

## Documento de trabajo

# Telemedicina y Salud Mental en Chile: Un Impulso hacia la Cobertura Universal de Salud

Enero de 2025

**Gonzalo Leyton<sup>1</sup>, Sebastián González<sup>2</sup> y Rafael Sánchez<sup>3</sup>**

---

<sup>1</sup> Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Email: gleyton@superdesalud.gob.cl

<sup>2</sup> Profesor instructor adjunto Facultad y Economía y Negocios, Universidad Andrés Bello. Email: s.gonzalezmassardo@uandresbello.edu

<sup>3</sup> Profesor asistente CUNEF, Universidad de Madrid, España. Email: rafael.sanchez@cunef.edu

## **I. Introducción**

En un contexto global donde los problemas de salud mental representan una creciente carga para los sistemas de salud y la sociedad, garantizar el acceso equitativo a servicios de atención psicológica y psiquiátrica es fundamental. Sin embargo, las barreras geográficas, económicas y estructurales persisten como desafíos significativos, especialmente en regiones rurales, comunidades marginadas y sectores con recursos limitados. En este escenario, la telemedicina, y específicamente la telemedicina en salud mental (SM), ha surgido como una herramienta transformadora que tiene el potencial de mitigar estas desigualdades al expandir el alcance de los servicios de salud mental.

La pandemia de COVID-19 aceleró la adopción de tecnologías de telemedicina, convirtiendo este modelo de atención remota en una necesidad para garantizar la continuidad de los servicios. En particular, en países como Chile, donde la distribución desigual de recursos de salud mental exacerba las brechas de acceso, la telemedicina en SM ofrece una alternativa viable para abordar estas limitaciones. Las iniciativas de salud digital, como la telepsiquiatría, no solo permiten a los pacientes acceder a terapias sin importar su ubicación, sino que también optimizan recursos, reducen costos y fortalecen la continuidad del cuidado.

El presente estudio busca analizar los efectos de la telemedicina en la SM en Chile desde el punto de vista del sistema de financiamiento, acceso, adherencia a tratamiento y uso de licencia médica. El análisis se centra en el sistema privado de salud. El estudio consta de 2 partes, la primera es de tipo descriptiva, mientras en la segunda parte se utilizarán modelos econométricos para el análisis.

Comprender estos impactos es crucial para diseñar políticas que maximicen los beneficios de la telemedicina y minimicen los desafíos asociados, como las barreras tecnológicas, la privacidad de los datos y las limitaciones en la interacción terapéutica. Este análisis no solo pretende ofrecer una evaluación de la situación actual, sino también contribuir al desarrollo de un marco integral que promueva la equidad y calidad en la atención de salud mental.

A medida que el mundo avanza hacia una mayor digitalización de los servicios de salud, el caso de la telemedicina en SM en Chile representa una oportunidad para explorar cómo las tecnologías emergentes pueden transformar el acceso a servicios esenciales y mejorar los resultados en la salud de las poblaciones más vulnerables. Este estudio aborda estas dinámicas, subrayando la importancia de investigar su impacto y relevancia en el ámbito de la salud mental.

## **II. Revisión de la literatura**

El acceso a la atención médica depende del uso de recursos disponibles para alcanzar resultados de salud óptimos. Se ajusta de tres componentes principales: entrada al sistema de salud, disponibilidad adecuada de servicios y provisión oportuna de atención (Barbosa et al. 2021).

El primer paso para acceder a los servicios de salud es la entrada al sistema de salud. Desafortunadamente, muchas barreras dificultan, incluso a las personas con seguro de salud obligatorio, acceder al sistema, siendo el transporte una de las más significativas (Barbosa et al. 2021). Entre las barreras de transporte más comunes se incluyen la falta de disponibilidad, la distancia geográfica y los costos, lo que hace que los pacientes en comunidades rurales

sean especialmente vulnerables para acceder a servicios de salud. Esta dificultad geográfica es particularmente relevante en el caso de Chile dada su extensa geografía norte-sur.

Otra barrera importante es la disponibilidad de servicios una vez dentro del sistema de salud. La disponibilidad de prestadores influye significativamente en la utilización de los servicios de salud, afectando el acceso al tratamiento, especialmente en comunidades rurales.

Una tercera barrera es la falta de atención en un marco temporal razonable. Las listas de espera pueden implicar que la atención no se brinde en el momento más efectivo para el tratamiento.

Se deben distinguir los conceptos de telesalud y telemedicina ya que, si bien son similares, no son sinónimos. En efecto, la telesalud es un concepto general que corresponde al sistema que hace uso de las tecnologías de la información y comunicación para proporcionar servicios de salud, atención médica e información, independientemente de la distancia, teniendo foco en la prevención. Así, la telesalud consta de 3 componentes, donde uno de ellos es la telemedicina, además de la teleeducación y la teleasistencia (Minsal, 2018).

La telemedicina es una de las ramas más destacadas, conocidas y utilizadas de la telesalud, donde existen variadas definiciones de ella. En el Programa Nacional de Telesalud de Chile (Minsal, 2018), la telemedicina se define como “una estrategia que entrega prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes logran comunicación a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, obteniéndose un planteamiento u orientación diagnóstica y terapéutica, que busca garantizar la equidad y oportunidad de la atención de salud a comunidades que presentan brechas de acceso, en el marco de una Red de Integrada de Servicios de Salud”.

Proveer atención de manera remota conlleva riesgos y oportunidades para prestadores y pacientes. Por un lado, la telemedicina puede mejorar el acceso y hacer que recibir atención sea más conveniente (Hollander y Carr, 2020). También puede expandir el alcance geográfico de los prestadores (Dahlstrand, 2021; Goetz, 2021), aumentar la eficiencia del sistema por reducir los costos de consultas (i.e. disminuir el gasto de bolsillo), reducir el número de exámenes complementarios, fomentar la continuidad del cuidado y disminuir brechas de acceso (por ejemplo, urbano versus rural) fomentando la equidad y favoreciendo la universalidad. Además, posibilita la emergencia del denominado “Paciente Futuro” (Kendall, 2001) - obteniendo el paciente un rol más activo en su cuidado -, reemplazando de esta manera, la actitud pasiva tradicional predominante hasta hoy. Por otro lado, la facilidad de acceso puede aumentar la utilización de bajo valor. Además, el diagnóstico remoto sin examen físico puede ocasionar errores o el uso excesivo de servicios especializados, encareciendo la atención primaria (Ashwood et al., 2017; Li et al., 2021).

Una revisión de la literatura indica que: (a) la telemedicina ha mejorado el acceso a la atención para diversas condiciones clínicas, desde accidentes cerebrovasculares hasta el embarazo; (b) en ciertos casos, ha demostrado mejorar los resultados de salud; y (c) ha abordado barreras geográficas, pero en menor medida las barreras sociales (Barbosa et al., 2021).

En el caso de la salud mental, la telemedicina se ha convertido en una herramienta esencial para superar barreras históricas en la provisión de servicios psicológicos y psiquiátricos. En particular, su implementación ha permitido abordar desigualdades estructurales y geográficas, lo que beneficia especialmente a comunidades vulnerables, como aquellas en

áreas rurales, personas con discapacidades físicas y minorías étnicas que tradicionalmente han enfrentado dificultades para acceder a servicios presenciales (Myers et al., 2010).

La telemedicina en SM ha demostrado ser particularmente efectiva en regiones rurales y remotas donde la escasez de profesionales capacitados en SM es una realidad crítica. Según Hilty et al. (2013), la telepsiquiatría permite a los pacientes recibir evaluaciones y tratamientos de calidad equivalente a los servicios presenciales, sin la necesidad de desplazarse largas distancias. Esto resulta esencial en países con distribuciones geográficas desiguales de recursos de salud, como Chile.

Estudios como Santana et al. (2020) han mostrado que grupos tradicionalmente marginados, incluidos adultos mayores y personas con discapacidades físicas, han encontrado en la telemedicina una herramienta para superar barreras físicas y de transporte, permitiéndoles acceder a terapias de manera más constante y eficiente. Además, minorías étnicas que enfrentan barreras lingüísticas y culturales han podido beneficiarse de servicios a distancia con intérpretes integrados o plataformas adaptadas culturalmente.

El uso de telemedicina en salud mental no solo mejora el acceso, sino que también incrementa la eficiencia de los sistemas de salud. Al eliminar la necesidad de traslados físicos, la telemedicina en SM reduce costos tanto para los pacientes como para las instituciones. Esto permite optimizar los tiempos de los profesionales de salud mental y alcanzar a un mayor número de pacientes (Ducharme 2024). Según Saravia et al. (2019), la implementación de tele psiquiatría ha demostrado ser particularmente útil para abordar desbordes de demanda, permitiendo sesiones de seguimiento regulares y tratamiento más continuo para condiciones como ansiedad, depresión y trastornos por estrés postraumático (TEPT). Además, la telemedicina puede contribuir a la reducción de listas de espera para servicios especializados, lo que es particularmente relevante en contextos donde los tiempos de espera prolongados pueden exacerbar los síntomas de las enfermedades mentales (Santana et al., 2020).

La telemedicina facilita además la continuidad del cuidado, aspecto crítico en el manejo de condiciones crónicas de salud mental. Los pacientes que requieren monitoreo constante, como aquellos con trastornos bipolares, esquizofrenia o trastornos del espectro autista, han encontrado en la telesalud una forma de mantener un contacto regular con sus profesionales de la salud, lo que mejora los resultados clínicos y reduce el riesgo de recaídas (Saravia et al., 2019).

El uso de herramientas digitales como videollamadas, aplicaciones móviles y sistemas de monitoreo remoto permite la adaptación de los servicios a las necesidades individuales del paciente, fomentando una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados generales.

A pesar de los beneficios ya descritos, la telemedicina en SM enfrenta múltiples desafíos:

- **Privacidad y seguridad de los datos:** La confidencialidad en los servicios de telesalud es fundamental, pero las brechas de seguridad cibernética y la posible exposición de datos personales representan riesgos importantes.
- **Barreras tecnológicas:** El acceso desigual a la tecnología, como la falta de conectividad a Internet en áreas rurales o la ausencia de dispositivos adecuados, limita el alcance de la telemedicina.
- **Relación terapéutica:** La interacción a través de una pantalla puede dificultar la percepción de señales no verbales, que son esenciales en la evaluación y tratamiento de problemas de salud mental (Yuen et al., 2018).
- **Consideraciones éticas:** Aspectos como el consentimiento informado, la construcción de una relación terapéutica sólida y la equidad en el acceso a servicios digitales requieren atención cuidadosa. El diseño de servicios de telesalud en SM debe incluir estrategias para

garantizar que los pacientes comprendan plenamente los alcances y limitaciones de las consultas virtuales, así como asegurar que estas se desarrollen en un entorno ético y culturalmente competente.

En Chile, la reciente Ley N° 21.541 vino a formalizar las regulaciones para la telemedicina, estableciendo directrices legales para la práctica de la telemedicina, la seguridad de los datos de los pacientes, la interoperabilidad y el consentimiento informado.

### **III. Descripción del sector salud chileno con un enfoque en salud mental.**

El sistema de salud en Chile es un sistema mixto, donde el sistema público, supervisado por el Ministerio de Salud (MINSAL), atiende aproximadamente al 83% de la población, cuyo financiamiento es provisto principalmente a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este sistema proporciona atención subsidiada a las poblaciones de ingresos promedios bajos y medios. Por otro lado, el sector privado, principalmente a través del sistema de seguros privados (ISAPRE), atiende a los grupos de ingresos en promedio más altos, cubriendo cerca del 13% de la población. La atención privada generalmente ofrece acceso más rápido a servicios especializados, pero a un costo más alto, lo que genera disparidades en el acceso a la atención médica entre los grupos socioeconómicos (Villaruel y Medina, 2022). En el ámbito de la salud mental, estas disparidades son particularmente marcadas debido a las limitaciones de recursos y la distribución geográfica desigual de los servicios, afectando especialmente a las áreas rurales.

Las políticas de salud mental en Chile han evolucionado significativamente en las últimas dos décadas, destacándose reformas orientadas a la transición de un modelo de atención institucionalizada a uno basado en la comunidad. A partir del año 2000, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de Chile introdujo servicios de salud mental en la atención primaria de salud (APS), añadió equipos de salud mental comunitaria y apoyó hospitales de 00. Este enfoque comunitario ha contribuido a aumentar la accesibilidad a los servicios de salud mental, especialmente en regiones remotas. Sin embargo, las condiciones de salud mental siguen estando subfinanciadas, destinándose solo alrededor del 2% del presupuesto nacional de salud a este ámbito, una de las asignaciones más bajas entre los países de la OCDE (Minoletti et al., 2012). A pesar de ello, el uso de servicios de salud mental ha crecido, con condiciones como la depresión y la ansiedad mostrando un aumento significativo de casos, especialmente tras las disrupciones sociales y económicas provocadas por el COVID-19 (Borden Project, 2022).

En años recientes, el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 ha ampliado los esfuerzos para incluir atención preventiva, apoyo familiar y comunitario integrado en salud mental, e iniciativas de telemedicina como la telepsiquiatría para llegar a poblaciones desatendidas. La pandemia exacerbó aún más los desafíos en salud mental, llevando al gobierno a aumentar el financiamiento en esta área y a destinar más recursos a la atención primaria e intervenciones digitales. Por ejemplo, la administración del Presidente Gabriel Boric priorizó la salud mental como un tema de salud pública, implementando un aumento presupuestario del 310% en 2021 para ampliar los recursos humanos en salud mental y mejorar los servicios para niños y adolescentes. Programas como el Programa de Intervención Psicológica Breve a Distancia fueron lanzados, permitiendo a los pacientes acceder a atención mediante videollamadas, ampliando así el alcance de la telemedicina en el apoyo a la salud mental.

La salud mental sigue siendo una prioridad política bajo las reformas recientes, con esfuerzos continuos para promulgar una ley específica sobre salud mental. En efecto, la Ley N° 21.331 sobre Salud Mental (promulgada en 2021) imparte instrucciones claras sobre la no

diferenciación de la cobertura financiera efectiva de las prestaciones por trastornos mentales respecto a las prestaciones de salud física, así como respecto a las licencias médicas señala que la atención de salud no podrá dar lugar a discriminación (en SM) respecto de otras enfermedades respecto a la tasa de aceptación de licencias médicas.

Esta legislación busca proteger los derechos de los pacientes, garantizar la dignidad en el tratamiento y abordar aspectos como el estigma y la discriminación. La integración de la salud mental en los entornos de atención primaria y el énfasis en la telemedicina reflejan el compromiso de Chile para abordar los desafíos en salud mental de una manera accesible e inclusiva. Sin embargo, el financiamiento y el apoyo estructural siguen siendo temas críticos para satisfacer plenamente las necesidades de salud mental del país.

