

EN EL TRIBUNAL DE DISTRITO DE ESTADOS UNIDOS
PARA EL DISTRITO ESTE DE TEXAS
DIVISIÓN DE PARIS

LINDA FREW, et al.,	§	
Demandantes,	§	
	§	
contra	§	DEMANDA CIVIL NÚM. 3:93CV65
	§	JUEZ SUPERIOR WILLIAM
ALBERT HAWKINS, et al.,	§	WAYNE JUSTICE
Demandados.	§	

ORDEN DE ACCIÓN CORRECTIVA:
NÚMERO SUFICIENTE DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Citas del decreto:

¶ 2: “El propósito del programa de EPSDT es prestar servicios de salud integrales, sin demora y económicos para aquellos niños y jóvenes indigentes que llenan los requisitos de beneficios de Medicaid. Los chequeos son el pilar fundamental del programa. Estos valoran la salud del beneficiario, brindan atención preventiva y orientación (consejos preventivos) y determinan los envíos a servicios para otros diagnósticos y tratamientos que sean necesarios. 42 U.S.C.

§§1396a(a)(43); 1396d(r). Los beneficiarios tienen derecho a chequeos médicos y dentales de acuerdo con un programa periódico”.

¶ 3: “Los beneficiarios también tienen derecho a todos los servicios de atención médica de seguimiento que sean necesarios y que estén permitidos por la ley federal de Medicaid. 42 U.S.C. §1396d(r)”.

¶ 88: “Un cuerpo suficiente de proveedores competentes es necesario para darles a los beneficiarios el acceso adecuado a los servicios necesarios... ”

¶ 93: “Los Demandados mantendrán listas actualizadas de los proveedores que tratan a los beneficiarios del programa de EPSDT. Las listas especificarán los límites en la práctica de los proveedores, si existe alguno... ”

¶143: “Los Demandados tienen que proporcionar chequeos dentales periódicos y los servicios dentales necesarios para aliviar dolor, restaurar los dientes y mantener la salud dental de los beneficiarios de EPSDT. 42 U.S.C. §1396d(r)(3)...”

¶190: “Los beneficiarios de EPSDT atendidos por organizaciones de atención médica administrada tienen derecho a la prestación sin demora de la gama completa de servicios de EPSDT, entre ellos, chequeos médicos y dentales”.

¶197: “El TDH asegurará de varias maneras que las organizaciones de atención médica administrada tengan un número suficiente de proveedores adecuados (incluso especialistas) que puedan atender a los beneficiarios de EPSDT en lugares convenientes para que los beneficiarios no tengan que enfrentar 1) demoras excesivas al programar citas, 2) tiempos de espera irrazonables una vez que lleguen al consultorio o 3) viajes largos para llegar al consultorio...”

Ver también Decreto ¶¶ 75-87, 89-92, 94-103, 144-69.

Mención de la Determinación de Violación del Decreto: *Frew*, 109 F.Supp.2d at 600-11; 626-31; 401 F. Supp.2d at 641; 642, n.32; 656-57; 667; 678-83.

SE ORDENA:

- Un proveedor adecuado brindará la atención dentro de las normas de distancia de la atención administrada de los Demandados ("normas de distancia") a menos que un proveedor del tipo apropiado no se encuentre tan cerca del hogar del miembro de la acción colectiva. Por ejemplo, algunos tipos de atención médica sofisticada solo se prestan en centros médicos grandes en las ciudades principales, así que sencillamente no están disponibles a nivel local para nadie que viva

en una zona escasamente poblada. Dentro del programa de atención médica administrada, los Demandados asegurarán que el número de proveedores de cuidado primario (PCP) inscritos con cada Organización de Atención Médica Administrada ("MCO") y en Primary Care Case Management ("PCCM") sea suficiente para que los miembros de la acción colectiva escojan de entre por lo menos dos PCP adecuados para satisfacer sus necesidades.

- Esta orden se basa en las normas de puntualidad y distancia que se encuentran en los contratos vigentes de los Demandados para la atención médica administrada. Los Demandados pueden cambiar estas normas solamente si las nuevas normas son más favorables para los miembros de la acción colectiva. Los Demandados no cambiarán estas normas para que los miembros de la acción colectiva viajen distancias más largas o esperen más tiempo para tener las citas de lo que viajan o esperan ahora bajo los contratos vigentes de los Demandados. Las normas actuales requieren que la MCO asegure que todos los miembros tengan acceso a un PCP apropiado para su edad de la red de proveedores que tenga un panel abierto, dentro de 30 millas de la residencia del miembro, que todos los miembros tengan acceso a un proveedor de servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes externos de la red dentro de 75 millas de la residencia del miembro, y que todos los miembros tengan acceso a un especialista de la red dentro de 75 millas de la residencia del miembro en los campos de especialización comunes, que incluirán la ortopedia y la otorrinolaringología pediátricas.

