

Imprimir

Escandaloso el reciente anuncio del director de la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), Félix León Martínez sobre la presencia de IPS FANTASMAS en el sistema de salud. Al respecto fueron suspendidos los pagos a 52 clínicas y hospitales y la remisión de 10 de estas a la fiscalía general de la Nación por presunta facturación fraudulenta, lo que revela el alcance de las inconsistencias y la falta de control que tiene el sistema de salud colombiano. Este panorama pone en evidencia otro foco de irregularidades sistemáticas y subraya la necesidad urgente de la reformar para garantizar la transparencia y la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

En septiembre de 2024, la ADRES, tras auditorias realizadas, identifico que varias clínicas y hospitales no existían, eran otro tipo de negocio o no contaban con la infraestructura física necesaria para operar. de las 52 clínicas y hospitales (IPS) investigadas, 10 resultaron ser entidades ficticias, acumulando una facturación fraudulenta de 25.000 millones de pesos. Entre estas, figuran nombres como Mediclinic, Mi Ser IPS S.A.S., Previmed Clínic S.A.S., e IPS Biotech de Colombia S.A.S., cuyos casos ya fueron denunciados ante la Fiscalía.

Adicionalmente, otras nueve IPS presentaron serios problemas en su habilitación (como dirección inexistente o falta de documentación), lo cual, aunque subsanado parcialmente, las mantiene bajo auditoria y sujeto a glosas en sus reclamaciones

Un segundo hallazgo inquietante es el relacionado con la facturación de accidentes de tránsito. La Dirección de Información Análisis y Reacción Inmediata (DIARI) de la Contraloría hizo seguimiento a los accidentes en los que la IPS aseguraba que no existía un SOAT o en los que no se pudo identificar el vehículo implicado (cuando esto sucede la cuenta ECAT de la ADRES asegura la cobertura, reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos relacionados a estos accidentes). Durante seis meses los analistas de la DIARI evaluaron más de 2.3 millones de accidentes de los que se estima que el 13% fueron respaldados por el Estado, esto se traduce en 314.074 accidentes sin SOAT o con vehículo "fantasma".

"Con una robusta articulación tecnología de las bases de la ADRES, el Siras -Crue del

Ministerio de Salud, el RUNT del Ministerio de Transporte y las bases de la Registraduría Nacional, la dirección pudo identificar que el 44% de los giros se hicieron solo a 8 IPS que representan el 1% del total de los prestadores que hicieron cobros durante los seis meses de seguimiento.

Estos prestadores que concentran el 30% de las atenciones por accidentes de tránsito sin SOAT están ubicadas en los departamentos de Valle, Atlántico, Córdoba, Magdalena y Cesar y la suma de los recursos aprobados por la ADRES es de más de 239 mil millones de pesos".(1)

Se informan también irregularidades en el cobro: Entre enero de 2018 y mayo de 2021, se detectaron irregularidades significativas en el cobro de giros realizados por la ADRES a las IPS, sumando un total de medio billón de pesos. La DIARI identificó casos como el de un paciente en Cali que, según los registros, habría sufrido 10 accidentes de tránsito entre abril y diciembre de 2019, sin que ninguno de ellos fuera reportado al SOAT. Particularmente en diciembre de ese año, se reportó que este hombre habría tenido accidentes los días 11, 13, 14 y 20, presentando múltiples traumas y politraumatismos según las reclamaciones de las IPS.

De manera aún más alarmante, los registros indican que el mismo individuo habría sufrido ocho accidentes adicionales en 2020 y dos más en 2021, acumulando casi 20 incidentes vehiculares sin ninguna póliza de SOAT que respaldara la atención recibida. Por estos servicios, dos prestadores presentaron reclamaciones a la ADRES por un total de \$5.174.519, de los cuales la entidad aprobó y desembolsó \$3.027.324. Este caso expone no solo fallas graves en la supervisión, sino también posibles intentos de fraude sistemático. (1)

Este desbordado número sugiere que muchas de estas cuentas pueden corresponder a eventos no relacionados con accidentes de tránsito, sino a lesiones de diversa índole como violencia intrafamiliar, lesiones laborales que no son reportadas como tales, lesiones deportivas ocurridas en espacios públicos, autolesiones, que son clasificadas incorrectamente para acceder a coberturas que no corresponden

Se ha remitido a la fiscalía un grupo de personas naturales por presentar solicitudes de indemnización por muerte en accidente de tránsito, basada en documentos falsificados, incluyendo informes de la fiscalía y certificado de defunción fraudulentos. aunque los casos reportados son pocos, la lista está en aumento y parece ser gestionada por un mismo grupo de personas que tramitan de manera ilícita pagos por indemnización. Estos individuos están siendo rastreados y los controles sobre estos fraudes se están intensificando.

