

Documento de trabajo

Telemedicina en Salud Mental y Costos del Paciente: Efectos en Utilización, Precios y Gasto de Bolsillo

Marzo de 2026

Resumen

El estudio analiza cómo la expansión de la telemedicina en salud mental, dentro del sistema privado de salud de Chile, afecta la utilización de servicios, los precios de las prestaciones y el gasto de bolsillo de los pacientes. En un contexto marcado por altos niveles de gasto directo de los hogares y ausencia de un modelo de atención primaria asignado, la telemedicina surge como un mecanismo potencial para reducir fricciones económicas y mejorar la accesibilidad. Utilizando datos administrativos entre 2016 y 2024 de las Isapre abiertas y un diseño de diferencias en diferencias, se comparan a personas adscritas a prestadores con alta adopción de telemedicina respecto de quienes se atienden en prestadores con baja adopción, fijando las relaciones paciente-prestador con información prepandemia (periodo 2016-2019).

Los resultados muestran efectos heterogéneos según el ámbito clínico. Para el total de especialidades, un mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina se asocia con un incremento en la utilización y un aumento del gasto total y de los copagos, impulsado principalmente por un mayor número de consultas. Sin embargo, en salud mental el patrón es diametralmente opuesto: el acceso a prestadores intensivos en telemedicina se relaciona con una reducción significativa del gasto total y, especialmente, del gasto de bolsillo de los pacientes. Esta disminución se explica fundamentalmente por caídas relevantes en los precios unitarios de las consultas psiquiátricas y psicológicas, más que por variaciones extensivas en el número de atenciones.

Estos hallazgos tienen implicancias importantes para un sistema caracterizado por alta exposición financiera de los pacientes, donde los beneficiarios de Isapres enfrentan cargas particularmente elevadas, con un gasto de bolsillo cercano al 80% del gasto total en salud mental. En este contexto, la telemedicina, parece operar como un mecanismo de protección financiera, aliviando una carga que influye directamente en la decisión de iniciar y mantener tratamientos.

Contenido

I.	Introducción.....	4
II.	Revisión de la literatura	5
III.	Contexto Institucional.....	7
IV.	Metodología	12
V.	Datos	15
VI.	Resultados y Discusión	16
VII.	Conclusiones	21
	Bibliografía	23

I. Introducción

Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de mil millones de personas en el mundo padecen algún trastorno mental, lo que equivale al 12,3 % de la población global (WHO 2025a). La evidencia de las últimas décadas muestra una tendencia claramente ascendente: entre 1990 y 2021, tanto la tasa estandarizada de incidencia (ASIR) como la carga de enfermedad medida en DALYs (ASR) aumentaron de forma sostenida, con incrementos en todo el periodo de 15,2 % y 17,2 %, respectivamente (Fan et al. 2025). La pandemia de COVID-19 profundizó esta dinámica, con incrementos estimados de 18 % en los casos de depresión y de 15 % en los de ansiedad, asociados al confinamiento, la disrupción social y la incertidumbre global (WHO 2025b).

En este contexto, garantizar un acceso equitativo a los servicios psicológicos y psiquiátricos se ha convertido en una prioridad de política pública. Sin embargo, persisten barreras geográficas, económicas y estructurales, particularmente en zonas rurales, comunidades marginadas y poblaciones con recursos limitados, que restringen el acceso oportuno a estos servicios. La telemedicina, y en particular la telemedicina en salud mental (TSM), ha emergido como una herramienta potencialmente transformadora para reducir estas desigualdades, un proceso que se aceleró notablemente durante la pandemia.

La mayor parte de la evidencia existente sobre telemedicina proviene de Estados Unidos y Europa y se concentra en la atención de “salud general”, donde los mecanismos de sustitución entre la atención presencial y la remota, así como sus efectos sobre costos, están relativamente bien documentados (por ejemplo, Zeltzer et al., 2024). En salud mental, en cambio, la atención remota interactúa con elementos clínicos críticos, como las señales no verbales, la continuidad del vínculo terapéutico y la adherencia al tratamiento, que pueden afectar de manera distinta la utilización de los servicios, los precios unitarios y el gasto de bolsillo. Además, la atención en salud mental enfrenta barreras adicionales, como el estigma, la escasez de prestadores y las distancias geográficas, así como una mayor sensibilidad a los copagos y a los tiempos de espera, lo que confiere a los cambios en el canal de atención implicancias distributivas particularmente relevantes (WHO 2024; OECD 2023).

Más allá de sus efectos clínicos, la telemedicina puede modificar los mecanismos económicos que determinan el acceso a la atención en salud mental. Al reducir costos no monetarios y alterar la estructura de precios y copagos, la atención remota puede incidir simultáneamente en la utilización de los servicios, los precios unitarios y el gasto de bolsillo de los pacientes. Estos mecanismos son especialmente relevantes en sistemas de salud caracterizados por altos niveles de gasto de bolsillo (como en el caso de Chile) y por una débil asignación institucional de proveedores, donde las decisiones de búsqueda, de continuidad del tratamiento y de protección financiera son altamente sensibles a fricciones económicas.

Este artículo contribuye a la literatura al estudiar los mecanismos económicos mediante los cuales la expansión de la TSM afecta la utilización, los precios y el gasto de bolsillo de los pacientes en un contexto de alta fricción financiera. Este estudio se centra en el sistema privado de salud de Chile, por lo que, a diferencia de gran parte de la evidencia previa, centrada en sistemas con fuerte gatekeeping¹ y bajo gasto de bolsillo, analizamos un entorno caracterizado por una mayor libertad de elección de prestadores, relaciones pacientes-proveedor endógenas y una elevada dependencia del financiamiento directo de los hogares (i.e., gasto de bolsillo). Utilizando datos administrativos longitudinales del sistema privado de

¹ En este contexto, “gatekeeping” describe arreglos institucionales en los que el acceso a servicios especializados está mediado por un proveedor de atención primaria que actúa como filtro o coordinador del cuidado, limitando el acceso directo de los pacientes a especialistas y controlando la utilización de servicios.

salud de Chile (proporcionados por la Superintendencia de Salud) y un diseño de diferencias en diferencias, mostramos que un mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina en salud mental se traduce principalmente en reducciones sustantivas de los precios unitarios y los copagos, más que en aumentos extensivos de la utilización. También encontramos una reducción significativa del gasto total en salud mental. Estos resultados sugieren que, en sistemas con alta exposición financiera de los pacientes, la telemedicina puede operar como un mecanismo de protección financiera, así como una vía para disminuir los niveles de gasto en salud.

En relación con la literatura existente, este estudio aporta en tres dimensiones. Primero, va más allá del análisis de costos agregados al descomponer el impacto de la telemedicina en salud mental sobre la cantidad de prestaciones, los precios unitarios y el gasto de bolsillo del paciente, lo que permite distinguir entre sustitución de canal y traslados de costos hacia los hogares. Segundo, se enfoca en un área clínica de alta intensidad informacional, la salud mental, donde la atención remota es particularmente controvertida y los mecanismos subyacentes difieren de los observados en la atención médica general. Tercero, aporta evidencia para una región poco estudiada, caracterizada por elevados niveles de gasto de bolsillo y mayores desigualdades geográficas y socioeconómicas que las observadas en Estados Unidos y Europa.

Nuestros resultados muestran que la expansión de la telemedicina en salud mental en el sistema privado de salud de Chile tuvo efectos sustantivos y heterogéneos sobre la utilización de servicios, los precios unitarios y el gasto de bolsillo. En efecto, en el sistema privado, un mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina se asocia con un aumento moderado en la utilización total de consultas, acompañado de una reducción significativa del gasto total y de los copagos en salud mental. Esta caída se explica principalmente por una disminución marcada de los precios unitarios de las consultas psiquiátricas y psicológicas, más que por cambios en la cantidad de atenciones. En contraste, para el conjunto de todas las especialidades médicas, el mayor acceso a telemedicina se traduce en un aumento del gasto total, impulsado principalmente por una mayor utilización. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la telemedicina en salud mental no solo amplía el acceso, sino que también puede mejorar la protección financiera de los pacientes en contextos de alto gasto de bolsillo. Y complementariamente, bajo una mirada de sistema, permite disminuir el nivel del gasto en salud.

El resto del artículo se organiza de la siguiente manera. La sección 2 revisa la literatura relevante; la sección 3 describe el contexto institucional de la telemedicina en Chile; las secciones 4 y 5 presentan la metodología y los datos utilizados; y las secciones 6 y 7 discuten los resultados y presentan las conclusiones.

II. Revisión de la literatura

La telemedicina se ha consolidado como una herramienta para superar barreras históricas de acceso a servicios psicológicos y psiquiátricos, especialmente en zonas rurales, poblaciones con movilidad reducida y grupos marginados (Myers et al., 2010). En salud mental, las revisiones indican que la telemedicina en salud mental (TSM) puede ofrecer evaluaciones y tratamientos clínicamente comparables a la atención presencial, reduciendo desplazamientos y costos indirectos, y favoreciendo el seguimiento (Hilty et al., 2013; Saravia et al., 2019). Tras la pandemia, la adopción acelerada de modalidades remotas amplió la continuidad del cuidado y contribuyó a aliviar listas de espera en ciertos contextos (Santana et al., 2020).

