

EDP UNIVERSITY OF PUERTO RICO, INC.

RECINTO DE HATO REY

ESCUELA GRADUADA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN

Especialidad en seguridad de información e investigación de fraude

ANÁLISIS DE CASO:

FRAUDE AL MEDICAID

Estados Unidos de América vs. Luis González Córdova, et. al.

Número de Caso: 16-098 (PAD)

REQUISITO PARA LA MAESTRÍA EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Especialidad en seguridad de información e investigación de fraude

Marzo, 2017

PREPARADO POR:

Luz M. Correa Guerra

Sirva la presente para certificar que el proyecto de investigación titulado:

ANLISIS DEL CASO:

FRAUDE AL MEDICAID

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA VS. LUIS GONZÁLEZ CÓRDOVA, et. al.

Número de Caso: 16-098 (PAD)

Preparado por:

Luz M. Correa Guerra

Ha sido aceptado como requisito parcial para el grado de:

Maestría en Sistemas de Información:

Especialidad en Seguridad de información e investigación de fraude.

Marzo, 2017

Aprobado por:



Dr. Miguel A. Drouyn Marrero, Director

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico primeramente a Dios, que me ha permitido llegar hasta aquí. En segundo lugar, a mi familia. Mi esposo José Guzmán, mis hijos Yadiel Carrasquillo y Zakiel Guzmán, ustedes son la verdadera razón para seguir hacia delante. A mi señora madre Luz M. Guerra Peña y a mi señor padre Samuel Correa Casanova. A esa segunda familia que surgió en la sala de clases, mis amigos: Zulinette Carril, Wanda Ortega, Ingrid Pérez, Julio Rivera, Sirwilliam Figueroa y Gabriel Collazo. A los profesores que, día a día brindan su conocimiento para formar a los profesionales del futuro. A todos, muchas gracias por contribuir de una u otra forma para que haya alcanzado mis metas académicas. Que Dios los bendiga.

TABLA DE CONTENIDO

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO	7
Introducción	7
Descripción del caso	8
Trasfondo.....	9
Descripción de hechos.....	10
SECCIÓN 2: REVISIÓN DE LITERATURA	20
Fraudes Involucrados	21
Leyes Aplicables.....	24
Casos Relacionados.....	27
Herramientas de Investigación	28
SECCIÓN: 3 SIMULACIÓN.....	30
SECCIÓN 4: INFORME DEL CASO	33
Resumen Ejecutivo.....	33
Objetivo.....	34
Alcance del Trabajo.....	34
Datos del caso	35
Resumen de hallazgo.....	36
Cadena de Custodia	37
Procedimiento.....	39
SECCIÓN 5: DISCUSIÓN DEL CASO.....	46
SECCIÓN 6: AUDITORÍA Y PREVENCIÓN.....	48
Trasfondo, Alcance y Objetivos.....	48
Resumen de hallazgo.....	49
Opinión de auditoría.....	49
Hallazgos detallados y recomendaciones	50
Fallas de los defraudadores.....	50

Fallas en la agencia gubernamental	50
SECCION: 7 CONCLUSIÓN	52
SECCION 8: REFERENCIAS	53

TABLA DE FIGURAS

Figura 1 Actos realizados por los acusados para cometer el fraude.....	32
Figura 2 pantalla de Inicio.....	40
Figura 3 captura de imagen.....	41
Figura 4 cotejo de errores.....	41
Figura 5 imagen en .EVE.....	42
Figura 6 imagen convertida a .DD.....	42
Figura 7 inicio de FTK Imager.....	43
Figura 8 archivos capturados con FTK.....	43
Figura 9 tabla de Excel.....	44
Figura 10 mensajes de texto.....	44
Figura 11 transferencia de dinero.....	45

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN Y TRASFONDO

Introducción

Según se establece en el caso *United States of America v Luis González Córdova* (2016), el programa Federal de salud Medicaid, está dirigido a proveer servicios de salud a aquellos individuos y familias de bajos recursos económicos. En Puerto Rico se conocen dichos servicios como “Mi Salud” o “Plan de Salud del Gobierno”. Los empleados de la oficina de Medicaid tienen la responsabilidad de evaluar las solicitudes hechas al en términos de la elegibilidad, la certificación y la recertificación de los solicitantes. Dicha elegibilidad es determinada por un técnico del programa, quien entrevista a la persona que solicita el servicio y tiene la responsabilidad de revisar y certificar que la prueba de ingreso y los recursos que proporciona el solicitante cumplen con los requisitos para la inscripción al programa. Las oficinas del Medicaid son administradas por los estados o por sus territorios de los Estados Unidos y como parte de la política administrativa, Puerto Rico recibe alrededor de mil millones en fondos federales para el programa de Medicaid.

Según expresiones oficiales de la Secretaria de Salud (2016), Ana Ríus Armendáriz indicó que el fraude al Medicaid atenta contra la integridad del programa y produce que se tenga que incurrir en gastos por beneficios que no proceden, agravando la ya inestable situación fiscal del gobierno.

Por otra parte, según José Soto Santiago, agente especial a cargo de la oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS-OIG por sus siglas en inglés), durante años esta oficina en la isla se ha dedicado a investigar fraude en el otorgamiento de equipo médico y aunque este tipo de fraude siempre ha sido un problema en Puerto Rico, el caso en donde se arrestaron a tres empleados del Departamento

de Salud y a cinco reclutadores por cualificar personas de forma ilegal para ser recipientes del programa Medicaid es el primero de este tipo que se procesa criminalmente en ese distrito (Correa, 2016).

Descripción del caso

Número de caso: 16-098 (PAD)

United States of America v. Luis González Córdova

Partes en el caso

Acusados

- Luis González Córdova

Co-acusados

- Karen Curet Nieves
- Orlando Negrón Bonilla
- Rubén Escalera Rivera
- Perfecto De León Toribio
- Luis Cáceres De León
- Luis Ángel García Rosa
- Andrea Jiménez De Jesús

Otras Personas Involucradas

- Seis mil personas cuya identidad no fue revelada, pero que se beneficiaron del esquema, entre ellos artistas, modelos y abogados.

Entidades Involucradas

- Departamento de Salud de Puerto Rico (Programa Medicaid).

Investigadores

- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- Oficina del Inspector General de Servicios Postales.
- Negociado Federal de Investigaciones (FBI)
- El Servicio Secreto.

Abogados y Fiscales

- Laronda R. Martin, Abogado de Defensa
- José Capo Iriarte, Jefe de los Fiscales
Distrito de Puerto Rico
- Luke Case, Fiscal Federal
Distrito de Puerto Rico
- Seth A. Erbe, Fiscal Federal
Distrito de Puerto Rico

Jueces

- Hon. Pedro A. Delgado Hernández
Juez de la Corte Federal para el Distrito de Puerto Rico

Trasfondo

Según Cabián (2016), la Jefa de Fiscalía Rosa Emilia Vélez dijo en conferencia de prensa que el 25 de febrero de 2016 fueron diligenciadas ocho órdenes de arresto por fraude al Medicaid. La intervención se relaciona con allanamientos que las autoridades federales

habían realizado en el pasado sobre el plan de salud del gobierno. Las personas arrestadas fueron identificadas como: Luis González Córdova, Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla, empleados del Departamento de Salud

De igual forma fueron arrestados Rubén Escalera Rivera, Perfecto León Toribio, Luis Cáceres De León, Luis Ángel García Rosa y Andrea Jiménez de Jesús, quienes no eran empleados del Programa de Asistencia Médica, sino que, fungían como “corredores” en otras palabras se encargaban de reclutar personas para ser calificadas de forma fraudulenta para recibir los beneficios del Medicaid.

También se indicó que el fraude fue estimado en más de diez millones (10) de dólares y más de seis mil (6,000) personas que se beneficiaron del esquema, aunque sus ingresos superaban los veinte y cuatro mil (\$24,000) dólares que es el tope establecido para cualificar y recibir los servicios.

Descripción de hechos

Según Estados Unidos de América vs. Luis González Córdova (2016), los acusados eran empleados del Departamento de Salud. González Córdova fungía como secretario en la oficina de Medicaid en Hato Rey y tenía a cargo los expedientes de los participantes y solicitantes del programa, mientras que Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla se destacaban como técnicos del programa y tenían la responsabilidad de evaluar y determinar la elegibilidad de los solicitantes del programa. De igual forma tenían la responsabilidad de entrar la información de las personas calificadas a la base de datos del programa de Medicaid (MEDITI por sus siglas en inglés).

Desde el 9 de julio de 2014 hasta el 10 de octubre de 2016, el trio de empleados había conspirado para llevar a cabo un esquema de fraude contra el Programa de Asistencia Médica mejor conocido como “Medicaid”. Su objetivo principal era enriquecerse por medio de la aceptación de pagos y sobornos a cambio de cualificar personas en el plan de salud del gobierno.

Aunque el esquema de fraude estaba compuesto por más de una persona, el acusado principal en este caso fue Luis González Córdova, este recibía de los corredores información de personas que deseaban obtener los beneficios del plan de salud del gobierno. Entre la información provista por los corredores se incluía: nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento y dirección. Una vez la información llegaba a manos de Córdova era cedida por mensaje de texto o nota a manuscrito a Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla para que de forma fraudulenta certificaran y entraran a la base de dato MEDITI la información de las personas cualificadas para que recibieran los beneficios del Medicaid. La cualificación se daba sin que estas personas se presentaran a la oficina del programa para determinar su elegibilidad según establece la ley.

Por otra parte los técnicos del programa aprobaban semanalmente entre (20) veinte a (30) treinta personas los cuales no cumplían con los requisitos para recibir dichos beneficios. El precio por la cualificación fluctuaban entre diez (\$10.00) a treinta (\$30.00) dólares por persona.

Una vez completada la certificación de los solicitantes, la información era transferida a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES por sus siglas en inglés), con el propósito de completar el proceso de inscripción con las diversas organizaciones de cuidado administrativo. Una vez completado el proceso de inscripción,

Managed Care (MCO por sus siglas en inglés) que es una entidad sub-contratada por el gobierno para administrar el costo, la utilización y la calidad de los servicios médicos, enviaba a las personas cualificadas fraudulentamente las tarjetas del plan de salud del gobierno a través del correo regular, por lo que ASES pagó primas mensuales con el propósito de que se proveyeran los servicios médicos necesarios, resultando en un pago fraudulento de fondos federales de Medicaid a Managed Care.

