Cinco elementos claves para explicar **el fraude al SOAT**

Ángela Húzgame, directora de la Cámara de SOAT
Fasecolda

El seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) atraviesa una apremiante situación, principalmente por cuenta del fraude, y la confluencia de varios elementos que amenazan con agravar la condición del ramo a corto plazo; el sector asegurador está trabajando en varios frentes para tomar medidas que permitan solucionar esta problemática.

Cabe recordar que el SOAT es un sistema fundamental dentro del sistema general de salud de Colombia al proteger, sin excepción, a todas las personas susceptibles de ser víctimas de accidentes de tránsito en las vías del territorio nacional. En otras palabras, el SOAT es la fuente de financiación para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito en el país, en la medida en que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) recobran con cargo al SOAT o al Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga), según sea el caso, los servicios prestados a estas personas. Así mismo, con cargo a este seguro se atienden otras indemnizaciones, como el transporte de las víctimas a las IPS, los casos de incapacidad total o permanente, o el fallecimiento de ellas.

Es así como en 2015, cerca de 650.000 personas fueron atendidas con cargo a este seguro y las aseguradoras pagaron atenciones médicas e indemnizaciones por cerca de $1.2 billones de pesos, sin contar las atenciones que fueron cubiertas a través del Fosyga.

Si bien el SOAT ha demostrado ser un seguro eficiente para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, el marco normativo que lo regula tiene vacíos, algunos de ellos generados por las modificaciones que ha sufrido en los últimos años, que en conjunto generan fuertes incentivos para que algunas IPS abusen del sistema y del seguro. A lo anterior, se suma que las aseguradoras del SOAT no pueden llevar a cabo gestión del riesgo para el ramo, pues la expedición de

esta póliza se hace con tarifas reguladas, a cualquier vehículo, sin distinción alguna, sin análisis previo de su siniestralidad y sin la posibilidad de hacer algún tipo de mitigación del riesgo.

En este contexto, se destacan al menos cinco elementos fundamentales que facilitan el fraude al sistema y que contribuyen a explicar la difícil situación que atraviesa el SOAT:

a. **Inexistencia de reglamentación sobre auditorías.** Las compañías de seguros que operan el SOAT son el único pagador en el sistema de salud sin una reglamentación clara sobre las auditorías que puede realizar a las IPS. Este vacío normativo facilita que

➔ Cerca de 650.000 personas fueron atendidas con cargo a este seguro y las aseguradoras pagaron atenciones médicas e indemnizaciones por cerca de $1.2 billones de pesos.

➔ Las compañías de seguros que operan el SOAT son el único pagador en el sistema de salud sin una reglamentación clara sobre las auditorías que puede realizar a las IPS.

algunas IPS interesadas en realizar fraude al sistema impidan que se conozca información veraz y oportuna del origen del siniestro y de los procedimientos que se requirieron en la atención del paciente, por lo que logran cobrar con cargo al SOAT atenciones médicas por eventos distintos de accidentes de tránsito, o facturar sobrecostos injustificados o procedimientos no realizados, entre muchas otras prácticas irregulares. Ante esta situación, el sector asegurador presentó al Ministerio de Salud y Protección Social una propuesta de regulación de las auditorías concurrentes que se requieren, sin detrimento de la autonomía del médico tratante, que permitirán a las aseguradoras verificar aspectos básicos por los que les recobrarán con cargo al SOAT.

b. **Ausencia del reporte de atención de víctimas de accidentes de tránsito durante las primeras 24 horas.** Las IPS están obligadas, por el artículo 43 del Decreto 056 de 2015, a reportar el ingreso de una víctima de accidente de tránsito en las primeras 24 horas de atención médica. Sin embargo, esta norma no especifica el tipo de información que las IPS deben reportar ni el mecanismo por el cual deben hacerlo, lo que ha llevado a que el incumplimiento a este mandato sea del 99,5%. Una encuesta realizada por el gremio recientemente muestra que de apróximadamente 12.900 IPS que generaron cobros a las aseguradoras en 2015 por atenciones a víctimas de accidentes de tránsito, tan solo 71 realizaron el citado reporte, es decir, cerca del 0,5%.

