



El dilema global del fraude en salud

Un fraude en salud muchas veces empieza en una receta, una licencia o una prestación que nadie verifica a tiempo. Por eso, el reciente anuncio del Departamento de Justicia de Estados Unidos –455 acusados, entre ellos 90 médicos y profesionales de la salud, por presuntos esquemas que superan los US\$6.500 millones en cobros falsos a Medicare, Medicaid y otros programas públicos, no debe leerse sólo como noticia extranjera: también ofrece una advertencia para Chile.

El paralelo con nuestro caso de mal uso de licencias médicas es inevitable. En mayo de 2025, la Contraloría reveló que más de 25 mil funcionarios o trabajadores de entidades financiadas con recursos públicos viajaron al extranjero durante su reposo médico. El exceso de licencias en el gobierno central fue cifrado en unos US \$300 millones.

¿Cómo se llega a fraudes de esta magnitud? Casi siempre atacando puntos ciegos. En Estados Unidos, se facturaron exámenes, consultas o tratamientos que nunca ocurrieron, o que no



CHRISTIAN FERRADA,
ACADÉMICO DPTO. DE CONTROL DE GESTIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN. FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS. UNIVERSIDAD DE CHILE.

“El dilema no es si conviene fiscalizar. Es cómo hacerlo temprano, proporcional y barato, protegiendo al usuario honesto sin transformar el control en una barrera de acceso”.

eran necesarios. La telemedicina sin trazabilidad permite emitir recetas y cobros sin encuentro clínico. En uno de los casos más llamativos, se investigaron injertos de piel revendidos con sobrepagos de hasta 2.000%. En Chile, la Contraloría detectó incluso a un funcionario de salud que se otorgó una licencia a sí mismo, además de ofertas de permisos falsos en redes sociales.

La raíz económica es clara: asimetría de información e incentivos desalineados. Quien emite una licencia, receta o prestación suele tener más información que quien debe pagarla o fiscalizarla.

Dos mecanismos lo explican. Primero, el costo de verificación. Auditar en tiempo real millones de prestaciones o licencias es complejo, y la información para comprobar si la atención ocurrió, si el paciente existía o si el profesional estaba habilitado, no siempre está integrada. Segundo, el riesgo moral: cuando los controles se flexibilizan para garantizar rapidez, o los vacíos legales facilitan emisiones injustificadas, se abren espacios para el oportunismo.

Ambos casos dejan una lección. En Chile, el abuso se detectó cruzando datos de la PDI, seguridad social y registros laborales. La discusión posterior mostró que pudieron hacerse antes. En Estados Unidos, la respuesta va en la misma dirección: pasar del modelo de “pagar y perseguir” a uno de detección temprana, usando analítica para identificar anomalías, congelar pagos sospechosos y priorizar la fiscalización donde el riesgo es mayor.

La conclusión es común en ambos casos. Las reglas de responsabilidad, los requisitos de acreditación y la interoperabilidad de datos no son sólo trámites burocráticos, sino herramientas para mitigar riesgos operacionales, proteger recursos públicos y sostener la confianza en sistemas que financiamos entre todos.

El dilema no es si conviene fiscalizar. Es cómo hacerlo temprano, proporcional y barato, protegiendo al usuario honesto sin transformar el control en una barrera de acceso. La buena fiscalización no paraliza los beneficios sociales: los preserva.