

ANÁLISIS FORENSE DE DOS DE LOS FRAUDES MÁS REPRESENTATIVOS DEL
SECTOR SALUD: EL CARTEL DE LA HEMOFILIA Y EL DESFALCO A TRAVÉS DE LOS
RECOBROS



DEISY LILIANA FRAGOZO SARMIENTO

CÓDIGO: 2501093

DAVID MENDOZA BELTRÁN

ASESOR DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN CONTROL INTERNO
BOGOTÁ, COLOMBIA
2019

RESUMEN

Se reconoce a la auditoría forense como un conjunto de técnicas que al ser ejecutadas por profesionales competentes favorecen la prevención e identificación del fraude, a través de la recolección y protección de evidencias que se constituyen como pruebas dentro de un proceso penal y, que al ser aplicadas con el debido cuidado profesional sirven de insumo para que los tribunales puedan impartir justicia y para que la impunidad en los casos de corrupción deje de ser el `pan´ diario en las conversaciones sostenidas por los ciudadanos de este país.

Duele ver el deterioro de la imagen de Colombia por la falta de transparencia de unos cuantos que roban a diestra y siniestra con total dolo y sin un mínimo de conciencia. Los esfuerzos de los organismos de vigilancia y control son insuficientes ante la diversificación de la corrupción en el país. Es innegable la necesidad de auditores forenses que cumplan con los requisitos de integridad, responsabilidad, ética, diligencia y competencia profesional, capaces de romper paradigmas para destruir de manera definitiva los círculos viciosos que en la práctica administrativa evidencian las debilidades del sistema y la astucia de los delincuentes.

Las irregularidades descritas en esta investigación confirman el débil control fiscal en las entidades que manejan los recursos de la salud. Es acertado preguntarse por qué los defraudadores gozan hoy de su libertad aunque existen pruebas de los delitos denunciados; y por qué las acciones emprendidas por los entes de vigilancia han sido poco efectivas.

Por lo anterior, impera la necesidad de aprender de las experiencias para cerrar las brechas a los ladrones de `cuello blanco´ que bien han sabido aprovechar las ausencias de control en las entidades que hacen parte del sistema de salud; indudablemente, es nuestra responsabilidad rastrear los hechos delictivos para que la prevención sea la prioridad en todos los niveles productivos de nuestro país.

Palabras clave: Control, auditoría forense, sistema de salud, recobros, hemofilia, técnica probatoria, fraude, corrupción, evidencia, investigación.

ABSTRACT

Forensic auditing is recognized as a set of techniques that, when executed by competent professionals, favor the prevention and identification of fraud. Information is collected and protected as evidence in a criminal proceeding. This evidence, when treated with due professional care, can be used for the court of law to provide justice in cases of corruption that are the daily bread in the conversations in this country.

It is painful to witness the deterioration of the image of Colombia due to the lack of transparency in processes and by a few who steal right and left, with total intent and without any feeling of guilt. The efforts of Surveillance and Control Agencies are insufficient to fight against the diversification of corruption in the country. There is an undeniable need for forensic auditors who meet the requirements of integrity, responsibility, ethics, diligence and professional competence. These professionals will be able to break paradigms and definitely destroy the vicious circles in administrative practice, the weaknesses of the system and the astuteness of the delinquents.

The irregularities described in this investigation confirm the weak fiscal control in the entities that manage health resources. It is right to ask why fraudsters enjoy their freedom today, in despite of existing evidence of the crimes denounced; and why the actions undertaken by the surveillance entities have been ineffective.

Therefore, there is a need to learn from experiences and close the opportunities for white collar thieves who take advantage of the absence of control in the entities that are part of the health system. Undoubtedly, it is our responsibility to trace criminal acts so that their prevention is the priority in all the productive levels of our country.

Keywords: Control, forensic audit, health system, recoveries, hemophilia, evidentiary technique, fraud, corruption, evidence, research.

ANÁLISIS FORENSE DE DOS DE LOS FRAUDES MÁS REPRESENTATIVOS DEL SECTOR SALUD: EL CARTEL DE LA HEMOFILIA Y EL DESFALCO A TRAVÉS DE LOS RECOBROS

INTRODUCCIÓN

Con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 100 de 1993, la atención en salud en Colombia pasó de ser un servicio tal como lo contempla la Constitución Política en el artículo 49 a ser un derecho fundamental de los colombianos en el cual participa: el Estado (Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud -CRES- y la Superintendencia Nacional de Salud) como responsable de garantizar la coordinación, dirección, vigilancia y control en la prestación del servicio a los usuarios; las aseguradoras (EPS y ARL) designadas para manejar y optimizar los recursos que provee el Estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC- y los prestadores de servicios (IPS) tales como hospitales, clínicas y laboratorios, encargados de prestar los servicios encaminados a que los usuarios recuperen la salud y/o prevengan enfermedades.

Lo anterior converge en la necesidad de crear una sinergia entre los actores principales del sistema, para lograr a través del personal médico idóneo y una gestión administrativa eficaz en términos de habilitación de servicios, infraestructura, innovación y desarrollo tecnológico, el cumplimiento de los estándares de calidad e indicadores de gestión definidos para el sector.

La reforma en salud implementada en el país abarca la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales, la autonomía otorgada al ciudadano para elegir la entidad que le prestará los servicios de salud (Ley 100 de 1993) y la aparición de un sector subsidiado para asegurar la población más pobre; sin embargo, para cada ámbito existe un

esquema de relación, articulación, subordinación y participación en general pasiva e independiente que impide la integración eficiente y efectiva de los recursos físicos, humanos y financieros para lograr una atención óptima a los pacientes.

En el entorno forense son una realidad para el país los diversos fraudes que se han materializado por la ausencia de controles y la vulnerabilidad actual en la que se desarrolla el sistema. Se tienen varias entidades con funciones claras de gobierno y control; sin embargo, el entorno de corrupción y politiquería en el que se mueven los intereses personales de quienes deberían proteger los derechos de los ciudadanos ha minado los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los que fue cimentada la regulación a tal punto de desviar recursos, defraudar el erario público y poner en riesgo la integridad física y mental de miles de colombianos que necesitan de manera urgente un servicio específico de alto costo, un medicamento o un procedimiento, a fin de salvaguardar su vida o la de su familia.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define “salud” como un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo. Conviene subrayar que la violación del derecho a la salud, no solo afecta al paciente sino a su familia en general y las repercusiones de actuar en forma detectiva antes que la preventiva, ahonda las problemáticas sociales a las que el país se ha visto avocado en la última década por la falta de una vigilancia efectiva.

La corrupción permea todos los niveles de la estructura organizacional. La mafia del dinero fácil y el abuso de poder son la constante en el desempeño de las labores diarias en entidades públicas y privadas. La identificación de riesgos es nula y la implementación de controles es débil frente a las estrategias usadas por aquellos que aprovechándose de su conocimiento y posición eluden su responsabilidad fiscal frente a las grandes fugas de recursos detectadas por las autoridades.