Dado lo anterior, lo usual es que las aseguradoras se enteren de las atenciones médicas por las que deberán pagar únicamente al recibir la factura de cobro, lo que puede ocurrir meses o hasta dos años después de haber ingresado una víctima de accidente de tránsito a las instalaciones de una IPS. Sin duda alguna, esto imposibilita la realización de una auditoría eficaz y facilita todo tipo de fraude al sistema.

Para corregir esta situación, Fasecolda y el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentran trabajando en el diseño de una reglamentación que facilite la entrada en funcionamiento de un sistema centralizado, que permitirá a las IPS realizar el reporte correspondiente a las aseguradoras y al Fosyga, cuando corresponda; se espera que en el segundo semestre de 2016 finalmente se dé cumplimiento a la normativa sobre este tema.

c. **Imposibilidad de contar con una red de IPS para atender a las víctimas de accidentes de tránsito.** En otros ramos, como el de riesgos laborales, las aseguradoras pueden implementar acuerdos de servicio entre las instituciones de salud. Sin embargo, en el SOAT

esto no es posible, pues el seguro está diseñado para que las personas afectadas en un accidente de tránsito sean conducidas al centro médico más cercano para garantizar su vida. Sin embargo, en la práctica, esto último no siempre se cumple porque algunas empresas de ambulancias o conductores de las mismas reciben remuneración por parte de algunas IPS por llevar los pacientes a sus instalaciones, sin importar si son las más cercanas al lugar del accidente o no. Una alternativa de solución podría ser que el accidentado sea llevado al centro médico más cercano para estabilizarlo y de allí pueda ser conducido a la IPS de la red contratada para completar su recuperación. Esta medida cerraría el espacio de acción de aquellas IPS acostumbradas a agotar las coberturas del seguro, sin reparar en la adecuada atención del paciente. Este es un tema que requiere un análisis del Ministerio de Salud y Protección Social, para esclarecer la viabilidad de este mecanismo.

d. **Desactualización de los procedimientos médicos que se cobran al SOAT.** Los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, junto con sus tarifas, están compilados en el Decreto 2423 de 1996, que en últimas es el manual tarifario utilizado por las IPS como referencia para el cobro de los servicios prestados a los diferentes pagadores. Ese manual no se ha actualizado desde 1996, mientras que sus tarifas se actualizan año tras año mediante indexación con el salario mínimo y no con el IPC de salud.

Ahora bien, para el caso de las entidades promotoras de salud (EPS), como pagadores del sistema, por ejemplo, es común encontrar que las negociaciones sobre los recobros a ellas se hagan sobre un porcentaje de lo establecido en dicho manual; por su parte, el cobro al SOAT se hace con tarifa plena, pues en este seguro no existen negociaciones con los prestadores de servicios de salud.

Fasecolda y el Ministerio de Salud han firmado un convenio de cooperación que permitirá al gremio financiar un estudio que tiene como propósito actualizar los procedimientos médicos del manual tarifario, para que el Ministerio pueda actualizar las tarifas asociadas a los mismos. Se espera que los resultados del estudio estén disponibles al finalizar el 2016 y la actualización requerida sea una realidad en 2017.

e. **Las compañías de seguros son un pagador expedito.** De acuerdo con el Código de Comercio, las compañías de seguros cuentan con 30 días para pagar un siniestro, una vez han recibido la información completa y necesaria para ello; esto hace que el SOAT sea el financiador más eficiente del sistema de salud. Por su parte, las entidades promotoras de salud tienen convenios de pago con las IPS que se extienden a los 60, 120 o más días. La rapidez con la que se deben pagar las atenciones con cargo al SOAT es una condición que genera riesgo moral de abusar del seguro.

> El deterioro del ramo ha sido acelerado en los últimos tres años, hasta finalizar el 2015 con una pérdida neta de $160.000 millones.

La concurrencia de todos los elementos antes señalados y los mecanismos cada vez más sofisticados para defraudar al sistema han llevado al ramo del SOAT a una situación crítica e insostenible. De hecho, el deterioro del ramo ha sido acelerado en los últimos tres años, hasta finalizar el 2015 con una pérdida neta de $160.000 millones.

Es necesario que el Gobierno nacional adopte rápidamente medidas para fortalecer este ramo, y ojalá que todas las acciones y sus impactos lleguen pronto para dar sostenibilidad al SOAT y poder seguir protegiendo a todos los colombianos.