

EDP UNIVERSITY OF PUERTO RICO, INC.

RECINTO DE HATO REY

PROGRAMA DE MAESTRIA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Especialidad en Seguridad de Información e Investigación de Fraude

FRAUDE AL MEDICARE

ANALISIS DE CASO: USA Vs. DAYLIN CABRERA, RACIEL LEÓN Y ALEXANDER
LÓPEZ

Caso Número: 16-20476-CR-ZLOCH

REQUISITO PARA LA MAESTRIA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Especialidad en Seguridad de Información e Investigación de Fraude

DICIEMBRE, 2017

PREPARADO POR:
ALEJANDRO L. SANTIAGO SANTANA

Sirve la presente para certificar que el Proyecto de Investigación titulado:

Fraude al Medicare
ANALISIS DE CASO: USA Vs. DAYLIN CABRERA, RACIEL LEÓN Y
ALEXANDER LÓPEZ
Caso Número: 16-20476-CR-ZLOCH

Preparado por:
Alejandro L. Santiago Santana

Ha sido aceptado como requisito parcial para el grado de:
Maestría en Sistemas de Información:
Especialidad en Seguridad de Información e Investigación de Fraude

Diciembre, 2017

Aprobado por:



Dr. Miguel A. Drouyn Marrero, Director

Tabla de Contenido

1. Introducción y Trasfondo	1
Introducción	1
Descripción del Caso	2
Trasfondo	4
Descripción de los Hechos	5
Acusaciones, Cargos y Penalidades	8
Definición de Términos	12
2. Revisión de Literatura	15
Introducción	15
Fraudes Involucrados	15
Leyes Aplicables	23
Casos Relacionados	26
Herramientas de Investigación	28
3. Simulación	29
Proceso de Facturación	30
4. Informe del Caso	34
Resumen Ejecutivo	34
Objetivo	34
Alcance del Trabajo	35
Datos del Caso	35
Descripción de los Dispositivos Utilizados	35
Resumen de Hallazgos	36
Cadena de Custodia	36
Procedimiento	39
Conclusión del Reporte	47
5. Discusión del Caso	48
6. Auditoria y Prevención	49
Hallazgos Detallados	50
7. Conclusión	52
8. Referencias	54

1. Introducción y Trasfondo

Introducción

El fraude, al igual que otros delitos, viene ocurriendo desde hace muchos años y ha evolucionado junto con la tecnología que va apareciendo cada día. El área de la salud no está exenta a este tipo de delito. El fraude al Medicare, según el Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) (2015), ocurre cuando una persona o empresa engaña deliberadamente a Medicare. El engaño constituye el dar a la mentira apariencia de verdad. Este engaño lo hacen para recibir un pago de parte del programa por reclamaciones falsas. También existe lo que se conoce como abuso de Medicare. El CMS plantea que este ocurre cuando los proveedores de servicios pretenden recibir un pago de Medicare al que no tienen derecho, pero sin el conocimiento y la intención de engañar reciben el dinero del Medicare. El abuso también puede implicar la facturación de prácticas médicas cuestionables. Hay que destacar la diferencia entre el engaño y el abuso, la cual es la intención con la que ocurrió el evento ya sea deliberadamente o no. De todas formas, existe un planteamiento de que se malgastan miles de millones de dólares al año por estas prácticas realizadas por los proveedores. Algunos ejemplos específicos de fraude son:

- facturar servicios, suministros o equipo que no se proporcionó
- facturar por servicios distintos a los que se proporcionó para recibir un pago más alto
- facturar por servicios o suministros que no son medicamente necesarios
- facturar servicios y suministros médicos en exceso.

Existe un planteamiento, según la CMS (2015), de que Medicare pierde miles de millones de dólares en reclamaciones inadecuadas todos los años por parte de los proveedores de servicio. Esto resulta en una pérdida de dinero que pagan los

contribuyentes por ser un programa federal. Se parte de la premisa de que la mayoría de la gente y de las organizaciones que trabajan con Medicare son honestas, sin embargo, cualquiera pudiera dejar a un lado su ética y honestidad y cometer el fraude. Ante situaciones potencialmente de fraude, el CMS tiene que manejar el cuidadoso balance entre pagar las reclamaciones hechas a Medicare a tiempo vs revisar, prevenir y detectar fraude. Es importante que toda persona, entidad o empresa que sospeche sobre algún fraude o abuso que esté ocurriendo contra el Medicare lo notifique de inmediato con las autoridades pertinentes para que sea investigado y se evite que este tipo de evento ocurra más frecuente.

Esta investigación presenta un fraude multimillonario cometido contra el Medicare ocurrido en el estado de Florida. En la investigación, se estudiarán los hechos del caso en su totalidad, las acusaciones que enfrentan los acusados, los cargos presentados y las penalidades a las que se exponen. Además, se presentará una simulación bastante parecida al caso de cómo se cometieron los delitos, entre otras cosas.

Descripción del Caso

Número de caso: 16-20476-CR-ZLOCH

Partes del Caso: Estados Unidos de América vs. Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López Huergo

Los acusados son:

- Daylin Cabrera, residente de Miami y empleada de Sweet Life Staffing, Inc.
- Raciél León, residente de Miami, presidente y agente registrado de la compañía Supreme Billing & Consulting, compañía involucrada en este fraude.
- Alexander López, residente de Miami y vicepresidente de D&D&D Home Health Care, compañía involucrada en el fraude.

Las compañías relacionadas con:

- D&D&D Home Health Care, Inc. (D&D&D HH) compañía que brindaba servicios en el hogar a beneficiarios de Medicare, en la ciudad de Miami, desde febrero de 2006.
- Mercy Home Health Care, Inc. (Mercy HH) compañía que brindaba servicios en el hogar a beneficiarios de Medicare, en la ciudad de Miami, desde agosto de 2006
- Sweet Life Staffing, Inc. (Sweet Life) compañía incorporada en enero de 2013 que brindaba servicios de terapia física a beneficiarios de Medicare.
- Supreme Billing & Consulting, compañía incorporada en enero de 2015 y brindaba servicios en Miami.

Otros individuos relacionados al caso son:

- Jesús Pérez, residente de Miami, empleado de Sweet Life Staffing, Inc.
- Joel Álvarez, residente de Miami, empleado de Sweet Life Staffing, Inc.
- Sandra Jaramillo, residente de Miami, empleada de Sweet Life Staffing, Inc.
- Adolfo Larrea, residente de Miami, empleado de Sweet Life Staffing, Inc.
- Karla García, residente de Miami, empleada de Sweet Life Staffing, Inc.
- María Pupo, residente de Miami, empleada de Sweet Life Staffing, Inc.
- Yovani Suarez, residente de Miami, empleado de Sweet Life Staffing, Inc.
- Carlos Nerey, residente de Miami, empleado de Sweet Life Staffing, Inc.

Investigadores: Federal Bureau of Investigation (FBI), U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General's (HHS-OIG)

Fiscal: Wilfredo A. Ferrer, Fiscal del Distrito de Florida, USA.

Abogados: la Lcda. Lisa Miller y Lcda. Elizabeth Young

Juez: Honorable William J. Zloch, Juez de Distrito de Florida, USA.

Trasfondo

Según el pliego acusatorio del caso USA vs Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López (2016), el fraude al Medicare y la conspiración para defraudar al departamento de salud de los Estados Unidos fueron cometidos en la ciudad de Miami, Florida.

Los involucrados principales Raciél León, Dayling Cabrera y Alexander López, cometían el fraude haciendo reclamaciones electrónicas al Medicare por servicios que supuestamente eran prestados a los beneficiarios, pero que nunca se ofrecieron. En este caso no surgió una queja inicial de una persona externa a los auditores de Medicare. Medicare subcontrata a dos compañías externas: TriCenturion y SafeGuard Services, para que manejarán todos los datos de las compañías que hacen las reclamaciones al programa. TriCenturion y SafeGuard Services realizan auditorías periódicas para precisamente evitar cualquier abuso o fraude. Realizando una de estas auditorías es que surge una *red flag* con las dos compañías identificadas en el fraude. En estas auditorías se detectan ciertos pacientes con el mismo servicio prestado, iguales recetas médicas y las mismas notas de progreso en fechas muy seguidas facturadas por Mercy Home Health Care (Mercy HH) y D&D&D Home Health Care (D&D&D HH). En este momento es que las compañías TriCenturion y SafeGuard Services investigan más y emiten una denuncia a nivel federal, para que se hicieran las investigaciones pertinentes y las acciones legales necesarias para esclarecer la situación.

Descripción de los Hechos

Según el pliego acusatorio del caso USA vs. Daylin Cabrera, et al (2016), los hechos comenzaron en o alrededor de octubre de 2014 hasta aproximadamente mayo de 2016. Para esta fecha Raciél León y Alexander López comenzaron a sobornar a Daylin Cabrera, Jesús Pérez, Joel Álvarez y a otros conspiradores a cambio de proporcionar beneficiarios de Medicare y su documentación fraudulenta, incluyendo los récords médicos electrónicos, para que sirvieran como pacientes de Medicare en Mercy HH y D&D&D HH. Luego de esto, los acusados conspiraron para utilizar la documentación falsa y las supuestas recetas dirigidas a estos pacientes fantasmas para realizar reclamaciones electrónicas fraudulentas, con el objetivo de recibir el pago total por parte de Medicare por servicios de salud en el hogar que no fueron medicamento necesarios o no se brindaron. Como resultado, recibieron el pago por parte de la aseguradora, pero los acusados conspiraron para desviar estos beneficios para su uso personal y promover el fraude.

En otros hechos, entre octubre de 2014 y junio de 2015 la acusada Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López, pretendían enriquecerse con la compra y venta de récords médicos de pacientes en el hogar y otra documentación médica, con la presentación de reclamaciones falsas a Medicare electrónicamente y ocultar el envío de información adicional necesaria para evidenciar los servicios brindados.

Entre octubre de 2014 y mayo 2016 los acusados Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López internacionalmente conspiraron para estar de acuerdo con Sandra Jaramillo, Joel Álvarez, Jesús Pérez, Carlos Nerey, Karla García, María Pupo, Yovani Suárez, entre otros desconocidos del jurado para defraudar a los Estados Unidos al perjudicar, obstaculizar, obstruir y derrotar a través de medios engañosos y deshonestos las funciones gubernamentales legítimas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de

los Estados Unidos. Aquí Raciél León y Alexander López ofrecían y pagaban sobornos, en efectivo, a una persona para que solicitara mobiliarios y cualquier artículo y/o servicio para el cual el pago pudiera hacerse en su totalidad y en parte por un programa federal de atención médica. Por otro lado, pagaban y recibían sobornos a cambio de remitir a los beneficiarios de Medicare a Mercy HH y D&D&D HH para que sirvieran como pacientes y así estas compañías pudieran reclamar electrónicamente facturas fraudulentas a Medicare por servicios en el hogar no recibidos y terapias que no fueron brindadas a estos pacientes.

Raciél León y Alexander López pagaron sobornos a varios reclutadores de pacientes a cambio de referirlos a Mercy HH y D&D&D HH. Así mismo, Daylin Cabrera ofreció y pagó sobornos en Sweet Life, a cambio de referir personas a Mercy HH y D&D&D HH para que sirvieran como pacientes. En conjunto, Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López conspiraron con varias agencias de salud en el hogar incluyendo Mercy HH y D&D&D HH para reclamar electrónicamente a Medicare por los servicios de salud en el hogar presuntamente proporcionados a los beneficiarios de medicare reclutados.

En el proceso de la conspiración y para lograr sus objetivos y propósitos, al menos uno de los conspiradores cometió o ayudó a cometer en Florida al menos uno de estos actos, en violación al Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 371.