En julio de 2024 se ingresó al Congreso Nacional el proyecto de ley integral de salud mental propuesto por el Presidente de la República, que tiene como objetivo establecer una regulación más amplia y profunda sobre la salud mental y representa un avance significativo en su promoción y protección, adoptando un enfoque integral, basado en derechos y centrado en la persona.

#### **IV. Descripción de la evolución de la adopción de la telemedicina en Chile**

En los últimos años, Chile ha invertido en salud digital, incluyendo la telemedicina, para abordar desigualdades, especialmente en regiones rurales y desatendidas. Las primeras iniciativas para introducir la telemedicina en el país se centraron en proporcionar servicios remotos a áreas aisladas, mejorando el acceso a la atención especializada. Sin embargo, limitaciones logísticas y tecnológicas, incluidas las restricciones de infraestructura, dificultaron inicialmente una adopción generalizada.

En 2018 se publicó el Programa Nacional de Telesalud (Minsal, 2018), contexto en el que se define la telesalud como “una Estrategia basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud, y que mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, facilita la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; centrado en la persona, en su contexto sociocultural y a lo largo de su curso de vida, con el propósito de mantener un óptimo estado de salud y la continuidad de cuidados de la población, mejorando as. la equidad en el acceso, el ejercicio de derechos, la oportunidad y la calidad de la atención mediante sus tres componentes: Teleeducación, Telemedicina y Teleasistencia.”. En la cartera de servicios por proceso de atención se consideraron las teleconsultas.

En 2019, el lanzamiento de Hospital Digital, la iniciativa nacional de salud digital de Chile marcó un avance significativo en la integración de la telemedicina dentro de la estrategia de salud pública. Esta plataforma permitió la realización de consultas virtuales, el uso de registros electrónicos de salud y la gestión remota de la atención, priorizando la continuidad del cuidado en ubicaciones remotas.

En 2020 las prestaciones de telemedicina fueron incorporadas al Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección (MLE), fecha desde la cual inicia la cobertura de esas prestaciones por parte de las aseguradoras del sistema privado de salud.

La pandemia de COVID-19 actuó como catalizador para la telemedicina en Chile, ya que la necesidad de consultas remotas se disparó. Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, expandieron rápidamente sus ofertas digitales para garantizar la continuidad de la

atención, mientras minimizaban el contacto físico<sup>4</sup>. Por ejemplo, las consultas por videollamada y la telemonitorización se convirtieron en prácticas comunes para la gestión de enfermedades crónicas, el apoyo a la salud mental y otros servicios, creando una base sólida para las prácticas de telemedicina después de la pandemia (Villarroel y Medina 2021).

En 2023, Chile formalizó las regulaciones para la telemedicina con la Ley N° 21.541, que estableció directrices legales para la práctica de la telemedicina, la seguridad de los datos de los pacientes, la interoperabilidad y el consentimiento informado. Esta regulación buscó abordar preocupaciones relacionadas con la privacidad y la seguridad, exigiendo que los prestadores de telemedicina cumplieran con estrictos estándares técnicos y garantizando que los registros electrónicos de salud fueran interoperables entre distintas plataformas. Estas regulaciones legitimaron aún más la telemedicina como una opción de atención médica convencional en Chile, sentando un precedente para el crecimiento continuo e integración de los servicios de salud digital a nivel nacional.

Las colaboraciones internacionales también han apoyado el desarrollo de la telemedicina en Chile. Por ejemplo, universidades como la Universidad de Chile y la Universidad Mayor han colaborado con instituciones globales para mejorar la investigación en salud digital y capacitar a profesionales de la salud. La creación de la Red Universitaria de Telemedicina de Chile (RUTE-Chile) ha fortalecido la educación y la implementación de la telemedicina en entornos rurales y urbanos, mejorando la capacidad del sistema para brindar atención remota de alta calidad. En la misma línea podemos encontrar ejemplos de colaboración entre universidades y otras instituciones tales como el Centro de Telemedicina y Telesalud del Biobío (donde participan la Universidad de Concepción y Universidad Católica de la Santísima Concepción con financiamiento del Gobierno Regional del Biobío) o el Convenio de colaboración entre la Universidad de Concepción y la Municipalidad de Negrete.

Dado esta incipiente utilización de la telemedicina en salud mental, así como sus beneficios y costos esperados, es que en el presente estudio analizamos los cambios en el acceso a la telemedicina en Chile y los efectos que ha tenido este mayor acceso sobre el sistema de financiamiento asociados a salud mental, incluyendo su efecto en las licencias médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL).

## **V. Datos y Metodología**

El análisis utiliza registros administrativos proporcionados por la Superintendencia de Salud, los cuales abarcan el período comprendido entre los años 2012 y 2023. Los datos son autorreportados por las aseguradoras a la Superintendencia y están organizados en múltiples archivos maestros. En el presente documento se utilizaron los archivos maestros de licencias tramitadas; licencias reclamadas; prestaciones bonificadas; cotizantes; y de prestadores individuales. La información fue otorgada con un número de identificación por persona enmascarado por la Superintendencia de Salud, resguardando la privacidad de los afiliados y profesionales involucrados en las bases de datos. Asimismo, cada licencia médica cuenta con un número de identificación. Por último, cabe destacar que la información analizada fue entregada por la Superintendencia de Salud, a través de un convenio de investigación firmado entre la Superintendencia y los investigadores<sup>5</sup>, procurando el resguardo de los datos personales.

---

<sup>4</sup> Tema importante en un contexto en que una encuesta de la OMS reveló que la pandemia por COVID-19 alteró o bien detuvo por completo los servicios críticos de SM en el 93% de los países del mundo.

<sup>5</sup> Resolución Exenta N° 1.612 de 2024 de la Superintendencia de Salud.

El archivo maestro de licencias médicas tramitadas incluye registros detallados sobre todas las licencias médicas emitidas en cada año del período analizado. En cada registro se incluye información sobre la resolución de la licencia (aprobada, rechazada o reducida), el número de días solicitados, aprobados y pagados, el valor total de la licencia y el diagnóstico asociado según la clasificación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10). Además, el archivo registra el RUT innominado de la persona beneficiaria y del profesional que emitió la licencia, lo que permite realizar análisis relacionados con las características de los diagnósticos y las resoluciones. Con relación al diagnóstico, se cuenta únicamente con el capítulo del Código Internacional de Enfermedades versión 10 del diagnóstico asociado a cada licencia médica. De manera de observar el efecto sobre las instituciones de salud previsual, se consideran únicamente las licencias que hayan sido categorizadas como enfermedades o accidentes no laborales, patología del embarazo o como prórroga de medicina preventiva.

El archivo de licencias reclamadas contiene información en torno a aquellas licencias médicas que no fueron aprobadas en su totalidad en primera instancia. Los redictámenes pueden ser emitidos por la Isapre en una primera instancia, o por el Compín en una segunda instancia. Además, contiene información relacionada a la fecha del redictamen, los días adicionales que son pagados al cotizante, como el valor adicional otorgado por concepto de subsidio de incapacidad laboral. Por el otro lado, el archivo solo presenta el número de identificación del cotizante, no así otra información demográfica. Al mismo tiempo, la información entregada contiene el número de identificación de cada licencia, el cual permite asociar la licencia que fue reclamada con aquella que fue tramitada en primera instancia. El archivo no contiene información relacionada a características de la licencia, tales como el diagnóstico, o los días solicitados, pagados.

El archivo maestro de prestaciones bonificadas registra detalles sobre las prestaciones de salud otorgadas, como el código de la prestación, el establecimiento donde fue realizada, el valor facturado y el valor bonificado. Esta información permite principalmente conocer el uso de las prestaciones de salud por los afiliados, su valor y particularmente la cobertura efectiva que obtiene cada individuo, en función del año en el cual la prestación fue bonificada por la Isapre. No se consideran problemas de salud con GES por cuanto se analizaron las prestaciones específicas de las canastas, detectando que no contienen prestaciones de telemedicina.

El archivo maestro de cotizantes contiene información sobre los cotizantes vigentes en las aseguradoras durante el período de estudio, incluyendo datos como la renta imponible y diversas características demográficas.

Respecto al archivo maestro de prestadores individuales, este muestra el registro de todos los profesionales de la salud que se encuentran legalmente habilitados para ejercer su profesión en el país. A diferencia del resto de los archivos maestros, esta información no es elaborada de manera periódica, si no que corresponde al registro vigente para una determinada fecha. El archivo proporcionado permite conocer todos los profesionales de la salud registrados a diciembre 2023, junto a su número de identificación enmascarado, fecha de obtención del título, fecha de obtención de la especialidad si es que la hubiese, y la glosa asociada a cada título.

Los datos suministrados son analizados en una primera instancia de manera independiente. Con el objetivo de profundizar el análisis y obtener un mayor uso de la riqueza de los datos, se realizan cruces entre las cinco bases de datos descritas.

Con relación a las prestaciones bonificadas, las coberturas efectivas consideran la división del valor total bonificado por las aseguradoras dividido el valor total facturado por concepto de

prestaciones de salud. Lo anterior considera tanto la cobertura del plan complementario, como de las prestaciones de las Garantías Explícitas en Salud, examen de medicina preventiva, y toda otra prestación de salud que sea bonificada por las Isapres. En particular, las prestaciones de salud mental corresponden tanto a consultas con profesionales de la salud, como prestaciones hospitalarias. Lo anterior, incluye consultas médicas de psiquiatras, psicólogos, terapias de pareja, días cama psiquiátricos y exámenes de salud mental, sin distinción de si estas son realizadas de manera presencial o telemática. Por último, la información presentada en torno a la región de las prestaciones, corresponden a la región en la cual se encuentra ubicada el prestador y no la persona afiliada.

El cálculo de los resultados a nivel de licencias médicas incluye las licencias médicas curativas<sup>6</sup> tramitadas. Los valores de gasto de subsidio de incapacidad laboral cuentan con el pago asociado a la renta líquida de la persona cotizante, como a la porción del gasto que cubre las cotizaciones previsionales y de salud. Asimismo, el valor de estos es nominal a pesos de la fecha. Las licencias médicas que son clasificadas como de salud mental corresponden a aquellas que tienen un diagnóstico asociado al Capítulo V del Código Internacional de Enfermedades décima versión.

Producto de que la información es proporcionada a través de dos archivos maestros independientes, es necesario realizar un cruce de información. Esta es realizada creando una identificación única para cada licencia, la cual corresponde a número de identificación del afiliado, el número de identificación de la licencia, y el código de la Isapre relacionada a cada una de estas. Aún de esta manera, persisten licencias que se identifican como duplicadas, principalmente debido a que una misma licencia puede ser reclamada más de una vez: en primera instancia ante la aseguradora y en segunda ante la Compin. De manera de registrar para cada licencia médica el último fallo disponible, cada licencia es agregada en base a la tríada antes descrita, manteniendo el fallo que le reporte un mayor beneficio para la persona afiliada, lo que incluye días pagados, valor del subsidio de incapacidad laboral, y resolución final de la licencia (aprobada, reducida o rechazada). De esta manera, la metodología aplicada permite priorizar un criterio conservador al momento de estimar la tasa de rechazo de licencias y días pagados por licencias. De manera de evitar información duplicada en distintos años, el año de reporte de cada licencia corresponde a la fecha del último fallo disponible. A diferencia de los resultados de prestaciones bonificadas, la información desagregada por región de las licencias médicas corresponde a la región de residencia de la persona cotizante, la cual es obtenida del archivo maestro de cotizantes.

Una de las limitaciones de analizar las licencias médicas tramitadas y reclamadas es que no se observa el número de días otorgados a una persona a lo largo de un año por licencias asociadas a un trastorno de salud mental, al igual que el número de días autorizados y pagados. De esta manera, la información de licencias tramitadas junto a aquellas cuyos reclamos fueron acogidos o parcialmente acogidos, es reordenada permitiendo observar cuantos días de licencia en promedio recibe cada individuo a lo largo de un año, según si estos fueron otorgados, autorizados o pagados. También se reporta el valor del día pagado promedio en su valor nominal a la fecha por persona, el cual corresponde al total de montos recibidos por una persona en un año calendario, dividido el total de días pagados para esa misma persona en el mismo año.

Con el objetivo de conocer la totalidad del proceso de emisión de licencias médicas, se estima el número de consultas que gatillan una licencia, según si estas se encuentran asociadas a un diagnóstico de salud mental o no, junto con distinguir si la prestación fue entregada de

---

<sup>6</sup> Se consideran aquellas licencias que se producen por enfermedad común o por patología del embarazo.

manera presencial o telemática. Con el objetivo de eliminar sesgos al momento de comparar entre prestaciones presenciales y telemáticas, en este ejercicio se eliminan las consultas que hayan sido financiadas a través de las Garantías Explícitas en Salud, debido a que estas últimas en principio no consideran prestaciones en formato a distancia. En primer lugar, se identifica el número total de consultas médicas bonificadas a cotizantes durante el año 2023, producto de que únicamente los cotizantes cuentan con acceso a licencias médicas y el subsidio de incapacidad laboral. En segundo lugar, se agregan las consultas por cotizante para cada mes, según si estas fueron entregadas en formato presencial o telemático. Producto de que se cuenta con información de la fecha de bonificación de cada prestación, y la fecha de emisión de cada licencia, para cada cotizante se identifican aquellas licencias médicas que fueron entregadas en el mismo mes que dicho beneficiario tuvo alguna consulta médica, independiente de si la consulta fue con un especialista en salud mental o no. Por último, de las licencias médicas identificadas, se señala si estas fueron aprobadas, reducidas o rechazadas según el tipo de consulta médica (presencial o telemática) que gatilló dicha licencia.

La principal limitación de la metodología utilizada al momento de ver la relación entre consultas y licencias médicas corresponde a que la relación entre ambas es realizada a través de la fecha de bonificación y emisión de cada una, y no al número de identificación del profesional que emitió la licencia. Lo anterior implica que una licencia médica puede estar asociada a más de una consulta médica, cuando en la realidad es únicamente un profesional el que emite dicha licencia. Adicionalmente, pueden existir licencias de continuidad que no fueron antecedidas por una consulta médica, las cuales se encuentran excluidas de este análisis.

El análisis de licencias médicas de salud mental según especialidad de profesional que las emite es realizado mediante el cruce de datos entre el archivo de licencias tramitadas en primera instancia (no considera licencias reclamadas) y el registro de prestadores individuales. El cruce es realizado mediante el número de identificación del profesional que emite la licencia médica. Cabe destacar que los códigos utilizados en el archivo de prestaciones permiten identificar la especialidad médica de las consultas, pero que, debido a las limitaciones antes expuestas, realizar el cruce del archivo de licencias médicas con el de prestadores individuales, permite conocer con exactitud la especialidad médica asociada a casi la totalidad de licencias emitidas.