Por otro lado, estudios recientes nos proporcionan evidencia de que la telemedicina modifica de manera sustantiva la demanda de servicios de salud al reducir costos no monetarios asociados al acceso. Busso et al. (2021), utilizando datos de la pandemia de COVID-19, muestran que la adopción de la telemedicina respondió principalmente a un aumento de la demanda inducido por la reducción de fricciones como tiempos de desplazamiento, restricciones de movilidad y costos de oportunidad del tiempo, más que a una simple sustitución entre modalidades presencial y remota. Estos efectos resultan particularmente relevantes para prestaciones intensivas en seguimiento, como las de salud mental, donde la reducción de barreras puede facilitar tanto el inicio como la continuidad del tratamiento. Este enfoque refuerza la necesidad de analizar por separado los efectos de la telemedicina sobre la cantidad, los precios y el gasto de bolsillo, tal como se propone en el presente estudio.

Aún con esos avances, la literatura reciente subraya heterogeneidad de resultados y cuestiones de calidad no resueltas. Una revisión clínica de Sugarman & Busch (2023) concluye que, aunque la TSM puede alcanzar resultados similares en evaluación y tratamiento, la evidencia es mixta y dependiente de características clínicas y demográficas, por lo que no es posible afirmar una equivalencia general con la atención presencial. En paralelo, Yoon (2024) advierte que muchos estudios observacionales sufren sesgo de selección entre modalidades (telemedicina vs. presencial) y llama a reforzar la identificación causal y a distinguir márgenes extensivo e intensivo de uso.

Además, estudios cualitativos documentan tensiones propias del canal remoto: pérdida de claves no verbales, sensación de menor “espacio terapéutico” y retos para involucrar a los cuidadores, aun cuando pacientes y equipos valoran la conveniencia y la continuidad con profesionales conocidos (Liberati et al., 2021). En suma, la TSM no es un sustituto neutral del cara a cara, sino una modalidad cuyo rendimiento varía según el contexto y el perfil del paciente.

En la misma línea, se ha documentado que la atención en salud mental es muy sensible tanto a los precios directos como a los costos no monetarios. En particular, variaciones en copagos, deducibles y otros mecanismos de cost-sharing afectan de manera significativa la probabilidad de iniciar y mantener tratamiento, con mayor impacto entre personas con menores ingresos o con esquemas de aseguramiento menos generosos (Frank & McGuire, 2014; Lambregts & van Vliet, 2018). Esta sensibilidad se explica, en parte, por la naturaleza recurrente y prolongada de muchas intervenciones en salud mental, lo que hace que incluso incrementos moderados en el gasto de bolsillo puedan traducirse en reducciones sustantivas en el uso de la psicoterapia y la atención psiquiátrica. Evidencia reciente confirma que esta carga financiera, aun cuando no sea elevada en términos absolutos, puede constituir una barrera prohibitiva para el inicio o la continuidad del tratamiento, reforzando desigualdades preexistentes en el acceso (Flores, 2025). En conjunto, estos hallazgos destacan la importancia de considerar el diseño de copagos y la estructura de beneficios como determinantes clave de la utilización de los servicios de salud mental.

De forma análoga, los tiempos de espera actúan como un “precio sombra” que reduce la probabilidad de iniciar y mantener tratamiento, por lo que se asocia con menor compromiso terapéutico y con mayor riesgo de que los problemas se agraven mientras las personas aguardan atención, con importante heterogeneidad según severidad, territorio y rutas de derivación (Edbrooke-Childs & Deighton, 2020; WHO, 2022). Estas dinámicas se ven reforzadas por el hecho de que gran parte de los costos no monetarios, como tiempos de espera, barreras administrativas o deterioro funcional acumulado, no son adecuadamente capturados por las evaluaciones económicas convencionales, lo que puede subestimar el verdadero valor de las intervenciones en salud mental y la magnitud de las inequidades existentes (Lathe et al, 2024).

Cambios regulatorios u organizativos que modifican el canal de atención, como la integración de servicios de salud mental en la atención primaria o la expansión de modalidades remotas como la TSM, pueden alterar de manera sustantiva la estructura de incentivos enfrentada por pacientes y proveedores. La integración en atención primaria ha demostrado efectos importantes sobre la utilización de servicios, así como sobre la eficiencia y la distribución de recursos, al reorganizar puntos de entrada, reducir derivaciones innecesarias y modificar la arquitectura de costos directos e indirectos para los usuarios (Cubillos et al., 2021; Reed, Shore, & Tice, 2016). De forma complementaria, la TSM ha mostrado capacidad para reducir costos de desplazamiento, acortar tiempos de espera y expandir la disponibilidad geográfica de la oferta, lo que puede traducirse en variaciones tanto en el precio unitario efectivamente enfrentado como en el gasto de bolsillo asociado al acceso al tratamiento. Revisiones recientes confirman que este tipo de modalidades remotas no solo mantiene resultados clínicos comparables a los de la atención presencial, sino que además puede generar ahorros significativos y mejoras en accesibilidad, especialmente en contextos donde las barreras territoriales o temporales limitan el acceso a cuidado especializado (Joshi et al., 2020). En conjunto, esta evidencia sugiere que los cambios en el canal de atención pueden reconfigurar simultáneamente los patrones de utilización, los costos directos y los costos no monetarios del tratamiento, afectando de manera heterogénea a distintos grupos poblacionales y territorios.

La evidencia comparada también sugiere que estos efectos son marcadamente desiguales entre países, regiones y regímenes de aseguramiento: la cobertura financiera, el peso del gasto de bolsillo y la disponibilidad de dispositivos comunitarios y digitales difieren sustancialmente, lo que genera patrones muy heterogéneos de acceso y protección financiera en salud mental (The Lancet Commission, 2018; WHO, 2022). En este contexto, resulta analíticamente útil descomponer los cambios observados en la atención de salud mental en tres variables: cantidad de servicios utilizados, precio unitario y gasto de bolsillo, para identificar con mayor precisión cómo las reformas en el canal de atención y en el diseño de beneficios reconfiguran tanto el uso como la carga financiera que enfrentan los pacientes.

III. Contexto Institucional

III.1 La Salud mental en el sistema de salud en Chile.

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, 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, a través del sistema de seguros privados (ISAPRE), atiende a los grupos de ingresos en promedio más altos, cubriendo cerca de 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 (Villarroel y Medina, 2022). En el ámbito de la salud mental, estas disparidades son particularmente marcadas debido a las limitaciones de recursos y a la distribución geográfica desigual de los servicios (problemas de oferta en regiones distintas de la Metropolitana), lo que afecta especialmente a las áreas rurales.

A diferencia de otros sistemas de salud donde existe un médico de referencia asignado geográficamente, en el sistema privado de salud de Chile no opera un esquema de “médico por zona” ni de adscripción obligatoria a un proveedor de atención primaria. En países como el Reino Unido, el sistema del National Health Service (NHS) se estructura en torno a la inscripción obligatoria de los pacientes con un General Practitioner (GP) territorialmente

asignado, quien actúa como puerta de entrada al sistema y como coordinador del cuidado, incluyendo la derivación a especialistas y a servicios de salud mental. De manera similar, en Israel, contexto analizado por Zeltzer et al. (2024), los individuos están obligatoriamente afiliados a una organización de salud (HMO) y a un médico de atención primaria específico, lo que genera una relación estable y geográficamente definida entre paciente y proveedor. Estos modelos facilitan la identificación causal del acceso a innovaciones organizacionales, como la telemedicina, al anclar la relación paciente-médico en una asignación exógena. En contraste, el sistema privado de salud chileno se caracteriza por una mayor libertad de elección de prestadores y por la ausencia de asignación territorial obligatoria, lo que implica que las relaciones paciente-prestador son endógenas y potencialmente dinámicas (i.e. que pueden variar en el tiempo), lo que exige estrategias empíricas alternativas para aproximar el acceso efectivo a la telemedicina. Esta diferencia institucional es relevante no solo para la identificación econométrica, sino también para comprender cómo la telemedicina puede desempeñar un rol más sustantivo en países sin médico asignado por zona, al reducir fricciones de búsqueda y ampliar el conjunto efectivo de proveedores disponibles para los pacientes.

Las políticas de salud mental en el sistema de salud en Chile (público y privado) 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, incorporó equipos de salud mental comunitaria y apoyó hospitales de día. Este enfoque comunitario ha contribuido a aumentar la accesibilidad a los servicios públicos de salud mental, especialmente en regiones remotas. No obstante, el esquema señalado previamente rige exclusivamente para el sistema público, ya que en el sistema privado las atenciones por trastornos mentales operan del mismo modo que el del resto de las especialidades, donde prima la ausencia de un modelo integral de atención centrado en el paciente, operando más bien según la capacidad de pago de los usuarios, sin un ordenamiento sanitario de por medio.