Para llevar a cabo el fraude, los acusados se valieron de las siguientes maneras y medios de conspiración.

1. Luis González Córdova y Orlando Negrón Bonilla utilizaron corredores para reclutar a individuos para ser inscritos de forma fraudulenta en el programa de salud del gobierno a cambio de sobornos en efectivo.
2. Algunos corredores recibieron pagos en efectivo a cambio de la remisión.
3. Los corredores llamaron por teléfono a Luis González Córdova con el propósito de inscribir fraudulentamente en el programa Mi Salud a cuidados.
4. Los corredores enviaron a Luis González Córdova mensaje de texto con nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento y dirección residencial con el propósito de inscribir fraudulentamente a individuos en el plan de salud del gobierno.
5. Los corredores llamaron y se reunieron personalmente con individuos con el propósito de inscribir de manera fraudulenta a individuos en el programa Medicaid.
6. Para evitar la detección del esquema, los acusados no se reunirían con los posibles participantes en la oficina de Santurce.

7. Los corredores solicitaron y recolectaron pagos en efectivo de individuos para ser usados como sobornos con el propósito de inscribir fraudulentamente a individuos en el programa.
8. Los corredores entregaron soborno en efectivo a Luis González Córdova con el propósito de inscribir fraudulentamente a individuos en el programa de salud.
9. Al recibir la información de identificación personal de los corredores, Luis González Córdova la reenvía a Karen Curet Nieves o a Orlando Negrón Bonilla vía mensaje de texto o nota manuscrita para ingresarlos a la base de datos MEDITI y crear un expediente para que pudieran recibir los beneficios de atención médica.
10. Con el fin de evitar la detención del esquema Luis González Córdova, Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla no creaban en la oficina un expediente físico de los participantes fraudulentos.
11. Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla certificaron a individuos en el programa Mi Salud a cambio de sobornos en efectivo o comisiones ilícitas, pero ellos no se reunían con las personas para determinar su elegibilidad según está establecido.
12. Las entradas falsas en la base de datos MEDITI realizadas por Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla fueron transmitidas a ASES.
13. ASES remitió a los solicitantes la entrada a la MCO para la expedición de la tarjeta de seguro médico.

14. La tarjeta de seguro de salud de la MCO fue enviada por el Servicio Postal de los Estados Unidos los solicitantes del plan utilizando la dirección proporcionada por Luis González Córdova, Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla.

15. Para minimizar el contacto directo con los individuos que fueron certificados fraudulentamente en el plan de salud del gobierno, Luis González Córdova utilizó intermediarios para entregar el formulario MA-10, que es la certificación de Aprobación de Elegibilidad del Medicaid.

16. Karen Curet Nieves cualificaba entre veinte a treinta individuos por semana en el programa Mi Salud, mientras que Orlando Negrón Bonilla llegó a cualificar hasta cinco personas por un costo de 10.00 cada uno.

17. Orlando Negrón Bonilla certificó en el programa a individuos que eran inelegibles para los beneficios de Mi Salud porque no eran ciudadano de los Estados Unidos, ni residente permanente de Puerto Rico.

19. Orlando Negrón Bonilla utilizó su propio corredor y también se reunió en múltiples ocasiones en la residencia de corredores para cobrar sobornos en efectivo a cambio de la inscripción fraudulenta de numerosas personas en el programa de salud del gobierno.

20. Karen Curet Nieves certificó en el Medicaid a un individuo que era fugitivo de la justicia.

21. Los demandados subestimaron los ingresos de los participantes y los recursos financieros aplicable de acuerdo con el tamaño del hogar para que pareciera que el participante calificó para recibir los beneficios de Mi Salud.

Según indicó el departamento de Justicia en la acusación formal, los acusados llevaron a cabo los siguientes actos a favor de la conspiración

El 2 de octubre de 2014, Luis González Córdova recibió un soborno en efectivo por la cantidad de \$50.00 dólares de un futuro participante, en este caso HGH para facilitar la inscripción fraudulenta al programa Mi Salud. Ese mismo día Orlando Negrón Bonilla certifico fraudulentamente a HGH.

El 11 de agosto de 2015, Rubén Escalera Rivera recibió el nombre, la dirección, el número de seguro social y la fecha de nacimiento de MFM, el día 19 del mismo mes recibió \$100.00 dólares en efectivo para la inscripción fraudulenta y el 24 de agosto del mismo año MFM fue certificado por Karen Curet Nieves

El 20 de septiembre de 2015, Luis González Córdova recibió un soborno en efectivo de \$50.00 dólares de AGV para facilitar la inscripción fraudulenta al Programa Mi Salud, el 21 de septiembre de 2015 AGV fue certificado por Karen Curet Nieves.

El 21 de septiembre de 2015 Orlando Negrón Bonilla certificó de forma fraudulenta a PVG.

En septiembre 29 de 2015, Luis González Córdova envía por mensajes de texto a Karen Curet Nieves el nombre y fecha de nacimiento de MAML con el propósito de inscribirlo en el programa Mi Salud, el 30 de septiembre de 2015 Karen Curet Nieves certificó fraudulentamente a MAML.

El 1 de octubre de 2015, Perfecto de León Toribio envía un mensaje de texto a Luis González Córdova con el nombre, el número de seguro social, la dirección y la fecha de nacimiento de WRG para ser inscrito en el programa. Ese mismo día Luis González

Córdova envía por mensaje de texto la información a Karen Curet Nieves y el 2 de octubre de 2015 Karen Curet Nieves certifica fraudulentamente a WRG en el programa Mi Salud.

El 25 de agosto de 2015 Perfecto de León Toribio se reunió con Luis González Córdoba en Santurce, Perfecto proporcionó a Luis la cantidad de \$ 40.00 en efectivo para ser certificado fraudulentamente en mi programa Salud.

El 29 de septiembre de 2015, Luis Cáceres de León recibió un pago de JOR vía ATH Mobile por la cantidad \$75.00 dólares para facilitar la inscripción fraudulenta el programa Mi Salud. El 6 de octubre de 2015, Luis Cáceres de León, envía por mensaje de texto a Luis González Córdoba el nombre, el número de seguro social y la fecha de nacimiento de JOR con el fin de inscribirlo de forma fraudulenta en el programa Mi Salud.

El 21 de septiembre de 2015, Luis Cáceres de León recibió de SEGV la cantidad de \$75.00 dólares en efectivo para facilitar la inscripción de su hijo menor PVG's al plan Mi Salud. El 20 de noviembre de 2015, Luis Cáceres de León discutió con SEGV los beneficios del esquema de inscripción fraudulenta

El 29 de septiembre de 2015, Luis Ángel García Rosa envió el nombre y la fecha de nacimiento de MAL a Luis González Córdoba para inscripción fraudulenta en el programa Mi Salud. Ese mismo día Luis Ángel García Rosa recibió un pago en efectivo de \$80.00 dólares de parte de MAL. Luis Ángel García Rosa pagó \$ 40.00 dólares a Luis González Córdoba para certificar fraudulentamente a MAL en el programa Mi Salud y compartió los restantes \$ 40.00 dólares con otro individuo.

El 5 de octubre de 2015, Andrea Jiménez de Jesús recibió un pago en efectivo de \$60.00 dólares para inscribir fraudulentamente a CVA, ese mismo día envió por mensaje de texto

a Luis González Córdova el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de CVA, luego se reúne con Luis González Córdova para pagarle dinero en efectivo por la inscripción de CVA en el programa Mi Salud. Todo esto en violación del Título 18 sección 1347 y 1349, del código de los Estados Unidos (Departamento de Justicia, 2016).

Acusaciones, Cargos y Penalidades

El 24 de febrero de 2016 un Gran Jurado devolvió una acusación de catorce condenas por numerosas violaciones del Título 18, del Código de los Estados Unidos, de los artículos 18 U.S.C. § 666(a)(1)(B), 18 U.S.C. § 371, 18 U.S.C. § 1347, 1349, 18 U.S.C. § 1341, 18 U.S.C. § 1028A(a)(1), 18 U.S.C. § 982, 21 U.S.C. § 853(p) y 28 U.S.C. § 2461(c). El pliego acusatorio contra los imputados incluyó los cargos por conspiración, fraude postal, soborno y robo de identidad agravada.

El principal acusado, Luis González Córdova, se expuso a un término máxima en prisión de diez (10) años y la imposición de una multa de no más de doscientos cincuenta mil dólares (\$ 250,000.00) y un plazo de libertad supervisada de no más de tres (3) años por la violación del Título 18, del código de los Estados Unidos, sección 666(a); 3559(a)(3); 3571(b)(3); 3583(b)(2). La pena antes mencionada también aplica por la violación de la sección 1347 y 1349 del mencionado código. También se expuso a una pena de prisión obligatoria de dos (2) años que deberán ser cumplidos consecutivamente, una multa no mayor de doscientos cincuenta mil dólares (250,000.00) y un término no mayor de un (1) año de libertad supervisada por la violación de la sección 1028A(a)(1) y (b)359(a)(5); 3571(b)(3); 3583(b)(3).

Luis González Córdova se declaró culpable aceptando así la responsabilidad penal que implica el haber violado el Título 18 del Código de los Estados Unidos, siendo sentenciado a una restitución de cien dólares (100.00) por cada violación, que será depositado en el fondo de víctimas de crimen, de acuerdo con la sección 3013(a) del código, una restitución por la cantidad de veinte mil dólares (20,000.00) correspondientes a los fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que fueron dispersados fraudulentamente como primas de atención médica como resultado de la conducta de Luis González Córdova. También se acordó una pena de prisión para el nivel total de ofensas de diecisiete (17) años por la violación Uno y Tres, más un período consecutivo de dos años de encarcelamiento por el cargo diez (Departamento de Justicia, 2016).