- Cuando los miembros de la acción colectiva llamen a los Demandados o a sus contratistas [entre ellos, la línea gratis de Pasos Sanos de Tejas ("THSteps"), las MCO, PCCM] para que les ayuden a encontrar a un doctor, dentista, administrador de casos o a otro proveedor de servicios de atención médica, cuando sea posible se le dará a la persona que llama el nombre de por lo menos dos proveedores del tipo apropiado que acepten en el momento de la llamada a nuevos

pacientes de Medicaid de la edad pertinente, dentro de las normas de puntualidad y distancia según lo requiere esta orden.

- Los Demandados cumplirán con las leyes federales en cuanto a la disponibilidad de una selección de por lo menos dos MCO en las zonas del estado atendidas por MCO. En las zonas del estado atendidas por PCCM, habrá una selección de por lo menos dos PCP. Se sobreentiende que la ley federal permite periodos cortos en los que solo una MCO está disponible en un área de servicios cuando, por ejemplo, una de las MCO de esa área está sancionada con el cese o la suspensión de inscripciones. Igualmente, dentro de PCCM, se sobreentiende que en algunas zonas rurales del estado puede que solo un PCP esté disponible. Aparte de las reglas pertinentes del Programa de Transportación Médica, nada aquí impedirá que los miembros de la acción colectiva o sus familiares escojan recibir información sobre otro proveedor o ayuda para programar una cita con uno que esté a una distancia más lejos que la que está especificada en este plan.
- Las normas de pago de los Demandados y sus contratistas para los proveedores que atienden a los miembros de la acción colectiva concordarán con las actuales normas y prácticas profesionales aceptadas. Dichas normas requerirán la cobertura de todos los servicios de atención médica y dentalmente necesarios prestados a los miembros de la acción colectiva. Los niveles de pago serán suficientes para atraer a los proveedores necesarios para atender a los miembros de la acción colectiva, y para cumplir con el decreto y con esta orden respecto a todos los miembros de la acción colectiva, sin importar que estén inscritos o no en la atención administrada. En el bienio 2008-2009,¹ para los servicios que se prestan a los miembros de la acción colectiva: a) las tarifas de reembolso para proveedores dentales aumentarán un 50% por encima de los niveles de

¹ Esta orden no trata la cuestión de qué tarifas de reembolso serán necesarios para los años venideros después del bienio 2008-2009.

las tarifas de reembolso del año fiscal estatal 2006-2007; y b) las tarifas de reembolso para los médicos y otros profesionales aumentarán el 25% por encima de los niveles del año fiscal estatal 2006-2007. Además, otros \$50 millones serán aplicados a aumentos adicionales en los reembolsos para especialistas que atienden a miembros de la acción colectiva. A más tardar el primero de septiembre de 2007, los Demandados y sus contratistas ajustarán sus niveles de pago para los proveedores según sea necesario para asegurar el cumplimiento con esta Orden de Acción Correctiva y con el decreto. Otros \$150 millones serán aplicados a las iniciativas estratégicas para mejorar el acceso a servicios para los miembros de la acción colectiva.² A más tardar el 23 de julio de 2007, las partes empezarán a reunirse para determinar si pueden llegar a un acuerdo sobre un método para usar los fondos de las iniciativas estratégicas. Los Demandados informarán sobre el estado de las iniciativas estratégicas en cada informe trimestral al Tribunal y darán una aproximación del número de miembros de la acción colectiva atendidos. Un informe más detallado será presentado anualmente en el informe trimestral de julio.

- Los Demandados pondrán a disposición de todos los proveedores que atienden a los miembros de la acción colectiva información completa, precisa y actualizada sobre cuáles proveedores de servicios de atención médica en cada área geográfica están aceptando a nuevos pacientes con cobertura de Medicaid. La información para cada uno incluirá: a) tipo de proveedor (por ejemplo, dentista general, doctor de medicina familiar, neurólogo pediátrico, terapeuta físico, administrador de casos); b) con cuáles organizaciones de atención administrada de Medicaid tiene contrato el proveedor; c) si el proveedor participa en Medicaid de pago por servicio; y d) los límites de su práctica, como el rango de edades de los pacientes que acepta.

² Todas las sumas citadas aquí en dólares se expresan en términos de rentas públicas. El total a gastar en el bienio será sustancialmente mayor debido a la suma de fondos de contrapartida federales.