1. En enero 9 de 2015, Raciél León causó que un conspirador le llevara un cheque #6868 de parte de Mercy HH.
2. Alrededor de enero 30 de 2015, Daylin Cabrera endosó en la parte de atrás el cheque #1075, de parte de Mercy HH y firmado por Jesús Pérez.
3. En o alrededor de febrero 13 de 2015, Raciél León endosó el cheque #1117, de parte de Mercy HH.

4. En febrero 26 de 2015, Alexander López Huergo causó que Joel Álvarez firmara el cheque #13067, de D&D&D HH.
5. En o para febrero 26 de 2015, Daylin Cabrera endosó el cheque #13070, de D&D&D HH.
6. En o alrededor de mayo 27 de 2015, Alexander López Huergo cambió el cheque #13342, de D&D&D HH.
7. En o para junio 5 de 2015, Alexander López Huergo cambió el cheque #13368, de parte de D&D&D HH.
8. En o para junio 16 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$9,600 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que termina en 0963, para D&D&D HH.
9. En o alrededor de junio 17 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$23,100 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que finaliza en 5070, para D&D&D HH.
10. En o alrededor de junio 18 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$35,500 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que finaliza en 5070, para D&D&D HH.
11. En o alrededor de junio 22 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$19,600 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que finaliza en 5070, para D&D&D HH.
12. En o alrededor de junio 23 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$8,00 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que finaliza en 5070, para D&D&D HH.

13. En o alrededor de junio 25 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$9,600 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que finaliza en 5070, para D&D&D HH.
14. En o alrededor de junio 26 de 2015, Alexander López Huergo retiró \$20,000 en efectivo de la cuenta corporativa de D&D&D HH que finaliza en 5070, para D&D&D HH.

Acusaciones, Cargos y Penalidades

Las acusaciones presentadas contra los acusados son dos:

1. El pago de sobornos ilegales a personas que ayudaron con el fraude y los reclutadores de pacientes.
2. Someter reclamaciones falsas a Medicare, basadas en servicios que no eran medicamente necesarios y/o servicios que no se prestaron.

El Medicare pagó aproximadamente \$2.5 millones por concepto de estas reclamaciones falsas y fraudulentas. De otra parte, los cargos presentados en el caso USA vs Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López (2016) son los siguientes:

- Un cargo en contra de todos los acusados por conspirar para cometer “Health Care Fraud & Wire Fraud”, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1349.
- Dos cargos en contra de Daylin Cabrera por cometer “Health Care Fraud”, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1347.
- Un cargo contra los tres acusados por conspirar para defraudar a los Estados Unidos, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 371.

- Dos cargos contra Alexander López Huergo por el pago de sobornos en conexión con un programa de salud federal, bajo el Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7b(b)(2)(A).
- Un cargo por confiscación criminal contra los tres acusados, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 982.

En febrero 13 de 2017, el Honorable Juez Willam J. Zloch dictó las siguientes sentencias en contra de los acusados:

Daylin Cabrera

La acusada se encontró culpable por conspirar para cometer “Health Care Fraud & Wire Fraud”, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1349. La acusada deberá cumplir una probatoria de 5 años y ciertas restricciones de supervisión por este delito.

En cuanto a la penalidad monetaria, la sentenciada debe cumplir con la restitución total de \$2,366,746.00 por el delito cometido. En otras condiciones especiales de supervisión, la acusada proveerá un total acceso a su información financiera, incluyendo documentos de todos sus negocios y finanzas personales al oficial de probatoria. La acusada no podrá trabajar directa o indirectamente con ninguna empresa relacionada a la salud, ni ninguna compañía que someta reclamaciones a cualquier aseguradora ya sea privada o gubernamental. Será restringida de aplicar, solicitar o incurrir en futuras deudas, incluyendo préstamos, líneas de crédito o cargos de tarjetas de crédito, a nivel individual o a nivel de alguna entidad corporativa, sin antes tener la autorización del oficial de probatoria. Finalmente, la acusada deberá obtener una aprobación escrita de la corte, antes de tener un empleo propio y deberá cumplir con 350 horas de servicio comunitario, antes de que culmine su tiempo de probatoria.

Raciel León

A este acusado se le encontró culpable de lo siguiente: Conspiración para cometer “Health Care Fraud & Wire Fraud”, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1349; de conspirar para defraudar los Estados Unidos y de pagar y recibir sobornos, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 371. El sentenciado deberá cumplir 126 meses de cárcel y luego, tres años de libertad supervisada.

Por otra parte, el acusado deberá cumplir con unas condiciones especiales de libertad supervisada; entre estas están:

- el proveerá total acceso a su información financiera, incluyendo todos los documentos de cualquier negocio que opere y sus finanzas personales
- no podrá trabajar directa o indirectamente, ya sea como empleo propio o como empleado, en compañías de servicios de salud en el que se dedique a someter reclamaciones a compañías privadas o gubernamentales
- no podrá solicitar ni incurrir en cualquier deuda, incluyendo préstamos, líneas de crédito o tarjetas de crédito ya sea como persona o a través de entidades corporativas
- no podrá tener un empleo propio hasta que no tenga la aprobación de la corte.

En cuanto a las penalidades monetarias el acusado deberá restituir un total de \$2,500,000.00 por el fraude cometido.

Alexander López Huergo

A este acusado se le encontró culpable de conspirar para cometer “Health Care Fraud & Wire Fraud”, bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1349. El sentenciado deberá cumplir un año y un día en prisión por encontrarse culpable de este

delito. Luego, deberá cumplir tres años de libertad supervisada en los cuales no deberá cometer ningún crimen, se le prohíbe tener un arma de fuego o cualquier otro artefacto peligroso y no deberá poseer sustancias controladas.

También deberá cumplir con ciertas condiciones especiales tales como: proveer acceso total a su información financiera, incluyendo cualquier documento de los negocios en los que trabaje y sus finanzas personales, no poseer ni trabajar directa o indirectamente con el negocio de la salud o servicios de salud, el cual se dedique a someter reclamaciones a cualquier agencia privada o gubernamental, no solicitar o incurrir en deudas, incluyendo préstamos, líneas de crédito, tarjetas de crédito, ya sea como deudor principal o codeudor, individual o de entidad corporativa y no tendrá un empleo propio sin la aprobación de la corte. En cuanto a la penalidad monetaria, deberá restituir un total de \$1,161,422.00 por ser encontrado culpable por este delito.

Entre tanto los tres acusados deben cumplir con las siguientes restricciones de supervisión:

- No deberán abandonar el distrito judicial sin permiso del oficial de probatoria.
- Presentarán a su oficial de probatoria un reporte del departamento de policía todos los 15 de cada mes.
- Mantendrán a todos sus dependientes y sus responsabilidades de familia.
- Notificarán al oficial de probatoria con al menos diez días de anticipación cualquier cambio en residencia o empleo.
- Trabajar en una ocupación legal en horario regular.
- No harán uso excesivo de alcohol y no comprarán, usarán o poseerán ninguna sustancia controlada.

- No deberán asociarse con ninguna persona que esté ligada a alguna actividad criminal ni que sea convicta por alguna felonía.
- Permitirán al oficial de probatoria visitar su hogar en cualquier momento cuando este lo desee.

Definición de Términos

Programa de Medicare – este es un programa de salud financiado por el gobierno federal de los Estados Unidos que proporciona beneficios de atención médica gratuito o por debajo del costo para ciertas personas, principalmente ancianos, ciegos y discapacitados. Los beneficios disponibles bajo Medicare se rigen por los estatutos federales y sus regulaciones. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), a través de su agencia, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), supervisan y administran el seguro médico del estado. El Medicare se divide en: Parte A, Parte B y Parte D.

La Parte A de Medicare - paga el 100% de los cargos de los participantes que reciben servicios en el hogar, solo si estos pacientes cualifican para estos servicios. Para cualificar para los servicios en el hogar el paciente debe:

- a. Si es confinado en el hogar
- b. Si está bajo el cuidado de un doctor que especifica y determina que necesita un servicio de salud en hogar y establece un plan de cuidado
- c. Y si un doctor determina y firma una certificación donde el beneficiario necesita intermitentemente una enfermera, terapia física, terapia del habla o continuamente necesita terapia ocupacional.

Beneficiarios – personas que reciben los beneficios bajo el Medicare.

Proveedor – estos son los doctores o las agencias que brindan los servicios de salud.

Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) – agencia que tiene el Departamento de Salud para supervisar y administrar el Medicare. El CMS no paga directamente las reclamaciones de Medicare, si no, que subcontrata una compañía privada para recibir, ajustar y pagar las reclamaciones. A su vez contrata a compañías privadas para revisar y estar alerta de todos los datos de las compañías que hacen las reclamaciones.

Número de Proveedor – número que le asigna Medicare a sus proveedores para que puedan brindar sus servicios y hacer sus reclamaciones.

Reclamación (Claims) – documento que somete el proveedor a Medicare para obtener el reembolso de dinero por los servicios brindados a sus beneficiarios. La reclamación entre otras cosas debe tener:

- nombre del paciente
- información de medicare
- número de medicare
- servicios prestados
- todos los datos de los servicios
- costo del servicio
- nombre y número del proveedor que brindó el servicio.

Récord médico – información completa y precisa que refleja la evaluación médica y diagnósticos de los pacientes, así como registros que documentan el tratamiento real de los pacientes a quienes se prestaron los servicios. Se requiere que estos registros médicos sean suficientemente completos para permitir a Medicare a través de Palmetto y otros contratistas, pagar y revisar la conveniencia de los pagos de Medicare.

Notas de Progreso y Notas de Observación – registros médicos de cada visita realizada por una enfermera, terapeuta y asistente de salud en el hogar. Este registro describe entre otras cosas: cualquier signo importante observado o síntomas, cualquier tratamiento y medicamento administrado, cualquier reacción del paciente, instrucción proporcionada, comprensión del paciente y cualquier cambio en la condición del paciente, ya sea física o emocional. Estos profesionales de la salud están obligados a documentar la atención personal práctica proporcionada al beneficiario, ya que los servicios se consideran necesarios para mantener la salud del beneficiario o para facilitar el tratamiento, enfermedad o lesión primario.

Soborno – corromper a alguien con dinero, regalos o algún favor para obtener algún beneficio de esta persona.

2. Revisión de Literatura

Introducción

El fraude y el abuso al Medicare causan pérdidas y esto perjudica a los ciudadanos más vulnerables. En este trabajo se analizará más a fondo el fraude cometido por los acusados en el caso de United States v. Darlyn Cabrera, Raciél León y Alexander López (2016). Se identificará cual fue el problema que enfrentó el Medicare y se presentarán estadísticas que reflejan cómo se encuentra el fraude al Medicare en comparación con otros tipos de fraudes, además se presentarán investigaciones relacionadas a este tipo de fraude. También se estudiarán las leyes que se aplican en este caso en particular. Por otro lado, se presentarán varios casos similares que se compararán con el caso estudiado. Por último, se presentarán que herramientas de investigación se pudieron haber utilizado para evitar este fraude.

Fraudes Involucrados

El fraude al Medicare hace que se desperdicie mucho dinero cada año y resulta en mayores costos para los servicios de salud e impuestos para todos. Según el Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) (2015), el fraude ocurre cuando alguien falsifica información intencionalmente o engaña al Medicare, mientras que el abuso lo define cuando los proveedores no cumplen las pautas de buenas prácticas médicas, lo que resulta en costos innecesarios para el Medicare, pagos incorrectos o servicios que no son mediamente necesarios. Las prácticas inapropiadas que comienzan como abuso, muy rápidamente pueden evolucionar hacia el fraude. Los fraudes involucrados en el caso USA vs Daylin Cabrera, et al son:

- Fraude al Medicare

- Conspiración para defraudar a los Estados Unidos
- Pagar y recibir sobornos para llevar a cabo este fraude.

