementación se plantea de forma lineal, esto no impide volver a etapas anteriores cuando sea necesario. El proceso de creación es, por naturaleza, iterativo y está sujeto a ajustes a medida que el proyecto avanza y madura.

La metodología Fraud Prevention representa así un marco de referencia robusto y adaptable, capaz de evolucionar con los desafíos del entorno y garantizar resultados sostenibles en la prevención del fraude en siniestros. Su composición varía según las necesidades específicas de cada empresa, enfatizando la importancia de la co-creación en el desarrollo de su estructura para asegurar una implementación alineada con las prioridades y requerimientos de cada organización.

X. ENTREGAR

La etapa de Entregar corresponde al cierre del modelo Doble Diamante y se enfoca en la validación de la solución desarrollada. En esta fase, se evalúa la efectividad y aplicabilidad de la metodología propuesta en contextos reales, asegurando que cumpla con los objetivos planteados y aporte valor al sector.

1. Validación

Cada validación realizada fue con perfiles expertos de NTT Data que dan a conocer su apreciación sobre la metodología.

El proceso de validación se realizó a través de entrevistas con expertos de NTT Data. Esta etapa es fundamental, ya que permite fortalecer la propuesta final antes de su implementación, garantizando que responda de manera concreta a las necesidades del mercado y de las organizaciones involucradas en la gestión del fraude.

1.1 Validación con equipo experto de ITAU

Durante la etapa de validación de la metodología Fraud Prevention Methodology (FPM), surgió de manera natural una oportunidad dentro de la misma empresa para presentar la propuesta a un equipo experto en la materia. A raíz de una conversación entre

Raúl Pérez, Chief Architect del área de Data & Analytics de NTT Data, y Argenis, Manager del mismo equipo que trabaja directamente con el banco ITAU, se generó el interés por conocer en detalle la metodología desarrollada como propuesta de negocios.

Objetivo de la presentación: Dar a conocer la metodología antifraude al equipo de fraude de ITAU, con el fin de evaluar su aplicabilidad, y valor en un contexto distinto al asegurador, específicamente dentro del sector bancario.

Perfil experto

El equipo de fraude de ITAU está compuesto por profesionales con experiencia en distintas áreas del desarrollo e implementación de soluciones tecnológicas para banca, entre ellos: Daniela Santos, gerente de proyectos de Banca, Ivania Silva, project leader, John Solarte, lead engineer, Laura Manriquez, Project leader, Michael Opitz, center developer, Greicy Sanchez, lead engineer y Pedro Valderrama, lead engineer.

Los participantes de la reunión de presentación son el equipo de fraude que trabaja para ITAU, Raúl Pérez, Argenis y la memorista.

Formato

- Duración: 30 min.

- Tipo: Presentación estructurada
- Registro: Documento escrito con observaciones
- Evaluación: Comentarios cualitativos abiertos

Presentación

La presentación se estructuró en dos partes: primero, la introducción general del proyecto y su propósito, a cargo de Raúl Pérez y la memorista; luego, la exposición detallada de la metodología. Durante la instancia, surgieron dos observaciones clave que validaron el valor de la propuesta:

En cuanto a la comprensión del problema, Daniela Santos señaló que: “el negocio (refiriéndose a ITAU) no sabe qué pedir”, lo que evidencia la necesidad de una metodología que comience desde los objetivos del negocio para detectar brechas y oportunidades.

Respecto a la calidad de la propuesta, se indicó por Greicy Sanchez lo siguiente: “no hay base de detección de fraude en ITAU, el fraude es hoy en día detectado intuitivamente”, lo que reafirma la pertinencia de establecer un marco estructurado como FPM para lograr la incorporación de capacidades antifraude que lleguen a resolver este problema.

Conclusiones

Estos dichos confirman que la metodología no solo cumple con su propósito dentro del sector asegurador, sino que también posee un enfoque transversal, adaptable a otras industrias como banca, siempre que se parta desde el entendimiento del negocio y sus procesos clave. Esta instancia fue clave para validar la aplicabilidad real de FPM en nuevos contextos organizacionales.