La aplicación de la auditoría forense en las diferentes investigaciones, es primordial para aportar al sistema judicial evidencia suficiente y relevante que le permita a un juez de la república, condenar a aquellos que llevan sobre su conciencia la muerte y el sufrimiento de muchos colombianos que tienen o han puesto sus esperanzas en las falsas promesas de funcionarios que han faltado a la responsabilidad de garantizar el acceso a los servicios de salud ofrecidos para mejorar su calidad de vida y que sin ningún escrúpulo han desviado recursos o se han adueñado de ellos para su lucro personal.

Lo dicho hasta aquí supone la inoperancia de la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría, la Procuraduría y demás organismos de control para hacer una evaluación oportuna a los actores del sistema, de tal manera que se cierre el campo de acción de los delincuentes que hoy enfrentamos. Es evidente la ineffectividad de sus acciones por la impunidad que prevalece en el ambiente y la tolerancia al fraude a la que nos hemos acostumbrado los ciudadanos, convirtiéndonos en cómplices indirectos de los defraudadores.

Dos de los fraudes más representativos del sector salud que han salido a la luz pública en los últimos años son: el denominado cartel de la hemofilia y el desfalco a través de recobros indebidos al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). A continuación realizaremos el análisis forense de cada uno de estos casos, con el fin de establecer una clara descripción de los hechos, el modus operandi de los mismos, los riesgos materializados, los delitos incurridos y los controles vulnerados en cada uno de ellos; así como también, el triángulo de fraude y el perfil de los señalados como líderes activos de estas estafas.

Objetivo general:

Realizar el análisis forense de los fraudes al sector salud denominados como el cartel de la hemofilia y el desfaldo de los recursos a través de los recobros indebidos al Fosyga.

Objetivos específicos:

Establecer la cronología de los hechos, identificar los implicados, determinar el modus operandi, los riesgos materializados, los delitos incurridos y los controles vulnerados en cada uno de los casos investigados.

Plantear el triángulo de fraude y el perfil de los señalados como líderes.

Establecer las debilidades de control presentes en el sistema de salud, que le han facilitado a los delincuentes desangrar los recursos públicos de manera sistemática y continuada.

EL CARTEL DE LA HEMOFILIA

De acuerdo al boletín emitido por La Cuenta de Alto Costo (CAC) el 17 de abril de 2018, la hemofilia es una enfermedad hereditaria caracterizada por la deficiencia del factor VIII y IX de coagulación (tipo A y B respectivamente); está ligada al cromosoma X y, por ende, tiene mayor incidencia en los hombres y es poco frecuente en las mujeres. Se puede presentar en tres niveles de gravedad: leve, moderada y severa, de acuerdo al factor de coagulación en la sangre de quien la padece (ver figura 1).

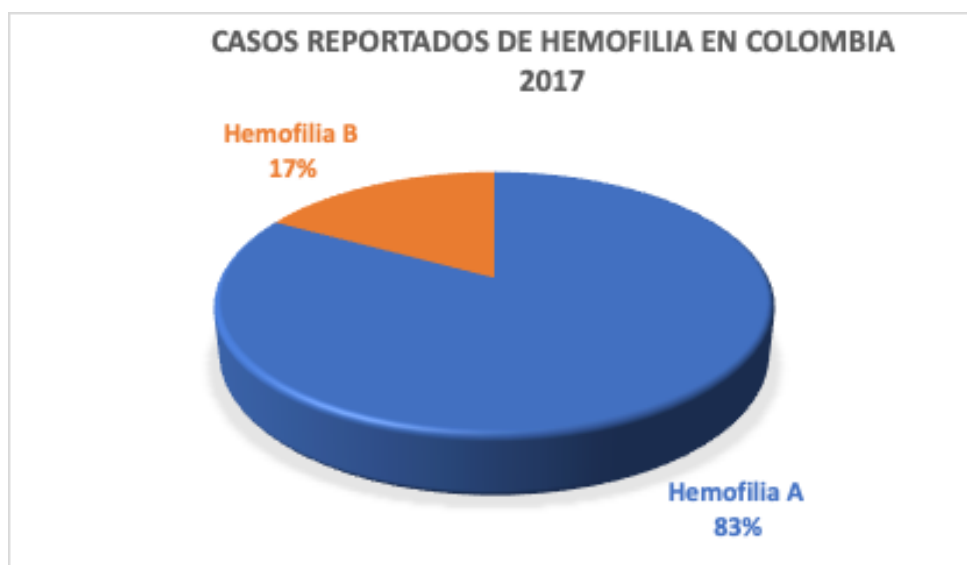


Figura 1. Casos de hemofilia reportados en Colombia 2017. **Fuente:** Cuenta de Alto Costo (CAC)

Teniendo en cuenta lo mencionado en el informe durante el 2017 se reportaron 2.170 casos representados en una distribución del 97% a hombres y el 3% a mujeres a lo largo del territorio nacional (ver figura 2).

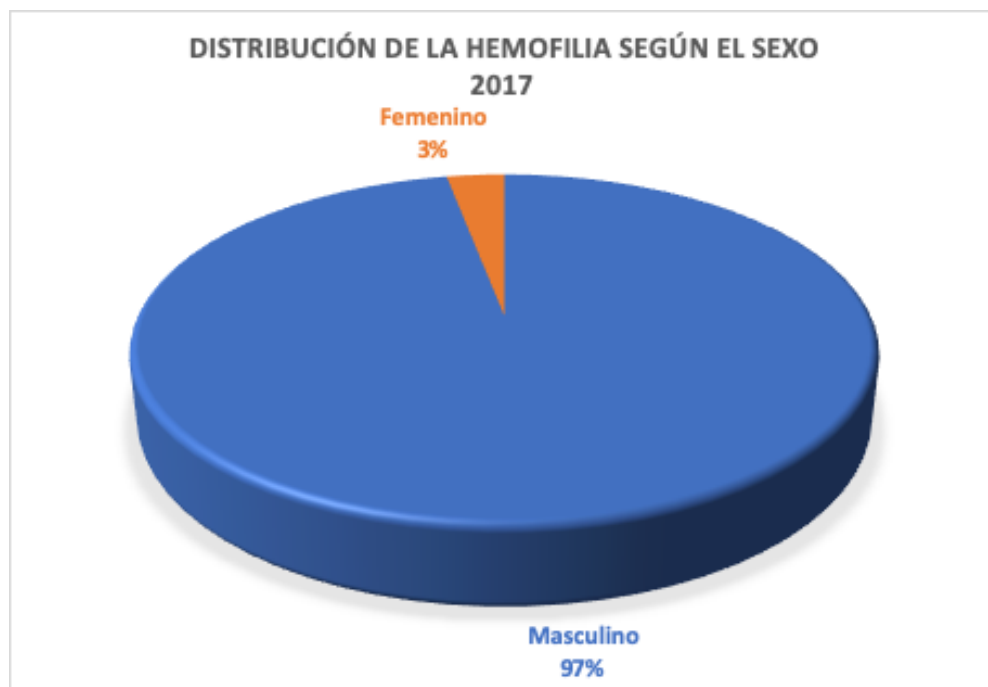


Figura 2. Distribución de hemofilia según el sexo. **Fuente:** Cuenta de Alto Costo (CAC)

En la distribución de la enfermedad según el régimen de aseguramiento, se observó que el 62% de los casos de hemofilia fueron reportados para el régimen contributivo (ver figura 3).