El Center for Medicare and Medicaid Services, CMS debe proteger el fondo fiduciario del seguro de hospital de Medicare y el fondo fiduciario del seguro médico suplementario. Según el CMS (2015) el fondo fiduciario del seguro de hospital de Medicare paga los beneficios de la Parte A, del Medicare tales como: atención médica del paciente hospitalizado, atención médica de los centros de enfermería especializada, la atención médica en el hogar y el cuidado de hospicio. El fondo fiduciario del seguro de hospital de Medicare está financiado por impuestos sobre la nómina, impuestos sobre ingresos pagados por beneficios del seguro social, intereses ganados sobre inversiones del fondo fiduciario y primas de Parte A de Medicare. Mientras que el fondo fiduciario del seguro médico suplementario, de acuerdo con la CMS, paga los beneficios de la Parte B de Medicare incluyendo los honorarios médicos, el cuidado de hospital del paciente ambulatorio, atención médica en casa no cubierto bajo la Parte A, equipo médico duradero, ciertos servicios preventivos y pruebas de laboratorio, beneficios de medicinas recetadas de la Parte D de Medicare y costos administrativos del programa de Medicare, incluyendo costos para combatir el fraude y el abuso. Su financiamiento es por las primas de la Parte B, primas de la Parte D, e intereses ganados sobre inversiones de fondo fiduciario.

En las estadísticas del CMS (2015), el Medicare procesa más de 1,000 millones de reclamaciones de pagos por servicios al año y paga más de \$360,000 millones para prestar servicio a más de 55 millones de beneficiarios. El índice de pagos indebidos para el año fiscal 2014 fue de 12.7 por ciento, lo que representa \$45,800 millones en pagos indebidos.

De otra parte, la mayoría de las personas y organizaciones que trabajan con Medicare son honestas. Sin embargo, siempre hay quienes actúan de forma maliciosa. El

CMS continuamente trabaja para identificar a quienes actúan de esta manera maliciosa y comenten este tipo de fraude. Las personas que pudieran estar involucrados en un fraude al Medicare son:

- Doctores y Practicantes de la atención médica
- Proveedores de equipo médico duradero
- Empleados de médicos y proveedores
- Empleados o compañías que manejan la facturación a Medicare
- Personas con Medicare

En el caso que se presenta en este trabajo los culpables eran dueños de compañías que supuestamente brindaban servicio médico en el hogar y falsificaban información para reclamar a Medicare y éste pagara por esos servicios que no eran medicamente necesarios o no se brindaron.

Los pagos incorrectos de dinero que emite el CMS incluyen errores, pérdidas, abuso y fraude. Las actividades de cumplimiento de CMS buscan las causas de los pagos incorrectos, desde errores honestos hasta engaños intencionales. Estas actividades de cumplimiento están diseñadas para asegurar que los pagos correctos se hagan a proveedores legítimos de Medicare por servicios y el equipo apropiado y razonables para los beneficiarios elegibles. En las estadísticas del CMS (2013) calculan que de un 3% a un 10% de los fondos de atención médica (facturas) se pierden debido a tarifas de pago inapropiadas. Estos porcentajes reflejan que no todo es fraude. El CMS estima que el gobierno federal distribuyó cerca de \$65 mil millones en pagos incorrectos, ya sean por pagos que no deberían haberse hechos o se hicieron por un monto incorrecto, a través de Medicare y Medicaid.

Algunos de los posibles fraudes al Medicare son:

- Que se facturen servicios que nunca se recibieron o equipo médico que no se recibió o que fue devuelto.
- Documentos que han sido alterados para obtener un pago mayor.
- Información falsa sobre las fechas, descripciones de servicios entregados o la identidad del beneficiario.
- Alguien que usa su tarjeta de Medicare.
- Una compañía que usa información falsa para engañar, para que alguien se inscriba en un plan de Medicare.

En el caso USA vs Dalyin Cabrera, Raciél León y Alexander López se involucró parte de cada uno de estos posibles fraudes, ya que existían pacientes falsos, documentos fraudulentos, información falsa y reclamaciones al Medicare para recibir pagos fraudulentos.

Según el *Report to the Nations on Occupational Fraud and Abuse* (2016), realizado por la Association of Certified Fraud Examiners (ACFE), entre el 2014 y el 2016, se estudiaron 2,410 casos de fraude ocupacional excediendo una suma monetaria de \$6.3 billones. En este mismo reporte de la ACFE (2016), se muestran los diferentes niveles que posee el gobierno, estos son: Local, Provincial/Estado, Federal y Otros. El Medicare pertenece al nivel Federal. Este nivel Federal como se muestra en la figura número 1, es el de mayor pérdida monetaria y representa un 30.1% de los casos totales.

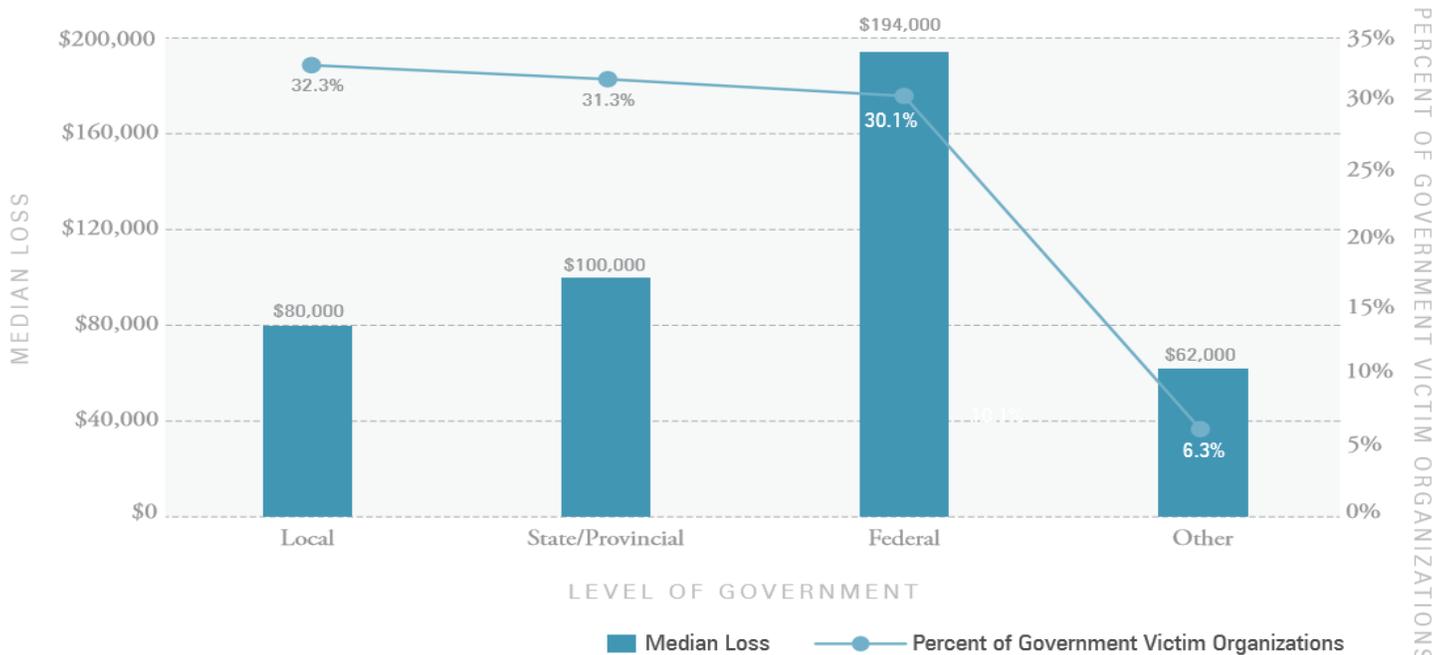


Figura 1: Nivel de gobierno, frecuencia y pérdida (ACFE, 2016)

En la figura número 2 se presenta un estudio realizado por varios Certified Fraud Examiners (CFE) presentado en el *Report to the Nations on Occupational Fraud and Abuse* (2016), donde se muestra la lista de las organizaciones que han sido víctimas según la industria a la que pertenecen. Cabe destacar que ciertas industrias son más propensas que otras a que sean víctimas de algún tipo de fraude dependiendo de sus controles organizacionales. La industria del Sistema de Salud “Health Care” se encuentra entre los primeros cinco de la lista de víctimas de fraude.

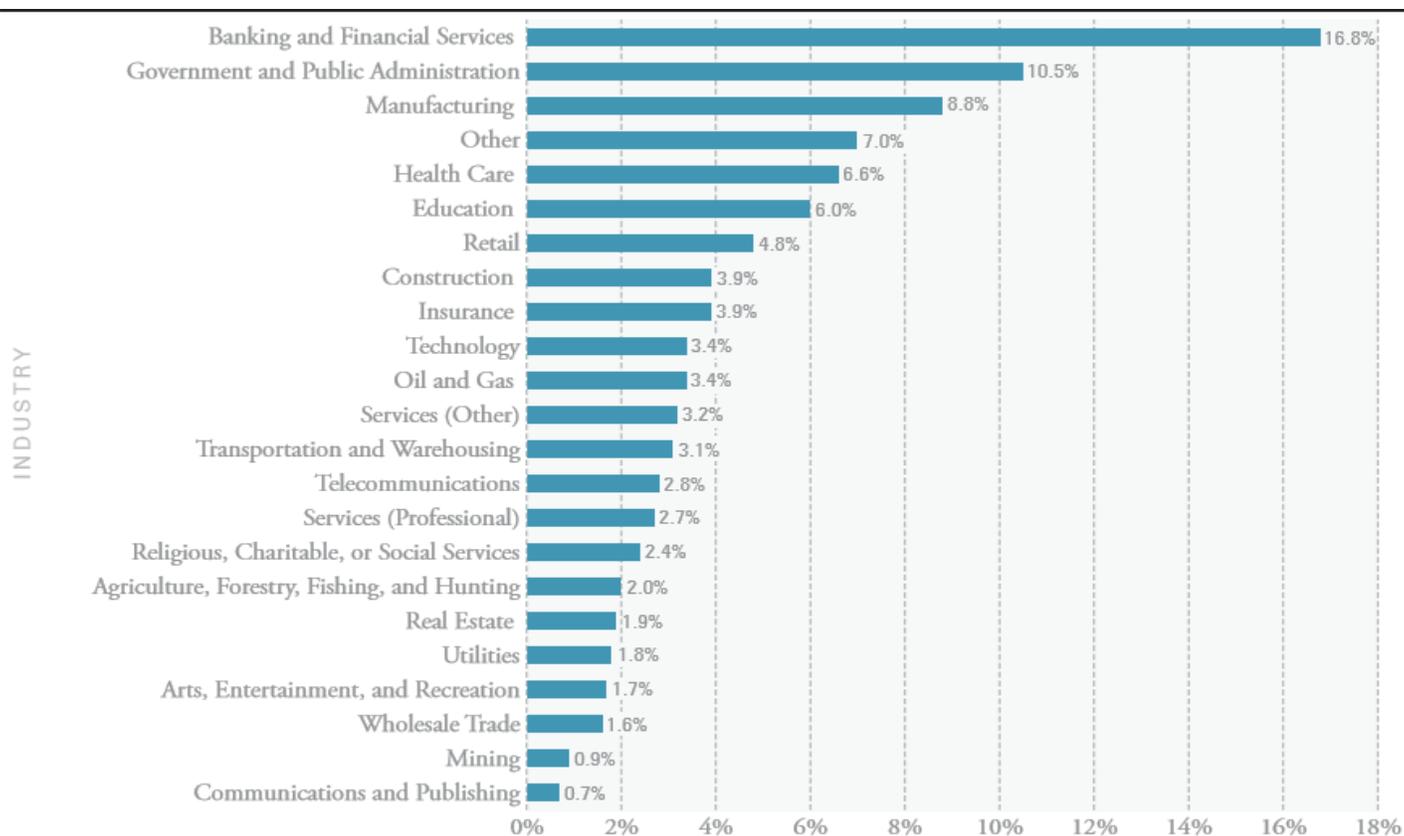


Figura 2: Organizaciones Víctimas Según la Industria (ACFE, 2016)

En este mismo estudio *Report to the Nations on Occupational Fraud and Abuse* se presentan las víctimas por industria añadiendo sus pérdidas, número de casos encontrados y porcentaje de casos. Como muestra la figura número 3, el “Health Care” según este reporte de la ACFE (2016), presenta una pérdida de \$120,000 con un total de 144 casos encontrados en el Sistema de Salud, representando un 6.6% de los casos estudiados en total.