Respecto al financiamiento, la última evidencia disponible para Chile (Minsal, 2025) indica que 4,89% del gasto en salud se destina a salud mental sin considerar el gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), mientras que asciende a 10,35% al incluirlo, ubicándonos cerca de la recomendación de 6% de la OMS (World Bank & WHO, 2016), pero aún con espacio para llegar a ella y trabajo por realizar desde la política pública ya que una importante proporción de ese gasto en el sistema privado de salud corresponde a gasto de bolsillo (no así en el sistema público, que exhibe una baja importancia relativa del gasto de bolsillo).

Uno de los principales problemas del sistema de financiamiento de nuestro sistema de salud tiene que ver con el alto nivel de gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de la salud. En efecto, si bien Chile exhibe un alto porcentaje del gasto en salud que se destina a SM, el gran problema viene dado por la alta importancia que tiene el gasto de bolsillo como fuente de financiamiento, donde la última evidencia disponible (Minsal, 2025) da cuenta de que el gasto de bolsillo en salud mental como proporción del gasto total en salud mental asciende a 42,03%, donde lo más llamativo son las marcadas diferencias de realidades entre sistemas de salud, ya que para las personas del seguro público su proporción de gasto de bolsillo en SM es de 26,8%, mientras las personas beneficiarias del seguro privado enfrentan una proporción de gasto de bolsillo en salud mental de 79,8%, evidenciando para estos últimos la absoluta desprotección financiera en que se encuentran, lo que por cierto repercute en la decisión de buscar atención, así como en la adherencia a los tratamientos.

En este contexto, el uso de servicios de salud mental ha crecido, con condiciones como la depresión y la ansiedad registrando un aumento significativo de casos, especialmente tras las interrupciones sociales y económicas provocadas por el COVID-19 (The Borgen Project, 2022). En años recientes, Chile ha profundizado sus esfuerzos por reorientar el sistema de salud mental hacia un modelo más preventivo, comunitario e integrado. El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 consolidó esta transición mediante la incorporación de acciones de promoción y prevención, el fortalecimiento del apoyo familiar y comunitario, y la expansión de las prestaciones en atención primaria. Este plan también impulsó el desarrollo de iniciativas de telesalud, como la TSM, con el fin de mejorar el acceso en territorios con menor disponibilidad de especialistas.

La pandemia de COVID-19 acentuó brechas preexistentes (territoriales, de disponibilidad de especialistas y de oportunidad de atención) y elevó sostenidamente la demanda por prestaciones de salud mental, especialmente en cuadros de ansiedad, depresión e ideación suicida, con impactos desproporcionados en adolescentes y mujeres jóvenes, y con un sistema tensionado por listas de espera, cobertura pública insuficiente y distribución desigual de recursos entre regiones (Senado de la República de Chile, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En este contexto, la política pública puso el foco en reforzar la atención primaria y la red comunitaria como puerta de entrada al sistema, reconociendo explícitamente la necesidad de aumentar recursos y capacidades resolutorias para abordar problemas de salud mental en niveles tempranos (Ministerio de Salud de Chile, 2017).

Durante este periodo, el gobierno del presidente Gabriel Boric (2022–2026) elevó la salud mental al estatus de prioridad sanitaria, incorporándola como compromiso programático explícito —incluida la meta de aumentar progresivamente el financiamiento— y orientando medidas para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención bajo un enfoque comunitario, de derechos y con perspectiva de género (Ministerio de Salud de Chile, División de Prevención y Control de Enfermedades, 2024).

No obstante, los diagnósticos recientes continúan evidenciando brechas estructurales de oferta, tales como déficits regionales en centros comunitarios de salud mental (COSAM), camas hospitalarias psiquiátricas y hospitales de día, con diferencias significativas según territorio (Senado de la República de Chile, 2023). A nivel de dispositivos específicos, el propio marco estratégico nacional reconoce brechas cuantificadas en la red intermedia, estimando una brecha nacional de plazas en hospitales de día tanto para población adulta como infanto-adolescente, y proyectando incrementos graduales de oferta hacia 2026, lo que refleja simultáneamente el rezago acumulado y los esfuerzos de expansión del sistema (Ministerio de Salud de Chile, División de Prevención y Control de Enfermedades, 2024).

Entre las iniciativas destacadas para mejorar el acceso y la oportunidad de atención, se impulsaron estrategias digitales y de atención remota. En particular, el Departamento de Salud Digital del Ministerio de Salud reporta la implementación de una estrategia sincrónica de salud mental remota, que incluye programas como Saludablemente, orientados a entregar primera orientación psicológica y derivación según necesidad (Ministerio de Salud de Chile, División de Prevención y Control de Enfermedades, 2024). Complementariamente, la plataforma gubernamental Saludablemente habilitó la prestación de primera atención psicológica mediante videollamada, reduciendo barreras de desplazamiento y facilitando el acceso para poblaciones que históricamente enfrentan mayores obstáculos, como quienes residen en zonas apartadas o con menor disponibilidad local de especialistas (Gobierno de Chile, 2023). En el plano presupuestario, los anuncios asociados al Presupuesto 2023 incorporaron recursos adicionales destinados a reforzar la salud mental, en el marco de la

recuperación post-pandemia y el fortalecimiento de la atención primaria (Ministerio de Salud de Chile, División de Prevención y Control de Enfermedades, 2024).

En materia normativa, la Ley 21.331 sobre Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental (promulgada en mayo de 2021) representa un hito en la regulación del sector. Esta legislación establece principios de no discriminación y mandata que la cobertura financiera de las prestaciones de salud mental no difiera de la otorgada a las condiciones de salud física. Asimismo, refuerza la igualdad de trato en materia de licencias médicas y reconoce explícitamente los derechos de las personas con condiciones de salud mental, promoviendo su dignidad, autonomía y protección frente al estigma y la exclusión.

Con propósito de dar cumplimiento a la mencionada Ley, la Superintendencia de Salud emitió la Circular IF/Nº396 en noviembre de 2021 que imparte instrucciones acerca de las coberturas y acceso para las atenciones de SM en Isapres conforme a la Ley 21.331, estableciendo que “los planes de salud no podrán estipular para las prestaciones de salud relacionadas con discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales y con la salud mental, topes de bonificación y/o topes máximo año contrato por beneficiario menores que los establecidos para las prestaciones de salud físicas”, cuya vigencia se establece a partir de marzo de 2022.

No obstante, evaluaciones recientes de la normativa sugieren que la implementación de la Ley 21.331 no ha eliminado las brechas de protección financiera en salud mental en el sistema privado. En efecto, Leyton (2023) documenta que, pese al principio de paridad entre salud física y mental consagrado en la ley y Circular, las personas afiliadas a Isapres continúan enfrentando altos niveles de gasto de bolsillo y limitaciones en la cobertura efectiva de prestaciones de salud mental, así como tensiones en el acceso a licencias médicas. Esta evidencia subraya que los cambios normativos, si bien necesarios, no son suficientes por sí solos para reducir la carga financiera que enfrentan los hogares, lo que vuelve especialmente relevante evaluar mecanismos alternativos, como la telemedicina, que puedan incidir sobre precios efectivos y copagos.

La integración progresiva de la salud mental en los entornos de atención primaria, junto con la expansión de la telemedicina, refleja un compromiso institucional por avanzar hacia un modelo de atención más accesible, comunitario e inclusivo. No obstante, persisten desafíos críticos relacionados con la inclusión del sistema privado en este modelo de atención vigente hoy exclusivamente para el sistema público, así como también con el sub-financiamiento estructural, el alto nivel de gasto de bolsillo y la insuficiente capacidad instalada para cubrir la demanda creciente de servicios especializados.

Finalmente, en julio de 2024, el Ejecutivo ingresó al Congreso un proyecto de ley integral de salud mental, destinado a establecer un marco regulatorio más amplio y robusto. Esta propuesta profundiza los principios de la Ley 21.331 y busca consolidar un enfoque integral, basado en derechos y centrado en la persona, constituyendo un nuevo paso hacia la modernización y fortalecimiento del sistema de salud mental en Chile.

III.2 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 así 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.