1.2 Validación con líder técnica de fraude

Entrevista con Katherine Ferreira, perfil experta en fraude.

Objetivo de la validación: Evaluar la aplicabilidad, relevancia y valor estratégico de la metodología FP para su implementación en contextos reales dentro del sector asegurador y otros sectores donde existe riesgo de fraude.

Perfil del experto

- Cargo: Líder técnico de una célula de datos dentro de la comunidad de fraude ITAU
- Experiencia: +10 años en consultoría de soluciones empresariales y proyectos.

- Conocimiento técnico: Familiaridad con procesos de detección de fraude, gestión de datos y aplicación de tecnologías como IA.

Formato

- Duración: 30 min.
 - Tipo: Entrevista conversacional semiestructurada
- XI. Registro: Grabación con consentimiento
- Evaluación: Comentarios abiertos

Preguntas y respuestas

A continuación se presenta la respuesta a la pregunta de manera resumida con la información más importante, pero en el [Anexo 2] puedes encontrar la transcripción completa de la entrevista.

a. Relevancia y alineación con desafíos reales:

- ¿Los bloques propuestos en la metodología representan adecuadamente las prioridades de una organización ante el fraude?
- “Sí, están bien representadas. Los bloques cubren desde aspectos regulatorios hasta capacidades antifraude,

conectando con la tecnología, talento, formación y visión organizacional. Cada bloque habilita al siguiente.”

b. Adaptabilidad y escalabilidad:

- ¿Qué tan flexible considera que es la metodología FP frente a distintos tamaños y tipos de organizaciones?
- “Es flexible. Su adaptabilidad depende del nivel de madurez de cada organización. La metodología considera un paso a paso desde el análisis hasta la planificación, lo que permite ajustarla según el contexto, aparte del contexto de negocio es posible implementarla tanto en organizaciones maduras como en aquellas en etapas más iniciales.”

“La metodología permite evaluar procesos, detectar niveles de madurez y proponer buenas prácticas. Cada cliente es distinto, y lo que es innovador para uno puede ser básico para otro. La metodología es suficientemente amplia para adaptarse.”

c. Viabilidad de implementación:

- ¿Consideras factible implementar esta metodología con los recursos y

tecnologías disponibles en las empresas hoy?

- “Sí. NTT DATA cuenta con capacidades internas y partners tecnológicos (Microsoft, AWS, GCP). Sin embargo, la factibilidad depende del nivel de madurez tecnológica del cliente. Algunas organizaciones pueden requerir etapas previas como migración a la nube antes de avanzar.”
- ¿Qué barreras organizacionales o técnicas podrían surgir?
- Respecto a barreras organizacionales: “Trabajar en silos dentro del cliente (ej. desconexión entre áreas de datos y tecnología). NTT DATA promueve la colaboración interna y también ayuda al cliente a lograrlo.”

Respecto a barreras técnicas: “Falta de infraestructura o madurez tecnológica en el cliente, NTT siempre ofrecerá recursos en los que se maneja. En estos casos, se acompaña al cliente desde etapas fundacionales (como habilitar la nube) hasta capacidades más avanzadas.”

d. Valor estratégico:

- ¿La metodología puede generar ventajas competitivas sostenibles?
- “Sí. La propuesta de NTT DATA se diferencia por su conocimiento especializado, el trabajo transversal entre áreas, el apoyo de partners globales y la experiencia en distintas industrias. No solo se resuelve el problema, sino que se piensa en soluciones sostenibles y estratégicas a largo plazo, se deja demostrado en esta metodología”

“Por otro lado, no se trata solo de implementar soluciones, sino de acompañar al cliente, orientarlo y trabajar con él según su contexto. La metodología está diseñada para ir de la mano con la estrategia de la organización.”

e. Validación del flujo de etapas:

- ¿Las etapas “Asesoramiento, Preparación, Adopción, Gobernanza y Optimización” cubren el ciclo completo que vive una empresa al implementar capacidades antifraude?
- “Sí. Las etapas Advisory, preparación, adopción, gobernanza y optimización permiten cubrir desde el diagnóstico hasta la mejora continua. Incluyen análisis de

procesos, planificación, habilitación tecnológica, gestión del cambio y evolución de las capacidades. NTT DATA también aporta herramientas y aceleradores que optimizan los tiempos y recursos”