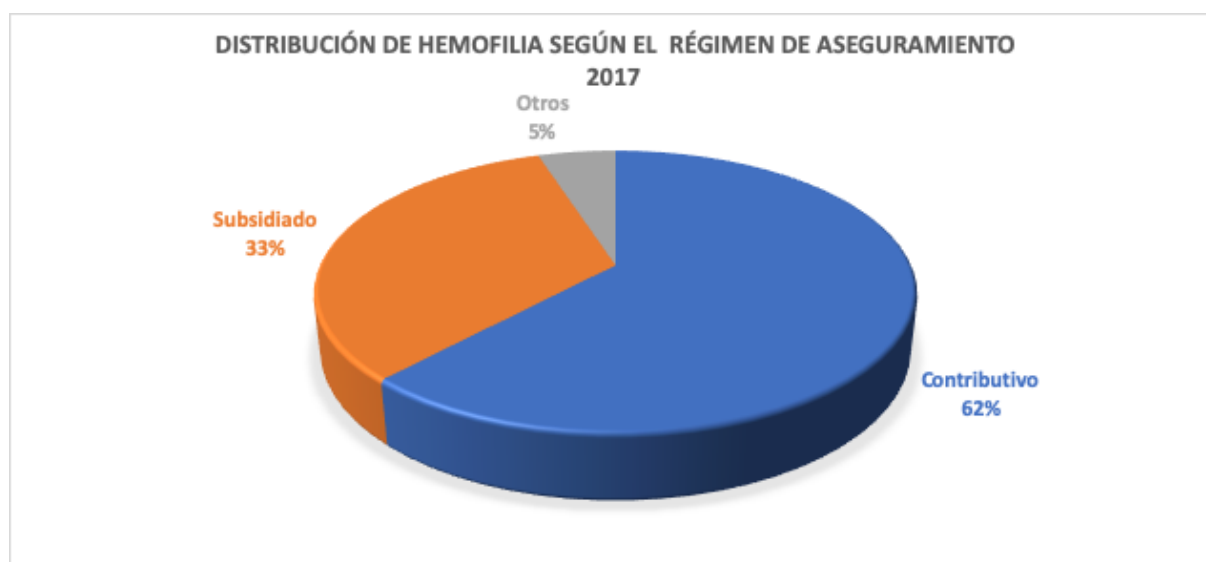


Figura 3. Casos de hemofilia según el régimen de Aseguramiento

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC)

Respecto a la ubicación geográfica, el mayor número de casos se concentra en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. El departamento de Córdoba, origen del fraude, se ubica en el lugar número 11 con 55 casos reportados para el 2017 (ver figura 4).

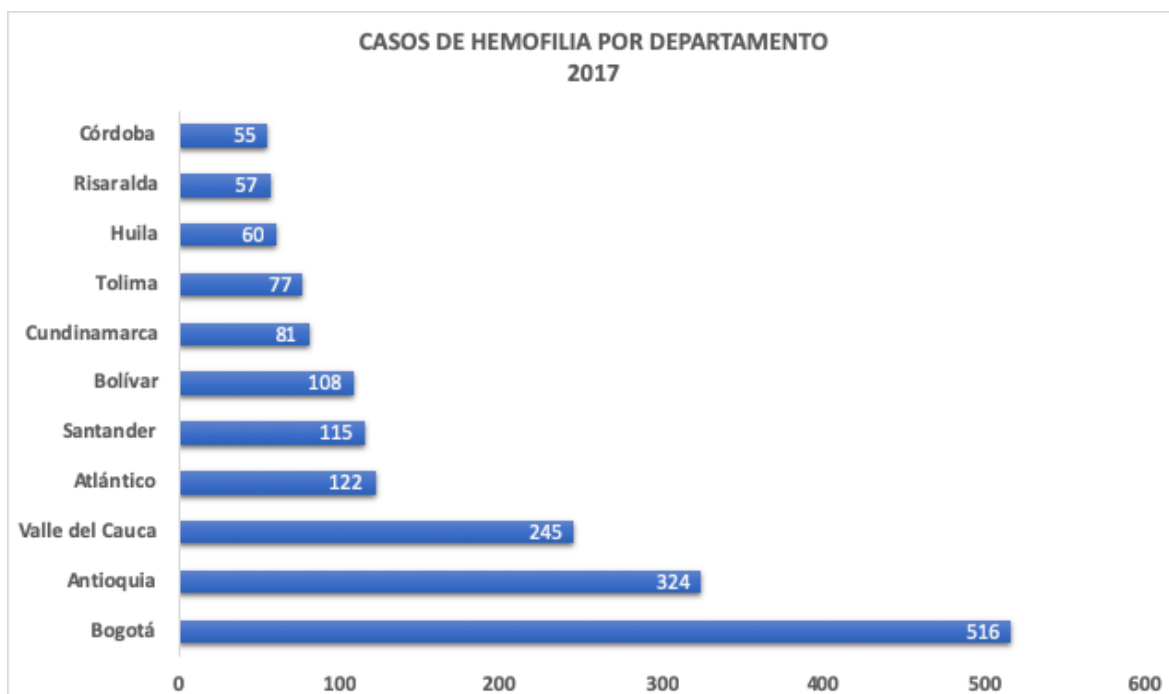


Figura 4. Casos de hemofilia por Departamento.

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC)

El presunto fraude al sistema de salud colombiano correspondiente a pagos de medicamentos NO POS suministrados a pacientes que supuestamente sufren de hemofilia en el departamento de Córdoba, se estima en \$46.337 millones de pesos. Los hechos objeto de investigación corresponden al periodo comprendido entre el 2013 y el 2017, así:

En el 2013, sin ninguna explicación científica, en Córdoba aparecieron 47 pacientes con hemofilia, enfermedad cuyo tratamiento por persona cuesta aproximadamente \$80 millones de pesos al año. De esos enfermos se tuvo conocimiento al detectar facturas por más de \$17.000 millones de pesos a la Gobernación de Córdoba por los medicamentos especializados suministrados a los supuestos pacientes por la IPS Unidos por su Bienestar creada ese mismo año.

En el 2014 la cantidad de pacientes aumentó a 81 y por ellos las IPS Unidos por su Bienestar y San José de la Sabana cobraron \$18.000 millones de pesos. Las IPS recetaron von willebrand con factor VIII, enzima con la que el medicamento no está incluido en el POS; de igual modo, a pesar de que la entrega del medicamento debía ser aprobada por el Comité Técnico Científico de la EPS en la que estaban afiliados los supuestos pacientes o vía tutela, nunca se cumplió con ese requisito y las facturas llegaron directamente a la Gobernación de Córdoba que les pagó las medicinas con la autorización del gobernador Alejandro Lyons Muskus sin verificar si realmente se prestó el servicio.

Entre el 2015 y el 2016 la cantidad de pacientes con hemofilia se incrementó a 90 en esa región de Colombia, estadística que preocupó al Ministerio de Salud al considerarse una enfermedad poco frecuente (la incidencia anual es de 1 entre 5.000 nacimientos en varones y la prevalencia en la población se estima en 1 entre 12.000). Se evidenció por parte de la Contraloría General de la República el pago de \$3.156 millones de pesos a la IPS Unidos por su Bienestar, cuyo representante legal era Guillermo José Pérez Ardila por servicios de salud prestados a 28 pacientes hemofílicos.