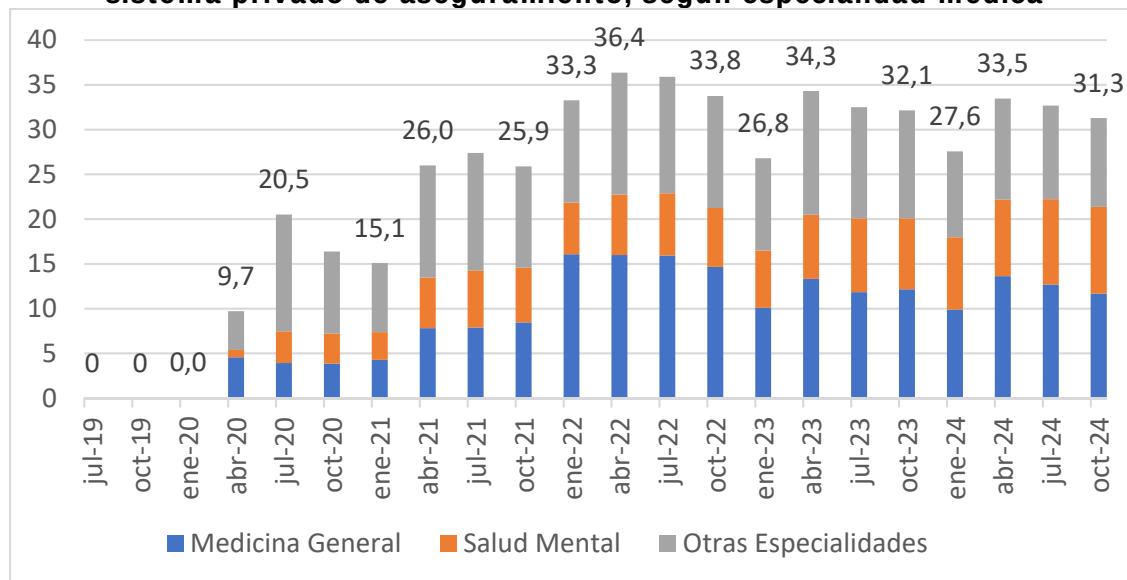
En 2019, el lanzamiento de Hospital Digital, la iniciativa nacional de salud digital de Chile marcó un avance significativo en la integración de la telemedicina dentro de la estrategia de salud pública. Esta plataforma permitió la realización de consultas virtuales, el uso de registros electrónicos de 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. Por ejemplo, las consultas por videollamada y la tele monitorización 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 (Villaruel y Medina 2022). Muestra de lo anterior es la evolución de la telemedicina en el sector privado de salud, tanto a nivel de consultas en medicina general, de salud mental, como en otras especialidades. A pesar de que las consultas a distancia comenzaron a ser registradas a inicios del año 2020, se observa que estas se consolidaron dentro del sistema desde el 2022. En particular para el año 2020 (periodo en el cual inicia el registro de la telemedicina), el promedio de consultas médicas y psicológicas por cada mil personas afiliadas al sistema era de 11,7; en el año 2021 era de 23,6; luego, en años posteriores, este valor se ubica constantemente por sobre las 30 prestaciones por cada mil afiliados (ver Figura 1).

A nivel nacional, el Programa Nacional de Telesalud se consolidó legislativamente en marzo de 2023 con la promulgación de la Ley N°21.541 que autorizó a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina, lo que da cuenta del reconocimiento del aporte de la telemedicina a la salud poblacional.

En octubre de 2024 se aprobó la norma técnica del Ministerio de Salud (Decreto Exento N° 51) que estableció los estándares técnicos que permiten dar cumplimiento a lo dispuesto en la normativa vigente sobre la regulación de las acciones y prestaciones vinculadas a la atención de salud realizadas a distancia, por medio o apoyo de tecnologías de la información y comunicación, en el marco establecido por la Ley N°21.541.

Figura 1. Tasa de prestaciones de telemedicina cada mil personas afiliadas al sistema privado de aseguramiento, según especialidad médica



Fuente: Elaboración propia en base al Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas y de Cotizantes y Cargas, de la Superintendencia de Salud, jul. 2019- oct.2024.

En 2023, Chile formalizó las regulaciones para la telemedicina a través de la Ley N°21.541 (Superintendencia de Salud, 2023), 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.

IV. Metodología

La metodología que utilizamos sigue a Zeltzer et al. (2024) y se basa en un enfoque de diferencias en diferencias (DiD). Este método permite estimar el efecto de un cambio institucional o de política (en nuestro caso el comienzo del acceso a la telemedicina) comparando cómo evolucionan en el tiempo los resultados de interés (en nuestro caso utilización, precio y gasto de bolsillo) entre dos grupos de personas: un grupo expuesto al cambio que llamaremos tratados y otro grupo similar que no lo está (o que está expuesto en menor medida) y que llamaremos grupo de control.

La intuición central del método es que, al comparar las diferencias en las trayectorias antes y después del cambio entre ambos grupos, es posible aislar el efecto asociado al tratamiento, descontando tendencias comunes que afectan a todos los individuos.

En términos generales, la estrategia DiD requiere definir cuatro elementos: (i) un período previo al tratamiento, (ii) un período posterior al tratamiento, (iii) un grupo tratado y (iv) un grupo de comparación o control. En nuestro estudio, el período previo corresponde a los años anteriores a la incorporación de la telemedicina (2016-2019), mientras que el período

posterior corresponde a los años en que esta modalidad ya estaba disponible (2021-2024). Se resta del análisis el año 2020, ya que en ese año recién es posible identificar las prestaciones de telemedicina, por lo que el número de prestaciones que efectivamente fueron en formato telemático es artificialmente más bajo. El grupo tratado está compuesto por personas asociadas a prestadores con alta adopción de telemedicina, y el grupo de comparación por personas asociadas a prestadores con baja o nula adopción. Para evitar confundir los efectos de la telemedicina con cambios en la elección de prestadores por parte de los pacientes, identificamos las relaciones pacientes–prestador utilizando exclusivamente información del período previo al tratamiento, cuando la telemedicina era prácticamente inexistente, y las mantenemos fijas a lo largo de todo el análisis. De este modo, la exposición de cada paciente a la telemedicina depende de características de su prestador habitual antes de la pandemia, y no de decisiones tomadas posteriormente.

Dado que en Chile no existe asignación de médicos por zona geográfica, definimos el prestador habitual de cada paciente a partir de su historial de atención. En particular, consideramos que existe una relación paciente–prestador cuando se cumplen dos condiciones: (i) el paciente realizó al menos cuatro atenciones con ese prestador entre 2016 y 2019, lo que equivale aproximadamente a una atención anual, y (ii) ese prestador concentró al menos la mitad de todas las atenciones del paciente en dicho período. Estos criterios permiten identificar al prestador principal de cada individuo de manera consistente y reducir el riesgo de sesgos asociados a cambios endógenos en la elección de prestadores.

IV.1 Interpretación

Los pacientes se clasifican según su adscripción prepandemia (2016-2019) a prestadores que, en el período posterior (2020-2024), adoptaron la telemedicina de manera intensiva, independientemente de si una atención específica fue realizada de forma remota o presencial. Esta aproximación se basa en la idea de que la adopción de telemedicina puede afectar precios, patrones de utilización y esquemas de copago a través de decisiones organizacionales y de tarificación a nivel del prestador, incluso para atenciones que continúan siendo presenciales.

Por lo tanto, el grupo de los tratados considera a aquellos individuos que, en el período 2016-2019, se atiende principalmente con prestadores que luego (en el período 2021-2024) son calificados como prestadores intensivos en el uso de telemedicina. Para calificar a los prestadores se construye una variable binaria: “alto adoptante de telemedicina” si el prestador principal (α_j) está por encima de la mediana del conjunto de prestadores que adoptaron telemedicina (α_k) durante el período 2021-2024. Se utiliza como proxy de acceso del paciente a telemedicina.

$$Alto_j = \begin{cases} 1, & \text{if } \alpha_j > \text{mediana } \alpha_k \\ 0, & \text{en caso contrario.} \end{cases} \quad (1)$$

Entonces para cada paciente i , se identifica su prestador principal en el período 2016-2019 y se mantiene fija esa relación para evitar sesgos por cambios de proveedor tras la pandemia (2020-2024). El paciente se clasifica como tratado si su prestador principal es alto adoptante ($Alto_{j(i)} = 1$); esta variable no depende de si la visita específica fue remota o presencial. La definición de prestador principal puede variar en función del tipo de gasto que se esté considerando (salud mental, consultas médicas generales, u otro). De esta manera, la relación paciente-prestador se ajusta para cada subconjunto del gasto en salud analizado.

Una vez establecida la relación paciente-prestador se estima el modelo de DiD, que compara períodos pre (2016-2019) vs. postpandemia (2020-2024) entre pacientes tratados y control (i.e. con alto vs. bajo acceso), lo cual se refleja en la ecuación (2) siguiente:

$$Y_{ijtl} = \beta Alto_{j(i)} * Post_t + \mu_{j(i)} + \delta_t + \omega_{l(i)} + X'_{it}\varphi + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Donde

- $j(i)$ es el prestador principal del paciente i y $l(i)$ es la ubicación geográfica (región) del paciente i .
- $Alto_{j(i)}$ es una variable dummy igual a 1 si el prestador es alto adoptante de telemedicina.
- $Post_t$ es igual a 1 para el período post tratamiento
- $\mu_{j(i)}$ y δ_t son efectos fijos de prestador y año que buscan capturar elementos no observables de los prestadores y shocks del año respectivamente
- X'_{it} es una matriz de control que incluye variables que describen a la persona afiliada tales como sexo, edad, renta imponible del cotizante, región de residencia e Isapre.
- Al mismo tiempo, se agregan variables asociadas al estado de salud de las personas, tales como si ha sido ingresado a pabellón, días de estadía en el hospital, y días de licencia otorgadas por el médico tratante si es que existiesen. Las variables continuas son transformadas en logaritmos naturales para el caso de los modelos lineales. Además, se agregan los datos en dos periodos, pre y post tratamiento respectivamente, calculando el promedio anual para cada una de las variables.