Conclusiones

La entrevista permitió validar de forma clara y detallada la pertinencia, adaptabilidad y valor estratégico de la metodología propuesta para enfrentar el fraude organizacional. Katherine destacó que la estructura de bloques de la metodología representa adecuadamente las prioridades necesarias para construir capacidades antifraude, estableciendo una lógica progresiva y habilitadora entre sus componentes.

Además, subrayó que la metodología es lo suficientemente flexible como para adaptarse a distintos sectores, tipos de organizaciones y niveles de madurez tecnológica. Este aspecto es clave para su aplicabilidad en contextos diversos, desde organizaciones que recién inician procesos de mejoramiento de gestión de fraudes hasta aquellas con capacidades más avanzadas.

Katherine también enfatizó que la factibilidad de implementación está condicionada por los recursos y el estado de madurez de cada

cliente, pero que NTT Data cuenta con las capacidades humanas, tecnológicas y de colaboración global necesarias para acompañar este proceso de forma realista y efectiva.

Por otra parte, identificó barreras frecuentes tanto técnicas como organizacionales, como el trabajo en silos o la falta de infraestructura, pero destacó que la metodología y el enfoque consultivo permiten abordarlas estratégicamente. Además, recalcó el valor competitivo que ofrece NTT Data gracias a su expertise sectorial, su red de colaboración y el uso de aceleradores y buenas prácticas ya desarrolladas.

Finalmente, se confirmó que las etapas de implementación desde Advisory hasta Govern & Optimize cubren el ciclo completo de adopción de capacidades antifraude, asegurando no solo una solución funcional, sino también sostenible y alineada con la visión estratégica del cliente.

XI. CONCLUSIONES

Se ha logrado alcanzar los objetivos planteados y se han obtenido resultados significativos que contribuyen tanto a la industria aseguradora como al ámbito del diseño de productos metodológicos con enfoque en soluciones tecnológicas. A continuación, se recuerdan los objetivos iniciales del proyecto y se presenta el nivel de logro obtenido en cada caso:

Objetivo específico 1: Analizar el fraude en la industria aseguradora para identificar los principales desafíos y problemáticas del sector.

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo del fraude en la industria aseguradora, permitiendo identificar sus características claves, impacto económico y las tendencias tecnológicas aplicables. Esta investigación proporcionó un contexto sólido para comprender la magnitud del problema y su evolución.

Además, se diagramaron los procesos involucrados en la gestión de siniestros, lo que facilitó la identificación de áreas vulnerables dentro del sistema. A través de entrevistas con expertos del sector, se reconocieron los principales puntos débiles en la detección y gestión del fraude, lo que permitió fortalecer el desarrollo metodológico.

Objetivo específico 2: Identificar oportunidades y áreas de mejora para el diseño y desarrollo de una solución metodológica que permita detectar y reducir el fraude en la industria aseguradora.

Se identificaron oportunidades clave para la optimización en la detección de fraudes que ayudaron a establecer las bases de la metodología, tales como la gestión óptima de los datos, la adaptación de sistemas de información, la automatización de procesos de recepción y procesamiento de siniestros, customer service support, la capacitación contra el fraude, identidad digital y el complemento con información de dispositivos.

Objetivo específico 3: Diseñar un marco de trabajo y definir las etapas de aplicación de una metodología antifraude.

A partir del análisis y la identificación de oportunidades previas, se logró diseñar un framework y definir las etapas de aplicación de la metodología *Fraud Prevention* dentro de una empresa. Este marco de trabajo proporciona un enfoque integral para la prevención y detección del fraude, permitiendo su adaptación a distintos entornos organizacionales y garantizando una implementación efectiva y alineada con las necesidades del sector asegurador.

Objetivo específico 4: Validar la metodología desarrollada y su efectividad en la industria aseguradora, asegurando su aplicabilidad en diversos mercados antifraude.