El problema se agrava con la participación de ambulancias que no cumplen requisitos mínimos de operación, como la falta de SOAT vigente o revisión técnico-mecánica, lo que añade otro nivel de anomalías al sistema.

Para abordar las irregularidades y el fraude asociado con las reclamaciones por accidentes de tránsito, la ADRES emitió la Resolución 0199844 de 28 de noviembre de 2024. Esta normatividad, fundamentada en el artículo 218 del Código de Procedimiento Penal, establece que toda reclamación relacionada con accidentes de tránsito debe incluir el informe judicial correspondiente o, en su defecto, una notificación inmediata a la autoridad policial más cercana. La medida tiene un doble propósito: por un lado, refuerza los controles, para disminuir la facturación fraudulenta que ha afectado significativamente los recursos del sistema de salud, y por otro, enfrentar el subregistro de lesiones graves en accidentes de tránsito, que actualmente distorsiona la percepción real de la problemática en el país.

Un aspecto crítico de esta situación es que, en muchos casos, las partes involucradas en accidentes de tránsito llegan a acuerdos informales en el lugar de los hechos, evitando la intervención de las autoridades competentes. Este comportamiento no solo impide el adecuado registro del incidente, sino que posteriormente se utiliza como base para presentar demandas por lesiones sin un soporte oficial que valide las circunstancias del caso.

El sistema de habilitación exige que cada sede de una IPS este debidamente registrada y cumpla con estándares de calidad definidos por la secretaria de salud y el ministerio de salud. sin embargo, la proliferación de “clínicas fantasmas” que operan sin cumplir estos requisitos, evidencian fallas graves en la supervisión y el cumplimiento normativo. De las 52

IPS investigadas, 33 aún están en proceso, y 29 no han respondido en más de tres meses, lo que sugiere que podrían no existir físicamente.

Los hallazgos de la ADRES son una muestra más de cómo el sistema de salud colombiano, diseñado bajo la Ley 100 de 1993, ha permitido el descontrol que perpetúa la impunidad, la persistencia de prácticas fraudulentas y el desvío de recursos públicos. Cada peso malversado representa servicios de salud que no se brindaron, medicamentos que no llegaron a los pacientes y vidas que pudieron haberse salvado.

Resulta inconcebible que sectores del país, incluyendo a la oposición, ciertos autoproclamados representantes de pacientes, algunos “pseudo-sindicatos” de trabajadores e incluso gremios médicos, sociedades científicas y sectores de la academia que deberían ser los primeros en comprender el verdadero significado del derecho a la salud, persisten en su rechazo a una reforma estructural del sistema de salud.

En lugar de exigir al unísono una auditoría forense que destape las raíces de la corrupción, prefieren perpetuar un modelo colapsado. Esta actitud resulta inadmisibles frente a la interminable cadena de escándalos, fraudes y deudas documentadas, que no solo vulneran la sostenibilidad del sistema, sino que también niegan el acceso a una atención digna y eficiente a millones de colombianos. La urgencia de una transformación profunda ya no admite postergaciones.

La situación demanda el fortalecimiento inmediato de las auditorías y una supervisión estricta que garantice la correcta habilitación y operación de los prestadores de salud. Además, es imprescindible implementar un sistema único de información interoperable que permita detectar inconsistencias en tiempo real, robustecer la inspección, vigilancia y control con sanciones ejemplares para los responsables del fraude, tanto individuales como institucionales, y establecer mecanismos de transparencia que aseguren que los recursos lleguen a quienes realmente los necesitan.

El sistema de salud no puede seguir siendo un espacio donde las mentiras, el oportunismo y

la corrupción encuentren terreno fértil. La transparencia y la eficiencia no solo son requisitos éticos, sino elementos indispensables para garantizar que los recursos públicos cumplan su propósito: brindar salud y bienestar a todos los colombianos.

-
- <https://consultorsalud.com/accidentes-de-transito-sin-soat-cobros-irregulares/>
 - <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/adres-reportara-a-fiscal%C3%ADa-10-casos-de-ips-que-no-pudieron-demostrar-su-existencia>
 - <https://www.youtube.com/watch?v=jAtWPxt56Bs>

Ana Maria Soleibe Mejía, Presidenta Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: Red + Noticias