Industry	Number of Cases	Percent of Cases	Median Loss
Mining	20	0.9%	\$500,000
Wholesale Trade	36	1.6%	\$450,000
Services (Professional)	60	2.7%	\$310,000
Agriculture, Forestry, Fishing, and Hunting	44	2.0%	\$300,000
Oil and Gas	74	3.4%	\$275,000
Construction	86	3.9%	\$259,000
Technology	74	3.4%	\$235,000
Communications and Publishing	16	0.7%	\$225,000
Real Estate	41	1.9%	\$200,000
Manufacturing	192	8.8%	\$194,000
Telecommunications	62	2.8%	\$194,000
Banking and Financial Services	368	16.8%	\$192,000
Transportation and Warehousing	68	3.1%	\$143,000
Government and Public Administration	229	10.5%	\$133,000
Health Care	144	6.6%	\$120,000
Insurance	85	3.9%	\$107,000
Utilities	40	1.8%	\$102,000
Other	153	7.0%	\$100,000
Services (Other)	70	3.2%	\$100,000
Retail	104	4.8%	\$85,000
Religious, Charitable, or Social Services	52	2.4%	\$82,000
Arts, Entertainment, and Recreation	37	1.7%	\$75,000
Education	132	6.0%	\$62,000

Figura 3: Organizaciones Víctimas Según la Industria Ordenados por Pérdidas (ACFE, 2016)

En la figura número 4 del reporte de la ACFE (2016) se presentan los esquemas de fraude según la industria, donde los cuadros más oscuros son los de más riesgo y los más claros, los de menos riesgo. Aquí se observa que en la industria del “Health Care” el esquema del “Billing”, Corrupción y el “Expense Reimbursement” son los más frecuentes.

Industry/Scheme	Banking and Financial Services	Government and Public Administration	Manufacturing	Health Care	Education	Retail	Construction	Insurance	Oil and Gas	Technology	Services (Other)	Transportation and Warehousing	Telecommunications	Services (Professional)	Religious, Charitable, or Social Services
Cases	368	229	192	144	132	104	86	85	74	74	70	68	62	60	52
Billing	9.5%	25.3%	32.8%	31.3%	34.1%	15.4%	27.9%	17.6%	20.3%	29.7%	22.9%	22.1%	12.9%	26.7%	25.0%
Cash Larceny	11.1%	7.9%	5.2%	9.7%	13.6%	12.5%	8.1%	4.7%	4.1%	5.4%	15.7%	4.4%	1.6%	13.3%	9.6%
Cash on Hand	17.9%	10.5%	8.3%	11.1%	17.4%	11.5%	7.0%	4.7%	9.5%	8.1%	22.9%	5.9%	4.8%	20.0%	13.5%
Check Tampering	9.5%	9.2%	13.5%	14.6%	7.6%	9.6%	10.5%	17.6%	4.1%	5.4%	18.6%	10.3%	6.5%	31.7%	25.0%
Corruption	37.5%	38.4%	48.4%	30.6%	31.8%	32.7%	36.0%	28.2%	48.6%	44.6%	28.6%	51.5%	41.9%	16.7%	28.8%
Expense Reimbursements	5.4%	15.7%	22.9%	20.1%	15.9%	8.7%	20.9%	9.4%	10.8%	27.0%	12.9%	8.8%	19.4%	16.7%	25.0%
Financial Statement Fraud	12.0%	7.9%	10.9%	13.2%	5.3%	5.8%	17.4%	7.1%	6.8%	12.2%	17.1%	5.9%	9.7%	11.7%	3.8%
Non-Cash	10.6%	14.8%	30.2%	13.2%	17.4%	32.7%	22.1%	5.9%	17.6%	18.9%	22.9%	29.4%	38.7%	10.0%	13.5%
Payroll	3.8%	13.5%	11.5%	9.7%	7.6%	3.8%	16.3%	5.9%	8.1%	2.7%	11.4%	7.4%	3.2%	11.7%	13.5%
Register Disbursements	2.7%	1.7%	5.7%	2.1%	1.5%	8.7%	1.2%	0.0%	0.0%	1.4%	5.7%	2.9%	3.2%	1.7%	1.9%
Skimming	6.8%	14.0%	8.3%	12.5%	25.0%	17.3%	15.1%	10.6%	8.1%	5.4%	21.4%	11.8%	6.5%	18.3%	19.2%



Figura 4: Frecuencia de los Esquemas Basados en la Industria (ACFE, 2016)

De acuerdo con el *Report to the Nations of Occupational Fraud and Abuse* (2016), el esquema de corrupción es uno de los fraudes más cometidos frecuentemente en la industria del “Health Care”. La figura número 5 muestra un estudio realizado por CFE’s para este reporte, donde se menciona que en los 144 casos de fraude al “Health Care”, 44 son por corrupción, siendo así un 30.6% del total de casos.

Industry	Total Number of Cases	Number of Corruption Cases	Percent of Cases Involving Corruption
Mining	20	11	55.0%
Transportation and Warehousing	68	35	51.5%
Oil and Gas	74	36	48.6%
Manufacturing	192	93	48.4%
Technology	74	33	44.6%
Telecommunications	62	26	41.9%
Wholesale Trade	36	15	41.7%
Government and Public Administration	229	88	38.4%
Banking and Financial Services	368	138	37.5%
Communications and Publishing	16	6	37.5%
Other	153	57	37.3%
Agriculture, Forestry, Fishing, and Hunting	44	16	36.4%
Construction	86	31	36.0%
Utilities	40	14	35.0%
Real Estate	41	14	34.1%
Retail	104	34	32.7%
Education	132	42	31.8%
Health Care	144	44	30.6%
Arts, Entertainment, and Recreation	37	11	29.7%
Religious, Charitable, or Social Services	52	15	28.8%
Services (Other)	70	20	28.6%
Insurance	85	24	28.2%
Services (Professional)	60	10	16.7%

Figura 5: Casos de Corrupción por Industria (ACFE, 2016)

Nadie está exento a ser víctima de fraude y cada día va más en aumento, por eso se deben mejorar los controles internos de cada compañía, para tratar de evitar estos fraudes lo más que se pueda.

Leyes Aplicables

Según el caso *United States v. Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López* (2016), las leyes violadas son las siguientes:

- Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1349

La ley bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1349 – Intento y Conspiración (2002) – plantea que “cualquier persona que intente y conspire para cometer

cualquier ofensa bajo este capítulo estará sujeto a las mismas penalidades como han sido prescritas para la ofensa, cuya comisión fue el objeto del interno o conspiración”.

- Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1347

En la sección 1347 – Fraude a la Asistencia Médica (2016) – dice:

- a. Cualquier persona que intencional y voluntariamente ejecute o intente ejecutar un esquema o artificio para:
 1. Defraudar cualquier programa de beneficios de atención medica; o
 2. Obtener, mediante pretextos falsos o fraudulentos, representaciones o promesas, cualquier cantidad de dinero o bienes, propiedad, bajo la custodia o control de cualquier programa de cuidado de salud,

En relación con la entrega o el pago de beneficios, artículos o servicios de atención médica, se impondrá una multa bajo este título o se condenará a un máximo de 10 años, o ambos; si la violación resulta en lesiones corporales graves (como se define en la sección 1365 de este título), dicha persona será multada bajo este título o será encarcelado no más de 20 años, o ambos; y si la violación resulta en la muerte, dicha persona será multada bajo este título o encarcelada por un periodo de años o de por vida, o ambos.

- b. Con respecto a las violaciones de esta sección, una persona no necesita tener conocimiento o intento específico de cometer una violación de esta sección.

- Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 371

La ley bajo el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 371 – Conspiración para cometer ofensa o para defraudar a los Estados Unidos (1994) – plantea:

-Si dos o más personas conspiran para cometer un delito contra los Estados Unidos o para defraudar a los Estados Unidos, o cualquier agencia del mismo de cualquier

manera o para cualquier propósito, y una o más de esas personas hacen cualquier acto para realizar el objeto de la confabulación, cada uno será multado bajo este título o encarcelado no más de 5 años o ambos. Sin embargo, si el delito cuya comisión es el objeto de la conspiración, es solo un delito menor, el castigo por tal confabulación no excederá el castigo máximo estipulado por tal falta.

- Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 2

El Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 2 – Principales – esta ley plantea que:

- a. Quien comete una ofensa contra los Estados Unidos o lo ayuda, instiga, aconseja, ordena, induce u obtiene comisiones es punible como principal.
- b. Quien intencionalmente hace un acto que, si es ejecutado directamente por el o por otra, contra los Estados Unidos, es punible como principal.

- Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 982

El Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 982 – Confiscación Criminal – (1986) plantea que:

-El tribunal, al imponer condenas a una persona que haya cometido un delito federal de atención médica, ordenará que a la persona se le confisque las propiedades, reales o personales, que constituyan o se deriven, directa o indirectamente, de procedentes brutales, atribuibles a la comisión del delito.

- Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7b(b)(2)(A)

El ultimo código violado por los acusados de este caso es bajo el Título 42 del Código de los Estados Unidos, Sección 1320a-7b(b)(2)(A) – Penalidades Criminales por actos que envuelven Programas de Atención Médica Federal (1986) – menciona:

-Quien quiera, a sabiendas y deliberadamente ofrezca o pague cualquier remuneración (incluyendo, cualquier comisión ilegal, soborno o reembolso), directa o indirectamente abierta o encubierta, en efectivo o en especie a cualquier persona para inducirla, a referir a un individuo a otra persona para la provisión o arreglos para el suministro de cualquier artículo o servicio para el cual el pago puede hacerse en todo o en parte bajo el programa Federal de Atención Médica; será culpable de un delito grave y una vez que se le declare culpable, se le impondrá una multa de no más de \$25,000 o será encarcelada por un máximo de 5 años o ambos.

Casos Relacionados

El Programa Federal de Asistencia Médica, el Medicare, es un programa que ha sido víctima de fraudes anteriormente y siempre está expuesto a ser víctima de otros fraudes en el futuro. Al igual que el caso estudiado en esta investigación, existen otros casos similares:

- United States v. Cynthia Vilches (2016)

En este caso la acusada Vilches, de 47 años y propietaria de Healthy Choice Home Health, fue acusada de varios cargos; entre ellos, un cargo por conspirar para cometer fraude a la asistencia médica. Los cargos que enfrenta Vilches son por un esquema de fraude al sistema de salud que ronda aproximadamente en los \$56 millones, que incluye el pago de sobornos a doctores y los reclutadores de pacientes y el reclamar servicios que no eran medicamente necesarios o no se brindaron.