La metodología fue validada por la comunidad de fraude de ITAU y por una experta en el área, lo que respalda su relevancia, flexibilidad y aplicabilidad tanto en el sector bancario como en otras industrias. Se destaca su capacidad de adaptación a distintos niveles de madurez tecnológica y tipos de organización, así como su enfoque estructurado que abarca todo el ciclo de implementación de una solución sostenible. Como resultado, el sector bancario ha decidido asignar recursos para su desarrollo

Respecto a los principales hallazgos y resultados se destaca el Impacto económico y estratégico del fraude que representa un problema crítico, afectando aproximadamente al 5% de las denuncias de siniestros. Generando pérdidas económicas significativas y deteriorando la confianza de los asegurados en las compañías. Lo que hace que la industria se acelere en la búsqueda de soluciones a este problema.

Sin duda es importante que la implementación de soluciones antifraude este acompañado por una metodología de aplicación que

permita focalizar energías y optimizar recursos.

La metodología de prevención del fraude (FPM) desarrollada en esta investigación se basa en un enfoque estructurado y escalonado que no impide volver a etapas anteriores, donde cada bloque cumple un rol fundamental en la construcción de una estrategia antifraude sólida y efectiva. Desde la base regulatoria hasta la implementación de capacidades tecnológicas avanzadas, cada nivel aporta valor en la gestión del fraude en siniestros, asegurando alineación con las necesidades organizacionales y la visión estratégica de NTT Data para resultados excepcionales.

Las etapas de aplicación de la metodología garantizan un proceso integral y progresivo. Comenzando con Advisory, se establece una comprensión profunda de la organización, su entorno regulatorio y el contexto de trabajo para lograr desarrollar un plan de acción antifraude personalizado. Luego, en Preparation, se implementan las herramientas y tecnologías para preparar la implementación de soluciones. En Adoption, se lleva a cabo la integración de soluciones específicas, asegurando que estas respondan a los objetivos estratégicos. Finalmente, en Govern & Optimize, se supervisa el impacto de las

acciones implementadas, permitiendo mejoras continuas en el modelo.

Este enfoque escalonado no solo permite la detección y prevención del fraude de manera eficiente, sino que también optimiza procesos, mejora la experiencia del cliente y refuerza la toma de decisiones basada en datos. Además, su flexibilidad posibilita la adaptación a las necesidades particulares de cada organización, consolidando a NTT Data como un aliado estratégico en la lucha contra el fraude de sus clientes.

FPM representa así un marco de referencia robusto y adaptable, capaz de evolucionar con los desafíos del entorno y garantizar resultados sostenibles en la prevención del fraude en siniestros.

La aprobación de esta metodología por parte de la comunidad de fraude de ITAU representa un hito importante en su desarrollo, validando su aplicabilidad en el sector bancario y asegurando la inversión de recursos para su implementación.

La entrevista con Katherine Ferreira permitió validar la viabilidad, adaptabilidad y valor agregado de la metodología propuesta para la implementación de capacidades antifraude en organizaciones. La entrevistada destacó que los bloques definidos representan

adecuadamente las prioridades necesarias, estableciendo una secuencia lógica que facilita la habilitación progresiva de soluciones, desde lo regulatorio hasta lo tecnológico y cultural.

Se evidenció que la metodología es altamente flexible, permitiendo su adaptación tanto a distintas industrias como a organizaciones con diferentes niveles de madurez. Esto refuerza su escalabilidad y utilidad en contextos variados. Asimismo, se subrayó que la factibilidad de implementación dependerá del estado actual de cada empresa, pero que el acompañamiento consultivo y técnico permite abordar estas diferencias efectivamente.

Katherine también señaló que, si bien pueden existir barreras organizacionales o técnicas, estas se pueden mitigar gracias al enfoque estructurado y al soporte experto de la consultora. Finalmente, confirmó que las etapas de la metodología (Advisory, Preparación, Adopción, Gobernanza y Optimización) cubren todo el ciclo necesario para asegurar una adopción sostenible y alineada con la visión estratégica del cliente.

