

Agosto 2012, Número 11

Salud Mental en Chile: El Pariante Pobre del Sistema de Salud

Por Camila Valdés y Paula Errázuriz

Introducción

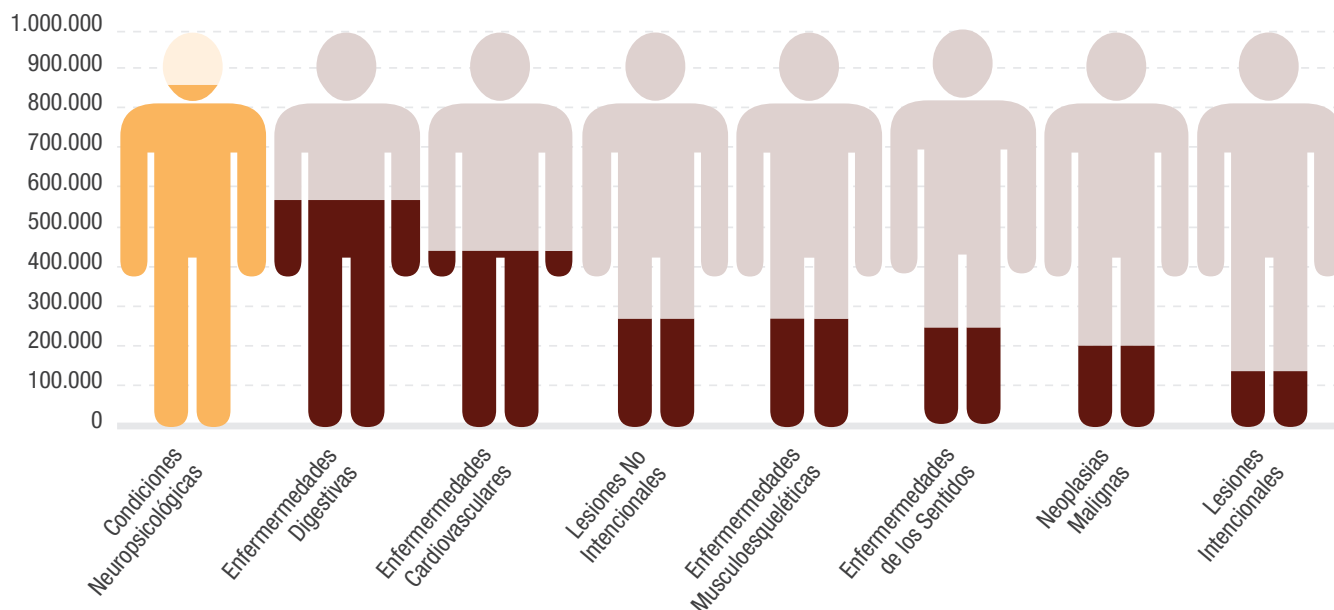
Chile es un país con altas tasas de enfermedades mentales. La proporción de chilenos que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos. La tasa de suicidios en nuestro país supera el promedio la de los países de la OCDE. Sin embargo, el financiamiento de la salud mental no ha aumentado según los objetivos propuestos y los planes de salud mental implementados en la última década todavía no han logrado bajar las tasas de enfermedad mental.

La Encuesta Nacional de Salud realizada en 2009 muestra que un 17,2% de la población chilena mayores de 15 años ha presentado síntomas depresivos en el último año, datos que se alejan mucho del 9,5% reportado en Estados Unidos mediante el mismo método [1]. A su vez, las condiciones neuropsiquiátricas son el subgrupo de enfermedades que más Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) concentra, abarcando 23,2% (ver Figura 1). Los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa específica de AVISA. Los AVISA son un indicador sobre la mortalidad y pérdida de calidad de vida producida por enfermedad, que permite dimensionar el costo económico que producen las condiciones neuropsiquiátricas en nuestro país [2].

El suicidio en personas entre 20 y 44 años de edad es la segunda causa de muerte en Chile, concentrando 12,8% de las defunciones. En el caso de los hombres en este rango de edad, el suicidio constituye la primera causa de muerte, representando 14,9% del total de las defunciones. Dicho de otro modo, en este segmento, el suicidio toma más vidas anualmente que enfermedades como el SIDA y enfermedades al corazón [3].