De igual forma se declararon culpables los coacusados de este caso. Las penalidades impuestas fueron de cien (100) dólares por cada violación, que sería depositado en el Fondo para Víctimas de Fraude. Una restitución que fue desde los mil ochocientos (1,800) hasta los cinco mil (5,000) dólares, que serían depositados a los Fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y una pena en prisión de seis años a los cuales se les disminuyó dos años por haber aceptado su responsabilidad de los actos fraudulentos, quedando así, con una pena de cárcel de cuatro (4) años (Departamento de Justicia, 2016).

Definición de términos

Según la enciclopedia jurídica (s.f.):

Conspiración -cuando dos o más personas se conciertan para la ejecución de un delito y resuelven ejecutarlo.

Fraude- acción que revela en su autor la voluntad de perjudicar a otro o de violar ciertas prescripciones legales.

Soborno- Delito consistente en ganarse la voluntad interesada de alguien, mediante dinero o regalos en especie.

Según Gallardo Law Firm (s.f.):

Robo de Identidad Agravada- transferir con conocimiento de causa, poseer o utilizar, sin autoridad legal, un medio de identificación de otra persona.

SECCIÓN 2: REVISIÓN DE LITERATURA

Introducción

Según Herrera (s.f.), la Red Global de Conocimiento en Auditoría y Control Interno establece que aunque existen tres elementos comunes en el triángulo de fraude que son: la motivación, la oportunidad y la racionalización, el más que amenaza a las instituciones es la oportunidad. Es evidente que cuando hay vulnerabilidad en los controles o lo que es aún peor, la falta de estos, facilita el camino para que el personal de una organización pueda cometer fraude.

De acuerdo con un informe realizado por Medicaid Integrity Group (MIG, por sus siglas en inglés) y que fue divulgado en el año 2012, se demostró que la Administración de Seguro de Salud para aquel entonces no contaba con métodos de supervisión. También se encontró que las tareas de identificar, investigar y referir los posibles casos de fraude fueron delegadas en solo dos aseguradoras quienes no referían las irregularidades que encontraban y no hacían los referidos necesarios a las autoridades pertinentes. Para ese entonces la isla había incumplido con seis áreas de las regulaciones federales y se habían identificados ocho vulnerabilidades en las operaciones del programa (Acevedo, 2015).

Según La Oficina del Inspector General (s.f.), indica que el malgasto, fraude o abuso al Medicaid puede existir cuando:

- Recibe pagos por servicios de Medicaid que no se prestaron o que no eran necesarios.
- Recibe servicios de Medicaid que no fueron aprobados.

- No dice la verdad sobre un problema de salud para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su identificación de Medicaid.
- Usa la identificación de Medicaid de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o los recursos que tiene.

Fraudes Involucrados

Las conductas delictivas como el fraude al Medicaid que propició acusaciones federales contra tres empleados del Departamento de Salud y cinco corredores o facilitadores, son algunas de las prácticas que han sangrado las arcas públicas de Puerto Rico. Es necesario que el país ponga su mayor esfuerzo en combatir los actos de corrupción en el servicio público, ya que, según el Banco Mundial, es un mal que cuesta alrededor de mil millones de dólares únicamente en sobornos pagados a funcionarios gubernamentales a nivel mundial (Atacar de raíz el fraude con fondos de salud, 2016).

José Ramos, director de La Oficina del Inspector General, indicó que para el año 2013 el fraude a Medicaid en la cubierta de farmacia fue en aumento. Este esquema consiste en que empleados o dueños de farmacias pagan a individuos que, en ocasiones no son recipientes del Medicaid, para que entreguen recetas falsas que son facturadas al plan médico, aunque los medicamentos prescritos en la receta no son despachados. Ramos, sostuvo que dicho esquema va de la mano con el ya tradicional esquema donde una persona proveniente de un punto de drogas, paga al empleado o dueño de la farmacia para que despache los medicamento de su receta falsa (Acevedo, 2013).

Ramos, también indicó que otro esquema de fraude al Medicaid es el de robo de identidad. En este caso pacientes beneficiarios de Medicare y Medicaid son víctimas del

robo de sus credenciales para factúrale a su plan médico recetas de medicamentos controlados, como por ejemplo las pastillas Percocet, que bien pudieran ser vendida en la calle de forma ilegal a un costo que va desde los ocho (8) a los diez (10) dólares.

También se da los casos de médicos que violan el estatuto federal de 'anti-kickback', ya que pagan o reciben una retribución económica por facturar servicios que no han sido ofrecidos o que no son necesarios, pero que luego son facturados a los planes médicos. Pero el esquema de fraude más común en la isla es por la facturación de equipos médicos.

Según Gallardo Law Firm (s.f.), los diez fraudes más comunes al Medicaid son:

Facturación de servicios no prestados: se puede dar por un análisis de sangre o radiografías que no fueron tomadas; por placas para dentaduras completas cuando en realidad fue parcial; o cuando un hogar de ancianos o un hospital continúa facturando servicios a un paciente que ya no está en el centro, ya sea por causa de muerte o de una transferencia.

Facturación Doble: Ocurre cuando se proveen las mismas facturas a dos compañías de seguros para un tratamiento, o cuando se entregan dos solicitudes de pago de un mismo beneficiario, por el mismo procedimiento y en la misma fecha.

Facturación de visitas fantasmas: Cuando un proveedor factura al Medicaid visitas de pacientes que nunca han sido atendidos.

Facturación de más horas de las que hay en un día: es cuando un proveedor infla la cantidad de tiempo que asiste a un paciente, como por ejemplo, un psiquiatra que factura por más de 24 horas un tratamiento psicoterapéutico en un mismo día .

Falsificación de Credenciales: Presentación de calificaciones de un proveedor con licencia con el fin de defraudar a Medicaid. Esto se da cuando un doctor permite que un asistente se haga pasar por un médico licenciado y este prescribe medicamentos para luego facturarlos al programa de Medicaid.

Sustitución de medicamentos genéricos: cuando se envía facturas de farmacia por el costo de un medicamento de marca más caro cuando realmente se suministró uno genérico que es sustancialmente más barato.

Facturación por servicios o pruebas innecesarias: cuando un proveedor falsifica el diagnóstico y los síntomas del paciente en un registro, cuando emite una factura para recibir remuneraciones por pruebas de laboratorio que no son necesarias.

Facturación de procedimientos más caros: el proveedor emite un coste por un procedimiento global cuando sólo se administró uno limitado, o cuando se factura la utilización de un equipo costoso y realmente se utilizó un sustituto barato.

Sobornos: cuando el propietario de un hogar de ancianos requiere de otro proveedor para compensar parte del dinero recibido por la prestación de servicios a los pacientes en un hogar de ancianos. Ejemplos de este tipo de pago incluyen los viajes de vacaciones, servicios personales y de mercancías, vehículos alquilados y los pagos de costos. Esta práctica da lugar generalmente a los servicios innecesarios que se realizan para generar ingresos adicionales para pagar los sobornos.

Informes de costos falsos: se da cuando se incluyen gastos personales en las reclamaciones al seguro médico.

Leyes Aplicables

En el caso antes expuesto Luis González Córdova junto con otros dos empleados de la oficina del Medicaid y cinco personas externas acordaron y ejecutaron un esquema de fraude contra la mencionada agencia del gobierno. A raíz de investigaciones y allanamiento que se hicieran con anterioridad las autoridades dieron con el compendio.

Los fraudes involucrados en este esquema fueron:

Según Cornell University Law School (s.f.):

Soborno, Título 18 del Código de los EE.UU. § 666(a) (1) (B), Cualquiera que sea, agente de una organización, o de un gobierno tribal estatal, local o indígena, o cualquier agencia de la misma, que desfalca, roba, obtiene por fraude, o de otra manera sin autoridad y se convierte a sabiendas en el usuario de cualquier persona que no sea el propietario legítimo o intencionalmente se aplica una multa de \$5,000 dólares o más.

(Ii) es propiedad de, o está bajo el cuidado, custodia o control de tal organización, gobierno o agencia; o (B) solicita corruptamente en beneficio de cualquier persona, o acepta cualquier cosa de valor de cualquier persona, con la intención de ser influenciado o recompensado en relación con cualquier negocio, transacción o serie de transacciones de dicha organización, gobierno o agencia que involucre cualquier cosa de valor de \$ 5,000 o más;

Conspiración para cometer una ofensa en contra de los Estados Unidos, Título 18 del Código de los EE.UU. § 371. Cualquier persona que haya creado o intentado crear cualquier esquema para defraudar, o para obtener dinero o bienes, mediante pretensiones falsas o fraudulentas, representaciones o promesas falsas y ejecute o pretenda ejecutar

dicho fraude mediante la transmisión mediante cable, radio o televisión, o cualquier comunicación interestatal o foránea, incluyendo cualquier escrito, señal, signo o sonido, será penalizado bajo este artículo con pago de multa o pena de cárcel por no más de 20 años o ambas penas según sea el caso.

Conspiración para cometer fraude de atención médica, Título 18 del código de los EE.UU. § 1347. Quienquiera que, consciente y deliberadamente, ejecute o intente ejecutar un esquema o artificio (1) defraudar cualquier programa de beneficios de atención médica; o(2) obtener, por medio de pretextos falsos o fraudulentos, representaciones o promesas de cualquier dinero o propiedad que pertenezca o esté bajo la custodia o control de cualquier programa de prestaciones de salud, en relación con la entrega o el pago por prestaciones, artículos o servicios de atención médica, será multado bajo este título o encarcelado por no más 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 encarcelada por no más de 20 años, o ambos; Y si la violación resulta en muerte, tal persona será multada bajo este título, o encarcelada por cualquier período de años o por vida, o ambos. Una persona no necesita tener conocimiento real de esta sección o intención específica de cometer una violación de esta sección. **Sección 1349**, toda persona que intente o conspire para cometer un delito bajo este capítulo estará sujeta a las mismas penas que las prescritas para el delito cuya comisión fue objeto del intento o conspiración.