En conjunto, las validaciones respaldan la solidez, adaptabilidad y valor estratégico del enfoque metodológico planteado en esta investigación. Este proceso ha permitido no

solo comprobar la viabilidad técnica y estratégica del modelo, sino también comprender los desafíos y oportunidades que surgen al trabajar en una empresa de gran escala.

Uno de los principales aprendizajes fue la complejidad de coordinar esfuerzos en una organización de gran tamaño, donde cada área tiene sus propias prioridades y procesos internos. La necesidad de adaptar la metodología a un entorno altamente regulado y estructurado representó un reto, pero también permitió fortalecer sus fundamentos y hacerla más versátil.

Por otro lado, trabajar en un ecosistema empresarial con un alto nivel de especialización brindó la oportunidad de acceder a conocimientos avanzados y recibir retroalimentación valiosa por parte de expertos en fraude y tecnología.

En resumen, esta experiencia no solo aportó a mi crecimiento profesional y técnico, sino que también me mostró lo importante que es crear soluciones escalables, colaborativas y adaptables a distintos contextos. Sin duda, la formación universitaria me ayudó a desarrollar un enfoque metodológico y pensamiento conceptual de construcción de productos, lo que me permitió llegar a este tipo de propuestas.

XII. REFERENCIAS

2024 *Anti-Fraud Technology Benchmarking Report*. (2024).

Acevedo Gelves, L. K., & Albornoz Arias, N. (2024). Revisión teórica de las capacidades dinámicas empresariales. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, 46, 262-283. <https://doi.org/10.14482/pege.46.5402>

Banco Sabadell: Eficiencia digital por diseño | Accenture. (2024). <https://www.accenture.com/es-es/case-studies/banking/banco-sabadell-galatea-digital-design>

Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile (1931). <https://www.bcn.cl/leychile>

Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile (1986). <https://www.bcn.cl/leychile>

Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile (2023). <https://www.bcn.cl/leychile>

Calaf, L. (2025, febrero 20). ¿Qué es una consultoría tecnológica y cómo puede ayudar a tu empresa? *Kinesis Consulting*. <https://kinesisco.com/que-es-una-consultoria-tecnologica-y-como-puede-ayudar-a-tu-empresa/>

CMF. (2024). *Informe Financiero del Mercado Asegurador*.

CMF Educa—*Compañías de Seguros de Vida*. (2024). CMF Educa - Comisión para el Mercado Financiero.

<https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-propertyvalue-516.html>

CMF Educa—Compañías de Seguros Generales. (2024). CMF Educa - Comisión para el Mercado Financiero.

<https://www.cmfeduca.cl/educa/621/w3-propertyvalue-515.html>

CMF pone en consulta pública normativa que regula seguros paramétricos—CMF Chile—Prensa y Presentaciones. (2024). <https://www.cmfchile.cl/portal/prensa/615/w3-article-85186.html>

CMF publica norma que regula el Sistema de Finanzas Abiertas en el marco de la Ley Fintec—CMF Chile—Prensa y Presentaciones. (2024). <https://cmfchile.cl/portal/prensa/615/w3-article-82737.html>

Cómo Gestionar el Aumento de Casos de Fraude con SAS. (s. f.).

Como un fraude afecta tu prima de seguro. (2019, abril 26). Custodian. <https://blog.getcustodian.com/fraude-seguro/>

Concha, M. (2020, junio 4). Hogar de Cristo y Accenture lanzan aplicación de innovación social. *Hogar de Cristo.* <https://www.hogardecristo.cl/noticias/para-encauzar-y-orientar-la-solidaridad-llega-dorap/>

Craddock, C., Marchi, R., Morales, J., Spak, S., & Waisser, S. (2023). *Reporte Global de Seguros 2023: Capturando la siguiente ola de crecimiento en América Latina.*

Data and AI Leadership Executive Survey. (s. f.).

