



TRABAJANDO JUNTOS CONTRA EL FRAUDE AL MEDICAID

por Greg Abbott, Procurador General de Texas

POCO DESPUÉS DE SER ELECTO COMO EL 50º Procurador General de Texas, se formó un equipo especial para analizar cuidadosamente cuáles serían los temas a los que se les daría prioridad en mi nueva administración. Casi de inmediato, concluimos que tomar medidas firmes contra el malgasto, fraude y abuso al programa Medicaid sería una de las principales prioridades. En ese entonces, tan solo la magnitud y el costo de dicho programa, que es financiado por los contribuyentes y que paga la atención médica de texanos económicamente necesitados, fueron suficientes para saber que debería ser una alta prioridad para la Procuraduría General identificar y prevenir el fraude al Medicaid.

Afortunadamente ese instinto inicial de mi administración ha probado ser de valor dado el éxito sin precedente que hemos tenido en la prevención del fraude al Medicaid. Desde 2002, medidas adoptadas por la Procuraduría General contra el fraude han resultado en más de 900 procesos penales, identificado más de 850 millones de dólares en sobrepagos fraudulentos y recuperado otros mil millones de dólares para los contribuyentes. Cada dólar que se malgasta por fraude es una ofensa contra los contribuyentes cuyos impuestos sostienen al programa Medicaid, por eso no nos vamos a conformar con celebrar nuestro pasado, sino reafirmamos nuestros esfuerzos planeando a futuro el desarrollo e

implementación de nuevas iniciativas para erradicar el fraude al Medicaid.

Financiado conjuntamente por el gobierno estatal y federal, el programa Medicaid de Texas es administrado por el Estado de Texas pero está sujeto a varios reglamentos federales. Generalmente, cuando un proveedor o abastecedor médico proporciona bienes o servicios a un beneficiario de Medicaid, estos cobran al programa Medicaid, del mismo modo que cobran a las compañías de seguro privado por servicios a personas con cobertura de seguro médico.

El fraude puede tomar muchas formas. Si un abastecedor de dispositivos médicos entrega una caja de productos a un beneficiario de Medicaid pero cobra al programa por dos cajas, entonces Medicaid ha sido defraudado porque los contribuyentes han sido facturados por bienes que no fueron entregados. El mismo principio aplica al terapeuta, dentista o doctor que envía factura a Medicaid por servicios jamás realizados.

Bajo la ley de Texas, las compañías de fármacos que quieren beneficiarse de la venta de sus productos farmacéuticos participando en el programa Medicaid deben reportar sus precios de mercado al Estado. Si reportan un precio inflado, esto causa que Medicaid reembolse más de lo que debe a las farmacias. Reportar un precio falso e inflado constituye un fraude contra el programa. Igualmente, los doctores y

dentistas que atienden a pacientes con Medicaid también están sujetos a leyes que gobiernan a proveedores, y deben facturar al programa Medicaid solo por servicios autorizados bajo la ley estatal. Como resultado, si un dentista le cobra a Medicaid por frenos estrictamente cosméticos y no autorizados por ley estatal, ya que el programa generalmente solo cubre tratamientos médicamente necesarios, entonces a los contribuyentes se les ha cobrado de forma ilícita por servicios que no están cubiertos por Medicaid.

Como un líder innovador en este campo, Texas fue el primer estado en el país en tomar acción legal contra un fabricante de medicamentos por reportar de forma inapropiada el precio de sus medicamentos al Medicaid. Desde 2002, la Procuraduría General ha recuperado más de 550 millones de dólares en sobrepagos fraudulentos de compañías farmacéuticas que incorrectamente reportaron precios inflados ante el programa Medicaid.

Los mil millones de dólares recuperados por fraude al Medicaid que hemos asegurado en la última década principalmente resultaron de acciones de derecho civil entabladas por nuestra División de Fraude al Medicaid contra compañías farmacéuticas. Por otro lado, los más de 800 millones de dólares en sobrepagos que hemos identificado reflejan los esfuerzos de nuestra Unidad de Control de Fraude al Medicaid (MFCU), que

realiza investigaciones penales en base a informes remitidos por autoridades locales del orden, ciudadanos y agencias estatales como la Oficina del Inspector General de la Comisión de Salud y Servicios Humanos.

Un aspecto importante de MFCU es proteger a pacientes de Medicaid en clínicas residenciales. Junto con oficiales locales del orden, MFCU investiga y procesa a empleados que descuidan o abusan de sus pacientes. Medicaid paga a clínicas residenciales por cuidar a pacientes y cuando ocurre abuso o descuido se ha perpetrado un delito contra el paciente y Medicaid. En estos casos, nuestros esfuerzos son particularmente importantes porque no solo se trata de fraude económico, sino también de hacer responsables a los abusadores del maltrato que han dado a los pacientes que se supone deberían de cuidar.

Con el marcado aumento en el costo de servicios médicos a lo largo del país y Medicaid consumiendo una porción cada vez mayor del presupuesto estatal, es más importante que nunca investigar vigorosamente y procesar legalmente el fraude contra Medicaid. Es de vital importancia que cada dólar de Medicaid sea dedicado al cuidado médico de texanos de escasos recursos y no al fraude. Esperamos continuar haciendo una diferencia de mil millones de dólares para los contribuyentes de Texas.

– Marzo 2013