A pesar de estas alarmantes cifras, en 2004 el financiamiento de la salud mental en Chile alcanzaba sólo 2,14% del presupuesto total de salud, porcentaje muy inferior al 6% que se destina en Estados Unidos, al 8% que invierten Costa Rica y Uruguay, al 9,6% de Australia o el 11% de Suecia o Nueva Zelanda [4] (ver Figura 3). Junto con esto, las inversiones que se han realizado no han sido suficientes para disminuir la prevalencia de las enfermedades mentales en Chile.

Figura 1: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) según subgrupo de enfermedades



Fuente: Elaboración propia a partir de MINSAL 2007.

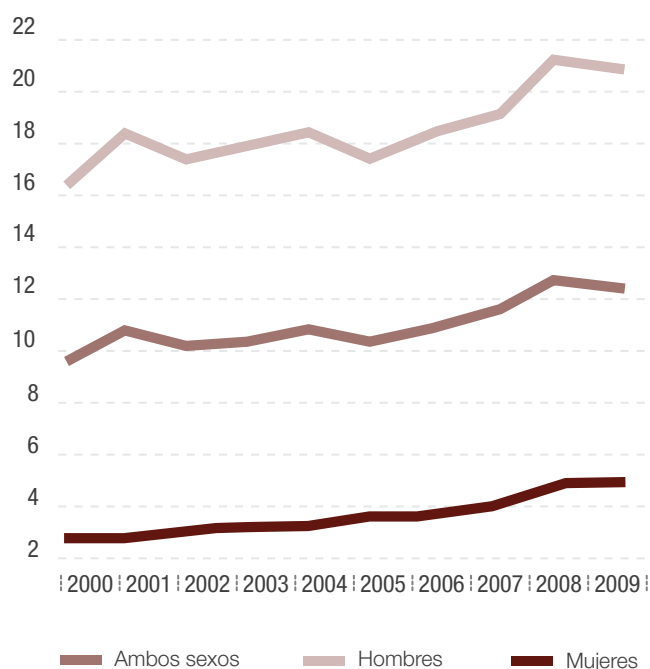
Falta de Presupuesto para Materializar Buenas Ideas

Durante una década, el sistema de salud mental en Chile se basó en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría promulgado en 2000. Este plan plantea múltiples propuestas sobre financiamiento, enfermedades prioritarias y enfatizar un modelo comunitario en el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, entre otras cosas. El modelo comunitario de salud entiende que las enfermedades no sólo afectan la biología de la persona, sino también sus aspectos psicológicos y sociales. Así, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida. Se entiende, entonces, que una enfermedad no sólo requiere tratamiento, sino que también prevención. Por otro lado, en el modelo comunitario se hace partícipe tanto al paciente como a la familia y la comunidad en el proceso tratamiento y prevención de las enfermedades. El propósito del Plan Nacional de Salud Mental consistía en

contribuir al desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de las personas, y el logro de las metas individuales y colectivas. Con este fin, se plantearon seis áreas prioritarias: (1) atención de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad; (2) tratamiento de víctimas de violencia intrafamiliar; (3) abuso y dependencia de alcohol y drogas; (4) tratamiento de personas afectadas por depresión; (5) tratamiento de esquizofrenia, y (6) adultos mayores con Alzheimer y otras demencias. De estas seis áreas definidas como prioritarias, hasta hoy sólo tres de ellas (depresión, esquizofrenia y abuso y dependencia de sustancias) han sido abarcadas a través de su incorporación a las patologías cubiertas por AUGE/GES [5].

Cabe destacar que de las 69 patologías que actualmente cubre AUGE/GES, menos de 5% corresponden al área de salud mental. Esto a pesar de que las enfermedades neuropsiquiátricas corresponden a 23,2% del costo total de enfermedades en Chile (AVISA) [6]. Y de las 10 patologías agregadas en 2010 al plan

Figura 2: Cambio en la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes (2000-2009)



Nota: La tasa de suicidio consiste en el número de defunciones por esta causa por cada 100.000 habitantes, siendo calculada por el total de habitantes de cada sexo, en el caso de la tasa para hombres y mujeres, y por el total de habitantes del país, en el caso de la tasa para ambos sexos.