Fraude Postal, Título 18 del código de EE.UU. §1341, 2(a) y 2(b), Quienquiera que haya ideado o pretenda idear algún esquema o artificio para defraudar, o para obtener dinero o propiedad mediante pretensiones, representaciones o promesas falsas o

fraudulentas, o para vender, disponer, prestar, intercambiar, distribuir, suministrar o adquirir para uso ilícito cualquier moneda falsa, obligación, seguridad u otro artículo, o cualquier cosa que se represente para ser dicho artículo falsificado o espurio, O artificio o intento de hacerlo, lugares en cualquier oficina de correos o depósito autorizado para el asunto del correo, cualquier cosa que sea enviada o entregada por el Servicio Postal, o depósitos o causas para ser depositados cualquier asunto o cosa que sea enviada o entregado por cualquier portador interestatal privado o comercial, o toma o recibe de él, cualquier cosa o causa a sabiendas que sea entregado por correo o tal portador según la dirección en él, o en el lugar en el cual está dirigido a ser entregado por la persona a quien se dirige, cualquier asunto o cosa, será multado bajo este título o encarcelado no más de 20 años, o ambos. Si la infracción ocurre en relación con, o implica cualquier beneficio autorizado, transportado, transmitido, transferido, desembolsado o pagado en relación con un desastre o emergencia principal declarado presidencialmente o afecta a una institución financiera, dicha persona será multada no más de \$ 1,000,000 o encarcelada no más de 30 años, o ambos.

Robo de Identidad Agravado, Título 18 del código de EE.UU. §1028A(a)(1), 2(a) y 2(b), (1) En general. Quienquiera que, durante y en relación con cualquier infracción de felonía enumerada en el inciso (c), transfiera con conocimiento de causa, posea o utilice, sin autoridad legal, un medio de identificación de otra persona, además de la pena provista para tal felonía, también una pena de prisión de 2 años.

Al cometer las diversas violaciones del Título 18 del Código de los Estados Unidos, el principal acusado de este caso se expuso una condenado o pena máxima en prisión de diez (10) años y la imposición de una multa de no más de doscientos cincuenta

mil dólares (\$ 250,000.00) y un plazo de libertad supervisada de no más de tres (3) años por la violación de la sección 666(a); 3559(a)(3); 3571(b)(3); 3583(b)(2). La misma penalidad aplicar por la violación de la sección 1347 y 1349; del código antes mencionado. También el acusado puede ser sentenciado a una pena de prisión obligatoria de dos (2) años que deberán ser cumplidos consecutivamente o cualquier otro período de encarcelamiento. El tribunal puede imponer una multa de no más de doscientos dólares (250,00.00) y un plazo de libertad supervisada de no más de uno (1) año por la violación de la sección, 1028A(a)(1) y (b); 3559(a)(5); 3571(b)(3); 3582(b)(3) (Estados Unidos de América vs Luis González Córdova, 2016).

Casos Relacionados

El fraude al Medicaid puede tener diferentes modalidades. A continuación les presentaré dos casos de fraude, que aunque no son bajo la misma modalidad del caso que se discute, de igual forma pone en riesgo a aquellas personas que realmente necesitan los servicios esenciales de atención médica.

El 31 de marzo de 2015, un gran jurado emitió ocho cargos contra Mercedes C-Bodden Fontana y Raymond I. Ramos Reyes por conspiración por robo de documentos del Gobierno, la transferencia ilegal de datos de identidad, robo de identidad agravada y revelación indebida de información de salud. Mercedes, quien era empleada de la oficina del Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico, accedía a los datos de los pacientes por medio de la base de datos del sistema llamado MEDITI, alegadamente tomaba fotos de la pantalla de la computadora para obtener los datos sensitivos, que incluían nombres de los pacientes, su número de Seguro Social y su fecha

de nacimiento, luego pasaba la información a Ramos quien a su vez vendía los datos a un tercero y pagaba una comisión a Mercedes (Departamento de Justicia, 2015).

El segundo caso es *United States of America v. Esformes*. Considerado por las autoridades federales como el mayor fraude al Medicaid, fue realizado por la empresa llamada Esformes que operaba en el sur de la Florida. La acusación señala que desde hace catorce años dicha entidad se asoció a médicos corruptos, proveedores de salud, farmacias, hospitales y clínicas en el sur de Florida, en una conspiración para presentar cuentas fraudulentas a Medicare y Medicaid. El gerente de la institución, Philip Esformes, la administradora hospitalaria Odette Barcha y el asistente médico Arnaldo Carmouze, fueron acusados de conspiración, obstrucción de la justicia, lavado de dinero y fraude al sistema de salud. Su esquema consistía en lograr que los pacientes fueran a los negocios controlados por Esformes, esto por medio de pago y sobornos. Una vez los pacientes se encontraban en las facilidades recibían tratamientos innecesarios, en ocasiones dañinos para su salud o muchas de la veces no recibían ningún tipo de tratamiento, sin embargo eran facturados a Medicare o Medicaid. Sin lugar a duda este caso estableció un precedente en este tipo de fraude que costó al gobierno federal y a los contribuyentes más de mil millones de dólares (Millonario Fraude al Medicaid en Miami, 2016).

Herramientas de Investigación

El uso de herramientas forenses informáticas garantiza que la identificación, obtención y análisis forense no alterará la evidencia, permitiendo a cualquier organización identificar el crimen informático, ubicar a los responsables para poder

iniciar la formalización legal de los hechos a través de una denuncia o una querrela (Guerrero, 2009).

Las herramientas de análisis forense utilizadas para el análisis de este caso fueron:

- FTK – Forensics Tool Kit – esta permitirá evaluar de forma rápida la evidencia electrónica, también extraer una imagen exacta sin alterar el contenido del dispositivo (Accessdata, 2016).
- Pro Discover- esta permitirá hacer una captura de las imágenes en .EVE, que luego serán convertidas a .DD para extraer la información contenida en dichas imágenes (ProDiscover, 2016).

SECCIÓN: 3 SIMULACIÓN

Introducción

La simulación de los hechos es parte fundamental en la investigación de un caso, la misma persigue la recreación de los pasos y actos realizados por él o los perpetradores del fraude, desde el inicio del esquema hasta consumado los actos delictivos.

Como se indica anteriormente, el esquema de fraude del caso estudiado se llevó a cabo por ocho individuos de los cuales tres eran empleados del programa de salud del gobierno “Medicaid”. Estos planearon, acordaron y organizaron la forma de como reclutar individuos para cualificarlas ilegalmente en el programa a cambio de un pago mensual que iba desde los diez hasta los treinta dólares.

La figura 1 muestra la secuencia de los actos realizados por los acusados para lograr el fraude. El primer contacto se daba cuando los corredores se acercan a personas sin cubierta de plan médico para proponer la oferta de la inscripción fraudulenta, la misma sería aceptada o rechazada por los individuos. Una vez aceptada, los corredores solicitaban la información personal e indicaban el costo que se cobraría mensualmente por la inscripción. La información obtenida por los corredores era suministrada a González Córdova, que a su vez la cedía por medio de mensaje de texto o nota escrita a los técnicos del programa para la cualificación. Los corredores obtenían una porción del pago recibido, la otra parte era entregada Luis González, que a su vez dividía el dinero restante entre él y el técnico que cualificara al individuo. Una vez la información pasara a manos de los técnicos, era introducida a MEDITI, la base de datos del programa Medicaid. Una vez la data es entrada, el sistema envía dicha información a ASES para completar el proceso de inscripción. Ya completado el proceso de inscripción ASES

remite la data a la MCO que es una agencia subcontratada para administrar el costo, la utilización y la calidad de los servicios de Medicaid. Esta última se encargaba de hacer el envío de tarjetas a través del correo tradicional a las personas calificadas.

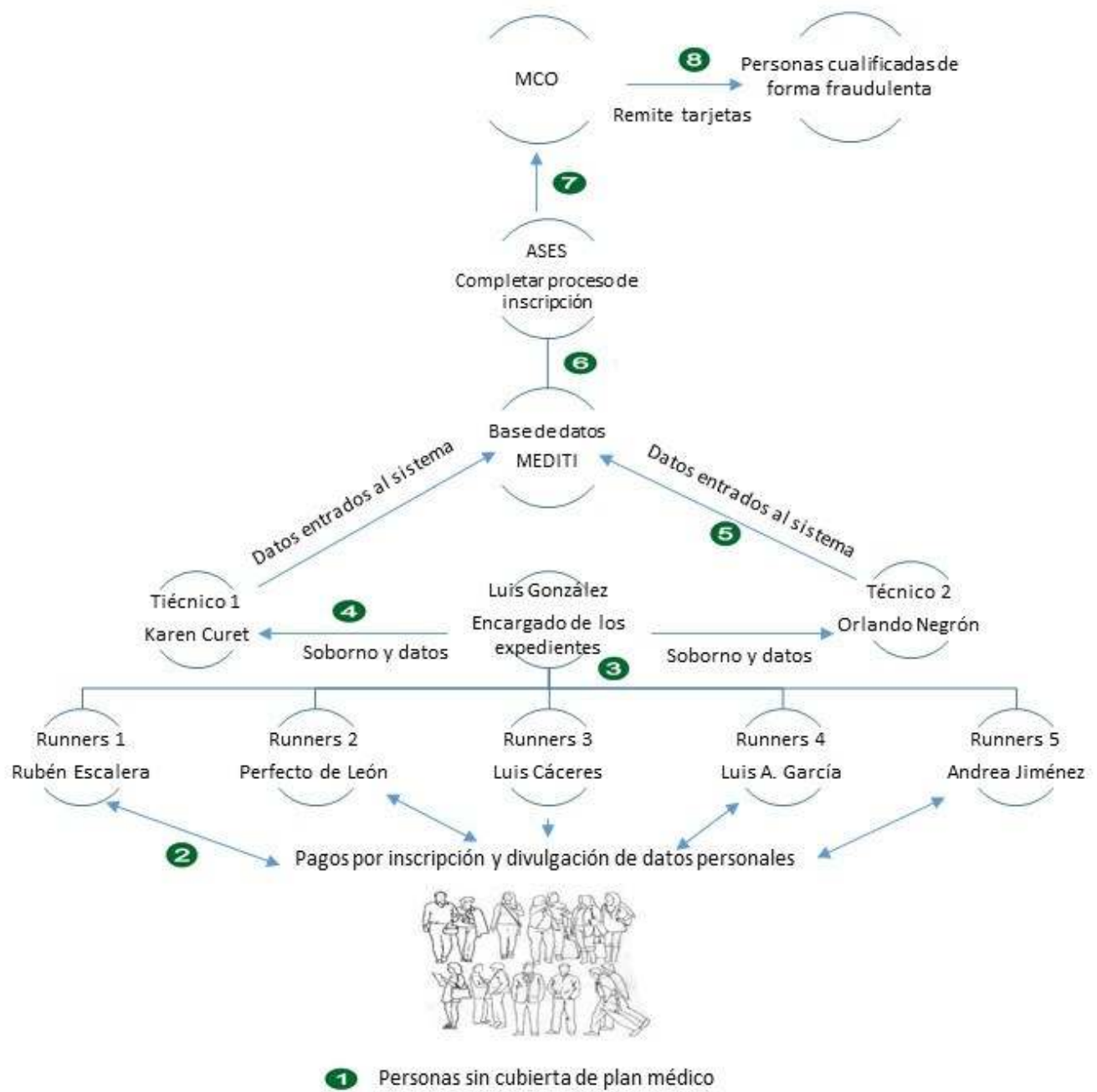


Figura 1 Actos realizados por los acusados para cometer el fraude.