El parámetro de interés de la ecuación 2 es β , que captura el efecto de un mayor acceso a la telemedicina, y no el efecto del uso de la telemedicina per se a nivel de cada consulta (lo que se conoce como Intention to treat ITT en la literatura econométrica)².

Utilizamos la ecuación (2) para ver los efectos sobre Y (consideramos diferentes variables de interés tales como: número de visitas; precio de cada prestación, gasto total y gasto total de bolsillo).

Respecto a la metodología de estimación de los parámetros, en los casos que se estiman variables de conteo, tales como el número de consultas médicas, se utiliza un modelo Poisson con efectos fijos y se presentan los efectos marginales.

En el caso del resto de las variables dependientes, tales como precio, gasto y copagos, se utiliza el logaritmo natural y los parámetros son estimados a través de Mínimos Cuadrados Ordinarios con efectos fijos.

² El término Intention-to-Treat (ITT) se refiere al efecto de ser asignado a un grupo con mayor acceso al tratamiento —en este caso, prestadores con alta adopción de telemedicina— independientemente de si el individuo utiliza efectivamente dicho tratamiento. En este contexto, el estimador captura el efecto de la exposición al entorno organizacional asociado a la telemedicina, más que el efecto directo de realizar una consulta remota.

V. Datos

La fuente principal de información para este estudio proviene de los registros administrativos de la Superintendencia de Salud de Chile, que contienen el universo de prestaciones bonificadas en el sistema de aseguradoras privadas (ISAPRE) para el periodo 2016-2024. El archivo contiene cada prestación bonificada por una Isapre, detallando el código del arancel Fonasa MLE de la prestación, el gasto total facturado por cada prestación, el valor bonificado por la Isapre, el prestador que otorgó la prestación, entre otros. Lo anterior es complementado con información de los archivos maestros de cotizantes y cargas, los cuales permiten identificar individualmente a los afiliados del sistema, para cada mes de los años considerados en el estudio. Asimismo, contiene información relacionada a la renta imponible del cotizante, región de residencia, sexo, edad, entre otros factores demográficos. A lo anterior, se agrega información proveniente de los archivos maestros de licencias médicas tramitadas, reclamadas, egresos hospitalarios, así como también del Registro de Prestadores Individuales.

El universo de afiliados a considerar corresponde a aquellos que pertenezcan a una Isapre abierta. El cruce de los registros anteriores permite la identificación única de los afiliados para cada mes, facilitando la construcción de un panel longitudinal. De manera de evitar problemas por la entrada o salida de afiliados, se construyó un panel balanceado que incluye únicamente a afiliados con prestaciones bonificadas tanto en el periodo pre-tratamiento (2016-2019) como en el post-tratamiento (2021-2024). Para complementar la información anterior y poder contar con características y el estado de salud de las personas, se realiza el cruce con los archivos maestros de las licencias médicas tramitadas y reclamadas de cada afiliado y los egresos hospitalarios. Adicionalmente, para poder conocer el tipo de profesional de la salud de cada prestación (médico general, de especialidad, psiquiatra, psicólogo u otros), se utiliza el código de prestación de las prestaciones bonificadas.

Los prestadores tienen la capacidad de operar bajo múltiples RUT, por lo que, dado que los identificadores se encuentran innominados, no es posible identificar cuando múltiples identificadores pertenecen al mismo prestador institucional. En consecuencia, el universo de prestadores se restringe al decil superior de prestadores institucionales según su facturación total. Este cambio permite mitigar la fragmentación de prestadores derivada del uso de identificadores innominados, asegurando la identificación de centros de salud establecidos. Asimismo, se excluyen los prestadores individuales del Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, dado que su baja presencia de telemedicina respecto al promedio introduce errores de medición. Esta exclusión busca evitar una mitigación artificial de los efectos estimados producto de la identificación de un menor número de prestaciones telemáticas, y no necesariamente por una baja adopción real en dicho segmento.

De manera de facilitar el análisis, se trabaja sobre dos grupos de individuos. En primer lugar, se consideran a los individuos que tengan todo tipo de consultas médicas, tanto generales como de especialidad, sumado a consultas de psicólogo. Un segundo grupo es aquel denominado de salud mental, el cual considera solamente aquellas prestaciones con médicos psiquiatras y psicólogos.

En la Tabla 1 se observa el grupo de personas afiliadas que tenían en el periodo previo al 2020 un prestador con una alta tasa de adopción en telemedicina (grupo de tratamiento; T), y se comparan con aquellos que se atendieron principalmente en prestadores poco intensivos en el uso de telemedicina (grupo de control; NT), en general, se registra que ambos cuentan con características similares, salvo ciertas excepciones. En particular, los tratados se concentran en gran parte en la Región Metropolitana, lo cual se explica por el hecho de que en esta existe mayor adopción de telemedicina. Lo anterior, sin perjuicio de que puedan existir

personas afiliadas al sistema que vivan en regiones con una baja presencia de especialistas, que puedan acceder a consultas médicas producto de la implementación de la telemedicina.

Asimismo, se observa una mayor cobertura efectiva promedio del seguro en el caso de las prestaciones de salud mental para los tratados, en desmedro de aquellos no tratados. Esto último es reflejo de que en general las aseguradoras ofrecen mejor cobertura para las prestaciones de telemedicina. En salud mental además se observa un menor gasto total por parte de los tratados. Adicionalmente, ambos grupos tienen un estado de salud similar, con la excepción de que los tratados tienen un menor número de días promedio de hospitalización. Cabe destacar que, a nivel de licencias médicas, no se observan diferencias con magnitudes significativas entre ambos grupos. De hecho, para el total de prestaciones, los tratados tienen un menor número de días de reposo promedio al año que los no tratados. Por último, es necesario mencionar que no se realizan pruebas de diferencia de medias, ya que los datos corresponden a registros administrativos.

Tabla 1. Caracterización de grupo de tratamiento y control para el periodo previo al año 2020, según tipo de universo de prestaciones.

Variables	Total Prestaciones		Salud Mental	
	T	NT	T	NT
Región Metropolitana	90%	55%	87%	65%
Edad	33,2	29,2	28,4	31,1
Mujer	48%	51%	54%	56%
Cobertura Efectiva Seguro	64%	61%	57%	49%
Gasto (Copago + Seguro) (\$)	143.651	171.180	76.607	145.521
Al menos una intervención quirúrgica	6%	7%	7%	7%
Días hospitalización promedio	0,70	0,87	0,59	0,65
Días de reposo	4,6	4,9	5,7	5,6
Número de Prestaciones	5,1	5,9	0,2	1,3
Número de Afiliados	925.844	576.699	67.982	307.494

* Nota: Variables son promedios anualizados. T: Grupo de Tratamiento; NT: Grupo de Control.

VI. Resultados y Discusión

VI.1 Resultados

Los resultados que se presentan a continuación (Tabla 2) permiten distinguir entre dos márgenes clave de ajuste ante la expansión de la telemedicina en salud mental: i) cambios en la utilización de servicios y ii) cambios en los precios y copagos enfrentados por los pacientes. Además, es importante señalar que los resultados que se presentan a continuación deben interpretarse como el impacto de un mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina, y no como el efecto causal del uso de consultas remotas en sí mismas. En particular, los efectos estimados reflejan cambios en precios, copagos y en la composición de las prestaciones inducidos por la adopción de la telemedicina a nivel del prestador.

Tabla 2. Resultados estimación del parámetro de interés bajo Diferencias en Diferencias.

Variable dependiente	Universo Prestaciones	
	Todas: Consultas Médicas (todo tipo) y Psicología	Salud Mental: Consultas Psiquiátricas y Psicología
Modelo 1: Sin controles		
Número de prestaciones ⁱ	0,202	0,035
Ln(Precio Prestaciones)	0,093	-0,348
Ln(Bonificado+Copago)	0,286	-0,330
Ln(Copago)	0,330	-0,168
Modelo 2: Incluye controles: demográficos, aseguradora, estado de salud.		
Número de prestaciones ⁱ	0,175	0,022 ⁱⁱ
Ln(Precio Prestaciones)	0,067	-0,294
Ln(Bonificado+Copago)	0,224	-0,273
Ln(Copago)	0,272	-0,121

Notas: (i) Números de prestaciones fueron estimados a través de un modelo Poisson, y la tabla presenta los efectos marginales de dicho modelo³. El resto de los parámetros fue estimado mediante Mínimos Cuadrados Ordinarios; (ii) Todos los valores son significativos al 99%, salvo la estimación del parámetro asociado al número de prestaciones de salud mental, que es estadísticamente significativo al 95%; (iii) Para más detalles metodológicos ver Sección 4.