- United States v. Mildrey de la Caridad González, Milka Yarlin Alfaro, Adriana Damas Jalil y Luis Enrique Luzardo (2016)

Los acusados Mildrey de la Caridad González, de 61 años, Milka Yarlin Alfaro, de 39 años, Adriana Damas Jalil, de 38 años y Luis Enrique Luzardo, de 47 años

enfrentan cargos por sus respectivos roles en un esquema para defraudar al Medicare, resultando en una pérdida de alrededor de \$24 millones. El alegado esquema involucró a 6 agencias de cuidado y visita al hogar en el área de Miami, las cuales eran propiedad y controladas por González y Alfaro. González y Alfaro enfrentan un cargo por conspirar para cometer “Health Care Fraud & Wire Fraud”; siete cargos por fraude al “Health Care”; conspiración para defraudar los Estados Unidos y pagar y recibir sobornos en conexión con el programa federal de beneficios de asistencia de salud y conspiración para cometer lavado de dinero. Jalil enfrenta cargos por conspirar para defraudar a los Estados Unidos y pagar y recibir sobornos en conexión con el programa federal de asistencia de salud. El otro acusado, Luzardo enfrenta cargos por conspirar para cometer lavado de dinero.

- United States v. Francisco Correa Delgado (2016)

El acusado Francisco Correa Delgado, de 46 años era presidente y director de la agencia de cuidado en el hogar H&E Home Care, Inc. El enfrenta cuatro cargos por un esquema para defraudar el sistema de salud que envuelve una pérdida de \$3.1 millones. En los cargos que enfrenta el demandando Correa Delgado, están el hacerle reclamaciones al Medicare por servicios en el hogar que nunca fueron prescritos por un doctor licenciado o que fueron provistos a personas que no eran beneficiarias del medicare.

- United States v. Elvis Hernández (2016)

El acusado Elvis Hernández, de 43 años, propietario y director de la agencia de cuidado en el hogar Global Nursing Association, Inc. enfrenta 3 cargos por conspirar para defraudar el sistema de salud, un esquema que resultó en una pérdida de \$3.5 millones. Los cargos que enfrenta Hernández son por, reclamarle a

Medicare por servicios que nunca fueron prescritos por un doctor licenciado o por pacientes que no eran beneficiarios de Medicare.

Estos casos al igual que el investigado en este trabajo, son solo algunos de los casos descubiertos de los muchos fraudes que suceden cada año contra el Medicare.

Herramientas de Investigación

En este caso y muchos otros son descubiertos por las compañías que subcontrata el Medicare, como lo son TriCenturion y SafeGuard Services. Estas compañías se dedican a salvaguardar todos los datos suministrados por los proveedores, haciendo auditorías periódicas, con sistemas de bases de datos para detectar cualquier abuso o fraude. Algunos de los sistemas que pueden utilizar son:

- ACL – Audit Command Language – es un software para análisis y extracción de datos más usado en la actualidad. Es poderoso y fácil de usar, que permite convertir datos en información significativa, lo cual ayuda a alcanzar sus objetivos de negocio y agregar valor a la organización. Entre sus características se encuentran: permite importar archivos de diferentes fuentes o formatos, los datos importados no son modificados, asegurando la integridad e incrementando el nivel de confianza de los datos trabajados, genera pistas de auditoría e incrementa la cobertura de revisión al 100% de datos a analizar, entre otros.
- IDEA – Es una herramienta de exploración, lo que permite analizar, resumir y comparar transacciones financieras y comerciales en un intento de identificar y reducir los riesgos. También permite archivar y retener las transacciones financieras, establecer tablas relacionales, establecer controles de monitoreo continuo, editar ecuaciones para la recopilación de datos y análisis y detectar el fraude.

3. Simulación

De acuerdo con el pliego acusatorio USA vs Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López (2016), el fraude presentado ocurría de la siguiente manera:

1. Los demandados Raciél León (presidente de la corporación Supreme Billing & Consulting), y Alexander López (vicepresidente de la agencia D&D&D HH), y otros conspiradores ofrecían y pagaban sobornos a los reclutadores de pacientes por referir a los beneficiarios de Medicare a las agencias Mercy HH y D&D&D HH. Además, estos reclutadores también brindaban los documentos necesarios, como los récords médicos, para que estas compañías cometieran el fraude.
2. La acusada Daylin Cabrera y otros conspiradores en la compañía Sweet Life pedirían y recibían dinero en modo de soborno para brindar documentos fraudulentos y referir los beneficiarios de Medicare para que sirvieran como pacientes en las agencias de cuidado en el hogar, Mercy HH y D&D&D HH.
3. Las agencias con los documentos brindados y los beneficiarios referidos, los convirtieron en pacientes y sometían reclamaciones fraudulentas a Medicare para que pagaran por supuestos servicios brindados.
4. Medicare a través de la CMS recibía, analizaba y pagaba estas reclamaciones en su totalidad a las agencias por estos servicios supuestamente brindados a esos pacientes.
5. El acusado Alexander López como vicepresidente de D&D&D HH retiraba dinero de la cuenta corporativa de D&D&D HH para pagar los sobornos, para uso personal y para continuar con el fraude.

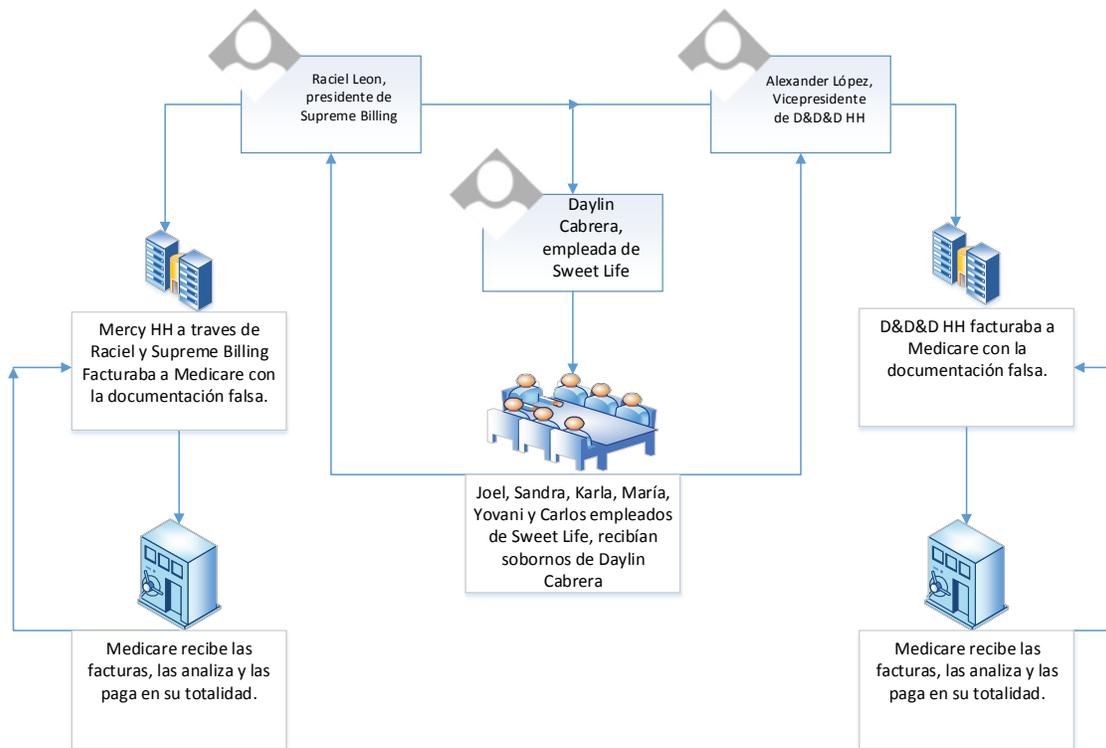


Figura 6: Simulación del fraude

Proceso de Facturación

El proceso para facturarle a Medicare por estos servicios es bastante sencillo después de que se tenga a la mano todos los documentos necesarios para esto. El paciente primero que nada tiene que ser referido por su médico de cabecera a cuidado en el hogar por ciertas condiciones especiales. Todas estas condiciones y los documentos necesarios del paciente los contiene su récord médico. Una vez referido el paciente, un doctor especializado en el cuidado en el hogar visita al paciente. En esta primera visita el doctor:

- evalúa el caso
- evalúa el paciente

El pago que fluctúa entre los \$977.79 y los \$2,359.46 es pagado por los primeros 60 días de servicio y puede ser pagado al principio, al final o dividido durante los 60 días del servicio.

Al final de los primeros 60 días se hace una reevaluación del caso y se decide si se da de alta el paciente o si se necesita más tratamiento. Si se necesita más tratamiento para el paciente, se debe realizar el proceso nuevamente desde el principio por otros 60 días y así sucesivamente hasta que finalmente se dé al paciente de alta.

PPS PAYMENT BY HHRG CALCULATIONS											
HHRG	HIPPS	Standard PPS Rate	HHRG Weight	Labor 0.78535	Wage Ind	Labor Wage Adj	NonLabor 0.21465	Payment W/O Supplies	Supply Add - On	Total Payment	
EFFECTIVE JANUARY 2016 - Early (1st or 2nd) Episode - (0-13 Therapy Visits)											
CIFIS1	IAFKS	2,965.12	0.5908	1,751.79	1,375.77	0.4272	587.73	376.02	963.75	14.22	977.97
	IAFKT	2,965.12	0.5908	1,751.79	1,375.77	0.4272	587.73	376.02	963.75	51.35	1,015.10
	IAFKU	2,965.12	0.5908	1,751.79	1,375.77	0.4272	587.73	376.02	963.75	140.80	1,104.55
	IAFKV	2,965.12	0.5908	1,751.79	1,375.77	0.4272	587.73	376.02	963.75	209.18	1,172.93
	IAFKW	2,965.12	0.5908	1,751.79	1,375.77	0.4272	587.73	376.02	963.75	322.57	1,286.32
	IAFKX	2,965.12	0.5908	1,751.79	1,375.77	0.4272	587.73	376.02	963.75	554.79	1,518.54
CIFIS2	IAFLS	2,965.12	0.7197	2,134.00	1,675.93	0.4272	715.96	458.06	1,174.02	14.22	1,188.24
	IAFLT	2,965.12	0.7197	2,134.00	1,675.93	0.4272	715.96	458.06	1,174.02	51.35	1,225.37
	IAFLU	2,965.12	0.7197	2,134.00	1,675.93	0.4272	715.96	458.06	1,174.02	140.80	1,314.82
	IAFLV	2,965.12	0.7197	2,134.00	1,675.93	0.4272	715.96	458.06	1,174.02	209.18	1,383.20
	IAFLW	2,965.12	0.7197	2,134.00	1,675.93	0.4272	715.96	458.06	1,174.02	322.57	1,496.59
	IAFLX	2,965.12	0.7197	2,134.00	1,675.93	0.4272	715.96	458.06	1,174.02	554.79	1,728.81
CIFIS3	IAFMS	2,965.12	0.8485	2,515.90	1,975.87	0.4272	844.09	540.04	1,384.13	14.22	1,398.35
	IAFMT	2,965.12	0.8485	2,515.90	1,975.87	0.4272	844.09	540.04	1,384.13	51.35	1,435.48
	IAFMU	2,965.12	0.8485	2,515.90	1,975.87	0.4272	844.09	540.04	1,384.13	140.80	1,524.93
	IAFMV	2,965.12	0.8485	2,515.90	1,975.87	0.4272	844.09	540.04	1,384.13	209.18	1,593.31

Figura 7: Cálculos de Medicare

A continuación, se presentan dos ejemplos de una facturación a Medicare realizado por estas agencias y pagadas en su totalidad.