SECCIÓN 4: INFORME DEL CASO

Resumen Ejecutivo

A continuación, se presenta un informe con el propósito de responder a una serie de interrogantes que surgieron a lo largo del análisis del caso United States of América v. Luis González Córdova, et. al. Se comunicó a mi oficina el Sr. José Capo Iriarte, jefe de los fiscales de la División Criminal de Puerto Rico, solicitando mi servicio para analizar un dispositivo incautado por las agencias gubernamentales que llevaron a cabo el allanamiento en las oficinas del Medicaid de Hato Rey.

La evidencia confiscada será sometida de forma rigurosa a una serie de análisis y pruebas, las cuales me permitirán confirmar la existencia de la falta y la responsabilidad de quienes figuran como presuntos responsables del delito. La información obtenida mediante el análisis servirá como prueba para sostener el caso y para que el Tribunal de Justicia obtenga el conocimiento necesario que le permita resolver el mencionado caso.

Una vez suministrada la evidencia, fue evaluada por esta servidora y pude comprobar la existencia de datos que vinculan directamente a Luis González Córdova y demás acusados en el esquema de fraude, como por ejemplo: una lista de Excel donde se detalla los nombres de personas calificadas, quien lo refirió, quien la calificó y la cantidad pagada por la inscripción, un archivo de Word con imágenes de mensajes de texto realizados entre los supuestos conspiradores planeando el esquema de fraude y un archivo de Word con imágenes de transferencia de dinero que fueron hechas por medio de ATH móvil.

Objetivo

El objetivo del análisis de la pieza de evidencia que me fue entregada es recobrar la data existente dentro del aparato informático para determinar el grado de relación entre esta y el alegado esquema de fraude que está siendo investigado por las autoridades pertinentes, de forma tal que dicha información pueda ser utilizada como prueba en un tribunal.

Las piezas de evidencia que será analizada es un Pendrive Sandisk de 32 GB color negro con detalle rojo.

Alcance del Trabajo

Durante el operativo los agentes encargados incautaron un Pendrive Sandisk de 32 GB negro con detalle rojo propiedad del Sr. Luis González Córdova, del cual se extrajo una imagen de la información contenida en el mismo. Ahora, el dispositivo será sometido a diversas pruebas de rigor para analizar de forma exhaustiva toda la información contenida en el mismo, para determinar la relación, si alguna, entre la información obtenida del análisis y la acusación realizada.

Con el objetivo de analizar de forma correcta la pieza de evidencia se utilizarán una serie de herramientas diseñadas específicamente para estos fines.

- Computadora Samsung Modelo NP-R540
- FTK – Forensic Tool Kit
- ProDiscover

El uso de herramientas forenses informáticas garantiza que la identificación, obtención y análisis forense no alterará la evidencia, permitiendo a cualquier organización identificar el crimen informático, ubicar a los responsables para poder iniciar la formalización legal de los hechos a través de una denuncia o una querrela (Guerrero, 2009).

Las herramientas utilizadas para el análisis de este caso fueron:

ProDiscover, esta me permitió capturar en .EVE la imagen contenida en el Pendrive Sandisk de 32 GB y luego convertirla a .DD (ProDiscover, 2016)

FTK – Forensic Tool Kit – con esta herramientas se analizó el contenido de la imagen capturada con la herramienta ProDiscover (Accessdata, 2016).

Datos del caso

Numero de caso: 16-098 (PAD)

Caso: United States of America v. Luis González Córdova et. al

Violación: Titulo 18 del Código de los Estados Unidos.

Acusado: Luis González Córdova

Co-acusados: Karen Curet Nieves, Orlando Negrón Bonilla, Rubén Escalera Rivera, Perfecto De León Toribio, Luis Cáceres De León, Luis Ángel García Rosa y Andrea Jiménez De Jesús

Investigadora: Luz M. Correa Guerra

Cliente: Departamento de Justicia Distrito de Puerto Rico

Representante: José Capo Iriarte

Descripción de los dispositivos utilizados

Los artefactos utilizados para el análisis del dispositivo entregado fueron:

Propiedad de CG Investigation Forensics

- Computadora Laptop Marca Samsung, Modelo NP-R540

Evidencia incautada

- Pendrive Sandisk de 32 GB, color negro con detalle rojo de donde se extrajeron las imágenes.

Resumen de hallazgo

Una vez realizada la investigación y analizado de forma rigurosa el dispositivo incautado, se encontró que el mismo contenía gran cantidad de información que pone a los acusados como autores de los delitos que se les imputa haber cometido. Los documentos encontrados fueron:

1. En el archivo Excel se encontró una lista de personas que cualificarían semanalmente. La misma contenía dirección, teléfono, número de seguro social y cantidad de dinero que se suponía pagaría la persona por ser cualificada.
2. En el archivo .txt se encontró imágenes de conversaciones hechas entre los supuestos conspiradores planeando el esquema de fraude e imágenes de transferencia de dinero hechas a través de ATH móvil.

Cadena de Custodia

La cadena de custodia garantiza el manejo adecuado de las evidencias y tiene el propósito de evitar la modificación, alteración o contaminación de la misma, desde el momento de la incautación en el lugar de los hechos, en su trayectoria por las distintas dependencias de investigaciones penales, en la entrega de los resultados ante la autoridad competente y la culminación del proceso penal (Ortega, s.f.).

Una evidencia puede ser o no ser admisible en un tribunal, esto dependerá de si fue manejada o no de forma adecuada. La cadena de custodia es el sistema documentado que se aplica a evidencia física para garantizar y demostrar las condiciones de identidad, integridad, preservación, seguridad, almacenamiento, continuidad y registro de forma tal que luego la evidencia pueda ser utilizada en un tribunal (Fierro, 2014).

Detalles de la Cadena de Custodia

A continuación se detallan cada paso dado por mi persona para llevar a cabo la cadena de custodia de las piezas de evidencia Pendrive Sandisk de 32 GB, color negro con detalle rojo relacionado al caso en investigación United States of América v. Luis González Córdova et. al.

Primer Evento

Evidencia recogida por: Luz M. Correa Guerra

Fecha: 27 de febrero de 2016

Hora: 8:00am

Agencia: CG Forensics Investigation

Evidencia entregada por: José Capo Iriarte

Agencia: El Negociado Federal de Investigaciones (FBI)

Lugar de recogido: Depósito del FBI

Destino de la entrega: Laboratorio CG Investigation Forensics

Número de piezas de evidencia: 1

Descripción Física: Pendrive Sandisk de 32 GB, color negro con detalle rojo.

Propósito: Análisis forense del contenido de los dispositivos.

Segundo Evento

Evento: Análisis de la evidencia

Evento verificado por: Luz M. Correa Guerra

Agencia: CG Forensics Investigation

Lugar del evento: Laboratorio CG Forensics Investigation

Fecha de comienzo: 27 de febrero de 2016

Hora: 8:00 am

Fecha de terminación: 27 de febrero de 2016

Hora: 5:00pm

Número de piezas de evidencia: 1

Descripción del evento: proceso para obtener y analizar las imágenes contenidas

en el dispositivo.

Tercer Evento

Evidencia recogida por: José Capo Iriarte

Agencia: Negociado Federal de Investigaciones

Evidencia entregada por: Luz M. Correa Guerra

Agencia: CG Investigation Forensics

Lugar de recogido: Laboratorio CG Forensics Investigation

Hora: 6:30pm

Destino de la evidencia: Depósito del FBI en Puerto Rico

Fecha: 27 de febrero de 2016

Número de piezas de evidencia: 1

Descripción física: Pendrive Sandisk de 32 GB, color negro con detalle rojo.

Propósito: Devolución de las piezas de evidencia debidamente analizada.

Procedimiento

Para analizar el Pendrive Sandisk de 32 GB, color negro con detalle rojo, se creará una copia de la data contenida en el dispositivo. Para estos fines se utilizará la herramienta de análisis FTK, que permite crear copias exactas de los datos sin alterar o realizar cambios a la evidencia real. De esta forma se podrá almacenar el dispositivo original en un lugar seguro para protegerlo contra daños accidental o intencional, mientras se lleva a cabo la investigación (Caballero, 2014).

Una vez creada la imagen de los archivos contenidos en el dispositivo, se procederá a realizar un análisis forense. Para llevar a cabo dicho análisis se estará utilizando la herramienta de análisis ProDiscover, esta potente herramienta de seguridad informática permite ubicar todos los datos en un disco de computadora y al mismo tiempo proteger pruebas y crear informes de evidencia de calidad para uso en procedimientos legales (ProDiscover, 2016).

Según indica Juristas Forenses y Asociados, (2012) la herramienta de análisis nos permitirá obtener información sobre los dispositivos utilizados por la persona, identificar correos electrónicos, archivos y lugares visitados en el internet entre otros.

Se utiliza la herramienta ProDiscover para crear una imagen de la información contenida en el Pendrive Sandisk de 32 GB, color negro con detalle rojo.

Inicio de la herramienta ProDiscover para capturar las imágenes.