## **VI. Resultados**

Del análisis de los datos encontramos que, del total de prestaciones del arancel Fonasa en MLE para el sistema privado, para el 2023, un 4,1% del total facturado a nivel del sistema privado de salud (\$182.448 MM) se asocia a prestaciones por salud mental<sup>7</sup> (SM) (3,1% en 2012), mientras el total bonificado por las aseguradoras equivale a un 2,2% en SM (1,5% en 2012) del total bonificado a nivel sistema (\$66.555 MM) (Tabla 1). El total de prestaciones bonificadas equivale a un 4,2% (2,5% en 2012) y el número de beneficiarios que hace uso de prestaciones de SM es de un 18,9% (12,4% en 2012). Con todo, en el tiempo se observa un aumento paulatino de la importancia de la SM en el sistema, tanto en lo que refiere a uso, como a gasto.

---

<sup>7</sup> En SM se consideran los grupos 01 (consulta médica de especialidad - presencial y teleconsulta), 02 (días cama) y 09 (psiquiatría y psicología clínica - presencial y teleconsulta). Para detalle, ver Anexo 1.

**Tabla 1. Proporción de Montos Facturados, Bonificados, total de Afiliados y total de Prestaciones de Salud Mental respecto a total sistema, según año**

<b>Año</b>	<b>Facturado</b>	<b>Bonificado</b>	<b>Total_Afiliados</b>	<b>Total_Prestaciones</b>
2012	3,1%	1,5%	12,4%	2,5%
2013	3,0%	1,5%	12,6%	2,5%
2014	2,9%	1,4%	12,5%	2,4%
2015	2,9%	1,4%	12,6%	2,3%
2016	3,0%	1,4%	13,2%	2,4%
2017	3,1%	1,4%	13,3%	2,4%
2018	3,2%	1,6%	14,1%	2,5%
2019	3,4%	1,7%	15,0%	2,6%
2020	3,5%	1,7%	13,5%	3,0%
2021	3,8%	1,7%	15,3%	3,5%
2022	3,9%	1,9%	17,0%	3,8%
2023	4,1%	2,2%	18,9%	4,2%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Si bien año tras año se observan aumentos en los montos facturados a nivel de sistema privado (tal como ocurre en el sistema público y en el resto de los sistemas de salud del mundo), la pandemia provocó un aceleramiento de esa tendencia, donde entre 2020 y 2021 el monto facturado total del sistema por prestaciones distintas a SM aumentó un 25% (ver Anexo 2), mientras el monto facturado exclusivamente por prestaciones de SM aumento un 35% en el mismo periodo. También se observan importantes aumentos en la cantidad de prestaciones bonificadas, donde a nivel de sistema, entre 2020 y 2021, hubo un aumento de 17% por prestaciones distintas a SM, mientras la cantidad de prestaciones bonificadas exclusivamente por SM aumentaron 35% en el mismo periodo.

A un nivel muy general, cabe destacar dos acontecimientos (Tabla 2), el primero es la baja cobertura financiera efectiva que entrega el sistema privado de salud a las prestaciones de SM respecto al resto de las prestaciones (i.e. mayor gasto de bolsillo), donde en 2023 la cobertura promedio en prestaciones de SM alcanza 41,7% (43,2% en 2012) versus el 64,0% de las otras prestaciones (misma cobertura en 2012). En segundo término, se puede apreciar la mayor importancia relativa de las mujeres en el uso de prestaciones de SM (59,0% en 2023; 55,6% en 2012) respecto a las otras prestaciones (49,7% en 2023; 49,9% en 2012).

**Tabla 2. Cobertura promedio y % de Mujeres Prestaciones de Salud Mental y Otros, según año**

Año	Salud Mental		Otros	
	Cobertura (%)	% Mujeres	Cobertura (%)	% Mujeres
2012	43,2%	55,6%	64,2%	49,9%
2013	41,9%	55,6%	63,9%	49,7%
2014	41,5%	55,6%	63,6%	49,5%
2015	40,6%	55,9%	63,4%	49,5%
2016	39,6%	56,2%	63,3%	49,4%
2017	38,9%	56,2%	63,2%	49,4%
2018	39,5%	56,4%	63,4%	49,1%
2019	39,9%	56,3%	63,8%	48,9%
2020	39,8%	57,9%	65,9%	49,0%
2021	38,1%	60,2%	63,8%	49,0%
2022	39,3%	59,9%	64,2%	49,1%
2023	41,7%	59,0%	64,0%	49,7%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Ambos resultados se condicen con la evidencia disponible. En efecto, el mayor gasto de bolsillo relativo en prestaciones de SM respecto a las otras prestaciones ha sido relevado en trabajos previos (Leyton, 2023; Leyton & Toro-Devia, 2022; Sánchez, 2021), así como la OMS da cuenta que la depresión es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (DALY por sus siglas en inglés) para las mujeres en Chile (OMS, 2020).

Al analizar de manera general exclusivamente las prestaciones otorgadas de manera presencial (Tabla 3), queda de manifiesto el mayor gasto de bolsillo en las prestaciones de SM presenciales respecto al resto de las prestaciones en esta modalidad, donde en 2023 la cobertura promedio en prestaciones de SM alcanza 40,8% (43,2% en 2012) versus el 64,0% de las otras prestaciones (64,2% en 2012). Asimismo, se observa una mayor importancia relativa de las mujeres en el uso de prestaciones de SM presenciales (59,0% en 2023; 55,6% en 2012) respecto a las otras prestaciones (49,8% en 2023; 49,9% en 2012).

**Tabla 3. Cobertura promedio y % de Mujeres Prestaciones de Salud Mental y Otros Presenciales, según año**

Año	Salud Mental		Otros	
	Cobertura (%)	% Mujeres	Cobertura (%)	% Mujeres
2012	43,2%	55,6%	64,2%	49,9%
2013	41,9%	55,6%	63,9%	49,7%
2014	41,5%	55,6%	63,6%	49,5%
2015	40,6%	55,9%	63,4%	49,5%
2016	39,6%	56,2%	63,3%	49,4%
2017	38,9%	56,2%	63,2%	49,4%
2018	39,5%	56,4%	63,4%	49,1%
2019	39,9%	56,3%	63,8%	48,9%
2020	39,1%	57,8%	65,8%	49,0%
2021	37,2%	60,2%	63,8%	49,0%
2022	38,5%	59,9%	64,2%	49,2%
2023	40,8%	59,0%	64,0%	49,8%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Al analizar el detalle del Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas, en particular para las prestaciones de SM presenciales se encuentra que, del monto facturado para 2023, casi la mitad (48,6%) corresponde a consulta de psicólogo clínico, seguida por la psicoterapia individual (20,5%), atención psiquiátrica o psicoterapia de familia (13,8%), control paciente psiquiátrico crónico (6,1%), día cama de hospitalización integral psiquiatría cuidados básicos (4%) y consulta psiquiatría adulta (3,6%).

Para 2023 se observa una brecha de 23,2 pp entre la cobertura financiera que muestran las prestaciones de SM respecto a las otras prestaciones entregadas de manera presencial.

Las prestaciones de telemedicina fueron incorporadas en 2020 al Arancel Fonasa MLE, por tanto, desde ese año en adelante pueden ser analizadas. Para 2023, del total facturado para el sistema, un 2,9% corresponde a prestaciones vía telemedicina. Al analizar de manera general exclusivamente las prestaciones otorgadas vía telemedicina (Tabla 4) se observan realidades distintas y prometedoras para la SM.

**Tabla 4. Cobertura promedio (%) y % de Mujeres Prestaciones de Salud Mental y Otras Prestaciones vía Telemedicina, según año**

Año	Salud Mental		Otros	
	Cobertura (%)	% Mujeres	Cobertura (%)	% Mujeres
2020	66,2%	64,3%	77,3%	58,1%
2021	55,7%	65,1%	71,9%	57,3%
2022	56,6%	64,8%	73,5%	55,8%
2023	58,3%	64,8%	73,4%	57,1%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Lo primero que se observa son mayores niveles en las coberturas financieras en general respecto a las observadas en las prestaciones otorgadas de manera presencial, tanto para las prestaciones asociadas a SM (58,3% para 2023) como al resto de las prestaciones (73,4% para 2023).

Adicionalmente, se observa una menor brecha para 2023 (15,2 pp) entre la cobertura financiera que muestran las prestaciones de SM respecto a las otras prestaciones vía telemedicina respecto de la realidad observada al analizar exclusivamente las prestaciones otorgadas de manera presencial donde la brecha entre SM y el resto era mayor (23,2 pp mencionado previamente en Tabla 3).

Al comparar las prestaciones de SM otorgadas por telemedicina respecto de las otorgadas de manera presencial se observa un hecho muy relevante y alentador. En efecto, los resultados muestran una permanente mayor cobertura financiera efectiva promedio (+17,5pp para 2023) de las prestaciones de SM otorgadas vía telemedicina (58,3%) respecto de las otorgadas de manera presencial (40,8%), i.e. para la SM la telemedicina trae consigo un menor gasto de bolsillo para los beneficiarios que optan por este tipo de atención respecto a la presencial. Asimismo, la presencia de mujeres es aún más marcada en las consultas de SM vía telemedicina respecto a las presenciales (+5,8 pp en 2023).

Al analizar el detalle de las prestaciones específicas para las prestaciones de SM vía telemedicina se encuentra que, del monto facturado para 2023, más de la mitad (55,1%) corresponde a la teleconsulta de psiquiatría adulto, seguida por la telerehabilitación de psicólogo clínico (26,4%), telerehabilitación de psicoterapia individual (15,1%) y teleconsulta de psiquiatría infante juvenil (3,3%).

Ahora el análisis se centrará exclusivamente en las consultas médicas (tanto presenciales como vía telemedicina), donde para SM se excluyen las consultas de psicólogos por cuanto no dan origen a licencias médicas que es la línea de análisis en la cual se basa el presente estudio.

Al considerar exclusivamente las consultas médicas otorgadas de manera presencial (Tabla 5) se observa una baja importancia relativa de las consultas por SM en el total (1,5% para 2023 del monto facturado), lo que en principio da cuenta de un bajo uso relativo de las consultas presenciales de SM (tanto primera consulta, como continuidad de tratamiento) que no se condice con la alta prevalencia de trastornos mentales, sobre todo considerando que la pandemia aumentó en un 25% la prevalencia de ansiedad y depresión en todo el mundo (OMS, 2022).

**Tabla 5. Facturado (%), Cobertura promedio (%), % de Mujeres, Facturado y Copago promedio Consultas de Salud Mental y Otras Consultas Presenciales, según año**

Año	Salud Mental					Otros				
	Facturado	Cob. (%)	% Mujeres	Facturado_p	Copago_p	Facturado	Cob. (%)	% Mujeres	Facturado_p	Copago_p
2020	3,3%	37,2%	57,7%	55.149	34.657	96,7%	64,8%	50,1%	30.058	10.582
2021	2,9%	34,4%	60,6%	59.152	38.792	97,1%	64,0%	50,3%	32.175	11.589
2022	2,2%	35,3%	60,8%	63.864	41.350	97,8%	65,1%	50,3%	34.037	11.894
2023	1,5%	37,5%	60,3%	71.177	44.467	98,5%	64,8%	50,4%	38.076	13.388

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

El hecho anterior ocurre en un contexto donde se aprecia la baja cobertura financiera que exhiben las consultas médicas presenciales de SM respecto de las otras, donde, en promedio, la cobertura es 27,3 pp inferior, a lo que se suma que aquellos beneficiarios que necesiten hacer uso del sistema se enfrentan, por una parte, a que el precio de las consultas por SM para 2023 es, en promedio, un 87% mayor al precio de las consultas de otras especialidades, así como también que deben financiar un copago (i.e. gasto de bolsillo) que es 232% mayor para las consultas de SM respecto del de otras especialidades.

Por su parte, al considerar exclusivamente las consultas médicas otorgadas vía telemedicina (Tabla 6) se observa una considerable mayor importancia relativa de las consultas por SM en el total (38,5% para 2023 del monto facturado), i.e. más de 26 veces superior a la realidad observada en las consultas presenciales, lo que da cuenta de un mayor uso relativo de esta modalidad de atención para los trastornos mentales.

**Tabla 6. Facturado (%), Cobertura promedio (%), % de Mujeres, Facturado y Copago promedio Consultas de Salud Mental y Otras Consultas vía Telemedicina, según año**

Año	Salud Mental					Otros				
	Facturado	Cob. (%)	% Mujeres	Facturado_p	Copago_p	Facturado	Cob. (%)	% Mujeres	Facturado_p	Copago_p
2020	33,7%	65,9%	64,7%	43.692	14.917	66,3%	70,7%	61,1%	30.311	8.878
2021	28,9%	59,3%	66,1%	47.402	19.316	71,1%	67,9%	59,8%	30.528	9.814
2022	31,3%	62,4%	66,8%	46.519	17.502	68,7%	69,4%	58,0%	30.002	9.186
2023	38,5%	59,8%	66,9%	53.070	21.345	61,5%	69,8%	57,1%	33.798	10.205

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Lo anterior ocurre en un contexto donde se aprecia un mayor nivel de cobertura financiera de las consultas médicas vía telemedicina de SM (59,8% para 2023), más cercana a la de otras especialidades (69,8% para 2023), disminuyendo la brecha entre ambas a sólo 10 pp inferior para las consultas de SM. Cabe destacar que la cobertura financiera de las consultas médicas vía telemedicina de SM para 2023 es 22,3 pp superior a la cobertura de las consultas presenciales de SM.

Al igual que ocurre en las consultas presenciales de SM, se puede apreciar la mayor importancia relativa de las mujeres en el uso de consultas de SM vía telemedicina (66,9% para 2023), con una participación aún mayor respecto a las consultas presenciales de SM (60,3% para 2023).

Al analizar los precios que cobran los prestadores por las consultas vía telemedicina se aprecian tres fenómenos, por una parte, se distinguen menores niveles de precios respecto a las consultas presenciales (tanto de SM como de otras especialidades), así como menores niveles de precios (25% en 2023) de las consultas de SM vía telemedicina respecto a las consultas presenciales de SM, y mayores niveles de precios (57% en 2023) de las consultas de SM vía telemedicina respecto a las consultas vía telemedicina de otras especialidades.

Respecto al gasto de bolsillo (copagos) por las consultas vía telemedicina, se distinguen tres fenómenos, por una parte, hay menores niveles en general de gasto respecto a las consultas presenciales (tanto de SM como de otras especialidades), así como menores niveles de gasto (52% en 2023) de las consultas de SM vía telemedicina respecto a las consultas presenciales de SM, y mayores niveles de gasto (109% en 2023) de las consultas de SM vía telemedicina respecto a las consultas vía telemedicina de otras especialidades.

Con todo, en términos del financiamiento, comparando las consultas de SM vía telemedicina respecto de las presenciales se observa en las primeras para 2023 una mayor cobertura financiera (22, pp), menores niveles de precios (25%) y menores copagos (52%).