Al analizar como variable dependiente el total facturado (gasto bonificado más copagos) a nivel de sistema privado de salud, considerando el total de consultas médicas de todas las especialidades (incluyendo las consultas psicológicas), el Modelo 1 (que ignora la matriz de controles) da cuenta de un aumento del total facturado de un 28,6% para aquellos individuos que se atienden en prestadores intensivos en Telemedicina en postpandemia respecto a prepandemia. Al introducir como controles variables demográficas, financieras y del estado de salud (Modelo 2), se observa un aumento del total facturado del 22,4% (es decir, se mantiene el efecto, pero su magnitud disminuye en seis puntos porcentuales), lo que refleja que alrededor de un cuarto de la diferencia inicial se debía a diferencias en estas variables tales como la región de residencia, la aseguradora de la persona afiliada, la renta imponible del cotizante, u otras relacionadas al estado de salud de cada individuo.

Al considerar exclusivamente las consultas asociadas a salud mental (psiquiátricas y psicológicas), para el Modelo 1 se encuentra una disminución del total facturado de un 33% para aquellos individuos que se atienden en prestadores intensivos en telemedicina en postpandemia, mientras en el Modelo 2 se encuentra una disminución del total facturado de un 27,3% (es decir, se mantiene el efecto, pero su magnitud disminuye en seis puntos porcentuales respecto al Modelo 1).

Para indagar qué variable incide más proporcionalmente en los resultados, se estimaron los mismos modelos descritos, pero separando el efecto precio de cada prestación, del efecto cantidad (número de consultas médicas). En efecto, al considerar como variable dependiente el número de consultas médicas, para el total de consultas médicas de todas las especialidades, se observa para el Modelo 1 un aumento de 20,2% en las consultas por

³ En modelos Poisson los coeficientes capturan cambios proporcionales en la media condicional, por lo que los efectos marginales dependen del nivel de las covariables.

beneficiario al año, mientras que en el Modelo 2 se encuentra un aumento menor de 17,5% consultas por beneficiario al año.

Por su parte, al considerar como variable dependiente el número de consultas médicas (Q) para el total de consultas médicas de salud mental se encuentra para el Modelo 1 un aumento de 3,5% consultas por beneficiario al año, mientras en el Modelo 2 se encuentra un aumento de 2,2% consultas por beneficiario al año.

Por otro lado, al considerar como variable dependiente el precio total por consulta médica o consulta psicológica (P), para el total de consultas se observa inicialmente un aumento de 9,3% (Modelo 1) en el precio promedio cobrado por los prestadores por consulta médica y psicológicas, mientras que en el Modelo 2 se encuentra un aumento del precio cobrado por consulta médica de 6,7%.

Finalmente, al considerar como variable dependiente el precio total por consulta médica o consulta psicológica (P), para el total de consultas de salud mental, se observa para el Modelo 1 una disminución de 34,8% en el precio promedio cobrado por los prestadores por consulta médica al año, mientras en el Modelo 2 se encuentra una menor disminución del precio cobrado por consulta médica de 29,4%. Lo anterior evidencia que la adopción de telemedicina por parte de algunos prestadores ha implicado un menor precio pagado por consulta por parte de las personas que se atendían principalmente en estos prestadores.

Con todo, considerando los resultados del Modelo 2, se observa que, por una parte, el efecto precio explica en mayor medida las disminuciones observadas en el total facturado por individuo para el total de consultas médicas de salud mental, mientras que, por otra parte, el efecto cantidad explica en mayor medida los aumentos observados en el total facturado por individuo para el total de consultas médicas de todas las especialidades.

A pesar de los cambios menores observados en el uso de consultas, el mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina en todas las especialidades se asocia con un aumento de 27,2% en el gasto por beneficiario considerando el universo de consultas de todas las especialidades (incluyendo las consultas psicológicas), mientras que, al considerar exclusivamente las consultas de salud mental, ese mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina se vincula con un significativo menor gasto de bolsillo para las personas afiliadas, equivalentes a un -12,1%. Los elementos anteriores son indicios prometedores para el sistema de financiamiento de nuestro sistema de salud, considerando las altas cargas de enfermedades de salud mental presentes y proyectadas para nuestro país y el mundo.

VI.2 Discusión

Uno de los principales desafíos del sistema de financiamiento de la salud en Chile es el elevado peso del gasto de bolsillo, particularmente en el ámbito de la salud mental (Leyton, 2023). Si bien el país destina una proporción relativamente alta de su gasto en salud a esta área en comparación con otros países de la región, la estructura de financiamiento revela una fuerte dependencia del financiamiento directo de los hogares: el gasto de bolsillo representa aproximadamente un 42% del gasto total en salud mental (MINSAL, 2025). Esta cifra esconde, además, profundas desigualdades entre sistemas, ya que mientras las personas afiliadas al seguro público (Fonasa) financian de su bolsillo un 26,8% del gasto en salud mental, los beneficiarios del sistema privado (Isapres) enfrentan una carga sustancialmente mayor, que alcanza un 79,8%. Esta brecha evidencia una situación de desprotección financiera particularmente aguda en el sistema privado, con implicancias directas para la decisión de buscar atención, la continuidad de los tratamientos y la adherencia terapéutica, especialmente en prestaciones recurrentes como la psicoterapia.

En este contexto, el análisis del gasto de bolsillo adquiere especial relevancia. Por esta razón, el presente estudio considera el copago efectivamente pagado por los beneficiarios como una de sus variables centrales de resultado, permitiendo evaluar cómo la expansión de la telemedicina en salud mental incide sobre la carga financiera que enfrentan los hogares. Los resultados muestran que, para el conjunto de todas las consultas médicas, el acceso a prestadores intensivos en telemedicina se asocia con un aumento del copago: en el modelo más simple se observa un incremento de 33%, que se reduce a 27,2% al incorporar controles sociodemográficos, financieros y de estado de salud. Este patrón sugiere que, fuera del ámbito de la salud mental, la telemedicina puede estar asociada a un mayor uso de servicios y, en consecuencia, a un mayor gasto de bolsillo.

Sin embargo, el patrón es radicalmente distinto en el caso de la salud mental. Para las consultas psiquiátricas y psicológicas, el acceso a prestadores intensivos en telemedicina se asocia con una reducción significativa del copago, que alcanza 16,8% en el Modelo 1, descendiendo levemente a 12,1% en el modelo preferido (Modelo 2). Este resultado indica que la TSM no solo amplía el acceso, sino que reduce la carga financiera directa que enfrentan los pacientes, particularmente relevante en un contexto de alto gasto de bolsillo.

Desde una perspectiva de política pública, estos hallazgos son especialmente prometedores para los beneficiarios del sistema privado de salud, fuente de datos del presente estudio, dado que el gasto de bolsillo es el componente del financiamiento que mayor impacto tiene sobre el presupuesto de los hogares y que puede incluso transformarse en un gasto catastrófico. Además, el gasto de bolsillo es ampliamente reconocido como la fuente de financiamiento más inequitativa y menos eficiente del sistema de salud (OMS, 2010; OMS 2023), por lo que su reducción constituye un objetivo central de la agenda de Cobertura Universal de Salud promovida por la Organización Mundial de la Salud.

El análisis de variables proxy del estado de salud incluidas en el modelo más completo muestra que las personas con mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina presentan un mayor uso del sistema de salud, reflejado en mayores tasas de hospitalización, cirugías y días de licencia médica. En particular, el aumento observado en las licencias médicas asociadas a salud mental es consistente con evidencia previa para el contexto chileno, que documenta un incremento significativo de estas licencias tras la pandemia de COVID-19 (Leyton y Poblete, 2024). Estos resultados no sugieren un efecto adverso de la telemedicina sobre el estado de salud, sino que se alinean con patrones agregados del período postpandemia, donde un mayor acceso a atención puede coexistir con un mayor reconocimiento y formalización de los problemas de salud mental.

En conjunto, los resultados del estudio sugieren que la telemedicina en salud mental puede generar beneficios simultáneos a nivel del sistema de salud y de los hogares. Por una parte, se observan menores gastos totales en salud mental, lo que resulta particularmente relevante en un contexto de creciente presión fiscal, dado que el gasto total en salud en Chile ha aumentado desde aproximadamente un 7% del PIB a comienzos de la década del 2000 hasta un 10,53% en 2024 (OECD, 2024). Por otra parte, la reducción del gasto de bolsillo puede incentivar la búsqueda de atención entre personas que hoy no acceden por razones financieras y favorecer la continuidad de tratamientos entre quienes enfrentan altos copagos y topes de cobertura. En este marco, la TSM emerge como una modalidad potencialmente eficiente para contener costos sin deteriorar el acceso ni la calidad de la atención, al tiempo que puede contribuir a reducir barreras asociadas al estigma, especialmente para personas reticentes a la atención presencial.