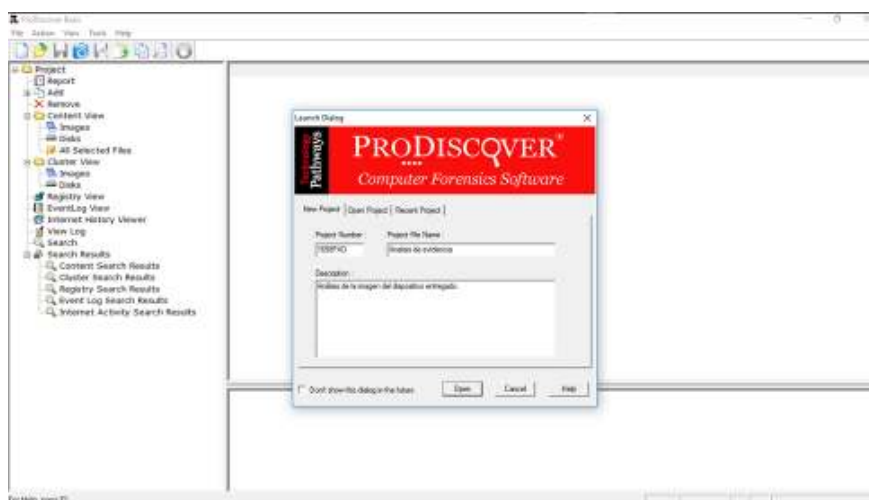


Figura 2 pantalla de Inicio.

La herramienta ProDiscover comienza el proceso para capturar la imagen de los archivos contenidos en el Pendrive Sandisk de 32 GB.



Figura 3 captura de imagen.

La herramienta ProDiscover comienza el cotejo para identificar errores.

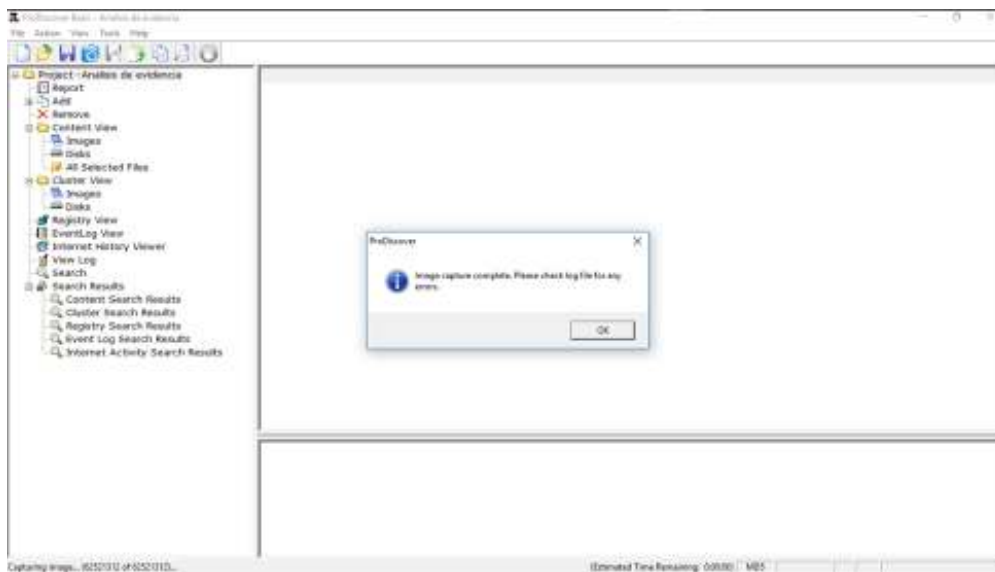


Figura 4 cotejo de errores.

ProDiscover extrajo la imagen en .EVE

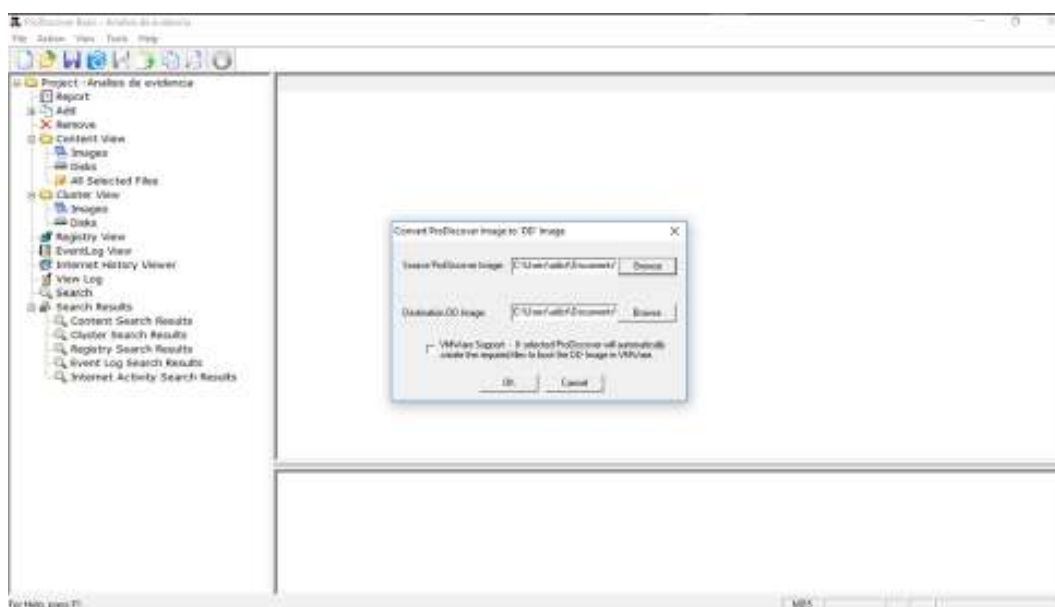


Figura 5 imagen en .EVE.

La imagen extraída en .EVE fue convertida a .DD

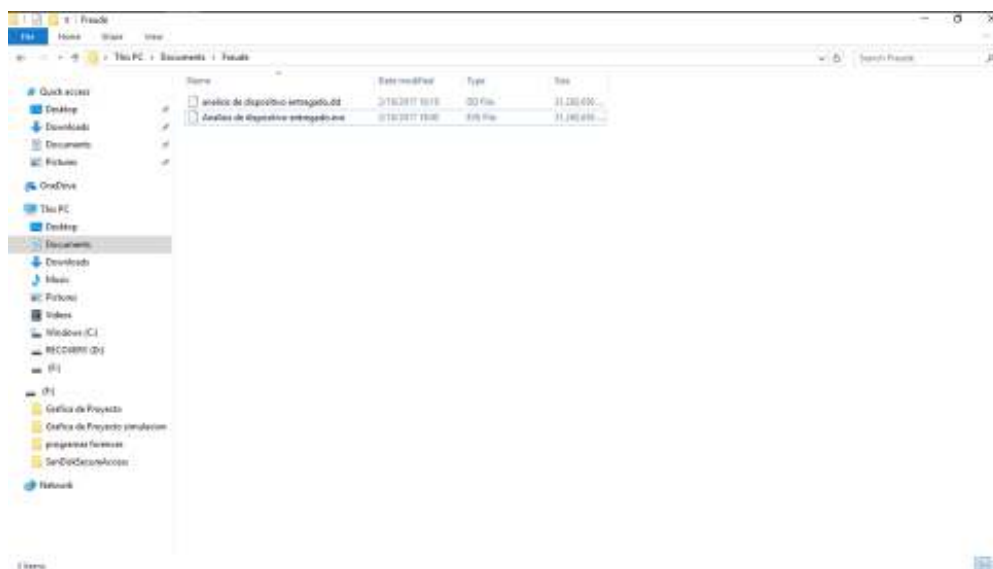
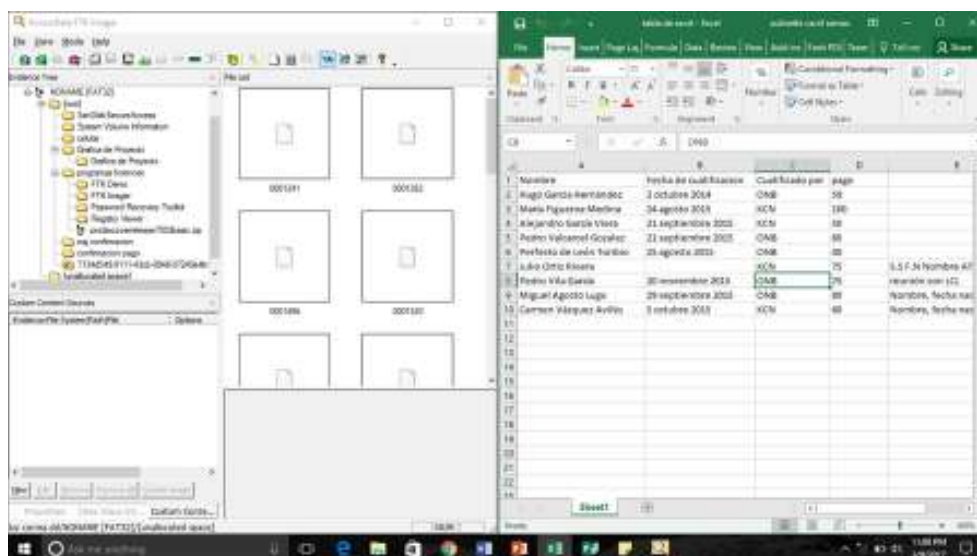


Figura 6 imagen convertida a .DD.

Se encontró archivo en Excel que contiene una tabla, con nombre, seguro social, cantidad de pagos, etc.



Nombre	Fecha del cual empieza	Cuánto pagó	#Pagos
Ricardo García Hernández	3 octubre 2014	CMB	58
Maria Figueroa Medina	24 agosto 2014	XCN	180
Alejandro García Vique	21 septiembre 2003	XCN	88
Patric Valenzuela Goyales	21 septiembre 2003	CMB	88
Perfesta de León Turiso	29 agosto 2003	CMB	88
Luis Ortiz Rivera		XCN	25
Patric Vila Garcia	30 noviembre 2014	CMB	29
Miguel Agosteo Lugo	29 septiembre 2003	CMB	88
Carmen Márquez Avilán	1 octubre 2014	XCN	68

Figura 9 tabla de Excel.