En lo relativo a SM, la importancia de las consultas vía telemedicina viene aumentando en el tiempo, sobre todo desde 2022 a 2023. En efecto, al considerar exclusivamente las consultas de SM (vía telemedicina y presenciales) se obtiene que del total facturado para 2023 un 29% corresponde a consultas de SM vía telemedicina, lo que en 2020 era un 12,5%, i.e., más que se duplicó la importancia relativa de la telemedicina en SM en sólo 3 años. Una posible explicación del importante aumento puede estar en lo descrito previamente de las ventajas comparativas para el beneficiario del financiamiento de las consultas médicas vía telemedicina de SM respecto de las presenciales.

Desde aquí en adelante, se analizarán comparativamente las consultas presenciales y vía telemedicina exclusivamente de SM.

No obstante que las mujeres hacen un mayor uso relativo de las consultas por SM (tanto vía telemedicina como presenciales), la realidad que enfrentan en términos de cobertura financiera no es favorable (Tabla 7), exhibiendo menores niveles que los hombres. En efecto, en consultas de SM presenciales para 2023 la brecha de género en la cobertura fue de -2,6 pp. para las mujeres (39,1% hombres, 36,5% mujeres), mientras cuando se trata de consultas de SM vía telemedicina la brecha de género para 2023 es de -1,0 pp. para las mujeres (60,5% hombres, 59,4% mujeres).

**Tabla 7. Cobertura promedio (%) por sexo y Brecha de Género (pp) en Consultas de Salud Mental Presenciales y vía Telemedicina, según año**

Año	Consultas Presenciales			Consultas vía Telemedicina		
	Hombre	Mujer	Brecha género (pp)	Hombre	Mujer	Brecha género (pp)
2020	40,1%	35,0%	-5,1	65,8%	65,9%	0,1
2021	37,6%	32,3%	-5,3	60,4%	58,6%	-1,8
2022	37,9%	33,5%	-4,4	62,2%	62,5%	0,3
2023	39,1%	36,5%	-2,6	60,5%	59,4%	-1,0

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Al comparar los niveles de cobertura por sexo entre ambas modalidades en que se entregan las consultas médicas se aprecia que tanto mujeres como hombres obtienen mayores niveles de cobertura en las consultas de SM vía telemedicina respecto a las presenciales, pero sobre todo las mujeres son quienes se ven más favorecidas por esta mayor cobertura.

Al analizar las consultas de SM por tramo etario (quinquenios), se aprecia (Tabla 8) que si bien la mayor concentración de beneficiarios, en ambas modalidades de consultas médicas de SM, ocurre entre los 25 y 44 años, es más marcado el uso en estas edades en las consultas vía telemedicina (56,3% en 2023) que en las presenciales (42,2% en 2023). Desde el tramo 10-14 años en adelante las mujeres hacen un mayor uso relativo de las consultas por SM (tanto vía telemedicina como presenciales).

**Tabla 8. Distribución Beneficiarios por Tramo Etario en Consultas de Salud Mental Presenciales y vía Telemedicina, según año**

Tramo	Consultas Presenciales				Consultas vía Telemedicina			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
0-1	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2-4	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
5-9	1,5%	1,6%	1,7%	2,3%	1,0%	1,0%	0,7%	0,8%
10-14	3,6%	4,7%	5,3%	6,3%	2,5%	3,3%	2,9%	2,6%
15-19	6,4%	7,5%	8,5%	9,5%	6,6%	6,9%	7,2%	6,5%
20-24	6,7%	6,7%	7,2%	7,5%	7,8%	7,2%	6,8%	6,5%
25-29	9,7%	9,3%	8,6%	7,2%	11,2%	11,8%	11,6%	11,0%
30-34	14,6%	14,3%	13,5%	11,3%	14,3%	17,0%	17,5%	17,8%
35-39	14,4%	13,9%	13,1%	12,4%	13,8%	15,3%	14,6%	15,8%
40-44	11,8%	11,8%	11,4%	11,3%	10,6%	11,2%	11,0%	11,8%
45-49	9,3%	9,3%	9,1%	9,2%	8,4%	7,8%	7,8%	7,9%
50-54	7,0%	6,8%	6,7%	7,2%	6,8%	5,6%	6,0%	6,1%
55-59	6,1%	5,5%	5,5%	5,6%	6,0%	4,9%	5,2%	4,9%
60-64	4,3%	4,2%	4,3%	4,4%	5,1%	3,7%	4,2%	4,1%
65-69	2,2%	2,2%	2,4%	2,6%	3,0%	2,1%	2,4%	2,3%
70-74	1,1%	1,1%	1,2%	1,5%	1,5%	1,2%	1,2%	1,1%
75-79	0,5%	0,6%	0,7%	0,8%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%
80 y más	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Al analizar la concentración de uso en 2023 para otros tramos de interés como los mayores de 50 años se encuentran concentraciones levemente inferiores en las consultas vía telemedicina (19,4%) que en las presenciales (22,7%), mismo resultado se observa en los mayores de 60 años (8,4% en consultas vía telemedicina y 9,9% en consultas presenciales). Para los beneficiarios menores de 24 años se encontró una mayor concentración en las consultas presenciales (25,9%) respecto a la vía telemedicina (16,4%)

Al analizar por región individual (Tabla 9) se observa que las 3 principales regiones en cuanto a concentración de beneficiarios usuarios corresponden a la Metropolitana, Antofagasta y Valparaíso en las consultas de SM vía telemedicina y a la Metropolitana, Biobío y Antofagasta en las consultas de SM presenciales, con una concentración un poco más marcada de la Metropolitana en las consultas de telemedicina (63,7% para 2023), la cual ha venido disminuyendo en el tiempo (76,7% para 2020). Al considerar la concentración de las 3 principales regiones para 2023 se encuentra un 77,6% en las consultas vía telemedicina y un 75,1% en las consultas presenciales.

**Tabla 9. Distribución Beneficiarios por Región y Macrozonas en Consultas de Salud Mental Presenciales y vía Telemedicina, según año**

Región	Consultas Presenciales				Consultas vía Telemedicina			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
1 Tarapacá	1,8%	1,8%	1,7%	1,4%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%
2 Antofagasta	4,1%	3,8%	3,8%	3,3%	1,9%	4,0%	7,2%	7,1%
3 Atacama	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,7%	1,0%	1,0%	1,0%
4 Coquimbo	2,0%	2,0%	2,3%	2,2%	1,6%	2,1%	2,1%	2,1%
5 Valparaíso	6,7%	7,4%	7,4%	7,6%	5,2%	6,4%	7,2%	6,8%
6 O'Higgins	4,3%	4,2%	4,4%	4,8%	3,0%	4,4%	3,3%	3,0%
7 Maule	2,2%	2,2%	2,4%	2,3%	2,5%	3,3%	3,0%	2,7%
8 Biobío	8,9%	8,3%	8,8%	9,1%	2,5%	4,0%	3,9%	3,5%
9 Araucanía	2,8%	2,7%	2,7%	2,2%	1,3%	1,9%	2,2%	2,0%
10 Los Lagos	3,2%	3,1%	3,3%	3,3%	1,8%	3,0%	3,2%	3,0%
11 Aysén	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,1%	0,4%	0,4%	0,5%
12 Magallanes	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,3%	0,7%	1,0%	0,9%
13 RM	58,9%	59,2%	57,6%	58,3%	76,7%	65,4%	61,9%	63,7%
14 Los Ríos	1,0%	1,0%	1,2%	1,1%	0,8%	0,9%	1,2%	1,2%
15 Arica y Parinacota	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,3%	0,5%	0,5%	0,7%
16 Ñuble	1,7%	1,7%	1,9%	1,8%	0,4%	0,9%	0,9%	0,8%
3 principales	74,5%	74,9%	73,8%	75,1%	83,7%	75,8%	76,4%	77,6%
Macrozona norte	7,1%	6,9%	6,8%	5,9%	3,7%	6,5%	9,7%	10,0%
Macrozona centro	8,7%	9,4%	9,7%	9,9%	6,7%	8,5%	9,4%	8,9%
Macrozona centro sur	17,1%	16,4%	17,5%	18,0%	8,4%	12,7%	11,0%	9,9%
Macrozona sur	6,9%	6,9%	7,1%	6,6%	4,0%	5,8%	6,6%	6,1%
Macrozona austral	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	0,5%	1,1%	1,4%	1,3%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Al analizar la información por macrozonas<sup>8</sup> se observa una mayor concentración en la macrozona norte en las consultas vía telemedicina (10,0% para 2023) respecto a las presenciales (5,9% para 2023), mientras en la macrozona centro-sur se observa una mayor concentración en las consultas presenciales (18% para 2023) respecto a las vías telemedicina (9,9% para 2023). En las restantes macrozonas la concentración es similar entre ambas modalidades.

Al analizar por Isapre (Tabla 10) se observa para 2023 una concentración importante de las atenciones por SM presenciales en 2 aseguradoras, mientras 4 aseguradoras concentran prácticamente la totalidad de las atenciones, donde las restantes 2 aseguradoras los beneficiarios que hacen uso de consultas son marginales. En efecto, 1 aseguradora (Consalud) concentra 1 de cada 3 beneficiarios usuarios en consultas de SM presenciales, mientras 2

<sup>8</sup> Ver detalles de regiones por macrozona en Anexo.

aseguradoras (Consalud y Nueva Masvida) concentran casi el 60% (58,5%) del total de beneficiarios usuarios en consultas presenciales de SM y 4 aseguradoras (Consalud, Nueva Masvida, Banmédica y Consalud) concentran el 93,8%.

**Tabla 10. Distribución Beneficiarios por Aseguradora en Consultas de Salud Mental Presenciales y vía Telemedicina, según año**

Isapre	Consultas Presenciales				Consultas vía Telemedicina			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
Colmena	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	19,6%	23,4%	19,9%	19,8%
Cruz Blanca	46,7%	44,3%	41,2%	17,8%	18,2%	18,4%	17,4%	17,4%
Vida Tres	2,0%	2,8%	3,0%	6,0%	10,2%	6,8%	6,1%	6,9%
Nueva Masvida	14,1%	13,9%	16,7%	24,5%	1,2%	2,0%	1,7%	1,9%
Banmédica	7,1%	9,4%	10,4%	17,5%	43,5%	30,0%	32,5%	34,8%
Consalud	30,0%	29,3%	28,6%	34,1%	7,2%	19,4%	22,3%	19,2%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas.

Por su parte, al analizar la realidad para las consultas de SM vía telemedicina para 2023 se encuentra también una concentración de las atenciones, pero en una menor profundidad. En efecto, al igual que ocurre en las consultas de SM presenciales, 1 aseguradora (Banmédica) concentra 1 de cada 3 beneficiarios usuarios en consultas de SM vía telemedicina, mientras 2 aseguradoras (Banmédica y Colmena) concentran más de la mitad (54,6%) del total de beneficiarios usuarios en consultas vía telemedicina de SM y 3 aseguradoras (Banmédica, Colmena y Cruz Blanca) concentran el 72%. En las 3 aseguradoras los beneficiarios usuarios en su mayoría son mujeres y enfrentan bajas coberturas efectivas (en torno al 30%).

Como se observa, un fenómeno que destaca es una especie de especialización de mercado de las aseguradoras entre las atenciones de SM presenciales versus las vía telemedicina, donde las 2 aseguradoras que concentraban casi el 60% de las atenciones presenciales por SM, en telemedicina concentran sólo la tercera parte de aquello (21%). En este sentido, se aprecian 2 comportamientos extremos, por una parte, Colmena es una aseguradora que se identificó que sus atenciones de SM se concentran básicamente en consultas vía telemedicina, siendo casi nulo su flujo de atenciones en consultas presenciales, mientras en el otro extremo se identifica el comportamiento de Nueva Masvida, donde se observa todo lo contrario, ya que prácticamente la totalidad de sus atenciones de SM se concentran en consultas presenciales.

### **Análisis de Licencias Médicas y SIL<sup>9</sup>**

Del total de licencias médicas tramitadas para el sistema Isapre, para el 2023, un 24,5% del total se asocia a diagnósticos por trastornos mentales (17,2% en 2012), mientras el gasto en SIL equivale a un 36,7% del total (24,9% en 2012) (Tabla 11). Con todo, en el tiempo se observa un aumento paulatino de la importancia de las licencias por trastornos mentales en el sistema donde, a 2023, 1 de cada 4 licencias y 1 de cada 3 pesos de gasto en SIL se asocia a trastornos mentales. Se puede ver el efecto que tuvo la pandemia en las licencias por

<sup>9</sup> Los resultados de la presente sección incluyen las licencias reclamadas y acogidas total o parcialmente en las instancias de apelación.

trastornos mentales, donde entre 2019 y 2020 hubo un aumento de 7,8 pp en la proporción de licencias por trastornos mentales respecto a los otros diagnósticos. Cabe destacar que en 2020 se observa la mayor importancia de las licencias por trastornos mentales en el sistema, donde luego a disminuido levemente, no obstante, en términos del gasto en SIL se observa lo contrario, con una importancia relativa de la SM creciente en el tiempo.

**Tabla 11. Proporción de Licencias Tramitadas y Gasto en SIL por Trastornos Mentales respecto a total sistema, según año**

Año	Licencias	Gasto_SIL
2012	17,2%	24,9%
2013	18,5%	27,3%
2014	19,3%	28,1%
2015	20,0%	29,9%
2016	19,8%	30,7%
2017	19,7%	30,4%
2018	20,5%	31,6%
2019	21,2%	31,8%
2020	29,0%	34,6%
2021	28,8%	35,8%
2022	24,3%	35,9%
2023	24,5%	36,7%

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.

Al analizar la composición por sexo (Tabla 12), se puede apreciar la mayor importancia relativa de las mujeres en el número de licencias por trastornos mentales (62,7% en 2023; 61,8% en 2012) respecto a los otros diagnósticos (53,8% en 2023; 50,3% en 2012).

**Tabla 12. % de Mujeres, Licencias Aprobadas (%), Rechazadas (%) y Reducidas (%) Licencias por Trastornos Mentales y Otros Diagnósticos, según año**

Año	Salud Mental				Otros			
	% Mujeres	% Aprobación	% Rechazo	% Reducidas	% Mujeres	% Aprobación	% Rechazo	% Reducidas
2012	61,8%	73,1%	18,6%	8,3%	50,3%	90,3%	5,0%	4,7%
2013	62,2%	78,0%	15,4%	6,5%	49,9%	91,9%	4,8%	3,3%
2014	61,3%	84,8%	12,0%	3,2%	49,9%	94,2%	3,5%	2,2%
2015	62,3%	84,8%	12,8%	2,5%	50,5%	94,9%	3,3%	1,7%
2016	62,7%	84,2%	13,6%	2,2%	50,9%	95,6%	3,1%	1,3%
2017	60,6%	84,6%	12,9%	2,5%	50,5%	95,6%	3,1%	1,3%
2018	62,7%	86,2%	11,9%	1,9%	51,3%	96,0%	2,9%	1,1%
2019	61,8%	85,7%	11,7%	2,5%	51,1%	96,1%	2,8%	1,1%
2020	55,6%	85,2%	12,7%	2,1%	44,3%	95,2%	3,1%	1,6%
2021	55,5%	85,2%	13,7%	1,1%	45,2%	94,7%	3,7%	1,6%
2022	58,8%	76,9%	19,4%	3,7%	50,2%	92,8%	4,7%	2,4%
2023	62,7%	75,4%	20,8%	3,9%	53,8%	93,3%	4,6%	2,1%

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.