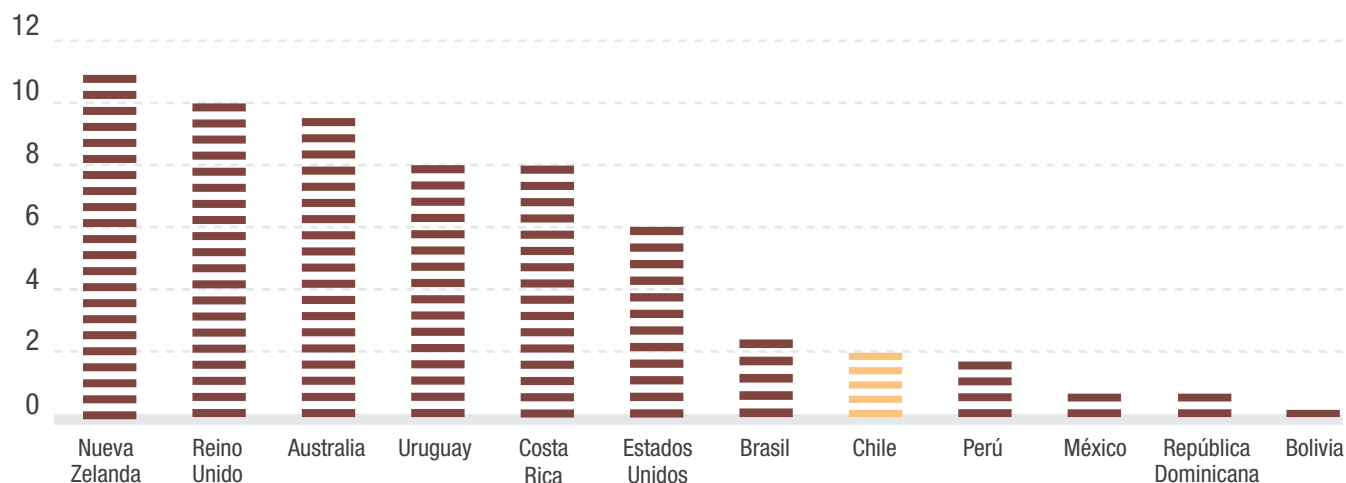
Fuente: Elaboración propia a partir de MINSAL 2009.

AUGE/GES, ninguna de ellas es del área de salud mental. El Ministerio de Salud anunció el año pasado que se evaluaría la incorporación de 11 nuevas patologías en el plan AUGE/GES. La idea es que al final de este período de gobierno, el año 2014, el número de patologías AUGE/GES aumente a 80. Dentro de las posibles patologías a incorporar se encontraban el déficit atencional, la depresión adolescente, el trastorno bipolar y el maltrato infantil. Estas cuatro áreas de salud mental están dentro de una lista de 24 enfermedades a evaluar, de la cual se seleccionarán las 11 que serán incorporadas. Esto presenta una oportunidad para ampliar de forma importante la cobertura en salud mental, pero el resultado aún es incierto.

Sin embargo, la mera incorporación de estos trastornos mentales al actual sistema AUGE/GES no asegura la disminución de la prevalencia de patologías mentales en la población, aunque posiblemente frene su aumento. Al analizar los datos disponibles podemos ver que ni el Plan Nacional de Salud Mental ni la incorporación de ciertas patologías como AUGE/GES han generado grandes cambios en la presencia de sintomatología mental en los chilenos. Por ejemplo, si bien la depresión fue incorporada dentro de las patologías AUGE/GES en 2006, la presencia de síntomas depresivos en la población no ha disminuido de forma importante. La Encuesta Nacional de Salud realizada en 2003 por el Ministerio de Salud muestra que 17,5% de los encuestados había presentado síntomas depresivos en el último año. En la misma encuesta realizada en 2009 el porcentaje era de 17,2%, o sea, prácticamente no hubo cambios [7]. El caso del suicidio, el cual suele estar asociado al diagnóstico de depresión, es aún más impactante. Entre 2000 y 2009 las tasas han aumentado de manera considerable (ver Figura 2). En 2000 el suicidio poseía una tasa de 9,6 defunciones por cada 100.000 habitantes, siendo esta mayor en hombres (16,6) y menor en mujeres (2,7). En 2009 se presentaron 12,7 defunciones por suicidio por cada 100.000 habitantes, subiendo en el caso de los hombres a 20,8 y en el caso de las mujeres a 5,0 [8].