Se encontró archivo en .txt de mensajes de textos.

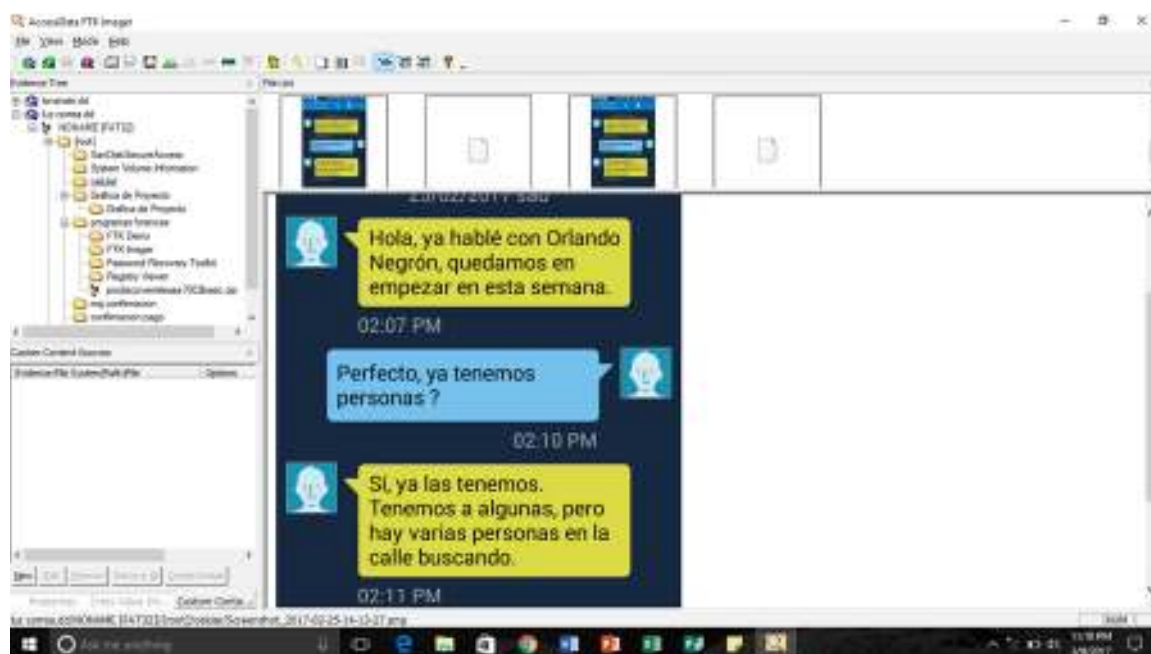


Figura 10 mensajes de texto.

Se encontró archivo encontrado en .txt de transferencia de dinero vía ATH móvil.

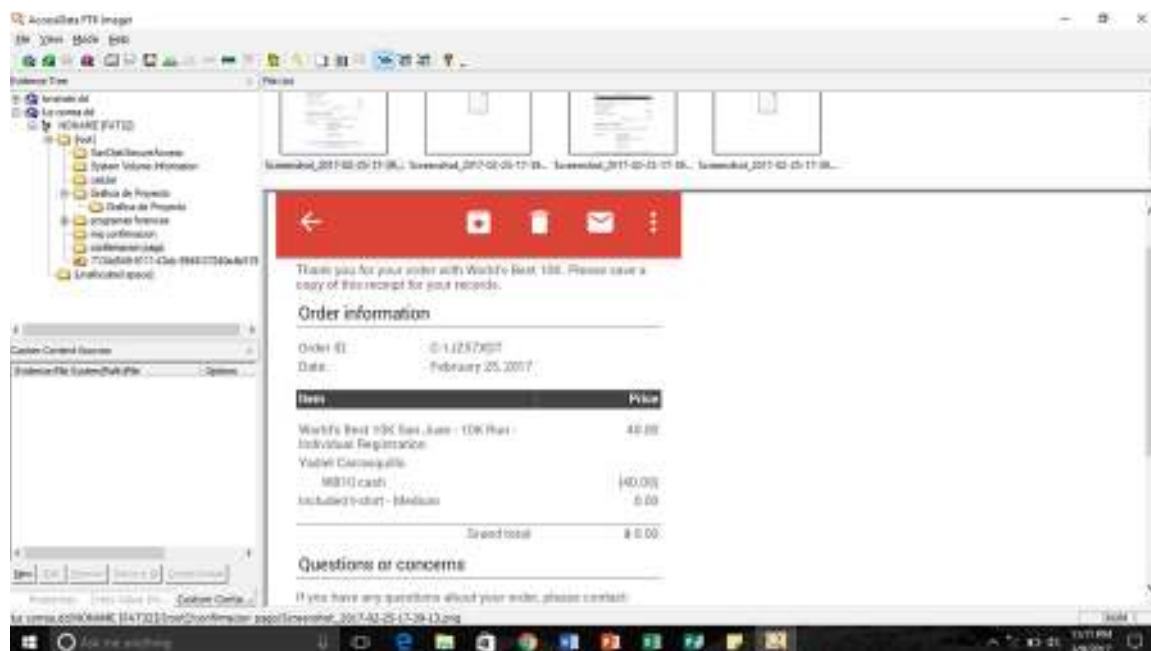


Figura 11 transferencia de dinero.

SECCIÓN 5: DISCUSIÓN DEL CASO

Una vez finalizado el análisis de los documentos contenidos en el dispositivo incautado, se llega a la conclusión de que el señor Luis González Córdova y de más coacusados en el caso, crearon un plan para reclutar personas y cualificarlos de forma ilegal en el plan de salud del gobierno con el objetivo de lucrarse monetariamente a cambio de dichas cualificación.

Se puede observar que aunque el fraude involucró a un gran número de personas en términos de individuos cualificados ilegalmente, las operaciones realizadas por el grupo para cometer los actos delictivos no fueron tan complejas. Mientras un grupo de cinco personas se dedicaban a reclutar individuos, Luis González esperaba el momento en que los reclutadores les enviaran la información de las personas que deseaban obtener los beneficios del Medicaid. Una vez obtenida dicha información, Luis González Córdova la cedía a Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla, entonces se procedía a alterar la misma para que los solicitantes pudieran cualificar para recibir los beneficios. Mientras Karen Curet Nieves y Orlando Negrón Bonilla cualificaban entre veinte y treinta personas semanalmente, Luis González Córdova se encargaba de no crear un expediente físico en la oficina para no levantar sospecha.

Según se pudo corroborar en los documentos del Departamento de Justicia de Puerto Rico, los imputados fueron acusados de la comisión de los siguientes delitos:

- ✓ Conspiración
- ✓ Fraude Postal
- ✓ Soborno
- ✓ Robo de Identidad Agravada

Luego de analizar detalladamente la información contenida en el dispositivo incautado por el Negociado Federal de Investigaciones en las oficinas del Medicaid en Hato Rey. Se concluye que la información obtenida y analizada, relacionan directamente a Luis González Córdova y los coacusados con los delitos consumados. La imágenes obtenidas son explícitas y demuestran como por medio de conversaciones de mensaje de texto conspiraron, organizaron y acordaron la estrategia a seguir para llevar a cabo el fraude. De igual forma se muestra imágenes de transferencia de dinero realizada por ATH móvil y una lista de personas donde se detalla nombres de personas calificadas, iniciales de persona que la calificó, costo por inscripción y fecha de cualificación.

Como en muchos casos las personas que cometen un delito piensan que nunca serán descubiertos. Al parecer era la forma de pensar de este grupo cuando calificaban a personas de forma desmedida en el Medicaid.

SECCIÓN 6: AUDITORÍA Y PREVENCIÓN

Esta sección tiene como propósito auscultar las razones que pueden llevar a una persona a cometer fraude. La identificación de las vulnerabilidades que pueda tener una entidad o los sistemas que la integran es fundamental para prevenir el fraude. En muchos de los casos factores como la falta de recursos económicos por parte de la organización para implementar los controles adecuados que permitan identificar esas fallas, abre la ventana de oportunidades que puede ser aprovechada por los individuos para llevar a cabo prácticas negativas para la organización (Teruel, 2013).

Es necesario que las organizaciones sean orientadas para que no brinde oportunidades para cometer fraudes (Herrera, s.f.).

Trasfondo, Alcance y Objetivos

Cada fraude tiene tres elementos que lleva a una persona a consumir el acto delictivo. Estos tres componentes son: la motivación, la oportunidad y la racionalización. En el caso analizado podemos inferir que la motivación de los acusados era obtener un beneficio económico aunque, no podemos precisar si fue motivado por algunas de la razones típicas como por ejemplo: sentir que no se les pagaba lo suficiente por el trabajo que realizaba, quizás pensaba que estaban tomando algo prestado, pudiera ser que tuviesen alguna adición a juegos o drogas o simple y sencillamente ellos pensaban que “Me lo deben porque me lo merezco”.

Lo que sí se pudo precisar fue que los inculpados identificaron muy bien la oportunidad para cometer el fraude y que ellos pensaron que el hecho de no crear de forma física un expediente en la oficina sería suficiente para no ser descubiertos. Los acusados utilizaron su posición de fianza para introducir a la base de datos del Medicaid

información falsa para que personas cualificaran ilegalmente para recibir los beneficios del plan de salud del gobierno, a cambio de que dichas personas les pagaran una mensualidad y de esta forma lucrarse económicamente. El establecimiento de controles internos en un organismo ya sea público o privado es fundamental para minimizar las vulnerabilidades que pueda tener un sistema y evitar que se dé la oportunidad para que personas puedan cometer fraude.

Como es común en muchos de los casos de fraude ninguno de los acusados tenían expediente criminal previo. Saber cuál fue la racionalización de los perpetradores eso no lo tenemos claro, quizás pensarían que merecían el dinero que cobraban a las personas cualificadas ilegalmente.