Al analizar la proporción de licencias aprobadas, se observa que sistemáticamente es menor a lo largo del tiempo la asociada a diagnósticos de trastornos mentales (75,4% para 2023) versus la de los otros diagnósticos (93,3% para 2023). A su vez, lo que destaca es la mayor proporción de licencias por trastornos mentales que son rechazadas respecto a la de otros diagnósticos, donde para 2022 la proporción de las licencias por trastornos mentales es más de 4 veces superior a la de los otros diagnósticos (20,8% y 4,6%).

Desde aquí en adelante, se analizarán exclusivamente las licencias médicas por trastornos mentales. Como se señaló en el apartado de metodología, la unidad de análisis es la persona, por tanto, las cifras de cada año presentadas corresponden al promedio de los datos anuales de cada individuo.

Es sabido que las licencias por trastornos mentales son, en promedio, de mayor duración respecto a otros diagnósticos. En efecto, al analizar la duración promedio de las licencias (Tabla 13), se observa para 2023 que los días otorgados (DO) en las licencias por trastornos mentales equivalen, en promedio, a 6,5 semanas, versus las 3 semanas que en promedio se otorgan por los otros diagnósticos, i.e. en las licencias por trastornos mentales se otorgan el doble de días en promedio (ratio de 2,0) respecto a las licencias por otros diagnósticos.

**Tabla 13. Días Otorgados (DO), Autorizados (DA) y Pagados (DP\_N y \$) por diagnóstico y Brecha de Género en Licencias por Trastornos Mentales, según año**

Año	Trastornos Mentales				Otros Diagnósticos				Ratio TM-OD			
	DO	DA	DP	DP (\$)	DO	DA	DP	DP (\$)	DO	DA	DP	DP (\$)
2012	37	30	28	47.333	18	17	14	60.157	2,0	1,8	2,1	0,8
2013	37	31	28	50.853	19	18	14	63.173	2,0	1,8	2,1	0,8
2014	39	31	27	50.991	19	18	14	62.378	2,0	1,7	2,0	0,8
2015	41	32	29	49.883	20	18	14	61.994	2,1	1,8	2,1	0,8
2016	41	34	31	51.844	20	19	14	63.876	2,1	1,8	2,2	0,8
2017	40	32	29	56.605	20	18	14	70.369	2,0	1,7	2,1	0,8
2018	41	34	31	57.112	20	19	15	68.097	2,0	1,8	2,1	0,8
2019	42	33	30	68.099	21	19	15	72.487	2,1	1,7	2,1	0,9
2020	55	42	39	75.604	29	27	23	67.903	1,9	1,6	1,7	1,1
2021	54	47	42	56.353	29	28	23	65.482	1,9	1,7	1,8	0,9
2022	50	39	35	58.180	22	20	15	73.561	2,3	1,9	2,3	0,8
2023	46	35	31	60.297	23	21	16	66.278	2,0	1,7	1,9	0,9

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.  
DP (\$): en pesos de diciembre 2023.

Al analizar luego los días autorizados (DA) y los días pagados (DP) se mantienen las proporciones, donde las licencias por trastornos mentales duplican los días pagados de las licencias por otros diagnósticos (4,5 semanas versus 2,3 semanas - ratio 1,9).

Por su parte, al analizar el gasto SIL del día pagado (DP (\$)) se observa una realidad distinta, donde para 2023 el valor del día pagado promedio en licencias por trastornos mentales es inferior (ratio 0,9) al monto del día de los otros diagnósticos.

Por tanto, al analizar el gasto SIL promedio (i.e. considerar la multiplicación de los días pagados y el gasto SIL por día pagado) de una licencia por trastornos mentales versus una

de otros diagnósticos, se encuentra que para 2023 las licencias por trastornos mentales conllevan, en promedio, un 77% mayor gasto que las licencias de otros diagnósticos (\$1.890.535 versus \$1.068.404).

Al analizar la duración de las licencias de trastornos mentales por sexo (Tabla 14), se observa que a las mujeres se les entregan licencias de mayor duración donde, en promedio, su extensión es 1 semana más respecto a las de los hombres (brecha de género de +7 días).

**Tabla 14. Días Otorgados, Autorizados y Pagados (N y \$) por sexo y Brecha de Género en Licencias por Trastornos Mentales, según año**

Año	Días otorgados			Días autorizados			Días Pagados					
	Hombre	Mujer	Brecha género	Hombre	Mujer	Brecha género	Hombre		Mujer		Brecha género	
							N	\$	N	\$	N	\$
2012	33	40	6	27	33	6	25	47.084	31	47.494	6	410
2013	33	40	6	28	33	6	25	49.870	30	51.511	5	1.641
2014	35	41	6	28	33	4	25	50.089	29	51.618	4	1.529
2015	37	44	8	29	34	5	27	49.306	31	50.272	4	966
2016	37	43	6	31	35	4	29	50.984	32	52.402	3	1.418
2017	37	42	5	30	33	3	27	54.257	30	58.246	3	3.989
2018	37	43	6	32	36	4	29	54.719	33	58.692	3	3.974
2019	39	45	6	31	35	5	28	66.425	32	69.237	4	2.812
2020	52	58	5	39	45	5	36	75.066	41	76.066	5	1.000
2021	52	56	4	45	49	5	40	53.543	44	58.795	3	5.252
2022	46	52	6	37	41	5	33	56.602	37	59.432	4	2.830
2023	42	48	7	32	36	4	29	59.909	33	60.562	4	653

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.  
Días pagados (\$): en pesos de diciembre 2023.

Por su parte, al analizar el gasto SIL del día pagado (\$) se observa una realidad similar, pero en menor escala, donde para 2023 el valor del día pagado promedio en licencias es levemente superior para las mujeres respecto a los hombres (brecha de género +\$653). Es decir, las licencias por trastornos mentales asociadas a las mujeres presentan, en promedio, una mayor duración, así como un valor del día pagado también mayor.

Por tanto, al analizar el gasto SIL promedio (i.e. considerar la multiplicación de los días pagados y el gasto SIL por día pagado) de una licencia por trastornos mentales por sexo, para 2023 se encuentra que las licencias por trastornos mentales de las mujeres conllevan un 14% mayor gasto promedio que las licencias de hombres (\$1.989.446 versus \$1.746.624).

Al analizar por región individual (Tabla 15) se observa que las 3 principales en cuanto a concentración de beneficiarios con licencias médicas por trastornos mentales corresponden a la Metropolitana, Biobío y Valparaíso. Al considerar la concentración de las 3 principales regiones para 2023 se encuentra un 70,2% del total de licencias por trastornos mentales.

**Tabla 15. Distribución Beneficiarios por Región y Macrozonas en Licencias por Trastornos Mentales, según año**

Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1 Tarapacá	3,0%	2,8%	2,6%	2,4%	2,3%	2,1%	1,8%	1,7%	1,7%	1,9%	2,2%	2,3%
2 Antofagasta	4,0%	4,4%	4,3%	4,4%	3,9%	3,6%	3,6%	4,1%	3,9%	3,9%	4,2%	4,5%
3 Atacama	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%	1,0%	1,2%	1,3%
4 Coquimbo	1,6%	1,5%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	1,4%	1,5%	1,4%	1,4%	1,7%	1,8%
5 Valparaíso	5,2%	5,1%	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,5%	5,6%	5,3%	5,8%	6,1%	6,8%
6 O'Higgins	3,9%	3,8%	3,7%	3,5%	3,6%	3,4%	3,5%	3,2%	3,1%	3,1%	3,3%	3,3%
7 Maule	2,4%	2,1%	2,2%	2,4%	2,6%	2,9%	3,2%	2,9%	2,7%	3,0%	3,3%	3,6%
8 Biobío	7,4%	7,5%	7,6%	7,4%	7,6%	7,8%	7,7%	6,6%	6,9%	6,5%	6,9%	7,1%
9 Araucanía	3,3%	3,3%	3,0%	3,1%	3,3%	3,2%	3,5%	3,5%	2,9%	2,9%	3,3%	3,5%
10 Los Lagos	3,3%	3,2%	3,2%	3,3%	3,4%	3,4%	3,6%	3,7%	3,3%	3,7%	4,0%	4,3%
11 Aysén	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
12 Magallanes	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%
13 RM	61,5%	62,1%	62,8%	62,9%	62,4%	62,5%	61,8%	61,8%	64,1%	62,5%	59,1%	56,2%
14 Los Ríos Arica y	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	0,9%	1,0%	1,2%	1,3%
15 Parinacota	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%
16 Ñuble							0,6%	1,5%	1,3%	1,6%	1,7%	1,9%
3 principales	74,2%	74,7%	75,6%	75,6%	75,6%	76,0%	75,0%	74,1%	76,2%	74,8%	72,1%	70,2%
Macrozona norte	9,0%	9,1%	8,7%	8,5%	7,8%	7,1%	6,8%	7,2%	6,9%	7,2%	8,1%	8,6%
Macrozona centro	6,8%	6,6%	6,6%	6,8%	7,0%	7,1%	7,0%	7,1%	6,6%	7,1%	7,8%	8,6%
Macrozona centro sur	13,7%	13,3%	13,5%	13,3%	13,8%	14,2%	14,9%	14,2%	14,0%	14,3%	15,2%	15,8%
Macrozona sur	7,6%	7,5%	7,1%	7,4%	7,6%	7,6%	8,1%	8,3%	7,1%	7,6%	8,4%	9,2%
Macrozona austral	1,3%	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,5%

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.

Al analizar la información por macrozonas se observa una mayor concentración de licencias en la macrozona centro sur (15,8% para 2023), mientras en las macrozonas norte, centro y sur se observa una concentración similar entre ellas.

Al analizar las licencias de trastornos mentales por tramo etario (quinquenios), se aprecia (Tabla 16) que la mayor concentración de beneficiarios ocurre entre los 30 y 39 años (43,5% del total para 2023), mientras 4 de cada 5 licencias se concentran entre los 25 y 49 años.

**Tabla 16. Distribución Beneficiarios por Tramo Etario en Licencias por Trastornos Mentales, según año**

Tramo	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15-19	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
20-24	5,5%	5,4%	5,1%	5,1%	4,5%	4,0%	3,3%	3,0%	2,6%	2,3%	1,8%	1,1%
25-29	15,8%	15,8%	16,0%	16,6%	16,3%	15,6%	15,1%	14,5%	13,7%	13,6%	12,4%	10,0%
30-34	19,9%	20,8%	21,5%	21,5%	21,5%	21,5%	21,2%	21,6%	21,7%	23,0%	23,3%	22,5%
35-39	17,0%	17,2%	17,1%	16,9%	17,5%	18,2%	18,7%	19,0%	18,9%	19,2%	20,0%	21,0%
40-44	12,2%	12,3%	12,6%	12,9%	13,0%	13,2%	13,2%	13,2%	13,6%	13,7%	14,3%	15,4%
45-49	9,7%	9,4%	9,0%	8,8%	8,8%	9,0%	9,5%	9,7%	10,1%	10,0%	10,0%	10,4%
50-54	8,0%	7,8%	7,5%	7,4%	7,2%	7,2%	7,3%	7,1%	7,2%	7,0%	6,9%	7,5%
55-59	6,9%	6,5%	6,2%	5,7%	5,8%	5,9%	5,8%	5,8%	6,0%	5,5%	5,4%	5,7%
60-64	3,8%	3,5%	3,6%	3,8%	3,8%	3,8%	4,2%	4,3%	4,2%	3,8%	3,9%	4,1%
65-69	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,3%	1,4%	1,5%	1,4%	1,5%	1,7%
70-74	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
75-79	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
80 y más	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.

Al analizar la concentración de uso en 2023 para otros tramos de interés como los mayores de 50 años se encuentra que concentran 1 de cada 5 licencias (19,5%) por trastornos mentales, mientras al considerar los mayores de 60 años se encuentra que concentran 6,4% del total de licencias. Para los beneficiarios menores de 24 años se encontró una baja concentración de licencias (1,1%).

Al analizar por Isapre (Tabla 17) se observa para 2023 que 2 aseguradoras (Consalud y Colmena) concentran casi la mitad (48,4%) de las licencias por trastornos mentales, mientras 4 aseguradoras (Consalud, Colmena, Cruz Blanca y Banmédica) concentran casi 9 de cada 10 licencias (86,3%). En las 4 aseguradoras los beneficiarios usuarios en su mayoría son mujeres y enfrentan bajas coberturas efectivas (en torno al 30%).

**Tabla 17. Distribución Beneficiarios por Aseguradora en Licencias por Trastornos Mentales, según año**

Isapre	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Colmena	14,4%	14,3%	13,6%	14,4%	15,5%	17,7%	19,5%	20,6%	20,5%	21,3%	23,0%	26,5%
Cruz Blanca	21,8%	22,6%	21,9%	22,2%	23,0%	21,7%	23,1%	23,5%	23,1%	20,5%	20,0%	18,1%
Vida Tres	3,2%	3,1%	2,9%	2,7%	2,6%	2,6%	2,5%	2,5%	2,5%	2,4%	2,4%	2,8%
Nueva Masvida (*)	17,2%	17,9%	19,8%	20,4%	20,7%	19,0%	14,2%	12,5%	11,4%	11,1%	10,3%	10,9%
Banmédica	20,1%	20,0%	19,6%	19,1%	18,7%	18,1%	18,0%	17,8%	18,2%	19,4%	19,1%	19,8%
Consalud	23,2%	22,0%	22,2%	21,2%	19,5%	21,0%	22,6%	23,1%	24,3%	25,2%	25,2%	21,9%

(\*) Para periodo 2012-2017 incluye información de ex Isapre Ferrosalud (que luego se llamó Óptima).

Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.

Cabe destacar que Consalud es una aseguradora que exhibe una alta concentración de consultas por SM (tanto presenciales como vía telemedicina), mientras Colmena es una

aseguradora que se identificó que sus atenciones de SM se concentran básicamente en consultas vía telemedicina, siendo casi nulo su flujo de atenciones en consultas presenciales.

Al analizar la duración promedio de las licencias por aseguradora (Tabla 18), se observa para 2023 que existe una diferencia de casi 1 semana en los días otorgados (DO) en las licencias por trastornos mentales entre los afiliados de la aseguradora que otorga menos días (Consalud) y la que entrega más días (Cruz Blanca). Coincidentemente, esas mismas aseguradoras son las que, en promedio, registran los menores montos de día SIL pagado, cuyo monto depende de la renta imponible de su cartera.