Desarrollamos proyectos innovadores que impactan en tu vida | NTT DATA. (2024). <https://es.nttdata.com/about-us>

Detección de fraude de seguros Tamaño del Mercado | Mordor Intelligence. (2024). <https://www.mordorintelligence.com/es/industry-reports/insurance-fraud-detection-market>

Deteccion de fraude en siniestros. (s. f.). Recuperado 3 de mayo de 2025, de <https://www.friss.com/es/soluciones/deteccion-de-fraude-en-siniestros/>

ERGO & Munich Red. (2024). *What innovations will transform insurance in 2024?*

Fraud 101: What is Fraud? (2024). https://www.acfe-com.translate.goog/fraud-resources/fraud-101-what-is-fraud?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge

Historia del Doble Diamante—Consejo de Diseño. (2024). <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/the-double-diamond/history-of-the-double-diamond/>

Kotler, P., & Keller, K. L. (2012). *Marketing management* (14th [ed.]). Prentice Hall.

Kubr, M. (1997). *La consultoría de empresas: Guía para la profesión* (3a ed. (revisada)). Oficina Internacional del Trabajo.

Las aseguradoras y la mejora de la detección del fraude. (2021, julio 14). Hidden Insights. <https://blogs.sas.com/content/hiddeninsights/2021/07/14/las-aseguradoras-y-la-mejora-de-la-deteccion-del-fraude/>

Las tres categorías principales de fraude: Cómo identificarlas y prevenirlas. (2024). <https://www.auditool.org/blog/fraude/las-tres-categorias-principales-de-fraude-como-identificarlas-y-prevenir-las>

Molendijk, K. (2017). *The development of value propositions in High-Tech entrepreneurial startups.*

Navegando por el Sector de Seguros a través de una Perspectiva de Fraude. (s. f.).

Occupational Fraud 2024: A Report To The Nations. (s. f.).

Ortega, B. H., & Martínez, J. J. (2007). Análisis del efecto de la experiencia en TIC en el uso del B2B. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 16.

Perfil mercado de software Chile. (s. f.).

¿Qué es el fraude? (2024). <https://acfe-spain.com/recursos-contra-fraude/que-es-el-fraude>

Revolucionando la experiencia del cliente con IA conversacional | NTT DATA. (2024). <https://es.nttdata.com/insights/case-studies/revolucionando-la-experiencia-del-cliente-con-ia-conversacional>

Shift Technology | IA para decisiones en seguros. (s. f.). Recuperado 3 de mayo de 2025, de <https://www.shift-technology.com/es/>

Talke, K., & Heidenreich, S. (2014). How to Overcome Pro-Change Bias: Incorporating Passive and Active Innovation Resistance in Innovation Decision Models. *Journal of Product Innovation Management*, 31(5), 894-907. <https://doi.org/10.1111/jpim.12130>

The Double Diamond—Design Council. (s. f.). Recuperado 30 de noviembre de 2024, de <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/the-double-diamond/>

Transformamos compañías, anticipándonos al futuro | NTT DATA. (2024). <https://cl.nttdata.com/>

Triángulo del Fraude. (2024). <https://www.acfe-spain.com/recursos-contra-fraude/que-es-el-fraude/triangulo-del-fraude>

XIII. ANEXOS

1. Compañías vigentes

Compañías generales vigentes actualmente en Chile, inscritas en la CMF:

Compañías de seguros generales vigentes
Aseguradora porvenir s.a.
Assurant chile cía. seguros generales s.a.
Bci seguros generales s.a.
Bnp paribas cardif seguros generales s.a.
Chubb seguros chile s.a.
Cía. consorcio nacional de seguros s.a.
Cía. continental s.a.
Contempora cía. seguros generales s.a.
Everest cía. seguros generales chile s.a.
Fid chile seguros generales s.a.
Hdi seguros s.a
Mapfre cía seguros generales chile s.a.
Metlife chile seguros generales s.a.
Mutualidad de carabineros
Orion seguros generales s.a.
Reale chile seguros generales s.a.
Renta nacional cía seguros generales s.a.
Seguros generales suramericana s.a.
Southbridge cía seguros generales s.a.
Starr international seguros generales s.a.
Unnio seguros generales s.a.
Zenit seguros generales s.a.
Zurich chile seguros generales s.a.
Zurich santander seguros generales chile s.a.

