

SUBASTA DE PACIENTES

El fraude a los seguros es algo tan sencillo, que los delincuentes dedicados a esta actividad han creado un nuevo tipo de delito: la subasta de pacientes. Los defraudadores obtienen por varias vías información sobre personas que cuentan con pólizas de salud o que tienen derecho a servicios médicos pagados por el Estado. La información de dichos pacientes luego es vendida a clínicas y hospitales, o a entidades que prestan servicios complementarios como fisioterapia, quienes a su vez facturan grandes sumas a las aseguradoras por servicios médicos nunca prestados.

En última instancia, el costo de dichos tratamientos terminamos pagándolo todos los colombianos, bien sea por un incremento en el costo de los seguros de salud, o por la vía de la creación de nuevos impuestos para

tratar de salvar al Sistema de Seguridad Social, esquilmando por prácticas como la descrita.

Muchos de los pacientes resultan de los casos de accidentes de tránsito (son ficticios o reales) y vendidos dos veces: la primera, para ser atendidos de inmediato por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y la segunda, a los proveedores de servicios adicionales, como el descrito de fisioterapia, ordenada por médicos de la clínica en donde son atendidos inicialmente. Incluso, con posterioridad pueden ser negociados de nuevo, para continuar con la reclamación por la cobertura de lesiones a terceros de las pólizas de autos.

Infortunadamente, en Colombia no existe suficiente severidad para castigar este tipo de conductas, por lo que las aseguradoras deberán ser

las encargadas de combatir este fenómeno, el cual puede alcanzar proporciones catastróficas, por su costo para el sector.

En ocasiones, los supuestos pacientes participan activamente en el fraude organizado. Pero, en otros casos, no tienen idea que sus nombres y datos de seguro están siendo utilizados para la comisión del fraude. Por ello, cuando se investigue especialmente lesiones sufridas en accidentes de tránsito, el ajustador o investigador deberá siempre interrogar al paciente, no a terceros, acerca del tratamiento médico recibido.

En especial, deberá preguntarse acerca de los siguientes aspectos:

1. Cómo llegó al centro asistencial?
2. Quién le recomendó dirigirse al mismo?
3. Detalles del tratamiento recibido, con descripción de cada cita.

Igualmente, la clínica o lugar de tratamiento complementario debe ser visitada, con el propósito de establecer si se trata de una clínica

o centro reales, con estructura y equipos para prestar los servicios por los que facturan. Así mismo, se revisarán los registros administrativos y contables para comprobar si corresponden a los entregados para el cobro a la aseguradora.

La experiencia adquirida por los grupos de defraudadores especializados en el trámite de reclamaciones falsas o exageradas por muertes en accidentes de tránsito, pero en especial la total impunidad con la que trabajan, hace prever que en el futuro muy cercano estaremos registrando el descubrimiento de este tipo de fraude contra el bolsillo de todos los asegurados y de los contribuyentes del país en general.