Resumen de hallazgo

Durante el período de investigación salieron a relucir una serie de factores los cuales pudieran ser las causas principales para que se de este tipo de esquema de fraude. De las fallas cometidas por los perpetradores se pudo identificar el exceso de confianza y la ambición desmedida. Por parte de la entidad gubernamental se identificó falta de controles internos, supervisión y adiestramiento al personal.

Opinión de auditoría

Luego de un análisis detallado de la evidencia encontrada se pudo confirmar que el sistema tenía una serie de vulnerabilidades que, en combinación con la ambición desmedida de los acusados proveyeron la oportunidad perfecta para cometer el fraude. Las vulnerabilidades encontradas serán analizadas con el objetivo de establecer controles internos adecuados que permitan prevenir este y otros tipos de fraudes contra el sistema.

Hallazgos detallados y recomendaciones

Las fallas identificadas serán divididas en dos grupos, las realizadas por los defraudadores y las fallas por parte de la entidad gubernamental.

Fallas de los defraudadores

Exceso de confianza- la mayoría de las personas que cometen fraude creen o piensan que nunca serán descubiertas. Como los acusados de este caso no creaban un expediente físico de las personas calificadas, confiaban totalmente que no serían descubiertos.

Ambición desmedida- en muchas ocasiones el querer llevar una vida ostentosa y la codicia por el dinero lleva a las personas a cometer fraude.

Abuso de posición privilegiada- los empleados se aprovecharon de su facultad para aceptar un soborno a cambio de una contrapartida, en este caso la cualificación de personas para recibir los beneficios del Medicaid.

Fallas en la agencia gubernamental

Controles internos adecuados- la debilidad en los controles contribuye en gran manera a la comisión del fraude, estas debilidades son identificadas y explotadas por los estafadores que en su mayoría son motivados por el lucro personal. En el caso expuesto se evidenció la falta de controles internos. En las oficinas de Medicaid el personal lleva una bitácora de las personas que serán atendidas durante el día. Uno de los controles fundamental que debió haberse llevado a cabo es un doble cotejo, donde un empleado de más alto nivel pueda parear los nombres de la lista de las personas citadas con las calificadas en la base de datos del sistema. Otro control pudiera ser que el técnico deba

solicitar aprobación de un supervisor luego de realizado el trámite para cualificar a una persona. De esta forma se evitara que el personal pueda realizar cualificaciones fraudulentas. Corroborar que en efecto las personas citadas cuentan con un expediente físico en la oficina es fundamental para evitar el fraude. Seria de mucho beneficio adquisición por parte de la entidad gubernamental de una especie de sistema que provea las herramientas para que cada técnico al finalizar su turno de trabajo debas tirar un reporte de las personas cualificadas para que este listado se pueda confrontar con la lista de personas citadas. La falta de controles adecuados allana el camino para que empleados inescrupulosos cometan este y otros tipos de fraude.

Supervisión- es fundamental supervisar los controles internos para garantizar que los procesos se encuentran funcionando según lo establecido por la organización. De haber existido una supervisión adecuada se hubiese podido identificar y corregir las deficiencias o debilidades del sistema.

Adiestramiento al personal- en cualquier organización es fundamental promover la política de cero tolerancia al fraude, ya sea a través de sanciones impuestas a las personas que cometan el delito. También es fundamental proveer constante adiestramiento a los empleados de cómo prevenir y detectar el fraude. De igual forma es imprescindible brindar las herramientas para que aquellos empleados que tengan la sospechas de que se está cometiendo un fraude puedan denunciarlo a las autoridades correspondiente sin temor a represarías. El adiestramiento al personal es imprescindible para crear o fortalecer una cultura organizacional que no tolere el fraude.

SECCION: 7 CONCLUSIÓN

El presente trabajo es de suma importancia, pues nos plantea interrogantes tales como: ¿Cuan vulnerable es el sistema de atención médica? ¿Con cuanta frecuencia se dan los casos de fraude al Medicaid? ¿Cómo este tipo de fraude afecta a las personas más vulnerables del sistema? Y ¿Cómo el gobierno y las agencias pertinentes trabajan para evitar este y otros tipos de fraude al Medicaid. Es evidente el sistema tiene sus vulnerabilidades que deben ser atendidas para evitar fraude futuros bajo esta modalidad u otros que puedan surgir conforme pasa el tiempo. El fraude al Medicaid es más frecuente de lo que imaginamos, pero es importante resaltar que la modalidad más utilizada es por la facturación de equipos médicos no necesarios y por servicios no son prestados. En Puerto Rico es la primera vez que el Medicaid sufre fraude bajo esta modalidad. El fraude al Medicaid afecta en gran manera, esta conducta tiene como resultados el desembolso en pagos innecesarios, lo que se traduce en que se prive de los servicios de plan médico a personas que realmente lo necesitan.

El análisis de este caso me permitió experimentar los procesos realizados en cada etapa de una investigación forense. También tuve la oportunidad de comprender más a fondo lo compleja que puede ser una investigación forense y su importancia para esclarecer algún caso de fraude. De igual forma pude poner en práctica las destrezas adquiridas durante el periodo de tiempo que duraron los estudios para alcanzar el grado de maestría.

SECCION 8: REFERENCIAS

- Access data. (2016). Forensic Tool Kit (FTK). Recuperado de <http://accessdata.com/solutions/digital-forensics/forensic-toolkit-ftk>.
- Acevedo, E. (2013, agosto 24). El fraude en la salud se mueve hacia las farmacias y medicamentos. Noticel. Recuperado de <http://www.noticel.com/noticia/146990/el-fraude-en-la-salud-se-mueve-hacia-las-farmacias-y-medicamentos.html>
- Acevedo, E. (2015, abril, 22). Auditoria Federal Refleja Dejadedez con Reforma de Salud. Recuperado de <http://www.noticel.com/noticia>
- Atacar de Raíz el Fraude con Fondos de Salud. (2016, febrero, 27). *El Nuevo Día*. Recuperado de <http://www.elnuevodia.com/opinion/editoriales/atacarderaizelfraudeconfondosdesalud-editorial-2167342/>
- Caballero, A. (2014, mayo 02). Crear la Imagen Forense desde una Unidad Utilizando FTK Imager. Recuperado de http://www.reydes.com/d/?q=Crear_la_Imagen_Forense_desde_una_Unidad_utilizando_FTK_Imager
- Cabián, M. (2016, feb, 25). Operativo por Fraude al Medicaid. *El Nuevo Día* Recuperado de <http://www.elnuevodia.com/noticias/seguridad/nota/operativoporfraudealmedicaid-2166589/>
- Cornell University Law School. (s.f.) Legal Information Institute. Recuperado de [https://www.law.cornell.edu/search/site/Titulo%2018%20Us?f\[0\]=im_field_tax_cfrvocab%3A5079223](https://www.law.cornell.edu/search/site/Titulo%2018%20Us?f[0]=im_field_tax_cfrvocab%3A5079223)

Correa, M. (2016, marzo, 07). Firme la lupa sobre casos de fraude en salud. *El Vocero*.

Recuperado de <https://issuu.com/vocero.com/docs/v03072016>

Departamento de Justicia Distrito de Puerto Rico. (2015). Departamento de Salud

empleado y otro individuo acusado de robo de los registros del gobierno y el robo de identidad agravado. Recuperado de <https://www.justice.gov/usao-pr/pr/pr-department-health-employee-and-another-individual-indicted-theft-government-records-0>

Departamento de Justicia. (2016) En el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el

Distrito de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico Recuperado de

<https://www.justice.gov/opa/file/828476/download>

Enciclopedia jurídica. (s.f.) Página inicial de nuestra Enciclopedia Jurídica. Recuperado

de <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/inicio-encyclopedia-diccionario-juridico.html>

Estados Unidos de América vs Luis González Córdova. (Tribunal de Distrito de los

Estados Unidos para el Distrito de Puerto Rico, 2016) Recuperado de

<https://www.justice.gov/opa/file/828476/download>

Expresiones oficiales de la Secretaria de Salud en torno a los arrestos por fraude al

Medicaid. (2016) Foro Noticioso. Recuperado de [http://www.foronoticioso](http://www.foronoticioso.com/fn/expresiones-oficiales-de-la-secretaria-de-salud-en-torno-a-los-arrestos-por-fraude-a-medicaid/)

[.com/fn/expresiones-oficiales-de-la-secretaria-de-salud-en-torno-a-los-arrestos-por-fraude-a-medicaid/](http://www.foronoticioso.com/fn/expresiones-oficiales-de-la-secretaria-de-salud-en-torno-a-los-arrestos-por-fraude-a-medicaid/)

Fierro, C. (2014, octubre, 16). Cadena de Custodia. Recuperado de [http://es.slideshare](http://es.slideshare.net/csfg25/cadena-de-custodia-criminalistica)

[.net/csfg25/cadena-de-custodia-criminalistica](http://es.slideshare.net/csfg25/cadena-de-custodia-criminalistica)

- Gallardo Law Firm (s.f) Fraude en la atención médica en Miami. Recuperado de <https://gallardolawyers.com/defensa-criminal/fraude-en-la-atencion-medica-en-miami>
- Guerrero, A. (2009). Informática forense y sus beneficios. *Revista Boliviana*. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1997-40442009000200025&script=sci_arttext
- Herrera, C. (s.f.) Elementos del Fraude Recuperado de <https://auditool.org/blog/fraude/249-elementos-del-fraude>
- Millonario Fraude al Medicaid en Miami. (2016,julio,22). *El Nuevo Día*. Recuperado de <http://www.elnuevodia.com/noticias/internacionales/nota/multimillonariofraudeal-medicareenmiami-2223371/>
- Oficina del Inspector General. (s.f.). Que es el Fraude, el Despilfarro y el Abuso Recuperado de <http://oig.ssa.gov/espanol>
- Ortega, L. (s.f.) Manual Único de Procedimientos en Materia de Cadena de Custodia de Evidencia Física. Recuperado de http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_ma-n_cad_cust.pdf
- ProDiscover. (2016). The Arc Group of New York. Recuperado de <http://www.arcgroupny.com/products/prodiscover-basic/>
- Teruel, S. (2013, julio 26). La importancia de detectar el fraude interno. Recuperado de <http://www.captio.net/blog/la-importancia-de-detectar-el-fraude-interno>