Por otro lado, estas son las compañías de seguros de vida vigentes para operar en Chile:

Compañías de seguros de vida vigentes
--

4 life seguros de vida s.a.
Alemana seguros s.a.
Bci seguros vida s.a.
Bice vida compañía de seguros s.a.
Bnp paribas cardif seguros de vida s.a.
Bupa compañía de seguros de vida s.a.
Cf seguros de vida s.a.
Chubb seguros de vida chile s.a.
Cn life, compañía de seguros de vida s.a.
Colmena cía de seguros de vida s.a.
Compañía de seguros confuturo s.a.
Cía. de seguros de vida cámara s.a.
Cía. consorcio nacional de seguros s.a.
Divina pastora seguros de vida s.a.
Euroamerica seguros de vida s.a.
Help seguros de vida s.a.
Mapfre cía de seguros de vida chile s.a.
Metlife chile seguros de vida s.a.
Mutual de seguros de chile
Mutualidad de Carabineros
Mutualidad del ejército y aviación
Ohio national seguros de vida s.a.
Penta vida cía. de seguros de vida s.a.
Principal cía. seguros de vida chile s.a.
Renta nacional cía seguros de vida s.a.
Save bcj cía. de seguros de vida s.a.
Seguros clc s.a.
Seguros de vida sura s.a.
Seguros de vida suramericana s.a.
Seguros de vida y salud uc christus s.a.
Seguros vida security prevision s.a.
Zurich chile seguros rentas vitalicias s.a.
Zurich chile seguros de vida s.a.
Zurich santander seguros vida chile s.a.
Zurich seguros rentas vitalicias chile s.a.

2. Transcripción entrevista

Transcripción Entrevista Validación con Katherine Ferreira:

Cassidy Allendes Venegas: Muchas gracias por participar de la validación Kathe, vamos a comenzar por la primera pregunta.

¿Los bloques propuestos en la metodología representan adecuadamente las prioridades de una solución ante el fraude?

Katherine Ferreira Puigmarti: Para mí sí, totalmente. Me gusta mucho lo que representa cada bloque y cómo avanzamos desde el marco regulatorio hasta lograr las capacidades antifraude. Estas se ven apalancadas por la tecnología, y esta a su vez permite el desarrollo de herramientas y equipos a través de estrategias relacionadas con la gestión del talento, formación y cultura. Todo esto requiere una visión organizacional clara. Para mí, está muy bien representado cómo cada bloque habilita al siguiente.

Cassidy: Que bueno, eso es lo que se busco desde un principio.

Katherine: Exacto. Representa bien las prioridades, partiendo desde lo más fundacional hasta aspectos más específicos.

Cassidy: Perfecto, esa era la intención: que un bloque habilite al siguiente.

Katherine: Exactamente.

Cassidy: Respecto a la adaptabilidad a diferentes contextos, como seguros, banca u otras industrias, ¿qué tan flexible consideras que es la metodología frente a distintos tamaños y tipos de organizaciones?

Katherine: Me parece bastante flexible. Lo que puede impactar es el nivel de madurez de cada organización respecto a ciertas definiciones necesarias. Por ejemplo, algunas aún pueden estar definiendo su estrategia en detección y prevención de fraude. Por eso me gusta que tenga un paso a paso, desde la evaluación inicial hasta la planificación, como se hace en la etapa de Advisory. Así se puede adaptar la metodología según la madurez de la organización. Obviamente, habrá distintas barreras, pero siempre hay formas de habilitar y avanzar hacia el objetivo.

Cassidy: O sea, además de adaptarse a sectores y organizaciones, también considera diferentes niveles de madurez dentro de una misma organización.

Katherine: Exacto. Según lo que me mostraste y lo que he visto, hay una etapa de análisis que permite evaluar procesos internos. Eso da pie para hacer sugerencias y proponer buenas

prácticas, ajustadas al nivel de cada cliente. Lo que para una organización es innovación, para otra puede ser algo ya manejado. Por eso, es importante contar con expertos que ayuden a ir un paso más allá. Creo que esta metodología abarca bastante para que podamos adaptarnos a distintos contextos.

