



Atenciones fantasmas por accidentes, otro fraude a la salud

IPS de papel hicieron millonarios recobros por tratamientos que nunca realizaron.

Centro Especializado de Traumatología Santa Cruz. Con ese pomposo nombre funcionaba una de las IPS de papel con las que tres personas intentaron apropiarse de más de 11.000 millones de pesos por concepto de cobros por atención médica a pacientes que supuestamente habían sufrido un accidente de tránsito.

La Fiscalía visitó el lugar en Cajicá (Cundinamarca) en el que supuestamente funcionaba la IPS, de propiedad de Carlos Mario Marín Gil, y encontró un lote baldío y un cultivo de flores.

Sin embargo, en registros oficiales se lee que allí fueron atendidos 31 pacientes víctimas de accidentes de tránsito, tratamientos por los que el Fosyga giró casi 109 millones de pesos.

Ese es uno de los escandalosos casos de fraude que judicializó un grupo especial de la Fiscalía y que ya puso ante los jueces a dos personas y tiene a varias más huyendo de la justicia.

De acuerdo con la investigación, Marín Gil, Enrique Eduardo Manotas y Jorge Hernando Zuluaga montaron entre el 2004 y el 2005 varias firmas que en realidad nunca funcionaron, y con ellas desplegaron “un accionar criminal para estafar al Estado”.

En total, fueron 37 IPS con las que hicieron 1.481 reclamaciones a la llamada cuenta Ecat, del Fosyga. Esos trámites sumaban pretensiones por 11.500 millones de pesos, de los cuales alcanzaron a recibir al menos 2.659 millones.

La cuenta Ecat es un seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito que depende de Fosyga y del Ministerio de Salud, que hacen giros a particulares y empresas (IPS) en casos, por ejemplo, de siniestros de tránsito por carros fantasmas o en los que el vehículo involucrado no tenía el seguro obligatorio (Soat). La cuenta cubre atención médica y auxilio funerario.

El año pasado se pagaron por concepto de esas reclamaciones 10.000 millones de pesos a particulares y otros 140.000 millones a empresas privadas.



La investigación de la Fiscalía se inició por una alerta del Ministerio de Salud tras evidenciar irregularidades en los documentos presentados para justificar los supuestos servicios médicos prestados.

Con esa denuncia, la Fiscalía empezó a hacer seguimiento a las IPS sospechosas que decían tener sedes con especialistas en traumatología, ortopedia y fracturas en Boyacá, Tolima, Cundinamarca, Meta, Antioquia, Caldas, Atlántico, Magdalena, Bolívar y Cesar. Luego de hacer vistas a las direcciones que aparecían en los documentos de creación de las empresas, los investigadores encontraron que en esos lugares no funcionaba un solo centro asistencial, y en su lugar hallaron lotes desocupados, canchas de fútbol y casas de familia.

Por ejemplo, en donde supuestamente funcionaba la Clínica de Fracturas de Puerto Lleras (Meta) solo había un lote con dos vacas y una pancarta en la que se ofrecían servicios de publicidad. Sin embargo, en ese lugar, según las reclamaciones, fueron atendidos 42 pacientes, por los que se intentaban cobrar 412 millones de pesos, de los cuales se alcanzaron a girar cerca de 10 millones.

En el expediente aparece que Manotas Goenaga manejaba 22 de esas instituciones fantasmas e hizo mil reclamaciones.

En cada una de esas solicitudes de pago había documentos falsos, entre ellos la cédula del paciente, el registro del accidente de tránsito y la historia clínica.

“Todas las IPS que creó y que nunca funcionaron para prestar servicios de salud fueron el medio para engañar al Fosyga con las reclamaciones fraudulentas”, se lee en su proceso.

Los investigadores encontraron que en los papeles de las IPS aparecía como representante legal Arvey Rojas Lamus, pero la huella del documento y la firma correspondían en realidad a Manotas Goenaga.

Esa misma modalidad fue usada por Jorge Hernando Zuluaga Sánchez, quien está prófugo y tenía tres IPS, en las que figuraba como representante legal Isaac Mauricio Sanabria, a quien también le falsearon su huella y firma.

A los investigados la Fiscalía les imputó los delitos de estafa agravada, uso de documento falso, falsedad en documento privado, fraude procesal y enriquecimiento ilícito, por los que podrían pagar penas de hasta 15 años de cárcel.



Voceros del Ministerio de Salud señalaron que se han extremado los controles a ese tipo de pagos y que desde 2011 se implementó que para hacer los pagos se hagan visitas a las IPS que los tramitan. Asimismo, se estableció un proceso para consultar en tiempo real bases de datos como la de la Registraduría y el Registro Único Nacional de Tránsito (RUNT), con lo que se obtiene una validación frente a la información contenida en las reclamaciones.

Las cuentas por servicios nunca prestados no son la única modalidad de robos con los accidentes de tránsito. Fasecolda, el gremio de las aseguradoras en Colombia, viene advirtiendo sobre las irregularidades con cobros del Soat (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito). “Personas que sufren accidentes caseros o laborales se presentan a las IPS como si fuera un accidente de tránsito. Utilizan pólizas falsas o adulteradas para la reclamación de indemnización”, denunció el gremio.

Minsalud pone lupa a cobros por desastres

Los controles implementados por el Ministerio de Salud al pago de recursos por accidentes y tragedias naturales también arrojan alertas.

En lo corrido de este año, señalaron fuentes del Ministerio, no se han pagado cerca de 2.000 reclamaciones a personas naturales o IPS que han radicado sus peticiones a la cuenta Ecat. En este momento avanza la revisión de los expedientes a marchas forzadas, para evitar demandas en los casos en los que no había irregularidad no obstante las apariencias.

Seguirán congeladas las consignaciones de al menos 80 casos que están bajo sospecha, esta vez relacionados con reclamaciones de afectados por supuestas tragedias naturales.

Así, hay decenas de procesos en los que las alcaldías y otras autoridades locales han reportado que para la fecha de las supuestas inundaciones o deslizamientos por los que se pide la indemnización no hubo en los municipios ningún tipo de emergencia.

Sin embargo, todos los reclamos tienen las respectivas certificaciones, que se investiga si son falsas.

Se indagan también decisiones de jueces que, vía tutela, habrían ordenado pagos tramposos. En muchos casos se trata también de fallos que nunca existieron, sino de falsificaciones de tales órdenes judiciales.



EL TIEMPO

Diario El Tiempo, 8 de Noviembre de 2015. Página 16.

**Sala de
Prensa**