Es importante señalar que no sabemos cómo serían las tasas actuales de depresión y suicidio si la depresión no hubiera sido incorporada al sistema AUGE/GES, pero creemos que es razonable especular que el panorama actual sería más sombrío aún. A su vez, los escasos estudios disponibles sobre prevalencia de otras patologías mentales, y sobre el impacto de las políticas de salud mental implementadas, no permiten tener un panorama más completo sobre la evolución de la salud mental en el país y la efectividad de los recursos invertidos hasta la fecha. Otro aspecto a destacar es que existen enfermedades de alta prevalencia en Chile que no han sido incorporadas en el plan AUGE/GES. Entre ellas se encuentra la agorafobia, un trastorno de ansiedad asociado al miedo a lugares o situaciones donde escapar puede ser difícil. Algunos estudios aseguran que es el trastorno mental más frecuente en el país, afectando a 11% de la población [9]. Es importante incluir en el plan AUGE/

Figura 3: Porcentaje del presupuesto nacional de salud destinado a salud mental en distintos países



Fuente: Elaboración propia a partir de OMS 2007.

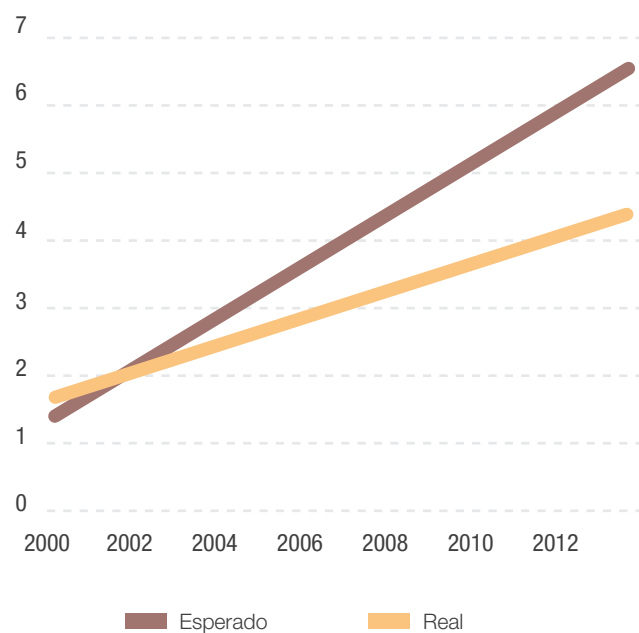
GES nuevas enfermedades, de manera de ir cubriendo la más amplia gama de patologías mentales posibles, siendo el objetivo final poseer cobertura para todas aquellas que son prioritarias. En cuanto a financiamiento, los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000 no se han cumplido (ver Figura 4). El Plan planteó como objetivo aumentar desde 1,39% a 5% el porcentaje del presupuesto total de salud que es destinado a salud mental, lo cual requería de un aumento de 0,5% a 1% en el presupuesto anual de salud. Sin embargo, según el informe de la Organización Mundial de la Salud y su Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (AIMS, por su sigla en inglés), hacia 2004 el presupuesto chileno en salud mental sólo había aumentado a 2,14%, cifra insuficiente para alcanzar los objetivos trazados. Lamentablemente no existen cifras oficiales sobre el porcentaje actual del presupuesto en salud que se destina a salud mental. El último cálculo realizado por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud en 2008 es de 3,1%. Funcionarios de este departamento estiman que actualmente, en junio de 2012, la cifra es incluso inferior, alcanzando sólo 3,0%. La proyección original era que hacia 2010 se iba a destinar 5% del presupuesto anual de salud a la salud mental y que hacia 2012 el porcentaje debía alcanzar

un 6% del presupuesto total, o sea, casi el doble de lo que efectivamente se destina hoy. A pesar de que desde el 2000 el presupuesto de salud mental ha aumentado junto con el resto del presupuesto de salud, las cifras anteriores muestran que el porcentaje del presupuesto total destinado a salud mental se ha quedado estancado [10].