Cassidy: Súper. Y sobre la implementación: ¿ves factible aplicar esta tecnología con los recursos y tecnologías actuales disponibles en las empresas?

Katherine: Sí. Dentro de la organización tenemos las capacidades necesarias, desde estrategia y gobernanza, hasta automatización y experiencia del cliente. Contamos con personas expertas en distintos niveles, desde lo técnico hasta gestión del cambio. Ahora, respecto a las empresas donde se implementa, su madurez tecnológica influye mucho. Por ejemplo, si están en proceso de migración de plataformas, primero habría que terminar ese proceso para luego aplicar las capacidades antifraude. La factibilidad depende del nivel de madurez. Afortunadamente, contamos con partners como Microsoft, AWS y GCP, lo que nos permite acompañar a clientes que recién comienzan en la adopción de la nube.

Cassidy: Claro, eso también responde a las barreras organizacionales o técnicas que podrían surgir.

Katherine: Exacto. Internamente, en NTT DATA trabajamos de forma colaborativa entre unidades como Foundation y Strategy, para evitar silos. A veces, del lado del cliente, áreas como tecnología y datos no están bien conectadas, y eso puede dificultar el avance. Nuestro rol también es fomentar esa sinergia entre áreas.

Cassidy: ¿Silos?

Katherine: Sí, que las áreas no se comuniquen bien entre sí. Por ejemplo, que infraestructura y datos estén completamente desconectados. Eso puede ser una barrera para implementar una solución completa. Es clave que las áreas tengan una comunicación fluida.

Cassidy: Perfecto, entiendo.

Katherine: Y en lo técnico, puede que la empresa no tenga la infraestructura adecuada. Si están en una etapa muy inicial, puede que necesiten habilitar primero una plataforma en la nube antes de aplicar automatizaciones o análisis avanzados.

Cassidy: Súper. Penúltima pregunta: ¿esta metodología puede generar ventajas competitivas sostenibles?

Katherine: Sí. En licitaciones abiertas, muchas consultoras presentan propuestas. Lo que nos diferencia es nuestra expertise. En NTT DATA tenemos líneas de conocimiento en tecnología, experiencia digital, arquitectura, ciberseguridad y más. Además, tenemos partners globales y equipos expertos en distintas industrias como banca, telco o minería. Esto nos permite abordar el problema no solo desde lo técnico, sino también desde el negocio. Nuestro valor agregado es pensar más allá del problema inmediato y proponer una solución sostenible y estratégica. Si no encontramos una solución local, recurrimos a equipos regionales o globales.

Cassidy: Entonces, no solo presentan una solución técnica, sino que habilitan capacidades alineadas con la visión de la empresa.

Katherine: Exacto. No llegamos solo a ejecutar. Vamos de la mano con el cliente, orientamos y ajustamos según lo que realmente necesitan, especialmente en la etapa de Advisory, que es fundamental para entender la situación.

Cassidy: Y la última: ¿las etapas de Advisory, preparación, adopción, gobernanza y optimización cubren todo el ciclo de implementación de capacidades antifraude?

Katherine: Sí, cubren el ciclo completo. Desde el análisis de procesos y evaluación, donde se planifican las iniciativas necesarias, hasta la preparación, que habilita las capacidades tecnológicas con ayuda de partners. Luego viene la adopción, donde se implementan esas capacidades y se gestiona el cambio organizacional. La gobernanza y optimización son esenciales para asegurar que las capacidades evolucionen y se mantenga su valor en el tiempo. Además, NTT DATA cuenta con aceleradores y productos ya desarrollados, por lo que no siempre se parte desde cero, lo que da aún más valor estratégico a esta metodología.

Cassidy: Súper, muchas gracias por tus respuestas, me van a servir muchísimo.

Katherine: Gracias a ti. Me alegra haber podido apoyar, traté de ser clara y precisa.

Cassidy: Se notó. Me va a servir mucho. ¡Gracias!

Katherine: ¡Qué bueno! Te deseo mucho éxito.