VI.3 Limitaciones del Estudio

Este estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la estrategia de identificación se basa en la adscripción de los pacientes a prestadores intensivos en telemedicina, y no a médicos individuales. En consecuencia, los efectos estimados capturan el impacto de un mayor acceso a organizaciones o profesionales que adoptaron intensivamente la telemedicina, más que el efecto causal del uso de consultas remotas a nivel de cada atención. Dado que una fracción relevante de los prestadores corresponde a instituciones de salud, que pueden diferir sistemáticamente de médicos individuales en términos de organización del trabajo, estrategias de tarificación o composición de prestaciones, los resultados deben interpretarse como efectos de acceso a un tipo de proveedor y no como un efecto tratamiento-sobre-los-tratados (Treatment on the Treated, TOT) del uso de telemedicina⁴. Esta interpretación es coherente con el objetivo del estudio de analizar cambios en precios, utilización y gasto de bolsillo inducidos por la adopción de telemedicina a nivel del prestador.

En segundo lugar, a diferencia de contextos donde existe un médico de atención primaria obligatorio y asignado, como el caso de Israel analizado por Zeltzer et al. (2024), el sistema chileno se caracteriza por una mayor libertad de elección de prestadores, especialmente en el sector privado. Si bien fijamos la relación paciente–prestador utilizando exclusivamente información del período prepandemia para mitigar sesgos de selección asociados a la pandemia o a la adopción de telemedicina, no es posible descartar completamente la presencia de diferencias no observadas entre pacientes adscritos a prestadores con distinta intensidad de adopción. En este sentido, los resultados deben interpretarse como efectos de intención de tratamiento (Intention-to-Treat, ITT) asociados a un mayor acceso ex ante a telemedicina, más que como efectos del uso efectivo de la modalidad remota.

En tercer lugar, el análisis se basa en registros administrativos del sistema privado de salud, lo que implica que los resultados no son directamente extrapolables al sector público ni a la población cubierta por Fonasa. Dado que la estructura de copagos, la cobertura financiera y los mecanismos de acceso difieren sustantivamente entre ambos sistemas, la magnitud y los canales de los efectos estimados podrían variar en otros contextos institucionales. No obstante, el enfoque del estudio en el sistema privado resulta particularmente relevante para analizar mecanismos de precios y gasto de bolsillo en un entorno caracterizado por alta exposición financiera de los pacientes.

En cuarto lugar, las variables disponibles sobre estado de salud, como hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y licencias médicas, corresponden a proxies institucionales y no a medidas clínicas directas ni a indicadores de calidad de la atención. En consecuencia, el estudio no permite evaluar de manera concluyente los efectos de la telemedicina sobre resultados sanitarios finales ni sobre la calidad del cuidado en salud mental. Los hallazgos deben interpretarse, por tanto, principalmente como evidencia sobre mecanismos económicos (utilización, precios y gasto de bolsillo), y no como una evaluación integral del impacto clínico de la telemedicina en salud mental.

En quinto lugar, la exclusión de prestadores de menor tamaño y prestadores individuales puede limitar la validez de los resultados a prestadores de alta complejidad. Lo anterior, en parte es producto de la incapacidad de tener certeza de la modalidad de atención (presencial o telemática) de los prestadores individuales. En la medida se cuente con mejor información

⁴ El Treatment on the Treated (TOT) mide el efecto causal del tratamiento sobre quienes efectivamente lo reciben. En este caso, correspondería al efecto de utilizar telemedicina en una consulta específica, en contraste con el enfoque de este estudio que identifica efectos asociados al acceso a prestadores con alta adopción de telemedicina.

respecto a este segmento de prestadores, es posible verificar la validez externa de los resultados.

Finalmente, si bien el diseño de diferencias-en-diferencias y los análisis de robustez apoyan la validez interna de los resultados, el contexto analizado, marcado por la pandemia de COVID-19 y por cambios regulatorios concurrentes, sugiere cautela al extrapolar los efectos estimados a períodos de normalidad plena. Futuras investigaciones podrían profundizar estos resultados utilizando datos a nivel de médico individual, evaluando horizontes de más largo plazo y explorando con mayor detalle la interacción entre telemedicina, diseño de beneficios y resultados clínicos en salud mental.

VII. Conclusiones

Este estudio analiza los efectos de la expansión de la telemedicina en salud mental sobre la utilización de servicios, los precios unitarios y el gasto de bolsillo de los pacientes del sistema privado de salud de Chile, en un contexto institucional caracterizado por altos niveles de gasto de bolsillo y ausencia de un esquema de médico de atención primaria asignado, así como de un modelo de atención centrado en el paciente (como sí se observa en el sistema público de salud). Utilizando datos administrativos longitudinales del sistema privado de salud en Chile y un diseño de diferencias en diferencias, los resultados muestran que un mayor acceso a prestadores intensivos en telemedicina en salud mental se asocia con cambios sustantivos y heterogéneos en estos márgenes.

En particular, los hallazgos indican que, mientras el mayor acceso a telemedicina se traduce en un aumento moderado del gasto total cuando se consideran todas las especialidades médicas, en el caso de la salud mental el efecto es de signo opuesto. Para las consultas psiquiátricas y psicológicas, el acceso a prestadores intensivos en telemedicina se asocia con una reducción marcada del gasto total y, especialmente, del gasto de bolsillo de los pacientes. Esta disminución está impulsada principalmente por caídas significativas en los precios unitarios de las prestaciones, más que por reducciones extensivas en la utilización, lo que sugiere que la telemedicina en salud mental opera fundamentalmente a través de un canal de precios y protección financiera, y no solo como un mecanismo de expansión de la demanda.

Si bien el análisis empírico se centra en el caso chileno, los mecanismos económicos identificados son potencialmente relevantes para otros sistemas de salud caracterizados por una elevada exposición financiera de los pacientes, ausencia de gatekeeping estricto y una oferta fragmentada de servicios de salud mental, como ocurre en amplios segmentos del sistema estadounidense, así como en los sectores privados de varios países de América Latina. En este tipo de contextos, donde las decisiones de búsqueda de atención y continuidad del tratamiento son altamente sensibles a copagos y costos no monetarios, la telemedicina puede desempeñar un rol particularmente importante como herramienta para reducir fricciones económicas y mejorar la protección financiera.

Desde una perspectiva de política pública, estos resultados resultan especialmente relevantes a la luz de la estructura de financiamiento de la salud mental en Chile, donde el gasto de bolsillo representa una fracción elevada del gasto total y donde dicha carga recae de manera desproporcionada sobre los beneficiarios del sistema privado. La evidencia presentada sugiere que la telemedicina en salud mental puede contribuir a aliviar esta desprotección financiera, favoreciendo tanto el acceso oportuno como la continuidad de tratamientos en un área caracterizada por intervenciones recurrentes y prolongadas. En este sentido, la expansión de la telemedicina se alinea con los objetivos de equidad y cobertura universal en salud

promovidos por la Organización Mundial de la Salud, así como con el espíritu de la Ley N°21.331, que establece el principio de paridad entre la atención de salud física y mental.

Adicionalmente, los resultados muestran que un mayor acceso a telemedicina en salud mental no se asocia con un deterioro observable en proxies institucionales del estado de salud. El aumento en el uso de licencias médicas y otros servicios observados entre los individuos con mayor acceso a telemedicina es consistente con patrones agregados documentados para el período postpandemia y sugiere, más bien, un mayor reconocimiento y formalización de los problemas de salud mental en un contexto de expansión del acceso. Si bien este estudio no permite evaluar directamente resultados clínicos finales ni la calidad de la atención, los hallazgos no apuntan a efectos adversos asociados a la modalidad remota.

En un contexto de creciente presión fiscal, en el que el gasto total en salud en Chile ha aumentado de manera sostenida como proporción del PIB, los resultados sugieren que la telemedicina en salud mental puede constituir una modalidad potencialmente eficiente, capaz de contener costos sin deteriorar el acceso y, al mismo tiempo, reducir la carga financiera directa que enfrentan los hogares. Estos efectos pueden verse reforzados por la capacidad de la telemedicina para disminuir barreras asociadas al estigma y a la distancia geográfica, particularmente relevantes en poblaciones subatendidas y en regiones con escasez de especialistas, como ocurre en Chile.

Finalmente, este estudio debe entenderse como un primer paso en la evaluación económica de la telemedicina en salud mental en contextos de alta fricción financiera. Futuras investigaciones deberían profundizar estos resultados utilizando datos a nivel de médico individual, evaluando horizontes de más largo plazo y analizando con mayor detalle los efectos sobre resultados clínicos y calidad de la atención. En conjunto, la evidencia presentada sugiere que la telemedicina en salud mental tiene el potencial de generar un círculo virtuoso al reducir fricciones de acceso y gastos de bolsillo, al tiempo que contribuye a una asignación más eficiente de los recursos del sistema de salud, constituyéndose en una herramienta relevante para avanzar hacia una cobertura universal efectiva en salud mental.