El 19 de abril de 2016 se recibió una denuncia formal por parte de una empleada anónima, quien detalló los hechos objeto de investigación.

El 23 de mayo de 2016 se comprobó un pago autorizado por Edwin Besaile por un valor de \$1.525 millones, mediante la resolución 008 del 16 de mayo de 2016 suscrita por el secretario departamental de salud de Córdoba José Jaime Pareja, y con base en la misma, se expidió la orden de Pago No. 3306 del mismo mes a favor de la IPS San José de la Sabana, reconociendo la prestación de los servicios de salud en el 2015 a 14 pacientes diagnosticados con hemofilia y/o enfermedad de von willebrand sin que existieran los soportes (actas de Comité Técnico

Científico o historias clínicas de la EPS tratante) que justificaran de manera alguna este pago; adicionalmente, no existe registro alguno de que padecieran la enfermedad. El giro de los recursos mencionados se evidenció a través del Certificado de Dispersión de Fondos expedido por el Banco de Bogotá bajo la cuenta de tesorería 'hemofilia 2016'.

El 10 de julio de 2016 el médico internista hematólogo Luis Alfredo Meza Nieves, quien presuntamente diagnosticó a los enfermos de hemofilia y von willebrand en las 2 IPS (Fundación IPS Unidos por su Bienestar e IPS San José de la Sabana SAS) afirmó frente a los investigadores que no realizó las historias clínicas de los supuestos pacientes, que los diagnósticos escritos a mano no correspondían a su letra y que la firma que se encuentra en los diagnósticos, conceptos médicos y órdenes de medicamentos no es la de él.

En agosto de 2017 Edwin Besaile denunció a Guillermo José Pérez, representante y socio de las IPS con las que se hacían los recobros ilícitos.

Se corroboró con las EPS el estado de afiliación de los pacientes diagnosticados con hemofilia para lo cual Nueva EPS, Salud Total EPS y la EPS Salud Vida, aseguraron que los pacientes no se encontraban registrados en sus bases de datos como hemofílicos o con otras enfermedades huérfanas y que no existía evidencia alguna de la autorización para la prestación de servicios médicos relacionados, asistencia a citas, órdenes de laboratorio o de medicamentos o para la atención clínica de dicha enfermedad.

Las pruebas recaudadas según los pronunciamientos oficiales conocidos por la opinión pública son:

- Facturas de las IPS con los respectivos soportes, pagadas durante la administración de Alejandro Lyons Muskus y Edwin Besaile Fayad.

- Documentos supuestamente tramitados: las actas de entrega de medicamentos por parte de las IPS, comprobantes de ingreso y salida de pacientes y exámenes de consulta externa a través de los cuales el médico hematólogo verificó la evolución de los pacientes; adicionalmente, las actas levantadas con los testimonios del médico y de uno de los pacientes y las respuestas de las EPS.

De las pesquisas realizadas se puede deducir que el presunto fraude se presentó por ausencias de controles administrativos tales como:

- Falta de seguimiento al aumento inusual de pacientes hemofílicos en la región por parte de los entes de control (Ministerio de Protección Social y Superintendencia Nacional de salud).
- La no aplicación de los procedimientos y la no verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos para proceder a la autorización de los pagos y de la prestación del servicio médico como tal.
- Pagos efectuados por la Gobernación de Córdoba desconociendo los procedimientos establecidos para el reconocimiento de servicios NO POS de afiliados al régimen subsidiado actuando sin implementar los controles necesarios para detectar deficiencias o inconsistencias en los cobros y, por lo tanto, sin garantizar la correcta inversión de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados en salud a la población pobre no asegurada.
- Pagos autorizados sin las actas de Comité Técnico Científico ni historias clínicas de la EPS tratante que justificaran el concepto facturado.

- Resultados de laboratorio falsos de 40 pacientes que no figuran en los registros y las pruebas realizadas presuntamente por un laboratorio clínico y de patología acreditado de la ciudad de Montería. El laboratorio confirmó el hallazgo.
- Inexistencia de una herramienta de control que permita validar la identidad del médico que ordena. Presunta suplantación de identidad del médico hematólogo firmante en conceptos médicos, órdenes de medicamentos e historias clínicas de los pacientes supuestamente enfermos. La firma del médico fue falsificada. El médico firmante no tiene ningún vínculo con la IPS San José de la Sabana SAS y nunca ha prestado sus servicios a esa entidad.
- Se detectó errores de pertinencia y dosificación de la medicación debido a que para las pacientes con enfermedad de von willebrand tratadas por hipermenorreas (sangrado vaginal abundante), el hematólogo solo indica una aplicación por día y no 2 veces como aparece en las historias.
- Inconsistencias relacionadas con el cumplimiento de los protocolos establecidos por la Federación Mundial de la Hemofilia respecto a las dosis de tratamientos hemofílicos que se habrían formulado.
- Falta de validación de los pacientes relacionados como hemofílicos por parte de los entes de control en colaboración con las EPS para corroborar su afiliación activa, antecedentes familiares, exámenes médicos y de laboratorio realizados y tratamientos autorizados.

El modus operandi utilizado fue el hacer pasar por hemofílicas a personas sanas, realizar falsos diagnósticos a pacientes inexistentes, falsificar documentos (historias clínicas, conceptos médicos y órdenes de medicamentos) y autorizar pagos de servicios sin justificación administrativa a IPS de papel con el propósito de que fuesen cancelados los servicios por la

supuesta atención brindada a los pacientes. Para lo anterior fue necesaria la ayuda de auditores médicos, secretarios de salud y particulares como dueños y/o socios de los entes prestadores de servicios de salud.

La operación criminal tal como lo determinó la Contraloría General de la República consistió en que posterior al cobro para dichos “medicamentos” el dinero fue redistribuido entre “pacientes” y varios funcionarios públicos del Gobierno Municipal de Córdoba.

En definitiva, aunque existe una cabeza visible con la responsabilidad fiscal por disponer y autorizar la fuga de recursos evidenciada por la Fiscalía y Contraloría no podemos desconocer que los entes de control son cómplices de este fraude. Las debilidades del sistema han hecho difíciles las investigaciones y las acciones emprendidas por los auditores forenses han sido infructuosas. Se observan indicios, evidencias de actos delictivos, algunos implicados y unos cuantos condenados; pero aún hoy, seguimos siendo espectadores de primera fila del desangre a la salud por la falta de oportunidad en la implementación de controles y la deficiente gestión basada en riesgos sobre la que está cimentada la operación de cada uno de los actores presentes en el Sistema de Seguridad Social.

