



Usan a mujeres embarazadas para defraudar al sistema de salud

Afiliaciones irregulares le quitan 5 billones de pesos anuales al sistema.

“Mujeres en estado de embarazo que no estén inscritas a seguridad social, contactarse a este número para afiliación”. Con este mensaje Jaime Castillo Paca y Javier Hernando Rubio captaron en Ibagué a 9 mujeres de bajos recursos en los primeros meses de gestación para afiliarlas a SaludTotal.

Los hombres, que fueron capturados hace un par de semanas, tenían una empresa de afiliaciones a salud por medio de la cual se habrían embolsillado una cifra millonaria de licencias de maternidad que fueron cobradas a la EPS y recobradas al Fosyga.

Su negocio estaba en registrarlas como empleadas de una empresa ficticia devengando el salario mínimo, luego entre el cuarto y quinto mes de embarazo cambiaban la afiliación subiendo el salario a más de 4 millones de pesos. Así, aunque ellos asumían el incremento del valor de la afiliación invirtiendo por todos esos meses 3 millones de pesos, y le daban al final a la mujer 2 millones y un kit para el bebé, recuperaban la inversión, pues al final del embarazo recibían, en su supuesto papel de empleadores, los 16 millones de pesos correspondientes a los 4 meses de licencia de maternidad.

Las mujeres no eran partícipes del negocio ilegal, incluso la investigación empezó gracias a que una de ellas solicitó atención médica y le cobraron un copago de más de 20.000 pesos cuando esperaba que fuera de 2.000 porque la afiliación debía ser por el salario mínimo. Ella puso la queja ante la EPS que inició el rastreo de otros casos similares.

Este proceso, en el que intervino la Fiscalía y que terminó con los dos hombres judicializados, es uno de los pocos fraudes al sistema de salud que fueron a parar a la justicia. Tal y como señala Karen Pulido, asesora en asuntos legislativos de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), la mayoría de casos nunca terminan en decisiones judiciales porque son fraudes de sumas bajas y difíciles de identificar.

Los cálculos indican que los fraudes por afiliaciones irregulares le significan pérdidas cercanas a los 5 billones de pesos anuales al sistema de salud. Gran parte de ellos tienen relación con el Sisbén, que, según el Departamento de Planeación Nacional, tendría unas 350.000 personas coladas. Sin embargo, las afiliaciones irregulares o desde donde se cometen conductas corruptas contra el régimen contributivo también son comunes, “en menor escala pero muy diseminadas”, según Jaime Arias, director de Acemi.



El primer y único estudio de evasión del sistema de protección social en Colombia dijo en el 2013 que había una evasión y elusión del sistema de salud del 25 por ciento, por la inscripción de personas con capacidad de pago al régimen subsidiado, personas independientes con ganancias altas reportando ingresos mínimos y uso de excepciones de la ley, por ejemplo con reportes de número de empleados inferiores a los reales.

Gran parte de los fraudes, que son extremadamente frecuentes e invisibles, suceden desde las afiliaciones colectivas. En los postes de la luz en la calle, en redes sociales, en volantes o por medio de amigos, miles de colombianos están llegando a empresas que ofrecen afiliaciones a EPS para personas independientes o que no trabajan. En realidad no más de 20 compañías de ese tipo, que se conocen como agrupadoras, tienen permisos para prestar el servicio.

Ibagué y Girardot son dos de las ciudades con más denuncias por fraudes al sistema o estafas a usuarios por parte de agrupadoras. El martes pasado, en el foro 'Hacia una mayor transparencia en el sector salud', representantes del sector y de los órganos de control coincidieron en que a pesar de que no todas actúan de forma irregular, a través de las empresas agrupadoras se configuran muchas de las modalidades de fraude, que no solo desangran a la salud colombiana sino que atentan contra los usuarios. Una de las estrategias más comunes para estafar a los afiliados es que solo pagan unos días del mes, mientras a la persona le cobran lo correspondiente a la cotización total, normalmente con base en el salario mínimo.

O afilian a mujeres embarazadas y se quedan con la licencia de maternidad. Este es el caso de Berta Álvarez* una mujer que se afilió a una EPS a través de un señor que le recomendó una amiga. Durante más de un año pagó cuotas mensuales de 90.000 pesos, incluidos los nueve meses de su embarazo.

Cuando nació su bebé, el señor que la afilió le dijo que Sanitas se había negado a reconocerle el pago de la licencia de maternidad. Al reclamar directamente a la EPS, Bertha se enteró que el señor que la afilió pretendía quedarse con su dinero.

También afilian a las personas bajo la figura de empleados de empresas fantasma y que son beneficiarias de exenciones tributarias que les permiten cotizar por valores inferiores al 12,5 por ciento del salario para quedarse con la diferencia.

Una forma para identificarlas es que ofrecen afiliaciones por menos de los 92.000 pesos que hoy corresponde al valor de la cotización de una persona con salario mínimo.



Los usuarios también son responsables del desfalco al sistema. Aunque no hay estadísticas consolidadas, muchos fraudes son cometidos por los mismos pacientes que alteran incapacidades médicas o fórmulas de medicamentos para luego revenderlos y desconocen, además, que esas conductas tienen consecuencias penales.

Ya en un fallo judicial había sido condenada Gloria Cristina Muñoz a ocho meses de cárcel por haber alterado una incapacidad de su hijo, con la que logró que su empresa le diera unos días libres como calamidad doméstica. La empresa pidió a la EPS del menor confirmar si el niño había recibido atención médica y encontró que la fecha del documento había sido modificada, pues correspondía a una incapacidad de años atrás. En este caso en particular no le correspondía a la EPS pagar el salario de los días de calamidad, pero las alteraciones a las incapacidades propias sí significan una pérdida de recursos significativa del sistema. En el marco del estatuto anticorrupción quedó inscrito el delito de “omisión del control” que obliga a todas las instituciones de salud a reportar e iniciar investigaciones para atacar la corrupción, no obstante las decisiones judiciales por este tipo de delitos son escasas.

SaludTotal, por ejemplo, ha interpuesto desde el 2010, 881 denuncias penales, de las cuales el 21 por ciento han sido archivadas, el 66 por ciento se encuentran en etapa de indagación y el resto han sido falladas con solo 3 condenas.

* Nombre cambiado para proteger la identidad de la fuente.

Nueva investigación por grandes carteles

Irregularidades en cobros y recobros por más de 150.000 millones de pesos en cinco departamentos es uno de los datos más relevantes de un informe que presentará la Contraloría en los próximos días.

Edgardo Maya, el jefe del órgano de control, señaló que el mayor desangre de la salud en Colombia está en la falsedad de los procedimientos con pacientes y suministro de medicamentos. El ministro de Salud, Alejandro Gaviria, coincidió en afirmar que aunque hay grandes avances en la erradicación de la corrupción en la salud, la plata de la salud manejada por los entes territoriales es la que más se pierde.

Los carteles que se han venido destapando y que han develado el robo de millonarias sumas justificadas en tratamientos de enfermedades de alto costo les han quitado al Estado 55.000 millones de pesos; de esos, más de 49.000 terminaron en manos del ‘cartel de la hemofilia’. En Córdoba se cobraron más de 5.000 millones por pacientes con problemas psiquiátricos que no existían.