Con todo, Consalud es una aseguradora que exhibe una alta concentración de consultas por SM (tanto presenciales como vía telemedicina), no obstante, por otra parte, también es la que exhibe el menor nivel de días pagados. Mientras Colmena es una aseguradora que se identificó que sus atenciones de SM se concentran básicamente en consultas vía telemedicina, por otra parte, también es la segunda aseguradora que exhibe menores niveles de días pagados.

**Tabla 18. Días Otorgados (DO), Autorizados (DA) y Pagados (DP\_N y \$) por Aseguradora en Licencias por Trastornos Mentales, años 2018 y 2023**

Isapre	2018				2023			
	DO	DA	DP	DP (\$)	DO	DA	DP	DP (\$)
Colmena	40,2	36,3	29,2	66.412	45,1	37,5	30,8	66.949
Cruz Blanca	38,8	34,4	31,2	56.005	48,1	35,4	33,5	61.075
Vida Tres	43,8	33,5	32,2	70.327	47,1	36,4	34,1	64.383
Nueva Masvida (*)	42,3	33,8	31,6	60.978	45,1	34,2	32,0	56.814
Banmédica	41,6	33,1	31,6	58.263	46,1	36,6	34,1	58.052
Consalud	38,7	32,1	30,8	46.429	42,8	28,3	26,1	55.324

(\*) Para periodo 2012-2017 incluye información de ex Isapre Ferrosalud (que luego se llamó Óptima).

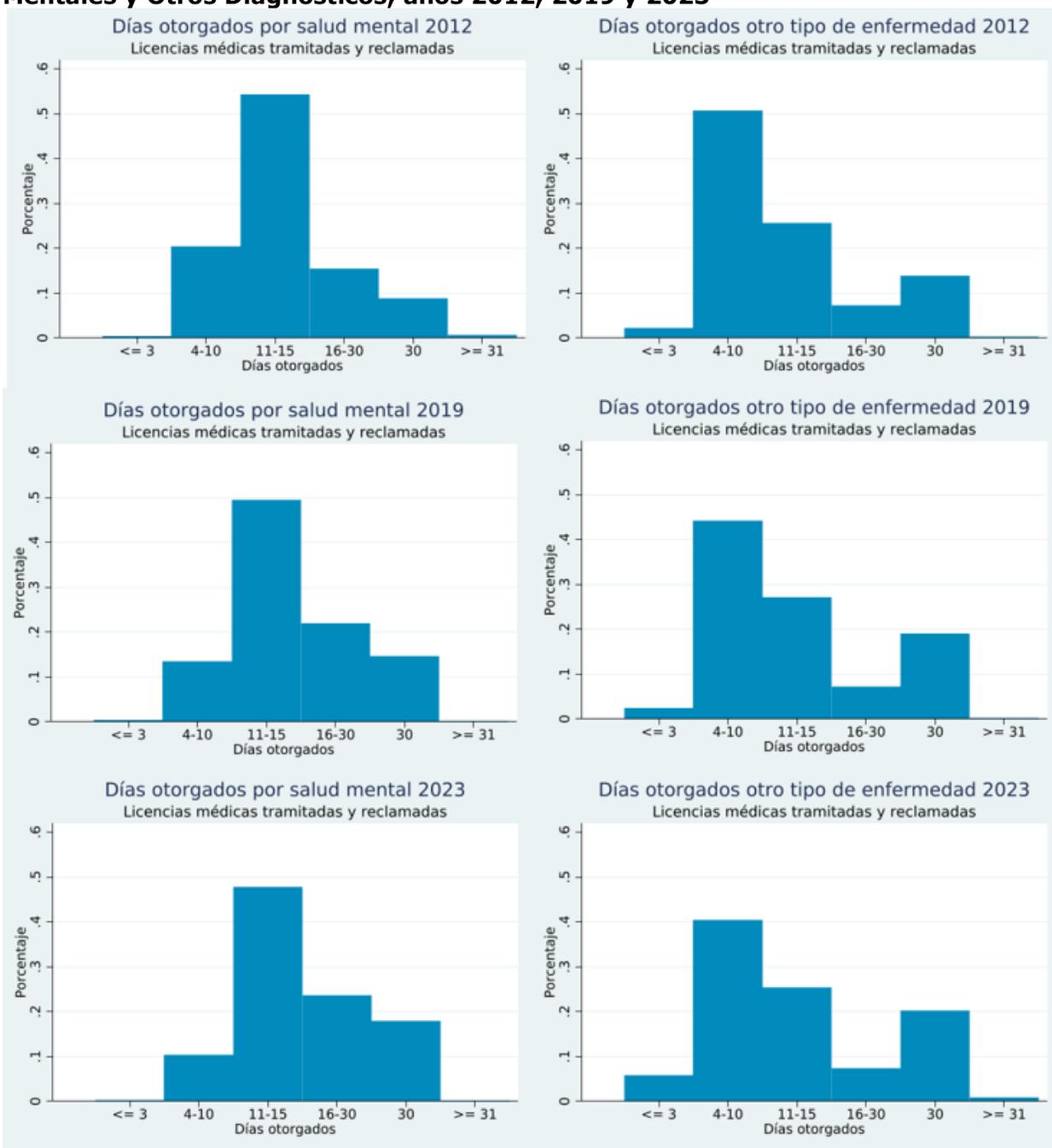
Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL y Licencias Reclamadas.

DP (\$): en pesos de diciembre 2023

Otra manera complementaria de analizar la duración de las licencias es ver la distribución de los días otorgados según diagnóstico (Diagrama 1) y su evolución en el tiempo. Los días otorgados es una variable de interés de analizar por cuanto, en teoría, en su prescripción por parte del profesional sanitario sólo debiesen influir temas del estado de salud de las personas.

Al analizar las licencias por trastornos mentales se observan las modificaciones que han sufrido los días otorgados a lo largo de los años donde, entre 2012 y 2023, si bien se mantiene la mayor cantidad de licencias prescritas con duraciones entre 11 y 15 días, se aprecia un desplazamiento de la distribución hacia la derecha, concentrando licencias cada vez de mayor duración (mayores a 15 días).

**Diagrama 1. Histogramas Días Otorgados en Licencias Tramitadas por Trastornos Mentales y Otros Diagnósticos, años 2012, 2019 y 2023**



Fuente: Archivo Maestro de de Licencias Médicas y SIL

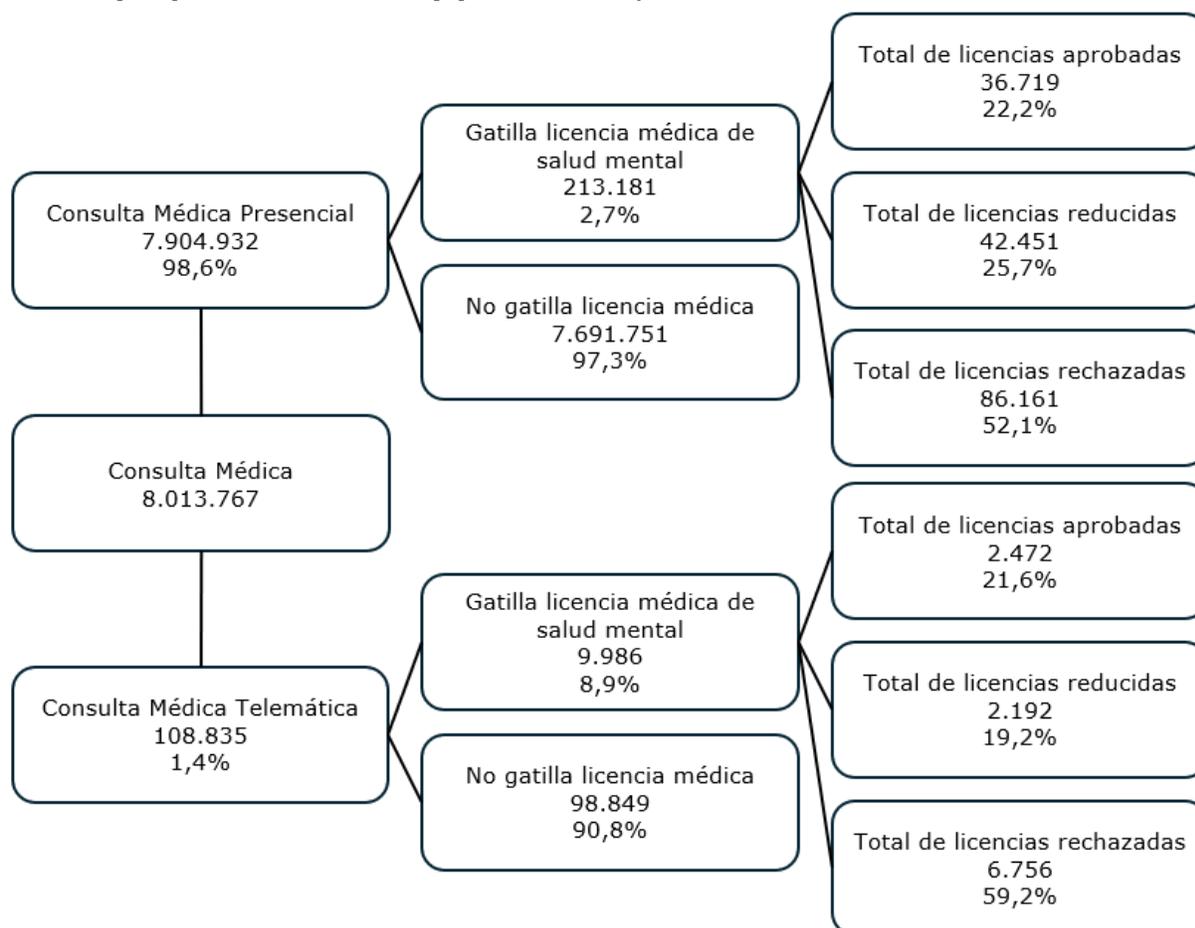
Al considerar las licencias por otros diagnósticos se aprecia una tendencia totalmente contraria, donde a lo largo de los años se mantienen la mayor cantidad de licencias prescritas con duraciones entre 4 y 10 días, mientras disminuyen las licencias de 11 días y más y aumentan las licencias de corta duración (3 días y menos).

## Desde la Consulta a la Licencia Médica

En el presente apartado se analiza de manera diferenciada, según modalidad de la consulta médica (presencial versus vía telemedicina), la proporción de consultas médicas que dan origen a licencia médica (en primera instancia, no se consideran las licencias reclamadas acogidas parcial o totalmente) y luego el tipo de resolución en primera instancia de las licencias tramitadas (aprobada, rechazada o reducida). Este análisis es innovador por cuanto en la literatura típicamente se analiza separadamente o bien el punto de partida de la atención por SM (número de consultas médicas) o bien su desenlace (todo lo relacionado a licencias médicas tramitadas y SIL), pero no se analiza de manera global la atención de salud, es decir, construir la historia de la atención a nivel de cada persona y su desenlace.

Los resultados del ejercicio para el universo de consultas médicas (Diagrama 2) muestran para 2023 que, del total (8.013.767), un 98,6% corresponden a consultas presenciales y el restante 1,4% corresponde a consultas vía telemedicina.

**Diagrama 2. Consultas médicas <sup>10</sup>, según si determinan licencia médica de salud mental (en primera instancia) y modalidad, 2023**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y de Licencias Médicas y SIL.

<sup>10</sup> Considera solo consultas médicas bonificadas a cotizantes (excluye cargas).

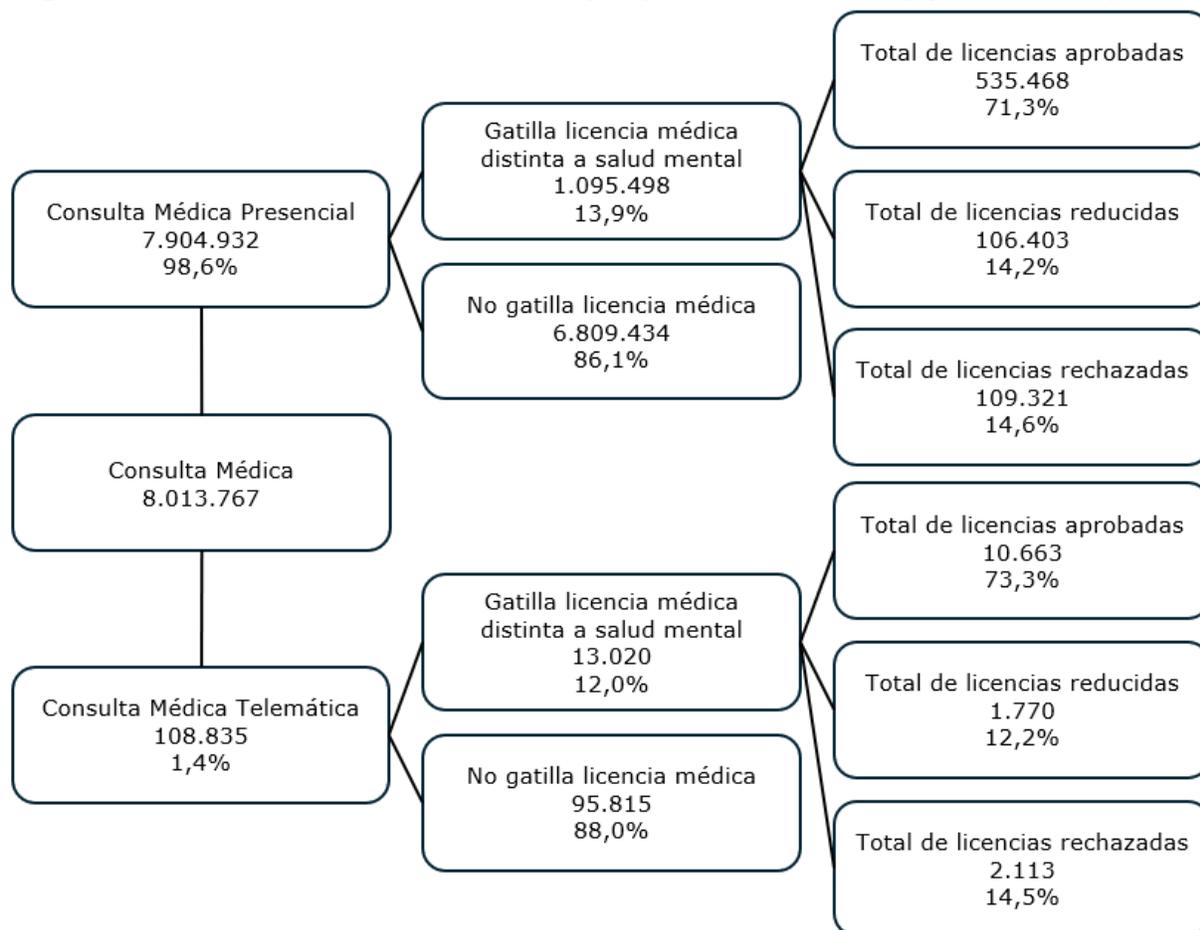
Analizando la rama de consultas presenciales, un 2,7% da origen a licencia médica por trastornos mentales, mientras el restante 97,3% no origina licencia. Entre las consultas que sí originan licencia médica por SM, en primera instancia la mayor parte (77,8%) son rechazadas (52,1%) o reducidas (25,7%), i.e. sólo el 22,2% de las licencias tramitadas son aprobadas por las aseguradoras. Este resultado se condice con la evidencia disponible (Leyton & Poblete, 2024; Leyton, 2023).