Count	Beneficiary Name	Approx. Claim Receipt Date	Services Claimed	Approximate Amount Billed to Medicare by D&D&D	Claim Number
2	G.P.	3/24/15	Home Health Services	\$2,080	21508302125607FLR
3	B.F.	4/17/15	Home Health Services	\$2,080	21510703197107FLR

Figura 8: Ejemplos de Facturas en USA vs Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López (2016)

4. Informe del Caso

Resumen Ejecutivo

El Federal Bureau of Investigatino (FBI) en conjunto con el U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General's (HHS-OIG) y el fiscal de distrito Wilfredo A. Ferrer han solicitado los servicios de un forense digital para descubrir y recuperar información electrónica y física aparentemente ubicada en una base de datos de una computadora utilizada en las compañías Mercy HH y D&D&D HH, actualmente involucradas en un fraude multimillonario al Medicare.

Según el fiscal de Distrito Wilfredo A. Ferrer las bases de datos y los documentos de los récords médicos a investigar forman parte de la evidencia recolectada por los investigadores en este caso en una incautación realizada en las oficinas de las compañías involucradas. Se entiende que las bases de datos y los récords médicos incautados se podría obtener la evidencia necesaria para encontrar culpable y enjuiciar a los acusados de este caso. Luego del análisis de la evidencia se pudo encontrar que la base de datos no concuerda con la información de los récords médicos.

Objetivo

Los investigadores antes mencionados, (FBI y HHS-OIG), con la intención de encontrar la evidencia necesaria, contratan los servicios de ALS Security Inc.; con el objetivo de analizar, descubrir y recuperar la información electrónica y física almacenada en las bases de datos y los récords médicos. Todo esto con el propósito de obtener material evidenciario que ayude al fiscal a encausar y lograr la acusación de los tres acusados del caso.

Alcance del Trabajo

El 14 de enero de 2017 el fiscal del caso (USA v Daylin Cabrera, et al, 2016) Wilfredo A. Ferrer, entregó al investigador forense contratado de ALS Security Inc. el Sr. Alejandro Santiago Santana, equipos electrónicos y los récords médicos donde se presume hay la evidencia necesaria para inculpar a los acusados. Todo esto con el propósito de analizar los equipos y documentos para buscar y tratar de encontrar información y datos relevantes que funcionen para este caso. El investigador forense tiene la tarea de analizar y recuperar información relevante que sirva como evidencia en el juicio de los acusados.

Para hacer el análisis en este caso se utilizará la herramienta del programa Idea. Este es utilizado para extraer información necesaria de una base de datos. Esta información extraída se compara con los récords médicos para encontrar y analizar cualquier discrepancia entre ambos. Con la información brindada y los equipos necesarios, se comenzará con el proceso de adquisición y análisis de la evidencia. Al final, se creará un informe de hallazgos y se notificará por escrito al fiscal encargado del caso para ser evaluados y tomar la acción legal necesaria.

Datos del Caso

1. Número del Caso: C-1-2017-01-14
2. Investigador: Alejandro Santiago Santana
3. Cliente: USA
4. Representante del Cliente: Lic. Wilfredo A. Ferrer, Fiscal

Descripción de los dispositivos utilizados

Los dispositivos utilizados durante este proceso son:

1. Laptop Samsung modelo: NP530E5M-X02US, donde se encuentran las herramientas necesarias de la investigación.
2. Programa Idea, permite recolectar información precisa de una base de datos extensa.
3. Laptop HP, modelo: BLK-705MS, donde existen las bases de datos y los récords médicos, entregada por el fiscal del caso.
4. Récords Médicos impresos entregados por el fiscal del caso.

Resumen de Hallazgos

En este proceso de analizar toda la evidencia el forense realiza lo siguiente: adquisición, preservación, análisis y presentación de la evidencia encontrada. Esta información al ser tan delicada puede ser alterada o la información puede ser destruida con facilidad, aun sin querer hacerlo. Esto puede traer como consecuencia que esta evidencia no sea admisible en el juicio. Se pueden utilizar modelos o herramientas para así obtener una evidencia correctamente preservada, íntegra y confiable, siendo así una evidencia admisible en el tribunal. En este caso los hallazgos son favorables para la fiscalía y así poder inculpar a los acusados. En el análisis de la evidencia suministrada por la fiscalía se encontró que la información de la base de datos de Medicare no tiene la misma información que los récords médicos. Se observó claramente que se hizo una facturación a Medicare por servicios en el hogar que analizando los récords médicos no se encontró tal información. Esto indica que estos servicios nunca se brindaron y constan el fraude cometido.

Cadena de Custodia

La cadena de custodia está creada para llevar un control del proceso de adquisición, análisis y todo lo realizado con la evidencia. Se debe asegurar que el proceso de la cadena

de custodia sea una fiable, confidencial e íntegra. A continuación, se detalla la cadena de custodia seguida por el forense digital de la compañía ALS Security Inc. en este caso.

Detalle de la Cadena de Custodia

Primer Evento

- Descripción del Evento: Evidencia recogida por el investigador Sr. Alejandro Santiago Santana y entregada por el fiscal del caso Lic. Wilfredo A. Ferrer. La evidencia consiste en una Laptop Samsung modelo: NP530E5M-X02US y todos los récords médicos.
- Evento verificado por: Alejandro Santiago Santana y el Lic. Wilfredo A. Ferrer
- Numero de Evidencia: E-1-2017-01-14
- Fecha de comienzo: enero 15, 2017 – 9:00am
- Fecha de terminación: enero 15, 2017 – 10:47am
- Lugar de origen: Oficina del FBI
- Destino: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.

Segundo Evento

- Descripción del Evento: Creación del número del caso y asignación de evidencia al mismo.
- Evento verificado por: Alejandro Santiago Santana
- Numero de Evidencia: E-1-2017-01-14 asignada al caso #C-1-2017-01-14
- Fecha de comienzo: enero 16, 2017 – 9:00am
- Fecha de terminación: enero 16, 2017 – 11:07am
- Lugar de origen: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.
- Destino: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.

Tercer Evento

- Descripción del Evento: Proceso de comenzar a analizar la evidencia para presentar en informe. En la sección del procedimiento en el documento se encontrarán más detalles.
- Evento verificado por: Alejandro Santiago Santana
- Numero de Evidencia: E-1-2017-01-14 asignada al caso #C-1-2017-01-14
- Fecha de comienzo: enero 17, 2017 – 10:18am
- Fecha de terminación: enero 16, 2017 – 03:52pm
- Lugar de origen: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.
- Destino: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.

Cuarto Evento

- Descripción del Evento: Entrega de informe de análisis forense al fiscal del caso Lic. Wilfredo A. Ferrer. Este informe es entregado directamente al fiscal encargado del caso.
- Evento verificado por: Alejandro Santiago Santana y Lic. Wilfredo A. Ferrer
- Numero de Evidencia: E-1-2017-01-14 asignada al caso #C-1-2017-01-14
- Fecha de comienzo: enero 21, 2017 – 10:03am
- Fecha de terminación: enero 21, 2017 – 11:57am
- Lugar de origen: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.
- Destino: Oficina del Fiscal de Distrito encargado del caso

Quinto Evento

- Descripción del Evento: Devolución de la evidencia original entregada por el fiscal de distrito al investigador forense de ALS Security Inc.

- Evento verificado por: Alejandro Santiago Santana y el Lic. Wilfredo A. Ferrer
- Numero de Evidencia: E-1-2017-01-14 asignada al caso #C-1-2017-01-14
- Fecha de comienzo: enero 22, 2017 – 9:00am
- Fecha de terminación: enero 22, 2017 – 10:12am
- Lugar de origen: Laboratorio Forense de ALS Security Inc.
- Destino: Oficinas del FBI

Procedimiento

El proceso investigativo puede variar dependiendo de la situación y de la denuncia.

A continuación, se describen los procedimientos realizados durante el proceso descubrimiento, adquisición, recuperación y preservación de la evidencia.

1. Procedimiento: Estudio de la base de datos de Medicare
 - a. Herramienta: Idea
 - b. Fecha de comienzo: enero 15, 2017 – 1:00pm
 - c. Fecha de terminación: enero 15, 2017 – 4:56pm
 - d. Descripción: Se adquiere la base de datos de Medicare con toda la información necesaria para el proceso de evaluación de evidencia. En la figura número 9 se presenta la base de datos completa antes de ser analizada.