Una Nueva Oportunidad

En 2011 el gobierno dio a conocer la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 (programa conocido como “Elige Vivir Sano”). En esta nueva política pública se reconoce que las enfermedades mentales empeoran la calidad de vida de las personas, aumentan el riesgo de enfermedades físicas y tienen un costo económico muy alto para el país. En esta estrategia se proponen 50 objetivos para la salud, de los cuales cuatro se refieren directamente a metas de salud mental: disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental; reducir el consumo y riesgo asociado al alcohol; disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas, y disminuir la mortalidad adolescente generada por suicidios [11];

Figura 4: Porcentaje del presupuesto de salud utilizado en salud mental "Real" versus el "Esperado"



Nota: El porcentaje "esperado" consiste en una proyección a la fecha de la meta planteada en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000 del MINSAL. El porcentaje "real" se calculó a partir de los datos entregados por la OMS 2007 e información entregada a las autoras por funcionarios del MINSAL.

Fuente: Elaboración propia a partir de OMS 2007 e información entregada por MINSAL en 2012.

La nueva Estrategia Nacional de Salud reconoce como un problema el que no hayan mediciones de resultados específicos en salud mental y propone medir en forma periódica la prevalencia y discapacidad poblacional asociada a los trastornos mentales, ayudando a solucionar uno de los problemas que se desprenden del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000. También propone aumentar la cobertura de los equipos especializados en salud mental y mejorar la calidad de las intervenciones. Con esta estrategia el gobierno declara querer seguir el ejemplo de países como Inglaterra y Australia, los cuales han logrado posicionar la temática de salud mental como una prioridad de política pública [12].

Si bien es un avance que el Gobierno de Chile reconozca la importancia que tiene la salud mental para el bienestar general de la población, no basta con una declaración de buenas intenciones. Para lograr los objetivos relacionados con la salud mental resulta indispensable que se asignen más recursos a este área. Considerando que se esperaba que al menos el 5% del presupuesto público en salud se destinara a salud mental en el 2010, y que hoy, en 2012, sólo se destina cerca del 3%, se hace evidente la deuda que tiene el país con el financiamiento de la salud mental. Es de esperar, que este nuevo interés que está mostrando el gobierno se traduzca en avances significativos y concretos en el financiamiento del sector.

Lo Bueno Sale Barato

No tratar adecuadamente los problemas de salud mental tiene altos costos directos y costos indirectos que son aún más altos. A diferencia de otras condiciones médicas, como las enfermedades cardíacas o la diabetes, el costo indirecto asociado a las enfermedades de salud mental y abuso de sustancias generalmente iguala o excede los costos directos del tratamiento. Por ejemplo, las enfermedades mentales y el abuso de sustancias son una causa mayor de pérdida de productividad y ausentismo laboral, lo que tiene un costo directo para el empleador e indirecto para el país [13].

Las personas que sufren de condiciones médicas crónicas, y a su vez trastornos mentales o abuso de sustancias no tratadas, tienen más complicaciones y el costo de su tratamiento médico aumenta de manera considerable. Por ejemplo, los diabéticos y pacientes cardíacos que además sufren de depresión, tienen costos de salud el doble de alto, incluso al controlar por edad, género y otras enfermedades. A su vez, los pacientes con patologías mentales o abuso de sustancia suelen responder peor a los tratamientos. Por ejemplo, los pacientes con depresión son tres veces más propensos que los pacientes sin depresión a no seguir las instrucciones de su tratamiento médico [14].