Bibliografía

Busso, M., González, M., & Scartascini, C. (2021). On the demand for telemedicine: Evidence from the COVID-19 pandemic (IDB Working Paper Series No. 1202). Inter-American Development Bank.

Chaloner, C., Stevenson, F. A., Rehill, N., Halvorsrud, K., Raine, R., & Barratt, H. (2025). *What is the impact of a shift to remote consultations? A qualitative interview study in primary and secondary healthcare.* *BMJ Open*, 15(6), e097633. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097633>

Cubillos, L., Bartels, S. M., Torrey, W. C., Naslund, J., Uribe-Restrepo, J. M., Gaviola, C., Castro, S., John, D., Williams, M., Cepeda, M., Gómez-Restrepo, C., & Marsch, L. (2021). The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: Systematic review. *BJPsych Bulletin*, 45(1), 40–52. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.35>

Edbrooke-Childs, J., & Deighton, J. (2020). *Problem severity and waiting times for young people accessing mental health services.* *BJPsych Open*, 6(6), e118. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.103>

Fan, Y., Fan, A., Yang, Z., & Fan, D. (2025). *Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021.* *BMC Psychiatry*, 25, Article 486. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>

Flores, M. (2025). *Financial Strain on and Systemic Barriers in Mental Health Treatment.* *Psychiatric Services* 76:2, February.

Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2000). *Economics and mental health.* In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 1B, pp. 893–954). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80029-3](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80029-3)

Gobierno de Chile. (2023). *Saludablemente: Atención psicológica remota.* <https://www.gob.cl/saludablemente/ayudaprofesionales/>

Goodday, S. M., Geddes, J. R., & Friend, S. H. (2021). *Disrupting the power balance between doctors and patients in the digital era.* *The Lancet Digital Health*, 3(3), e142–e143. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00004-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00004-2)

Grey, E., Byrne, E., Wherton, J., & Greenhalgh, T. (2022). *Patient–clinician dynamics in remote consultations: a qualitative study in UK primary care.* *BMJ Open*, 13(5), e070923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070923>

Harrison, R., Macfarlane, A., Murray, E., & Wallace, P. (2021). *Virtual consultations in mental health care: Exploring clinician and patient experiences*. **BMJ Open**, 11(4), e049210. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049210>

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. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>

Joshi, U., Mitchell, L. M., Naslund, J. A., Nagda, D., & Lu, C. (2020). *Economic evaluation and costs of telepsychiatry programmes: A systematic review*. **Journal of Telemedicine and Telecare**, 28(5), 311–330. <https://doi.org/10.1177/1357633X20938919>

Lambregts, T., & van Vliet, R. C. J. A. (2017). *The impact of copayments on mental healthcare utilization: a natural experiment*. **European Journal of Health Economics**, 19(6), 775–784. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0921-7>

Lathe, J., Silverwood, R., Hughes, A., Patalay, P. (2024). *Examining how well economic evaluations capture the value of mental health*. **The Lancet Psychiatry**, Volume 11, Issue 3, 221:230. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00003-1)

Leyton, G. (2023). Evaluación de la Ley 21.331 de salud mental en Chile: Cobertura financiera y licencias médicas en isapres abiertas. **Documento de trabajo. Superintendencia de Salud**.

Leyton, G., & Poblete, R. (2024). Efecto del COVID-19 en licencias médicas de salud mental en el sistema público y privado de salud de Chile. **Documento de trabajo. Superintendencia de Salud**.

Liberati, E., Richards, N., Parker, J., Willars, J., Scott, D., Boydell, N., Pinfold, V., Graham, M., Dixon-Woods, M. & Jones, P. (2021). Remote care for mental health: Qualitative study with service users, carers and staff during the COVID-19 pandemic. **BMJ Open**, 11(4), e049210. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049210>

Minoletti, A., Sepúlveda, R., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Twenty years of mental health policies in Chile: Lessons and challenges. *International Journal of Mental Health*, 41(1), 21–37. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411410102>

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/plan-nacional-de-salud-mental/>

Ministerio de Salud (MINSAL), Departamento de Salud Digital. (2018). *Programa Nacional de Telesalud*. Santiago, Chile. <https://portalsaluddigital.minsal.cl/difusion-y-documentos-de-interes/documentos-de-interes/>

Ministerio de Salud de Chile, División de Prevención y Control de Enfermedades. (2024). *Construyendo salud mental: Estrategia nacional de salud mental 2023–2026.* Gobierno de Chile. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf

Ministerio de Salud. (2025). Propuesta de financiamiento sostenible para la salud mental en Chile. Proyecto CH-T1297-P002. Ministerio de Salud; Banco Interamericano de Desarrollo. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/10/PROPUESTA-MODELO-FINANCIAMIENTO-SALUD-MENTAL-BID.pdf>

Myers, K., Valentine, J. M., & Melzer, S. M. (2010). *Feasibility, acceptability, and sustainability of telepsychiatry for children and adolescents.* *Psychiatric Services*, **61**(1), 89–91. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.1.89>

OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: Care for people with mental health disorders.* OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/care-for-people-with-mental-health-disorders_a3e7146e.html

OECD. (2024). *Health statistics 2024.* OECD Publishing.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La salud mental en la región de las Américas: Análisis del sistema de salud.* *Revista Panamericana de Salud Pública*, **42**, e136. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e136/>

Reed, S. J., Shore, K. K., & Tice, J. A. (2016). *Effectiveness and value of integrating behavioral health into primary care.* *JAMA Internal Medicine*, **176**(5), 691–692. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.0804>

Santana, S., Lausen, B., Bujnowska-Fedak, M., Chronaki, C. E., Kummervold, P. E., Rasmussen, J., & Wangberg, S. C. (2020). *Online communication between doctors and patients in Europe: Status and perspectives.* *Journal of Medical Internet Research*, **12**(2), e19175. <https://doi.org/10.2196/jmir.19175>

Saravia, J. C., Moyano, A. L., & Delgado, R. (2019). *Telepsychiatry and mental health services: A systematic review of cost-effectiveness and clinical outcomes.* *Frontiers in Psychiatry*, **10**, 811. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00811>

Senado de la República de Chile. (2022). *Informe sobre brechas en salud mental en Chile.* Biblioteca del Congreso Nacional. <https://microservicio-documentos.senado.cl/v1/archivos/6c98508e-8ad5-40e0-854c-4aec643f0e75?includeContent=true>

Senado de la República de Chile. (2023). *Diagnóstico de la red de salud mental y brechas de dispositivos comunitarios.* Biblioteca del Congreso Nacional. <https://microservicio->

documentos.senado.cl/v1/archivos/4b9e78fe-0a62-450a-bdb5-7e10cfd2f1bc?includeContent=true

Sugarman, D. E., & Busch, A. B. (2023). Telemental health for clinical assessment and treatment. *BMJ*, 380, e072398. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072398>

Superintendencia de Salud. (2023). Ley N.º 21.541: Modifica la normativa que indica para autorizar a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina. <https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/ley-n-21-541/>

The Borgen Project. (2022). *Mental Health in Chile Since COVID-19*. <https://borgenproject.org/mental-health-in-chile/>

The Lancet Commission on global mental health and sustainable development (2018). *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. *The Lancet*, 392 (10157), 1553 – 1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Villarroel, S., & Medina, S. (2022). Telemedicina en Chile: uso, desarrollo y controversias en una red de salud pública del sur del país. *Revista Chilena de Salud Pública*, 26(1), 48–57. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2022.69151>

Yoon, J. (2024). Building the evidence on mental telehealth care and health outcomes. *JAMA*

Network Open, 7(11), e2443330. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43330>

Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Comer, R., & Bradley, J. C. (2018). *Acceptance-based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing: Qualitative analysis of client experiences*.

Cognitive and Behavioral Practice, 2013 (3), 304–316. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.06.002>

World Health Organization (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Organización Mundial de la Salud. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/44373>

World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

World Health Organization. (2022). *Cobertura universal de salud*. WHO. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

World Health Organization. (2024). *Going digital for noncommunicable diseases: The case for action*. World Health Organization.

World Health Organization (2024). *The overwhelming case for ending stigma and discrimination in mental health: An umbrella review of 216 systematic reviews.* <https://www.who.int/europe/news/item/26-06-2024-the-overwhelming-case-for-ending-stigma-and-discrimination-in-mental-health>

World Health Organization. (2025, a). *Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up.* <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

World Health Organization. (2025, b). *World mental health today: latest data.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817>

Zeltzer, D., Einav, L., Rashba, J., & Balicer, R. D. (2024). *The impact of increased access to telemedicine.* *Journal of the European Economic Association*, 22(2), 712–750. <https://doi.org/10.1093/jeea/jvad035>