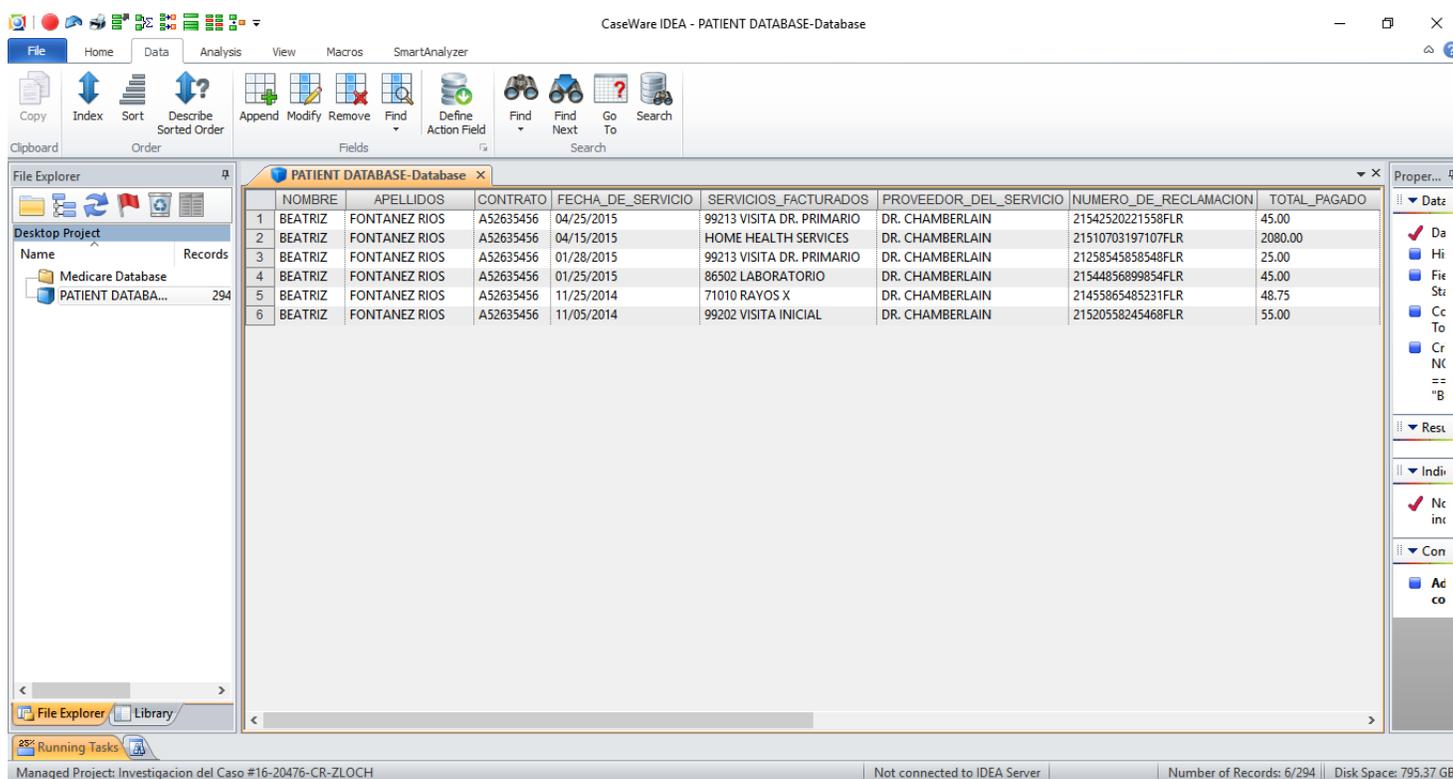
	NOMBRE	APELLIDOS	CONTRATO	FECHA_DE_SERVICIO	SERVICIOS_FACTURADOS	PROVEEDOR_DEL_SERVICIO	NUMERO_DE_RECLAMACION	TOTAL_PAGADO
1	BARLIN	MOHAMED	B85748596	11/16/2014	73631 RAYOS X	DR. SEPULVEDA	21455856325450FLR	85.69
2	AURELIA	MOHAMED	B56985632	12/18/2014	99202 VISITA INICIAL	DR. GONZALEZ	21425859600254FLR	49.00
3	FATIMA	LOPEZ	B56978456	05/29/2007	90792 SALUD MENTAL	DR. RAMIREZ	20715852445863FLR	253.65
4	SAJID	ONG	B56468593	01/23/2009	76312 RAYOS X	DR. SANTANA	20985299543251FLR	73.13
5	EILEEN	RIOS	B55698596	11/26/2007	75634 RAYOS X	DR. VIDAL	20710251232545FLR	48.45
6	FLOR	MELENDEZ	B52639876	06/29/2010	75636 RAYOS X	DR. VIDAL	21010230255586FLR	73.63
7	IGOR	GONZALEZ	B52639851	05/29/2015	85052 LABORATORIO	DR. RAMOS	21525002546055FLR	156.33
8	LUZ	LOPEZ	B52635468	08/15/2013	88500 LABORATORIO	DR. MOLINARI	21352502512033FLR	48.49
9	CARLOS	PATERNINA	B48866952	09/18/2013	90472 VACUNACION	DR. JIMENEZ	21325898574558FLR	77.25
10	LUIS	MORALES	B45569365	04/22/2015	99213 VISITA SEGUIMIENTO	DR. SARMIENTO	21525025310025FLR	55.00
11	DAMIR	DUSPER	B45236985	10/25/2005	85202 LABORATORIO	DR. SANTIAGO	20512545852336FLR	65.00
12	DIANA	DOMINGUEZ	B22585656	12/24/2014	99283 SALA DE EMERGENCIA	DR. MATOS	21452002530024FLR	75.46
13	DANIEL	BRAR	B22546536	06/30/2009	99213 VISITA SEGUIMIENTO	DR. MOLINA	20925365821545FLR	55.00
14	TARANJIT	BRAYTON	B13264698	06/19/2014	99202 VISITA INICIAL	DR. FEBLES	21455864901102FLR	55.00
15	DANILO	GAIBOR	A55685934	01/02/2008	75636 RAYOS X	DR. SEDA	20805698500124FLR	158.52
16	LOXLEY	REYNOLDS	A54565985	07/13/2011	99284 SALA DE EMERGENCIA	DR. RODRIGUEZ	21158456358245FLR	155.35
17	CARLOS	GASPAR	A54526345	07/08/2012	HOME HEALTH SERVICES	DR. MALDONADO	21212536520215FLR	2080.25
18	ANGEL	SANTIAGO	A52635468	09/24/2008	90473 VACUNACION	DR. RAMIREZ	20810254652012FLR	153.63
19	BEATRIZ	FONTEANEZ RIOS	A52635456	04/25/2015	99213 VISITA DR. PRIMARIO	DR. CHAMBERLAIN	21542520221558FLR	45.00
20	BEATRIZ	FONTEANEZ RIOS	A52635456	04/15/2015	HOME HEALTH SERVICES	DR. CHAMBERLAIN	21510703197107FLR	2080.00
21	BEATRIZ	FONTEANEZ RIOS	A52635456	01/28/2015	99213 VISITA DR. PRIMARIO	DR. CHAMBERLAIN	21258545858548FLR	25.00
22	BEATRIZ	FONTEANEZ RIOS	A52635456	01/25/2015	86502 LABORATORIO	DR. CHAMBERLAIN	21544856899854FLR	45.00
23	BEATRIZ	FONTEANEZ RIOS	A52635456	11/25/2014	71010 RAYOS X	DR. CHAMBERLAIN	21455865485231FLR	48.75
24	BEATRIZ	FONTEANEZ RIOS	A52635456	11/05/2014	99202 VISITA INICIAL	DR. CHAMBERLAIN	21520558245468FLR	55.00
25	GRISSELDA	SUAREZ FERNANDEZ	A52632584	03/15/2010	90832 SALUD MENTAL	DR. GONZALEZ	21025025032546FLR	135.26
26	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	03/25/2015	99213 VISITA SEGUIMIENTO	DR. CHAMBERLAIN	21520252632032FLR	45.00

Figura 9: Base de Datos de Medicare

2. Procedimiento: Comparación del Récord Médico con la base de datos

- a. Herramienta: Idea
- b. Fecha de comienzo: enero 16, 2017 – 10:17am
- c. Fecha de terminación: enero 16, 2017 – 02:19am
- d. Descripción: Después de analizar la base de datos de Medicare, se escoge un paciente al azar y se hace una comparación entre la información que se encuentra en las bases de datos y la que se encuentra en los récords médicos. A modo de que el récord médico respalde los servicios pagados por Medicare. Luego de este análisis se encontró que la información que posee el Medicare en su base de datos no es la misma que posee el récord médico de los pacientes escogidos para la auditoría. En la figura número 10 se

observa como en esta base de datos de Medicare estas reclamaciones fueron recibidas y pagadas por el Medicare a nombre del paciente Beatriz Fontánez.



	NOMBRE	APELLIDOS	CONTRATO	FECHA_DE_SERVICIO	SERVICIOS_FACTURADOS	PROVEEDOR_DEL_SERVICIO	NUMERO_DE_RECLAMACION	TOTAL_PAGADO
1	BEATRIZ	FONTANEZ RIOS	A52635456	04/25/2015	99213 VISITA DR. PRIMARIO	DR. CHAMBERLAIN	21542520221558FLR	45.00
2	BEATRIZ	FONTANEZ RIOS	A52635456	04/15/2015	HOME HEALTH SERVICES	DR. CHAMBERLAIN	21510703197107FLR	2080.00
3	BEATRIZ	FONTANEZ RIOS	A52635456	01/28/2015	99213 VISITA DR. PRIMARIO	DR. CHAMBERLAIN	21258545858548FLR	25.00
4	BEATRIZ	FONTANEZ RIOS	A52635456	01/25/2015	86502 LABORATORIO	DR. CHAMBERLAIN	21544856899854FLR	45.00
5	BEATRIZ	FONTANEZ RIOS	A52635456	11/25/2014	71010 RAYOS X	DR. CHAMBERLAIN	21455865485231FLR	48.75
6	BEATRIZ	FONTANEZ RIOS	A52635456	11/05/2014	99202 VISITA INICIAL	DR. CHAMBERLAIN	21520558245468FLR	55.00

Figura 10: Paciente Beatriz Fontánez

Analizando el récord médico de la paciente Beatriz Fontánez se puede observar que la información encontrada en su récord médico no concuerda con la base de datos de Medicare. En las figuras número 11 y 12 se pudo ver la información real de la paciente en donde solo se contiene tres visitas a su médico y ningún momento la paciente fue referida al Home Health Services, por lo tanto, estos servicios en el hogar facturados y pagados por Medicare nunca se brindaron.

En la figura número 13 se presenta el segundo paciente analizado para esta auditoría. Gerardo Pérez presenta varias facturas en la base de datos de Medicare, incluyendo la reclamación de servicios en el hogar. Esta información será comparada con su récord médico real para constatar tal información.

	NOMBRE	APELLIDOS	CONTRATO	FECHA_DE_SERVICIO	SERVICIOS_FACTURADOS	PROVEEDOR_DEL_SERVICIO	NUMERO_DE_RECLAMACION	TOTAL_PAGADO
1	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	03/25/2015	99213 VISITA SEGUIMIENTO	DR. CHAMBERLAIN	21520252632032FLR	45.00
2	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	03/24/2015	HOME HEALTH SERVICES	DR. CHAMBERLAIN	21508302125607FLR	2080.00
3	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	11/25/2014	99213 VISITA DR. PRIMARIO	DR. CHAMBERLAIN	21535482503258FLR	25.00
4	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	09/22/2015	8500 LABORATORIO	DR. CHAMBERLAIN	21500554582456FLR	80.64
5	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	09/20/2014	71010 RAYOS X	DR. CHAMBERLAIN	21425850369987FLR	73.13
6	GERARDO	PEREZ MARTINEZ	A52563524	08/03/2014	99202 VISITA INICIAL	DR. CHAMBERLAIN	21452058245836FLR	48.00

Figura 13: Paciente Gerardo Pérez

Analizando el récord médico del paciente se puede observar que su información presentada no concuerda con la base de datos de Medicare. En las figuras 14 y 15 se pueden ver las visitas reales que tuvo el paciente con su médico y en ningún momento este paciente tampoco fue referido al Home Health Services por lo tanto estos servicios de salud en el hogar nunca debieron ser facturados a Medicare para recibir pagos por ellos.

3. Procedimiento: Evaluación de Reclamaciones

- a. Herramienta: Idea
- b. Fecha de comienzo: enero 16, 2017 – 03:23pm
- c. Fecha de terminación: enero 16, 2017 – 07:04pm
- d. Descripción: se evalúan las reclamaciones para detectar fraudes en ellas, antes de que sean pagadas a los proveedores de servicio. En este proceso se utilizan varios recursos, tales como:
 - i. Las políticas de cobertura médica y de farmacia
 - ii. Base de datos sobre cobertura del Medicare
 - iii. Determinación de cobertura nacional y local
 - iv. Terminología sobre procedimientos actuales (CPT)
 - v. International Classification of Diseases, 9 Revision
 - vi. Sistemas de códigos de procedimientos comunes de atención de salud

Estos recursos son utilizados para apoyar la investigación.

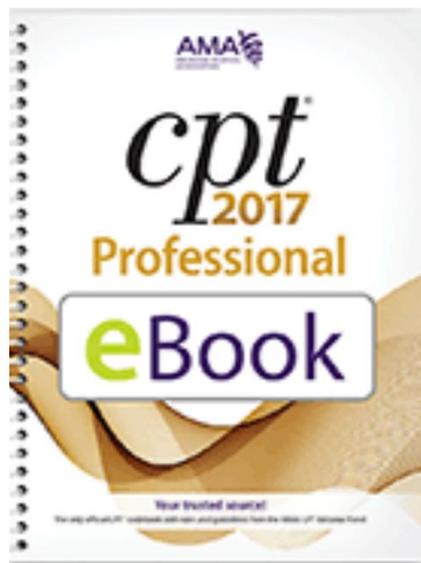


Figura 16: Códigos CPT

4. Procedimiento: Contacto con los beneficiarios
 - a. Herramienta: vía telefónica
 - b. Fecha de comienzo: enero 17, 2017 – 09:30am
 - c. Fecha de terminación: enero 17, 2017 – 01:45pm
 - d. Descripción: Se hizo un contacto vía teléfono con los beneficiarios para obtener una comprensión más adecuada de la situación. En este caso se contactó al beneficiario para indagar sobre sus servicios recibidos. Se pidió que describiera los servicios que recibió, quien se los proveyó, cuanto tiempo duró la visita, que especialistas lo han visitado, cuanto duró el tratamiento, entre otras cosas. Todo esto para dar apoyo y corroborar la información de las bases de datos de Medicare.