La depresión, que es la enfermedad mental de mayor prevalencia en Chile, aumenta el uso y costo de los servicios generales de

salud, y las personas con depresión triplican su riesgo de morir de una enfermedad cardíaca y tienen mayores impedimentos para el autocuidado y la adherencia a tratamientos de enfermedades médicas crónicas. En el caso de personas que sufren de diabetes, el tener además un diagnóstico de depresión aumenta en 4,5 veces los costos de salud. A su vez, las personas con depresión severa reportan cuatro veces más dolor de cuello y espalda que aquellos sin depresión o con depresión leve. Y aquellas personas que tienen tanto depresión como dolor de espalda faltan el doble al trabajo y duplican los costos médicos en comparación con quienes tienen sólo uno de estos diagnósticos [15].

La eficacia en el tratamiento de enfermedades mentales y abuso de sustancias ha sido demostrada empíricamente y ha mejorado de forma importante en las últimas décadas. Se ha demostrado que el tratamiento adecuado de las patologías psiquiátricas mejora la salud general de las personas, disminuye los días de trabajo perdidos y disminuye la incapacidad laboral. A su vez, los tratamientos de salud mental reducen la necesidad de hospitalizaciones y atención de emergencia y mejoran los indicadores de salud de las personas con diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas, dolor crónico, cáncer, y otras enfermedades graves [16].

Un Ejemplo a Seguir: Ley de Igualdad para la Salud Mental

En 2008 se promulgó en Estados Unidos la “Mental Health Parity and Addiction Equity Act” (Acta de Paridad de la Salud Mental y Equidad de la Adicción), cuyo objetivo es que las enfermedades mentales tengan la misma cobertura que cualquier enfermedad física. A través de este plan se estableció un mínimo nacional en relación a la paridad, determinando que la salud física y la salud mental deben poseer requerimientos similares de financiamiento y limitaciones a los tratamientos. En otras palabras, los beneficios de salud mental y abuso de sustancias deben ser equiparables a los tratamientos médicos y quirúrgicos. Así, la cobertura que tendría una persona en el caso de una hospitalización por alguna enfermedad mental, como la

depresión, obligatoriamente es la misma cobertura que recibiría en el caso de una hospitalización por alguna enfermedad física, como el cáncer. Además, esta ley obliga a los seguros de salud a compartir con sus clientes el criterio que usan para determinar si un tratamiento de salud mental es “medicamente necesario”, por lo que deben justificar las razones en caso de negar el financiamiento de un tratamiento específico [17].

Antes de la promulgación de esta ley federal, muchos estados habían desarrollado leyes que cumplían ciertos aspectos de paridad respecto a la salud mental. A partir de éstas, se ha demostrado que este tipo de leyes disminuye considerablemente la carga financiera de las familias cuyos hijos presentan enfermedades mentales, contribuyendo, por ejemplo, a que los padres puedan mantener un mejor cuidado de sus hijos [18].

En Chile, en cambio, existe una diferencia importante en el tratamiento de las enfermedades físicas y las enfermedades mentales. Estas últimas han tenido históricamente una menor cobertura por parte de las distintas instancias de financiamiento, sean públicas o privadas. Esta discriminación en contra quienes padecen de enfermedades mentales genera grandes costos para las familias de los pacientes y, por extensión, para el país. Por ello, parece de importancia evaluar el costo y la efectividad que una medida como el Parity Law, que ha mostrado tener un efecto sobre la carga financiera de las familias, pueda tener en nuestro país.

Conclusiones

Las condiciones neuropsiquiátricas corresponden a casi un cuarto del costo económico total de enfermedades en Chile (AVISA) y las investigaciones han demostrado que el tratamiento mental es costo efectivo. Sin embargo, Chile presenta un importante déficit en el financiamiento de la salud mental si se compara con países como Costa Rica, Uruguay, Estados Unidos, Australia, Suecia y Nueva Zelanda. Ni siquiera los objetivos planteados durante la última década por el Gobierno de Chile se han cumplido. Por ejemplo, el porcentaje actual del presupuesto público destinado a salud mental es muy inferior al esperado para el año 2010, y sólo la mitad de las

patologías mental presentadas como prioritarias en 2000 tienen hoy un tratamiento asegurado a través del AUGE/GES.