- Para el otoño de 2007, los Demandados pondrán en marcha su nuevo sistema de búsqueda de proveedores en Internet. Los Demandados esperan que el nuevo sistema mejore la exactitud de su información sobre todos los tipos de proveedores de atención médica inscritos con Medicaid, puesto que, para utilizar el sistema, los proveedores tendrán que actualizar periódicamente la información importante. Los Demandados se esforzarán para asegurar la exactitud de las listas de los proveedores de atención médica inscritos en atención administrada (HMO y PCCM) y en pago por servicio. "Precisa" quiere decir que las listas tendrán información precisa y actualizada sobre cada proveedor de atención médica inscrito, así: a) nombre, b) dirección, c) número telefónico, d) naturaleza de su práctica (pediatra, dentista general, cardiólogo pediátrico, etc.), e) idioma(s) que habla aparte del inglés, f) si acepta a nuevos pacientes y cualquier límite en los nuevos pacientes aceptados, como demoras para la primera cita, y g) límites de la práctica (como solo recién nacidos, solo adolescentes, etc.). Los Demandados podrán proporcionar información precisa por especialidad y lugar (por ejemplo, los endodoncistas en el área de Dallas; los pediatras en Houston, los administradores de casos en la Región 1). Los Demandados se esforzarán por asegurar que solo se proporcione a los miembros de la acción colectiva información precisa sobre los proveedores de atención médica inscritos, ya sea que la información provenga de los Demandados o de sus contratistas. Los Demandados también se esforzarán por asegurar que solo información precisa esté disponible por teléfono, por escrito y en un sitio web fácil de utilizar para los proveedores de atención médica que atienden a los miembros de la acción colectiva.

- Cada dos años, los Demandados llevarán a cabo una "valoración a fondo" de su base de proveedores de Medicaid. La valoración incluirá: a) todos los tipos de proveedores que prestan servicios a los miembros de la acción colectiva; b) por cada tipo de proveedor, el número y

porcentaje de los proveedores que están "disponibles" a los miembros de la acción colectiva; c) por cada tipo de proveedor, el número y porcentaje de los proveedores que han prestado servicios a un miembro de la acción colectiva; y d) por cada tipo de proveedor, el número de los proveedores que están inscritos en Medicaid pero que no han prestado ningún servicio a los miembros de la acción colectiva. En esta valoración, los Demandados revisarán los seis meses inmediatamente antes de la fecha de comienzo de la valoración. Si la valoración a fondo identifica escasez de un tipo de proveedor en alguna área geográfica donde se prestan servicios a los miembros de la acción colectiva, los Demandados formularán un plan para tratar dicha escasez. La primera valoración a fondo se finalizará a más tardar en mayo de 2008. La segunda valoración a fondo se finalizará dentro de los 24 meses después de la primera.

- En los años interinos, los Demandados realizarán una "valoración interina" de si es suficiente el número de proveedores "disponibles" de la base de proveedores de Medicaid. La valoración incluirá a los PCP, pediatras, dentistas generales, odontólogos, psiquiatras y psicólogos para los miembros de la acción colectiva. Si la valoración interina identifica una escasez de proveedores de algún tipo de cualquier área geográfica del estado, los Demandados formularán un plan para tratar dicha escasez. Las valoraciones interinas se finalizarán a más tardar 12 meses después de finalizar las valoraciones a fondo.

- Para propósitos de las valoraciones "a fondo" e "interinas", "disponible" significa un proveedor de atención médica que ha proporcionado por lo menos un servicio a por lo menos un nuevo miembro de la acción colectiva durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de comienzo de la valoración. Además, para propósitos de estas valoraciones, los Demandados valorarán independientemente si los proveedores de atención médica están prestando servicios a: a) nuevos miembros de la acción colectiva, y b) algunos miembros de la

acción colectiva. Los Demandados no solo aceptarán la información sobre estos temas que reciban de sus contratistas.

- Si desean, el personal de Investigación y Evaluación de los Demandados puede finalizar las valoraciones a fondo e interinas.
- Los Demandados reciben informes mensuales sobre el estado del número de proveedores del administrador de PCCM y de cada una de las MCO. Los Demandados también compilan informes semianuales sobre si es suficiente el número de proveedores en PCCM y en cada MCO clasificados por área de prestación de servicios. Los Demandados proporcionarán dichos informes e información sobre cualquier plan de acción correctiva, si existe alguna, en sus informes trimestrales de enero y julio al Tribunal.
- Después de que los Demandados completen dos valoraciones a fondo y dos interinas, los abogados se reunirán para determinar qué acción adicional se requiere, si se requiere alguna. Los abogados empezarán a reunirse a más tardar 30 días después de finalizar el segundo estudio interino ("finalización"). Si las partes están de acuerdo, se lo comunicarán al Tribunal dentro de 120 días después de la finalización. Si las partes no se pueden poner de acuerdo dentro de 90 días a partir de la finalización, el Tribunal resolverá la disputa a moción de cualquiera de las partes. Si las partes no se pueden poner de acuerdo, cualquier parte presentará su moción dentro de los 30 días después de la finalización de las discusiones entre los abogados.