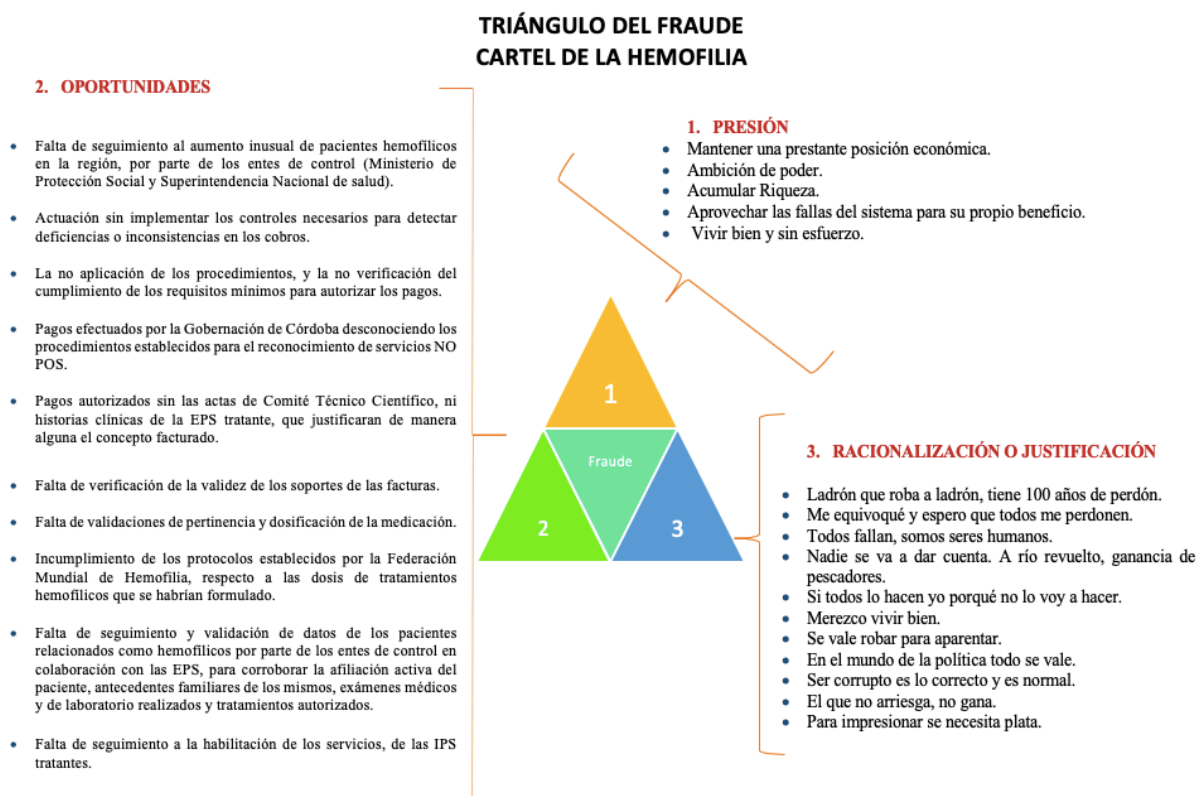


Figura 5. Triángulo de fraude del cartel de la hemofilia (autoría propia).

Delitos imputados a los implicados en el fraude:

- **Falsedad ideológica en documento público:** Incurrir en este delito el servidor público que, en ejercicio de sus funciones, al extender documento público que pueda servir de prueba, consigne una falsedad o calle total o parcialmente la verdad (Código Penal Colombiano, artículo 286).
- **Peculado por apropiación:** Se presenta cuando un servidor público se apropia en provecho suyo o de un tercero de bienes del Estado o de empresas o instituciones en que éste tenga parte o de bienes o fondos parafiscales, o de bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones (Código Penal Colombiano, artículo 397).

- **Prevaricato por acción:** Delito cometido por un servidor público que profiera resolución, dictamen o concepto manifiestamente contrario a la ley (Código Penal Colombiano, artículo 413).
- **Concierto para delinquir:** Es cuando varias personas se concierten con el fin de cometer delitos (Código Penal Colombiano, artículo 340).
- **Cohecho para dar y ofrecer:** El que dé u ofrezca dinero u otra utilidad a servidor público (Código Penal Colombiano, artículo 407).
- **Falsificación de documentos públicos y privados:** El que falsifique documento privado o público que pueda servir de prueba (Código Penal Colombiano, artículos 281 y 289).

Perfil del líder del “cartel de la hemofilia”: Alejandro Lyons Muskus

Nació en Sahagún Córdoba. Era desconocido en el mundo de la política cuando ganó la Gobernación de Córdoba en las elecciones regionales de 2011. Es abogado egresado de la Universidad Externado con especialización en Derecho Procesal Penal y estudios en Derechos Constitucionales y Contratación Estatal, ejerció como litigante en Bogotá.

Por su conducta podemos deducir que es una persona arrogante, mentirosa, materialista, facilista, codiciosa y amante del poder. Aparenta ser amable y honesto, pero en realidad es un estafador experimentado. Indolente con las necesidades de las personas más pobres y vulnerables. Egoísta y manipulador. Le gusta la buena vida, ganar dinero sin esfuerzo y ostentar la más alta posición social y para lograrlo, hace lo que sea. Es habilidoso en el uso de la palabra, conocedor de las debilidades de control en el sistema de salud. Su felicidad se basa en obtener cosas superficiales, como los lujos, los viajes, el dinero y no en lo verdaderamente importante, su familia.

Es una persona sin moralidades a la hora de tomar decisiones. Desde muy joven estuvo mal rodeado y con influencia directa de personas con espíritu criminal, así:

Llegó al poder de la mano de tres de los mayores caciques de la U en el país: los senadores cordobeses Bernardo ‘Ñoño’ Elías (detenido con fines de indagatoria por la Corte Suprema dentro del escándalo de Odebrecht), Musa Besaile, y la exsenadora Zulema Jattin, investigada por parapolítica.

En ejercicio de su profesión como abogado, defendió a personajes cuestionados por parapolítica como Salvador Arana (exgobernador de Sucre), condenado a 40 años de prisión por ser el autor intelectual del asesinato del exalcalde de El Roble (Sucre), Tito Díaz.

Para las regionales de 2011 tuvo el respaldo del excongresista Miguel de La Espriella, condenado por parapolítica y vinculado en las conversaciones de Ralito como puente entre las Autodefensas y el Gobierno de Álvaro Uribe Vélez.

Experto en fraude. Durante sus años de gobierno (2012-2015) se hizo conocido en el país por estar vinculado a varios escándalos. Uno de ellos fue la muerte en 2014 de su secretario de regalías, Jairo Zapa, cuyo cuerpo fue encontrado enterrado en un lote vecino a una finca de su padre.

En agosto de 2014 entregó la concesión del chance en Córdoba hasta el 2019 por un valor de \$26.000 millones de pesos a Apuestas de Córdoba, una empresa de la que al menos hasta ese momento hacía parte con asiento en su junta directiva Pedro Ghisays, señalado por la Fiscalía como presunto testaferro de Salvatore Mancuso.

Es el presunto responsable del desvío de por lo menos \$60.000 millones de pesos en recursos de regalías del Fondo de Innovación Ciencia y Tecnología y de haber orquestado desde

su administración un cartel que giraba millonarios recursos públicos a IPS controladas por aliados políticos suyos para atender a pacientes hemofílicos que no existían.

La Gerencia Departamental Colegiada de la Contraloría en Córdoba le abrió otros tres procesos: el primero por una cuantía de \$3.626 millones abierto el 14 de junio de 2017 por el pago de supuestos servicios de salud prestados por diferentes IPS bajo la modalidad de ‘Terapias basadas en Neurodesarrollo’ con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) en su componente de salud y los otros dos por \$1.345 y \$86 millones de pesos por el cartel del síndrome de down por el pago de terapias médicas que no se habrían realizado.