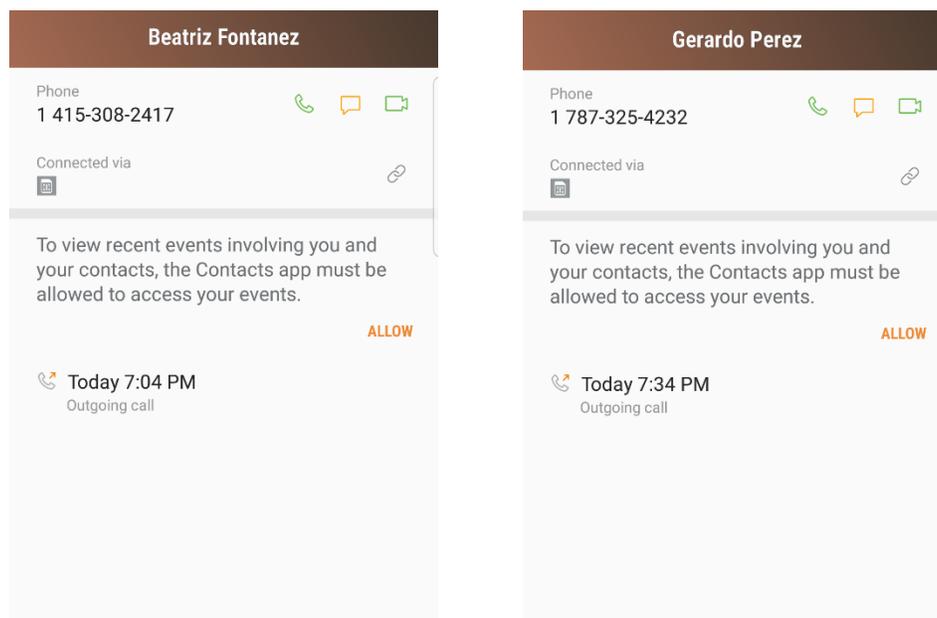


Figura 17: Llamadas Hechas a los Pacientes

Conclusión del Reporte

Para concluir este reporte, cabe destacar que el dispositivo (laptop) y la evidencia entregada nunca fue alterada al momento de la entrega, así lo deja claro la cadena de custodia. La cadena de custodia establece que fue entregada al investigador forense de ALS Security Inc., en las oficinas del FBI en presencia del fiscal a cargo del caso. Así mismo, establece que tal dispositivo y evidencia fue devuelta a las oficinas del FBI por el investigador forense de ALS Security Inc., en presencia del fiscal a cargo del caso. Después de todo esto, queda claro que la evidencia expuesta en este caso puede ser utilizada en su totalidad en el proceso legal al que se enfrentan los acusados. Además, la compañía ALS Security Inc., certifica que el proceso utilizado para el análisis de dicha evidencia cumple con los requerimientos mínimos y estándares de la industria forense.

Luego de evaluar la evidencia se puede concluir que los acusados claramente estaban cometiendo el fraude al Medicare. Se encontraron varias discrepancias en la comparación de los récords médicos incautados en las oficinas de D&D&D HH y Mercy HH y la base de datos de Medicare. Además, con el contacto que se estableció con los beneficiarios de Medicare, se llegó a la conclusión que estos servicios facturados a Medicare nunca fueron prestados y eran parte de un esquema de fraude encabezado por los acusados en el caso Raciél León, Daylin Cabrera y Alexander López.

5. Discusión del Caso

De acuerdo con el pliego acusatorio (2016) y documentos analizados del caso #16-20476-CR-Zloch, a los acusados se les acusa de cometer fraudes al Medicare mediante la reclamación de servicios que no eran medicamente necesarios y/o nunca fueron prestados. También se les acusa de pagar sobornos, conspirar para defraudar al sistema de salud de los Estados Unidos y adquirir documentación falsa a través de sobornos.

Luego de analizar con extrema rigurosidad, hacer comparaciones necesarias y entrevistar a los supuestos beneficiarios de Medicare y usando como referencia la evidencia encontrada en los equipos, récords médicos, información de los beneficiarios y bases de datos de Medicare, se puede llegar a la siguiente conclusión:

1. Se reafirma que el dispositivo incautado fue utilizado para hacer las reclamaciones a Medicare fraudulentas.
2. Se reafirma que los acusados reclamaban a Medicare por servicios que no eran medicamente necesarios y/o no se brindaron.
3. Se reafirma que retiraban el dinero que pagaba Medicare para el pago de sobornos.
4. Se reafirma que la documentación utilizada para hacer las reclamaciones era falsa.
5. Se reafirma que los acusados lograron defraudar al Departamento de Salud de los Estados Unidos ocultando información.

6. Auditoria y Prevención

En esta sección se estudiarán los controles que pudieron haber fallado y permitieron que los acusados cometieran este fraude al Medicare. El Medicare como es una entidad federal debe cumplir con ciertas reglamentaciones y está en constante mejoramiento para evitar el fraude y el abuso. Entre los controles que tiene el Medicare para evitar este tipo de conducta, se destacan los siguientes:

- Principalmente estudiar a fondo cada reclamación antes de pagarla. Esta reclamación debe tener todos los documentos necesarios para que se pagada en su totalidad.
- Segundo, el contacto con los beneficiarios, esto para recabar información. Por ejemplo, se contacta al beneficiario para indagar sobre sus servicios recibidos. Se puede pedir que describa los servicios que recibió, quien los proveyó, cuanto tiempo duró, recetas médicas hechas, etc.
- Tercero, solicitud de los expedientes médicos, esto para validar que los expedientes respalden los servicios médicos facturados.

En resumen, se encontró que estos controles no están siendo muy efectivos.

Principalmente el que conlleva el estudio a fondo de las reclamaciones, ya que el Medicare ha sido víctima de los fraudes desde hace mucho tiempo y cada día está más expuesto. Se entiende que este fraude ocurrió por la poca efectividad que tienen estos controles. Además de que el Medicare es una entidad que debe tener los controles más rigurosos para así evitar seguir siendo víctima de este tipo de fraude y abuso.

Hallazgos Detallados

Entre los hallazgos más relevantes se encuentran los siguientes:

1. Poco estudio de las reclamaciones
 - Condición: se encontró que este control no está siendo efectivo.
 - Criterio: se entiende que si este control fuera más riguroso y efectivo, este fraude podría ser detectado mucho antes.
 - Causa: esta condición se debe a la falla del control antes mencionado.
 - Efecto: el impacto en este caso es en la pérdida millonaria que sufrió el sistema de Medicare a causa de este fraude.

2. Tiempo en realización de auditorías
 - Condición: se encontró que el tiempo de realizar las auditorías a los proveedores de servicio no es muy seguido.
 - Criterio: esta auditoría tiene que suceder cada cierto tiempo razonable para que estos fraudes se detecten más rápido.
 - Causa: esta condición es causada por una falla en este control.
 - Efecto: el efecto principal de esta condición es que el programa de Medicare este más propenso a ser víctima de cualquier abuso o fraude.

Las recomendaciones a todas estas fallas en controles seria:

1. Mejorar el método de estudio de las reclamaciones. Un sistema donde se estudien más a fondo estas reclamaciones ayudaría a detectar más rápido este tipo de fraude.
2. Las entrevistas a los beneficiarios de Medicare sean más rigurosas, más seguidas y si es necesario visitar a estos pacientes.

3. El tiempo en el que ocurren estas auditorías sean uno mucho más corto. Este proceso ayudará a detectar más rápido estos abusos y fraudes y bajará la cantidad de dinero que pierde el Medicare por este tipo de delito.

7. Conclusión

Este tipo de fraude va en aumento cada vez más y el Medicare siempre estará expuesto a ser víctima. Por los hallazgos encontrados en esta investigación el programa de Medicare tiene mucho que mejorar en sus controles. Otro punto importante en este caso es el buen adiestramiento de los empleados. Un empleado bien adiestrado ayudara a minimizar este tipo de delito. Además, siempre deben existir las buenas auditorías, este es un punto clave en la detección del fraude.

En este caso se pudo observar como los acusados Raciél León, Daylin Cabrera y Alexander López utilizaron estas vulnerabilidades del programa de Medicare a su favor para cometer este delito. Se pudo ver en detalle como lograron defraudar al programa de Medicare, costándole aproximadamente \$2.5 millones en reclamaciones falsas. En este momento es que los administradores del programa de Medicare deben preguntarse:

- ¿Cuán seguro es nuestro sistema?
- ¿Cuán efectos están nuestros contarles?
- ¿Los empleados están capacitados para detectar anomalías en las reclamaciones?
- ¿Las auditorías están siendo efectivas?
- En general, ¿cuan vulnerable esta el programa de Medicare para ser víctima de cualquier abuso o fraude?

Estas preguntas ayudarán a mejorar cada control implementado para asegurar y monitorear cada reclamación recibida, así bajando el costo millonario que es causado por los fraudes cada año.

Se puede concluir que, en este caso, como en casi todos los demás casos de fraude, el factor humano es el más importante de todos. Esto ya que no importa cuan perfecto sea

el diseño e instalación de los controles, mientras sean manejados por los seres humanos siempre va a existir in margen de error en la operación de estos sistemas y controles.

Mientras estos errores sigan ocurriendo, existirá la posibilidad de ser víctima de cualquier abuso o fraude.

8. Referencias

- American Psychological Association. (2012). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6ta Ed.). Washington, DC: Library of Congress
- Association of Certified Fraud Examiners (ACFE). (2016). *Report to the Nations on Occupational Fraud and Abuse*. Texas: Fraud Magazine. Recuperado de <http://www.acfe.com/rtn2016.aspx>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2013). Programa Nacional de Capacitación: *Modulo 10: Prevencion del Fraude y el Abuso contra Medicare y Medicaid*. USA: CMS. Recuperado de <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2015-Prevencion-del-fraude-y-el-abuson-contra-Medicare-y-Medicaid-Workbook.pdf>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2015). Programa Nacional de Capacitación: *Modulo 10: Prevencion del Fraude y el Abuso contra Medicare y Medicaid*. USA: CMS. Recuperado de <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Downloads/2015-Prevencion-del-fraude-y-el-abuson-contra-Medicare-y-Medicaid-Workbook.pdf>
- Cornell University. (2017). *U.S. Code: Title 18, Part I, Chapter 1, §2*. Recuperado de: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/18/2>
- Cornell University. (2017). *U.S. Code: Title 18, Part I, Chapter 19, §371*. Recuperado de: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/18/371>
- Cornell University. (2017). *U.S. Code: Title 18, Part I, Chapter 46, §982*. Recuperado de: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/18/982>
- Cornell University. (2017). *U.S. Code: Title 18, Part I, Chapter 63, §1349*. Recuperado de: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/18/1349>
- Cornell University. (2017). *U.S. Code: Title 18, Part I, Chapter 63, §1347*. Recuperado de: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/18/1347>
- Cornell University. (2017). *U.S. Code: Title 42, Chapter 7, Subchapter XI, Part A, §1320a-7(b)(2)(A)*. Recuperado de: <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1320a-7b>
- USA v. Alexander López Huergo, judgment. United States District Court Southern District of Florida, (2017).
- USA v. Cynthia Vilches, indictment. United States District Court Southern District of Florida, (2016).
- USA v. Daylin Cabrera, judgment. United States District Court Southern District of Florida, (2017).

USA v, Daylin Cabrera, Raciél León y Alexander López. Indictment. United States District Court Southern District of Florida, (2016).

USA v. Elvis Hernández, indictment. United States District Court Southern District of Florida, (2016),

USA v. Francisco Correa Delgado, indictment. United States District Court Southern District of Florida, (2016).

USA v. Mildrey de la Caridad, Milka Yarlin Alfaro, Adriana Damas Jalil and Luis Enrique Luzardo, indictmen. United States District Court Southern District of Florida, (2016).

USA v. Raciél León, judgment. United States District Court Southern District of Florida, (2017).