Por su parte, al analizar la rama de consultas vía telemedicina se encuentra que la proporción de consultas médicas de SM vía telemedicina que dan origen a licencia médica (8,9%) es 3,3 veces superior a la proporción encontrada en las consultas de SM presenciales (2,7%). Se observa que se mantiene el proceder de las aseguradoras de rechazar (59,2%) o reducir (19,2%) la mayor parte (4 de cada 5) de las licencias tramitadas por SM, aprobando en primera instancia sólo 1 de cada 5 licencias (21,6%) del total de licencias tramitadas por SM, fracción similar a la observada en las consultas presenciales.

Como una manera de contrastar los resultados del ejercicio anterior para las consultas de SM, se realizó el mismo ejercicio para las restantes consultas médicas identificando el resto de los diagnósticos, considerando el mismo universo de consultas médicas totales (que incluye la totalidad de consultas donde algunas dan origen a licencia, ya sea por SM u otros diagnósticos).

Los resultados del ejercicio para aquellas consultas médicas que determinan licencias por otros diagnósticos distintos a SM (Diagrama 3) muestran para 2023 que, analizando la rama de consultas presenciales, un 13,9% da origen a licencia médica, mientras el restante 86,1% no origina licencia. Entre las consultas que sí originan licencia médica, en primera instancia, a diferencia de lo observado en las consultas que dan origen a licencia por SM, la mayor parte son aprobadas (71,3%), donde sólo el 14,6% son rechazadas y un 14,2% son reducidas por las aseguradoras. Este resultado se condice con la evidencia disponible (Leyton & Poblete, 2024; Leyton, 2023).

**Diagrama 3. Consultas médicas<sup>11</sup>, según si determinan licencia médica de diagnósticos diferentes a salud mental (en primera instancia) y modalidad, 2023**



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y de Licencias Médicas y SIL.

Por su parte, al analizar la rama de consultas vía telemedicina se encuentra que en el 12% de las consultas se emiten licencias médicas, donde la proporción de consultas médicas vía telemedicina que dan origen a licencia médica es levemente inferior (1,9 pp) a la proporción encontrada en las consultas presenciales (13,9%). Aquí se mantiene el proceder de las aseguradoras de aprobar en primera instancia la mayor parte (73,3%) de las licencias médicas tramitadas por otros diagnósticos distintos a SM, donde sólo el 14,5% son rechazadas y un 12,2% son reducidas por las aseguradoras.

Con todo, se identifica una clara diferencia en el proceder cuando se trata de licencias por trastornos mentales o de otros diagnósticos, tanto desde el punto de vista de las aseguradoras, como de los profesionales que emiten las licencias. En efecto, cuando se trata de licencias asociadas a diagnósticos de SM las aseguradoras lo que hacen es aprobar una fracción muy menor de ellas, predominando las prácticas de rechazo o reducción, tanto en las consultas presenciales como vía telemedicina, no así cuando se trata de licencias por otros diagnósticos, donde la mayor parte de las licencias son aprobadas en primera instancia. Respecto a los profesionales que emiten las licencias se observa que, considerando exclusivamente aquellas consultas por SM, la proporción de consultas que dan origen a

<sup>11</sup> Considera solo consultas médicas bonificadas a cotizantes (excluye cargas).

licencia médica es más de 3 veces mayor en las consultas vía telemedicina que en las presenciales, a pesar de que se mantiene el proceder de las aseguradoras de rechazar/reducir la mayor parte de aquellas licencias. Asimismo, al comparar la proporción de consultas presenciales que dan origen a licencia se observa que es un 81% inferior cuando se trata de SM versus otros diagnósticos, mientras es sólo un 26% inferior cuando se trata de consultas vía telemedicina. No obstante, al comparar la misma proporción en consultas vía telemedicina se observa que es un 71% superior cuando se trata de SM versus otros diagnósticos.

### **Quiénes emiten Licencias Médicas por SM**

Un análisis de interés es el de qué profesionales de la salud emiten licencias médicas por trastornos mentales y estudiar si existen comportamientos diferenciados en cuanto a la proporción de días aprobados, reducidos o rechazados por especialidad del profesional, así como también se analiza la distribución del gasto en SIL y proporción de los días pagados respecto a los otorgados según las distintas especialidades identificadas. El análisis realizado considera las licencias tramitadas y su resolución de primera instancia, no incluye datos de licencias reclamadas.

Los resultados (Tabla 19) muestran que la emisión de licencias médicas por trastornos mentales se concentra básicamente en psiquiatras de adultos (45,9% del total) y en médicos cirujanos (43,2% del total). En promedio, 1 de cada 5 licencias es aprobada, donde las licencias emitidas por médicos de medicina familiar presentan la mayor proporción relativa (1 de cada 4 licencias son aprobadas), mientras la menor proporción corresponde a los neurólogos de adulto (16,7%). Por tanto, desde la mirada opuesta, se observa que 4 de cada 5 licencias son no aprobadas en su emisión original (i.e. son rechazadas o reducidas), donde la mayor proporción de licencias rechazadas son las emitidas por psiquiatras de adultos (59,5% del total), seguidas por las de médico cirujanos (52,7% del total). Considerando las licencias no aprobadas en su emisión original (i.e. son rechazadas o reducidas), la mayor proporción corresponde a los neurólogos de adulto (83,3%).

**Tabla 19. Licencias Tramitadas (%), Licencias Aprobadas (%), Rechazadas (%) y Reducidas (%), Gasto SIL (%) según Especialidades de Profesionales de la Salud que Emiten Licencias por Trastornos Mentales, año 2023**

<b>Especialidad</b>	<b>Licencias Tramitadas (%)</b>	<b>%_Aprobación</b>	<b>%_Reducción</b>	<b>%_Rechazo</b>	<b>Gasto SIL (%)</b>	<b>DO</b>	<b>DP</b>	<b>% DP</b>
Psiquiatría Adulto	45,9%	21,4%	19,0%	59,5%	62,6%	3.383.515	695.082	20,5%
Médico Cirujano	43,2%	18,4%	29,0%	52,7%	28,0%	2.458.325	324.495	13,2%
Medicina Familiar	2,3%	24,2%	30,1%	45,7%	1,8%	116.887	18.903	16,2%
Neurología Adulto	1,9%	16,7%	35,6%	47,7%	1,8%	124.878	19.232	15,4%
Otros	6,7%	20,4%	28,0%	51,6%	5,9%	425.956	66.475	15,6%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>20,0%</b>	<b>24,5%</b>	<b>55,5%</b>	<b>100%</b>	<b>6.509.561</b>	<b>1.124.187</b>	<b>17,3%</b>

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y de Licencias Médicas y SIL, Registro Nacional de Prestadores Individuales.

No obstante, la proporción relativamente equiparada del número de licencias tramitadas entre psiquiatras de adultos y médicos cirujanos, al analizar el gasto en SIL, se observa que más del 60% se concentra en las licencias emitidas por psiquiatras de adultos, mientras el gasto de las emitidas por médicos cirujanos representa un 28%.

Finalmente, al analizar la proporción de los días otorgados que son pagados, se observa un promedio muy bajo de 17,3%, donde la mayor proporción relativa (no obstante, sigue teniendo un muy bajo nivel) corresponde a los psiquiatras de adulto (20,5%), mientras la menor proporción se observa en los médicos cirujanos con un 13,2%.

### **Efecto de la instancia de Apelación en el proceso de otorgamiento de Licencias Médicas**

Como se ha mencionado previamente en el documento, las aseguradoras aprueban una fracción muy menor de las licencias por trastornos mentales en primera instancia, predominando las prácticas de rechazo o reducción. Luego de aquella primera resolución por parte de la aseguradora, el proceso contempla instancias de apelación (reclamo) para aquellos beneficiarios cuyas licencias fueron reducidas o rechazadas, lo que determina que los reclamos pueden haber sido acogidos total o parcialmente (i.e. aumentan los días autorizados), o bien se mantiene la reducción-rechazo de la primera instancia.

Primero se analiza la proporción de licencias autorizadas, reducidas o rechazadas, comparando la situación de emisión original de las licencias (i.e. antes de ser reclamadas) respecto de la observada post etapa de reclamación de las licencias reducidas-rechazadas en primera instancia. Lo anterior se presenta diferenciado entre las licencias por trastornos mentales del resto de los diagnósticos.

Los resultados (Tabla 20) para los trastornos mentales dan cuenta que, para 2023, la proporción de días autorizados en primera instancia (i.e. antes de reclamo) es de 20%, mientras post reclamo la proporción casi se cuadruplica alcanzando un 75,4%.

Respecto a los otros diagnósticos, lo primero que resalta es el mayor nivel de la proporción de días autorizados en primera instancia a lo largo del tiempo (72,5% en 2023), donde la proporción post reclamo aumenta 1,3 veces (20,8 pp) alcanzando un 93,3%.

**Tabla 20. Licencias Aprobadas (%), Rechazadas (%) y Reducidas (%) antes y después de instancia de apelación, Licencias por Trastornos Mentales y Otros Diagnósticos, año 2023**

Año	Trastornos Mentales						Otros Diagnósticos					
	Antes de Apelar			Después Apelar			Antes de Apelar			Después Apelar		
	%_A	%_Re	%_Red	%_A	%_Re	%_Red	%_A	%_Re	%_Red	%_A	%_Re	%_Red
2012	46,6%	19,8%	33,6%	73,1%	8,3%	18,6%	83,0%	9,1%	7,8%	90,3%	4,7%	5,0%
2013	50,0%	18,1%	31,9%	78,0%	6,5%	15,4%	84,6%	7,6%	7,8%	91,9%	3,3%	4,8%
2014	47,2%	17,8%	35,0%	84,8%	3,2%	12,0%	83,9%	8,1%	8,0%	94,2%	2,2%	3,5%
2015	40,8%	19,6%	39,6%	84,8%	2,5%	12,8%	82,2%	8,9%	8,9%	94,9%	1,7%	3,3%
2016	36,7%	20,4%	42,9%	84,2%	2,2%	13,6%	82,4%	8,3%	9,3%	95,6%	1,3%	3,1%
2017	34,8%	21,3%	43,9%	84,6%	2,5%	12,9%	83,1%	7,6%	9,3%	95,6%	1,3%	3,1%
2018	37,6%	19,6%	42,9%	86,2%	1,9%	11,9%	82,5%	8,5%	9,0%	96,0%	1,1%	2,9%
2019	38,4%	19,5%	42,1%	85,7%	2,5%	11,7%	84,3%	6,9%	8,7%	96,1%	1,1%	2,8%
2020	36,0%	18,1%	46,0%	85,2%	2,1%	12,7%	81,8%	8,4%	9,9%	95,2%	1,6%	3,1%
2021	38,2%	16,2%	45,7%	85,2%	1,1%	13,7%	83,0%	7,3%	9,7%	94,7%	1,6%	3,7%
2022	20,1%	23,8%	56,1%	76,9%	3,7%	19,4%	74,9%	12,1%	12,9%	92,8%	2,4%	4,7%
2023	20,0%	24,5%	55,5%	75,4%	3,9%	20,8%	72,5%	13,7%	13,8%	93,3%	2,1%	4,6%

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y de Licencias Médicas y SIL

%\_A: autorizadas; %\_Re: reclamadas; %\_Red: reducidas

Por su parte, al analizar los días pagados y el gasto en SIL (Tabla 21) para los trastornos mentales se observa que, para 2023, el número de días pagados entre la primera instancia (i.e. antes de reclamo) y luego del reclamo se cuadruplicó, mientras el gasto en SIL aumenta 3,8 veces.

Respecto a los otros diagnósticos los cambios son bastante menores donde, para 2023, el número de días pagados entre la primera instancia (i.e. antes de reclamo) y luego del reclamo aumenta 1,6 veces, mientras el gasto en SIL aumenta 1,5 veces.

**Tabla 21. Días Pagados (DP) y Gasto en SIL antes y después de instancia de apelación, Licencias por Trastornos Mentales y Otros Diagnósticos, año 2023**

Año	Trastornos Mentales						Otros Diagnósticos					
	Antes de Apelar		Después Apelar		Ratio después-antes apelar		Antes de Apelar		Después Apelar		Ratio después-antes apelar	
	DP	Gasto SIL	DP	Gasto SIL	DP	Gasto SIL	DP	Gasto SIL	DP	Gasto SIL	DP	Gasto SIL
2012	1.240.641	36.710	2.124.401	58.767	1,7	1,6	4.875.861	156.512	5.679.588	177.151	1,2	1,1
2013	1.469.454	50.216	2.529.813	78.610	1,7	1,6	5.314.581	186.520	6.175.239	209.682	1,2	1,1
2014	1.567.112	57.376	2.786.263	92.409	1,8	1,6	5.565.088	208.168	6.568.517	236.710	1,2	1,1
2015	1.665.851	59.713	3.330.737	111.990	2,0	1,9	5.856.150	221.590	7.175.227	262.623	1,2	1,2
2016	1.536.076	58.670	3.584.565	128.512	2,3	2,2	5.937.987	237.597	7.524.015	290.615	1,3	1,2
2017	1.420.711	57.092	3.416.362	134.450	2,4	2,4	5.873.545	251.384	7.361.666	307.270	1,3	1,2
2018	1.585.035	71.123	3.826.635	157.980	2,4	2,2	6.063.664	277.780	7.780.319	341.958	1,3	1,2
2019	1.857.943	87.886	4.065.971	179.808	2,2	2,0	6.643.839	323.657	8.151.495	384.774	1,2	1,2
2020	2.474.812	119.203	5.217.601	241.210	2,1	2,0	8.339.894	395.538	9.747.724	455.996	1,2	1,2
2021	2.862.034	139.929	7.196.447	331.710	2,5	2,4	10.155.874	500.478	12.359.372	595.307	1,2	1,2
2022	1.470.317	92.889	6.440.348	334.987	4,4	3,6	6.712.641	423.729	10.307.625	598.051	1,5	1,4
2023	1.124.187	68.416	4.472.909	258.488	4,0	3,8	4.966.309	291.772	7.700.864	445.499	1,6	1,5

Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y de Licencias Médicas y SIL

Con todo, dada la práctica actual de las aseguradoras de aprobar una fracción muy menor de las licencias por trastornos mentales en primera instancia, los resultados presentados dan cuenta de la importancia de las instancias de apelación para aquellas personas que sufren de trastornos mentales, ya que, de no existir dicha instancia, el efecto de dichas licencias sería prácticamente nulo. Lo que sucede con los trastornos mentales y las licencias médicas y el SIL dan cuenta de la importancia de una reforma al sistema de subsidios por incapacidad laboral (Hormazábal & Velasco, 2024).