Además, dio luz verde para que supuestamente se invirtieran \$4.050 millones en una obra llamada Corredor Agroecológico. El dinero se esfumó y él permitió que esos recursos se gastaran sin soportes. El corredor, se presumía, iba a mejorar la productividad de los carneros de la región. Se iban a comprar 13.000 animales a 500 campesinos, pero solo se compraron 3.000 y no se sabe aún dónde fue a parar el resto de los recursos financieros.

Oportunista, con inteligencia para delinquir y evadir a la justicia: Tiene pendiente la imputación de cargos por 20 hechos delictivos; seis cargos de interés indebido en la celebración de contratos, seis delitos de celebración de contrato sin cumplimiento de requisitos legales, cinco peculados por apropiación, un cargo por falsedad en documento público, uno por falsedad en documento privado y uno por concierto para delinquir. Esta audiencia no se ha llevado a cabo porque se encuentra en Miami (Estados Unidos) desde donde colaboró con la DEA para la captura del fiscal anticorrupción colombiano Gustavo Moreno. Gracias a esa colaboración hoy se encuentra en conversaciones con la justicia para que le sea otorgado un principio de oportunidad en los procesos en su contra a cambio de contar su participación, y la de otros reconocidos políticos, en los entramados de corrupción de Córdoba.

DESFALCO A TRAVÉS DE LOS RECOBROS

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) es una entidad que hace parte del Ministerio de Salud y Protección Social creada con el fin de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), bajo los principios de eficiencia, transparencia y calidad.

Sus esfuerzos se enfocan en lograr calidad y oportunidad en los procesos de reconocimiento del aseguramiento, prestaciones excepcionales y de financiamiento a instituciones del sector salud; optimizar los procesos de recaudo, administración y pago de los recursos que se canalizan a través de la Entidad; proteger, gestionar y defender los recursos del Sistema General de Seguridad Social y desarrollar e implementar herramientas de tecnología y financieras para el manejo y control de los mismos.

Los cobros son solicitudes de reembolso presentadas ante el Fosyga por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado (EPS, EPS-S) o por las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) tendientes a obtener el reconocimiento y pago de los servicios médicos y/o los medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a los afiliados y/o beneficiarios de dichas entidades, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. Estos deben presentarse cumpliendo los requisitos definidos en la Resolución 5395 de 2013.

Entre el 2017 y el 2018 se evidenció un incremento del 3% en el pago de recobros por servicios médicos, tratamientos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios a cargo de las EPS en un 3%, pasando de \$3,03 billones en 2017 a \$3,13 billones en 2018.

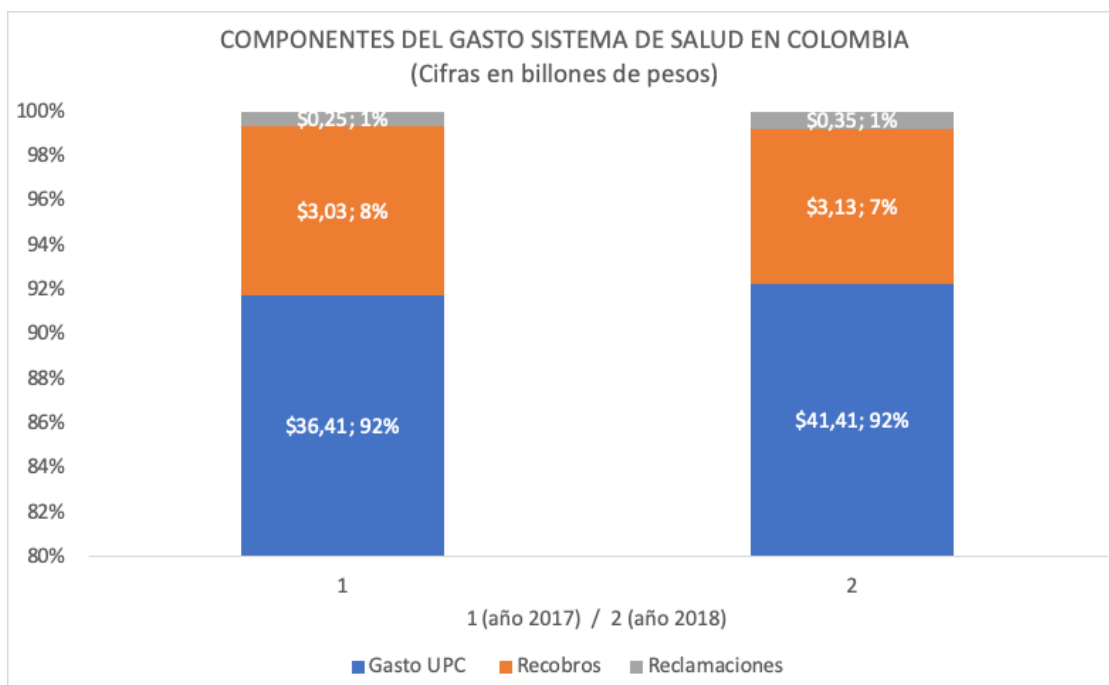


Figura 6. Componentes del gasto sistema de salud 2017 – 2018 **Fuente:** Adres

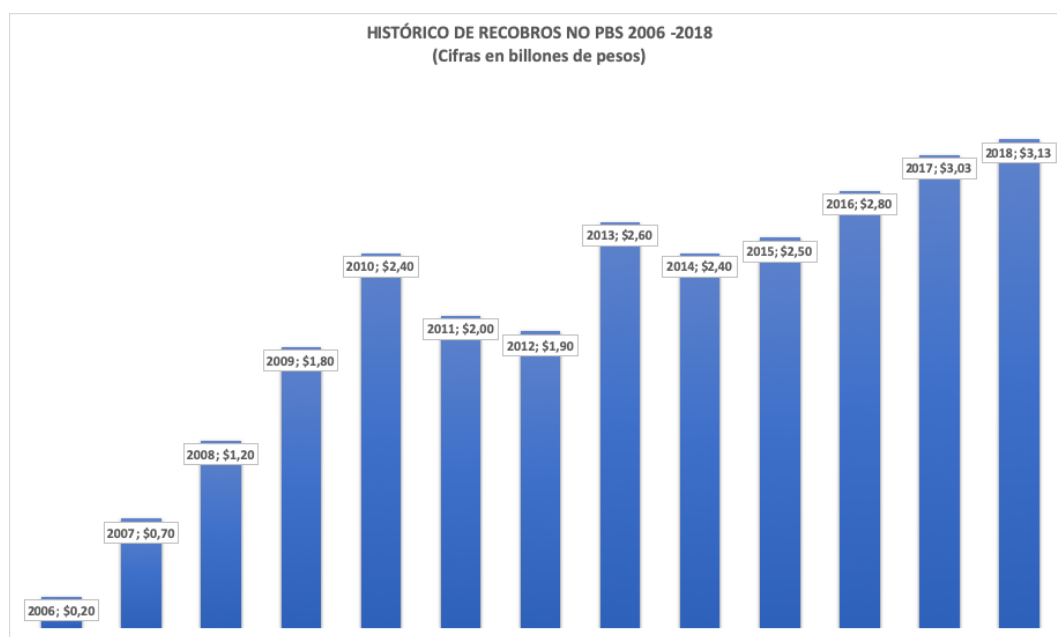


Figura 7. Histórico de Recobros NO PBS 2006 – 2018

Fuente: Adres

Los recobros se han convertido en un verdadero reto para el Gobierno. Mantener la sostenibilidad financiera del sistema de salud es cada vez más difícil. Según Adres, las solicitudes han aumentado de manera progresiva en un 1.565% entre 2006 y 2018 por concepto de medicamentos de alto costo, nuevos procedimientos y el incremento de los costos asociados a los tratamientos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Se han implementado mecanismos de control como la regulación de los precios de los medicamentos y la actualización del Plan de Beneficios; sin embargo, los resultados no cumplen las expectativas y se han tornado ineficaces.

En este fraude participaron todos los actores del sistema. Aún no se tiene una cifra exacta, pero se estima que puede llegar a ser hasta de \$4 billones de pesos por recobros radicados de manera irregular por las IPS y EPS al Fosyga en el periodo comprendido entre el 2008 y el 2016.

Los hechos objeto de investigación son:

- Según el Ministerio de Salud entre los años 2008 y 2010 se evidenció el pago de comisiones a funcionarios de dicha entidad y del Fosyga para autorizar recobros que previamente habían sido glosados por el administrador fiduciario del fondo.
- Entre el 2010 y 2011 La Superintendencia Nacional de Salud observó un crecimiento alarmante y desproporcionado de los recobros del 251% representado en un incremento de 68.760 a 241.766 millones de recobros irregulares de medicamentos incluidos en el POS presentados por las EPS e IPS en el ejercicio de su labor.
- En marzo del 2010 la Superintendencia Nacional de Salud remitió a la Fiscalía General de la Nación unas comunicaciones del Fosyga sobre posibles falsificaciones en los documentos soporte de los recobros por parte de las EPS (facturas y actas de Comités Técnico Científicos con información alterada y/o enmendada).

- Entre el 2013 y el 2016 se establecieron recobros por \$3.000 millones de pesos radicados al Fosyga por accidentes de tránsito inexistentes. Se presentaron reclamaciones soportadas con historias clínicas, autorizaciones y facturas de tratamientos quirúrgicos que correspondían a pacientes víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos fantasma que nunca ocurrieron. Se crearon varias IPS de papel para perpetrar el robo.

El modus operandi utilizado en este fraude consiste en la alianza criminal entre funcionarios del Ministerio de Protección Social, Fosyga, EPS e IPS para presentar y autorizar recobros sin cumplir los requisitos establecidos en la normatividad a través de cobros realizados por un mismo servicio usando varios pacientes con un mismo número de cédula, recobros por acciones de tutela de personas que nunca la solicitaron ni padecían la dolencia, por servicios prestados a pacientes mucho tiempo después de haber fallecido, recobros por insumos o medicamentos que nunca fueron entregados a los pacientes, incremento en el valor de los cobros por servicios médicos y/o medicamentos y facturas no pagadas a las IPS, recobradas al Fosyga.

Las ausencias de control evidenciadas fueron:

- Reconocimiento de recobros de servicios prestados sin el debido soporte de la tutela ni del Comité Técnico Científico.
- Recobros de servicios facturados sin las fechas de prestación de los mismos, sin firmas de los pacientes o con sellos alterados.
- Falta de confiabilidad de la información radicada ante el Fosyga: recobros sin fecha de radicación, con alteraciones, ilegibles o con tachones y enmendaduras.
- Falta de concordancia de las glosas parciales o totales aplicadas por la auditoría.

- Diferencias encontradas al comparar el régimen de aseguramiento descrito en el archivo digital y los soportes físicos correspondientes.
- Al realizar la verificación física de los documentos se observó tutelas con errores y/o datos falsos de los pacientes o su apoderado y/o sin firma del juez que ordena.
- Inconsistencia entre el valor recobrado por las EPS y el autorizado vía tutela (50%).
- Desconocimiento de las resoluciones y acuerdos que regulaban el cubrimiento del plan de beneficios del POS.

TRIÁNGULO DEL FRAUDE DESFALCO A TRAVÉS DE LOS RECOBROS

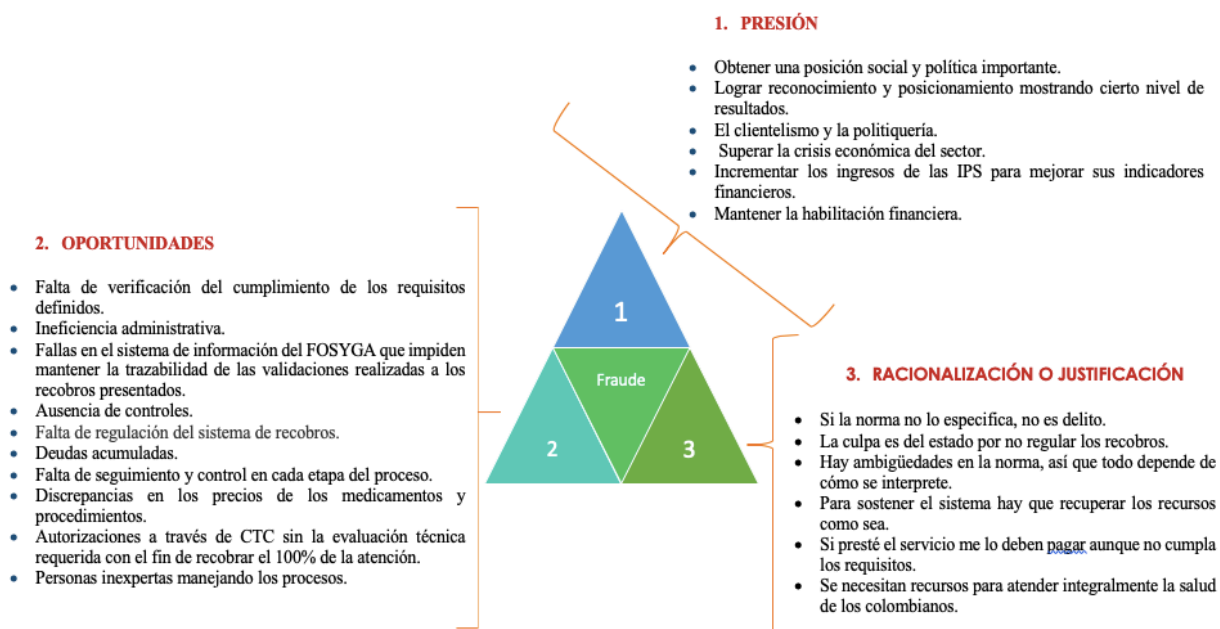


Figura 8. Triángulo de fraude del desfalco a través de los recobros (autoría propia).