## **VII. Conclusiones**

La pandemia trajo consigo un aumento de los problemas de salud mental en el mundo entero. La OMS señala la importancia de ampliar los servicios de SM como un componente integral del camino hacia la cobertura universal de salud. En este sentido, el rol que puede adoptar la telemedicina en SM puede ser crucial.

Para Chile, estudios previos (Leyton, 2023) dan cuenta de resultados preliminares sobre la telemedicina y la SM, evidenciándose importantes aumentos en la cobertura financiera respecto a las consultas presenciales.

En este sentido, los resultados para Chile expuestos en el presente estudio, por una parte, dan cuenta que entre los años 2012-2023 han aumentado el gasto, las prestaciones otorgadas y el número de beneficiarios haciendo uso del sistema por SM. Ahora, si analizamos con mayor detalle los efectos de la telemedicina, introducida desde 2020 como códigos MLE financiados por Fonasa y las Isapre, desde el enfoque del sistema de financiamiento observamos que ésta ha permitido aumentar el acceso a las prestaciones de salud mental, donde se observan aumentos en las coberturas financieras, también se ha generado un menor gasto de bolsillo para los usuarios, así como una contención del gasto en salud (por menor valor de la

prestación telemática respecto a las presenciales). Estos resultados son particularmente relevantes si consideramos que históricamente los costos de las atenciones de salud mental han sido mayores al resto de las prestaciones, actuado como una barrera de acceso.

La baja importancia relativa de las consultas de SM en el total de consultas presenciales se puede deber al alto gasto de bolsillo que trae consigo este tipo de consultas, comparativamente a lo que se observa en las consultas de SM vía telemedicina donde el menor gasto de bolsillo puede ser un factor que determine la mayor importancia relativa de las consultas de SM respecto del total que se encuentra. El bajo uso relativo de las consultas médicas presenciales de SM son indicios, por una parte, de un bajo acceso al sistema (por el alto gasto de bolsillo), así como de una baja adherencia a los tratamientos de SM.

Un segundo resultado relevante a destacar es que la telemedicina ha tenido un resultado positivo en disminuir brechas de género por cuanto ha favorecido en especial a las mujeres, aliviándoles de manera significativa el gasto de bolsillo, lo cual es particularmente relevante ya que la evidencia (Moreno et al., 2024) señala que, aunque las mujeres chilenas suelen vivir más, también es más probable que experimenten síntomas depresivos durante una mayor parte de su vida en comparación a los hombres.

Un resultado algo sorprendente, dado lo encontrado en la literatura internacional, ha sido el encontrar que para Chile no se observan brechas significativas por edad en el uso de prestaciones vía telemedicina versus presencial. No obstante, lo anterior, en los tramos etarios de mayores de 50 años es relevante contar una buena penetración de la telemedicina similar a la de las consultas presenciales. Este resultado se profundizará en la segunda parte del estudio.

Dados los promisorios y beneficiosos resultados que se encuentran de la telemedicina en SM, se sugiere incentivar este tipo de modalidad de atención para que se masifique de mayor y mejor manera entre las aseguradoras, ya que una limitante actual es la especie de especialización de mercado de las aseguradoras entre las atenciones de SM presenciales versus las vía telemedicina que se identificó, donde en el extremo una aseguradora concentra casi la totalidad de sus atenciones de SM de manera presencial (privando a sus beneficiarios de un mayor y mejor acceso a través de la telemedicina), mientras otra aseguradora concentra sus atenciones de SM en consultas vía telemedicina casi de manera exclusiva. Complementariamente, una posible mejora podría ser incluir prestaciones de telemedicina al GES (actualmente las canastas no cuentan con estas prestaciones).

Urge una reforma al sistema de licencias médicas y SIL, ya que los resultados dan cuenta de claras asimetrías en su resolución por parte de las aseguradoras respecto a todo el resto de diagnósticos, donde las licencias por trastornos mentales son en promedio de mayor duración que las de otros diagnósticos (lo que es esperable por la naturaleza propia de los trastornos), por lo que conllevan un mayor gasto en SIL, lo que también tiene una brecha de género donde las licencias de las mujeres son de mayor duración y de mayor gasto que las de los hombres, lo que determina un mayor gasto SIL para las mujeres. Lo anterior ocurre en un contexto donde las aseguradoras lo que hacen es aprobar una fracción muy menor de las licencias por trastornos mentales, predominando las prácticas de rechazo o reducción, tanto en las consultas presenciales como vía telemedicina, afectando primordialmente a las mujeres usuarias del sistema (por lo dicho anteriormente).

Dada la práctica de las aseguradoras de aprobar una fracción muy menor de las licencias por trastornos mentales en primera instancia, se observa que el propio sistema fuerza a las instancias de apelación, colapsando la institucionalidad del mismo, encareciendo el proceso, disminuyendo su eficiencia y, desde la mirada del usuario, desalentando la búsqueda de

atención de salud por trastornos mentales, lo que no se condice por otra parte con la respuesta que se espera del sistema de salud ante la alta prevalencia de trastornos mentales, sobre todo post pandemia. Este tema es de la mayor relevancia de salud pública y, como se señaló, urge una reforma al sistema de subsidios por incapacidad laboral (como lo señala la evidencia disponible, e.g. Hormazábal & Velasco (2024)).

Considerando a los profesionales que emiten las licencias por trastornos mentales, se observa que la proporción de consultas que dan origen a licencia médica es más de 3 veces mayor en las consultas vía telemedicina que en las presenciales, a pesar de que se mantiene el proceder de las aseguradoras de rechazar/reducir la mayor parte de aquellas licencias. Aquí cabe preguntarse cuál es la realidad de la SM, si es la que se evidencia en las consultas presenciales (donde una fracción menor de las consultas gatilla licencia médica y entre las que se origina, las de SM representan un 16%) o bien la de consultas vía telemedicina donde 1 de cada 10 consultas da origen a licencia (y entre las que se origina, las de SM representan un 43%). Tal vez las consultas vía telemedicina generan una sensación de mayor libertad en el profesional de salud, así como por su parte en los usuarios disminuye la sensación de estigma y discriminación y optan por atenderse aquellos casos en promedio de mayor complejidad o en etapas más avanzadas de la enfermedad, disminuyendo las barreras de acceso a tratamiento relativo a las consultas presenciales.

La adopción de la telemedicina en SM tiene una serie de ventajas desde el punto de vista del financiamiento en términos de eficiencia, equidad, universalidad, gasto de bolsillo, varias de las cuales ya se vislumbran en los resultados del presente estudio. Con todo, nuestro país va en el camino correcto con la actual ley 21.541, particularmente relevante para formalizar las regulaciones para la telemedicina y profundizar las mejoras al acceso a atención por trastornos mentales y la adherencia a los tratamientos que ya se observa de manera prometedora, en línea con las recomendaciones internacionales sobre mejorar las condiciones para el camino hacia la cobertura universal de salud.

## **Bibliografía**

- Ashwood, J. S., Mehrotra, A., Cowling, D., & Uscher-Pines, L. (2017).** Direct-to-consumer telehealth may increase access to care but does not decrease spending. *Health Affairs*, 36(3), 485-491.
- Barbosa, W., K. Zhou, E. Waddell, T. Myers and E. Ray Dorsey (2021)** "Improving Access to Care: Telemedicine Across Medical Domains" *Annual Review of Public Health*.
- Dahlstrand, J. (2021).** Telemedicine in Rural Areas: Improving Healthcare Accessibility. *Journal of Rural Health Research*.
- Ducharme (2024).** "Does text therapy really work?". Time, September.
- Goetz, M. (2021).** The Digital Divide in Telehealth: Impacts on Rural Health Outcomes. *Telemedicine and e-Health Journal*.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013).** The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and e-Health*, 19(6), 444-454.
- Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020).** Virtually Perfect? Telemedicine for COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1679-1681.
- Hormazábal, S., Velasco, C. (2024).** Licencias Médicas: análisis crítico y propuestas de reforma. IPSUSS, Universidad San Sebastián.
- Kendall, L. (2001).** The future patient. London: Institute of Public Policy Research.
- Leyton, G. (2023).** "Evaluación de la Ley 21.331 de Salud Mental en Chile – Cobertura Financiera y Licencias Médicas en Isapres Abiertas". Superintendencia de Salud.
- Leyton, G., Toro-Devia, O. (2023).** "COVID-19 pandemic and mental healthcare: Impact on health insurance with guaranteed universal access in Chile". *Frontiers Public Health* 10:1005033. doi: 10.3389/fpubh.2022.1005033.
- Li, L., Qian, X., Wang, X., & Chen, Y. (2021).** The Influence of Telemedicine on Healthcare Accessibility and Efficiency. *Health Policy Research Journal*.
- Moreno X, Monsalves MJ, Rueda S, Dagnino P, Borghero F. (2024).** Gender differences in life expectancy free of depressive symptoms in Chile between 2003 and 2016. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2024;11:e16. doi:10.1017/gmh.2024.9
- Ministerio de Salud (2018).** Programa Nacional de Telesalud, en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. *Subsecretaría de Redes Asistenciales*.
- Minoletti, A., R. Sepúlveda and M. Horvitz (2012)** "Twenty years of mental health policies in Chile: lessons and challenges". *International Journal of Mental Health*, vol. 41, no. 1, pp. 21-37
- Myers, K. M., Valentine, J. M., & Melzer, S. M. (2010).** Child and adolescent telepsychiatry: variations in utilization, referral patterns, and practice trends. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(2), 55-59.
- OMS (2022).** Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia.
- OMS (2020).** Estimaciones de Salud Mundiales 2019. Organización Mundial de la Salud 2020.
- Sánchez, M. (2021).** Estudio de las Coberturas Financieras de Salud Mental en Isapres Abiertas año 2020. Superintendencia de Salud. Documento de Trabajo.
- Santana, M. J., Martin, P., Pineau, C. A., & Bellemare, C. (2020).** Building capacity in rural mental health through telepsychiatry: A case study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2), e16425.
- Saravia, P. A., Legg, T. J., & Chatoor, I. (2019).** Telemedicine in child and adolescent psychiatry: A lens into the clinical practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(3), 537-549.
- Shigekawa, E., Fix, M., Corbett, G., Roby, D. H., & Coffman, J. (2018).** The Current State of Telehealth Evidence: A Rapid Review. *Health Affairs*, 37(12), 1975-1984.
- The Borgen Project.** *Mental Health in Chile Since COVID-19*, 2022.

**Villarroel, S. and S. Medina (2022)** "Telemedicina en Chile: Uso, desarrollo y controversias en una red de salud pública del sur del país". *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol.26, pp. 48-57.

**Yuen E. K., Gros, D. F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P. W., Foa, E. B., & Acierno, R. (2018)**. Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2187-2205.

**Zeltzer et al (2023)** "The Impact of Increased Access to Telemedicine". *Journal of the European Economic Association*, Volume 22, Issue 2, Pages 712–750.

## Anexo 1. Arancel Fonasa 2023, Detalle Prestaciones de Salud Mental incluidas

Código	Glosa prestación	Formato
0101212	Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos (1ra Consulta)	Presencial
0101213	Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia (1ra Consulta)	Presencial
0108212	Teleconsulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos (1ra Consulta)	Telemedicina
0108213	Teleconsulta Médica de Especialidad en Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia (1ra Consulta)	Telemedicina
0201405	Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Cuidados Básicos	Presencial
0201406	Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Cuidados Medios	Presencial
0202006	Día Cama de Hospitalización Psiquiatría	Presencial
0202007	Día Cama Psiquiátrica Diurna	Presencial
0901001	Control paciente psiquiátrico crónico; máx.2 controles al mes	Presencial
0901002	Desintoxicación o deshabitación en pacientes hospitalizados (incluye tratamiento de la intoxicación, del síndrome de privación y de las complicaciones médicas); por día (máximo 15 )	Presencial
0901003	Sesión de terapia electroconvulsivante (hasta 6 sesiones por ciclo o sesiones de mantención) c/ sesión	Presencial
0901004	Prueba aversiva con disulfirano o similares (cualquiera) (máx. 1)	Presencial
0901005	Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de relajación o de manejo (con familia u otros); (cada sesión mínima 45')	Presencial
0901006	Terapia aversiva con fármacos, c/sesión (máx. 15)	Presencial
0901009	Evaluación psiquiátrica previa a terapia (1ra. consulta).	Presencial
0901010	Psicoterapia de pareja (por cada miembro de la pareja)	Presencial
0902001	Consulta Psicólogo clínico (sesiones 45')	Presencial
0902002	Psicoterapia Individual	Presencial
0902003	Sesión de psicoterapia de pareja (con ambos miembros)	Presencial
0902010	Test de Rorschach	Presencial
0902011	Test de relaciones objetales	Presencial
0902012	Test de Apercepción Temática, T.A.T., C.A.T.-H o C.A.T.-A.	Presencial
0902013	Test de Edwards	Presencial
0902014	Test de M.M.P.I.	Presencial
0902015	Test de Wechsler, WAIS, WISC ó WPPSI	Presencial
0902016	Test de Dominó o Test de Raven	Presencial
0902017	Test de Bender	Presencial
0902018	Bender Bip	Presencial
0902019	Test de Goldstein	Presencial
0902020	Test de Luria-Nebraska	Presencial
0902021	Test AMSE	Presencial
0908101	Telerehabilitación: Psicólogo clínico (sesiones 45')	Telemedicina
0908102	Telerehabilitación: Psicoterapia Individual	Telemedicina
0908103	Telerehabilitación: Sesión de psicoterapia de pareja (con ambos miembros)	Telemedicina

**Anexo 2. Monto Facturado y Cantidad de Prestaciones de Salud Mental y Otros, según año**

Año	Salud Mental		Otros	
	Facturado	Total_Prestaciones	Facturado	Total_Prestaciones
2018	97.226.188.466	2.396.962	2.911.500.611.167	93.347.642
2019	111.307.472.112	2.650.791	3.187.699.774.149	97.546.118
2020	95.685.130.887	2.281.867	2.635.039.909.727	73.909.164
2021	129.321.343.729	3.085.503	3.299.603.097.860	86.310.091
2022	157.179.874.349	3.529.017	3.843.956.256.685	89.217.501
2023	182.448.493.674	3.824.764	4.250.462.197.050	87.718.975