Delitos imputados a los responsables del fraude:

- **Estafa agravada:** Obtener provecho ilícito para sí o para un tercero, con perjuicio ajeno, induciendo o manteniendo a otro en error por medio de artificios o engaños (Código Penal Colombiano, artículo 246).
- **Falsedad en documento privado:** Falsificación de un documento privado que pueda servir de prueba (Código Penal Colombiano, artículo 289).
- **Fraude Procesal:** Inducir en error a través de un medio fraudulento a un servidor público para obtener sentencia, resolución o acto administrativo contrario a la ley (Código Penal Colombiano, artículo 453).
- **Peculado por apropiación:** Se presenta cuando un servidor público se apropia en provecho suyo o de un tercero de bienes del Estado o de empresas o instituciones en que éste tenga parte o de bienes o fondos parafiscales, o de bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones (Código Penal Colombiano, artículo 397).

Perfil del líder del “Desfalco a través de los Recobros”

Es conocida por la opinión pública la medida de aseguramiento proferida en diciembre del 2012 a 5 importantes colaboradores de la Nueva EPS (el vicepresidente de salud, la gerente de recobros y cuentas médicas, la gerente operativa de salud y dos coordinadores de los Comités Técnico Científico y de Tutelas). Estas personas fueron señaladas de lograr beneficios de más de \$67.000 millones de pesos a través de recobros que se cambiaron de manera fraudulenta aprovechando para ello las tutelas que eran interpuestas por los usuarios.

Como resultado de las investigaciones adelantadas por la Contraloría General de la República se identificó la participación activa de las más importantes EPS del país, tales como: Aliansalud, Coomeva, Famisanar, Salud Total EPS, Sura, Saludcoop, Cruz Blanca, Cafesalud, Sanitas EPS y Comfenalco Antioquia, todas ellas condenadas en primera instancia a pagar aproximadamente \$1.000 millones de pesos por los recobros irregulares. Según la Contraloría durante la investigación, algunas de ellas pagaron parte del dinero adeudado.

En efecto también se encuentran implicados funcionarios del Ministerio de Protección Social y del Fosyga, todos ellos con funciones específicas dentro de la operación y con responsabilidad en la toma de decisiones frente a las autorizaciones emitidas a favor de terceros.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La validación de las pruebas recopiladas durante la investigación evidencia la materialización del riesgo de fraude al sistema de salud por pagos de servicios o medicamentos NO POS sin el cumplimiento de los requisitos administrativos correspondientes.

Se identificó una red criminal (colusión) con la presunta participación de funcionarios públicos y particulares en el caso del cartel de la hemofilia, conformada por funcionarios de la Gobernación de Córdoba, exsecretarios de salud, representantes legales de varias IPS, personal médico y pacientes. En el caso del desfalco a través de los recobros estructurada por funcionarios del Ministerio de Protección Social, del Fosyga y de las principales IPS y EPS del país.

Son causas de las acciones delictivas observadas, las debilidades de control y la falta de alineación de la información presentada por las EPS, el Ministerio de Salud, el Fosyga y de la Superintendencia Nacional de Salud respecto al cumplimiento normativo, la validación de los soportes, la confirmación de la prestación de los servicios, la habilitación de servicios de las IPS y del seguimiento a los pacientes de alto costo reportados.

La responsabilidad fiscal sobre los recobros irregulares constituye un daño patrimonial originado en la falta de prudencia y cuidado por parte de las EPS durante el trámite de los mismos ante el Fosyga.

El desconocimiento de las normas que regían el plan de beneficios del POS y la ambigüedad en la regulación fueron un insumo relevante en la materialización del fraude.

La judicialización y condena de los implicados no ha sido posible, teniendo en cuenta el tráfico de influencias, la corrupción de la justicia y el hecho que, por su profesión y antecedentes, los delincuentes de cuello blanco señalados como presuntos responsables no son considerados un

peligro para la sociedad y por ello, las medidas de aseguramiento penitenciarias solo han sido una ilusión.

Las debilidades de control presentes en los procesos del sector salud facilitan el trabajo de los criminales; y por ello, se requieren auditorías más fuertes y la implementación de controles más efectivos.

Se necesita con urgencia reestructurar el sistema para garantizar la liquidez y suficiencia financiera que generan los servicios no incluidos en el plan de beneficios y tomar medidas arriesgadas como la estandarización e integración tecnológica a nivel nacional que, en el largo plazo, optimizará los recursos económicos, de tiempo y humanos requeridos para ofrecer una atención integral y con responsabilidad a los colombianos.

Es indispensable realizar un censo a los pacientes de alto costo en conjunto con las EPS, para actualizar el sistema con información veraz y real y plantear la metodología de seguimiento relacionada con la atención integral, dispensación de los medicamentos y adherencia a los tratamientos ordenados.

Para reducir el impacto social, económico y político generado, es necesario diseñar, implementar y fortalecer los controles a todo nivel y plantear las acciones correctivas, preventivas y de mejora, para mitigar el riesgo ya materializado de fraude a nivel nacional.

Al mejorar la trazabilidad del proceso se facilitará la gestión de órdenes de captura a las personas implicadas y la respectiva imputación de cargos, aportando al sistema judicial pruebas contundentes, como resultado de la aplicación de técnicas de auditoría forense sólidas y bien fundamentadas.

El Estado deberá reestructurar el proceso y establecer mecanismos de control para prevenir los delitos identificados en este proceso al interior de las organizaciones y quizás deba

congelar los recursos del destinados al pago de medicamentos NO PBS mientras se encuentran en curso las investigaciones.

Las auditorías a lo largo y ancho del territorio nacional deben incrementarse para detectar irregularidades de este tipo en otros departamentos del país y de acuerdo a los resultados obtenidos exigir los planes de mejoramiento a los entes de control, IPS y EPS, tendientes a cerrar la brecha de oportunidad para el robo de recursos del Estado por este concepto.

Es urgente el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica para garantizar la adecuada administración del riesgo integrando la información a nivel país desde la admisión del paciente en los ámbitos ambulatorio y hospitalario hasta el final de su tratamiento; así como también, se requiere enlazar los procesos administrativos de cuentas médicas, compensación, cobros, entre otros, con el fin de tener datos en tiempo real con confiabilidad, integridad y seguridad de la información procesada en la ejecución de cada uno de ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adres. (2019). *Información general de la entidad*. Recuperado de <https://www.adres.gov.co/>.
- Congreso de La República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, 23 de diciembre de 1993.
- Contraloría General de la República. (2016-2019). *Boletines de Prensa*. Recuperado de <https://www.contraloria.gov.co/contraloria/sala-de-prensa/boletines-de-prensa>.
- Cuenta de Alto Costo (CAC). (2018). *Boletín de información técnica especializada volumen 4 número 7 Día Mundial de la Hemofilia*. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Boletin_17_Abril_Dia_mundial_de_la_hemofilia_2018.pdf.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2018). *Situación de la hemofilia en Colombia 2017*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/documento-tecnico-hemofilia-final.pdf>.
- Fonseca, A. (2019). *Auditoría forense aplicada a la administración de la salud*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Fonseca, A. (2015). *Auditoría forense aplicada al campo administrativo y financiero, medio ambiente, cultural, social, política y tecnología*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Legis Editores S.A. (2018). *Código penal colombiano*. Bogotá: Legis Editores S.A.
- Ministerio de Protección Social. *Información general de la entidad*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>.