Considerando que en la última Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) se declara la intención de dar mayor prioridad a la salud mental, proponemos las siguientes medidas:

- 1) Destinar un mayor porcentaje del presupuesto público de salud a salud mental, para alcanzar al menos el 5% que se había propuesto hace más de una década para el 2010. Al 2020 se podría plantear una meta de 10%, lo cual sería más acorde al gasto económico que significan las enfermedades mentales para el país.
- 2) Priorizar las patologías mentales dentro de las nuevas patologías que serán incorporadas al plan AUGE/GES, esperando que todas patologías mentales reconocidas hace años como prioritarias por el gobierno tengan garantizadas su atención.
- 3) Evaluar la factibilidad de instaurar un sistema similar al Parity Law de Estados Unidos, que exige la paridad en el tratamiento de la salud mental y la salud física, tanto en el sector público como el privado.

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Dr. Alfredo Pemjean, Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, por la entrega de información importante para la elaboración de esta Clave.

Notas

- [1] MINSAL 2006a y 2009.
- [2] MINSAL 2007.
- [3] 3. MINSAL 2006b, 2006c y 2010.
- [4] OMS 2007.
- [5] MINSAL 2000.
- [6] MINSAL 2007.
- [7] MINSAL 2009
- [8] MINSAL 2010.
- [9] Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres 2002.
- [10] MINSAL 2010; OMS 2007.
- [11] MINSAL 2011.
- [12] HMG/DH 2011; DoHS 2009.
- [13] National Business Group of Health 2005.
- [14] National Business Group of Health 2005; National Center of Quality Assurance 2004; Lustman y Clouse 2005.
- [15] National Business Group of Health 2005; Ziegelstein 2001; New Freedom Commission on Mental Health 2003.
- [16] National Business Group of Health 2005; OMS 2001.
- [17] CSG 2009.
- [18] HCFO 2007.

Referencias

- Changes in Health Care Financing and Organization (HCFO). 2007. "Financial Relief: The Effect of State Mental Health Parity Laws on Families with Mental Health Care Needs." Disponible en: <http://www.hcfo.org>.
- Council of State Governments (CSG). 2009. "Mental Health Parity." Disponible en: <http://www.csg.org>.
- Department of Human Services (DoHS). 2009. "Because Mental Health Matters. Victorian Mental Health Reform Strategy 2009 – 2019". Mental Health and Drugs Division, Department of Human Services, February, Australia.
- HMG/DH.2011. "No Health Without Mental Health: A Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages." Disponible en: <http://www.dh.gov.uk>.
- Lustman, Patrick Joseph y Ray Clouse. 2005. "Depression in Diabetic Patients: The Relationship between Mood and Glycemic Control." *Journal of Diabetes and Its Complications* 19: 113-22.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2000. "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría." Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2006a. "Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión." Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2006b. "Mortalidad en Ambos Sexos de 20 a 44 Años, Según Causas Específicas de Defunción." Disponible en: <http://deis.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2006c. "Mortalidad en Hombres de 20 a 44 Años, Según Causas Específicas de Defunción." Disponible en: <http://deis.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2007. "Estudio de Carga por Enfermedad." Disponible en: <http://epi.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2009. "Encuesta Nacional de Salud." Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2010. "Mortalidad por Causas, Según Sexo. Chile 2000 – 2009." Disponible en: <http://deis.minsal.cl>.
- Ministerio de Salud (MINSAL). 2011. "Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020." Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>.

National Business Group on Health, Center for Prevention and Health Services. 2005. "An Employer's Guide to Behavioral Health Services." Disponible en: <http://www.businessgrouphealth.org>.

National Center on Quality Assurance. State of Healthcare. 2004. "Industry Trends and Analysis." Washington, DC: NCQA.

New Freedom Commission on Mental Health. 2003. "Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report." DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD.

OMS. 2001. "The World Health Report 2001: Mental Health – New Understanding, New Hope." Geneva, Switzerland.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. "Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile." Disponible en: <http://www.who.int>.

Vicente, Benjamín, Pedro Riosco, Sandra Saldivia, Roberto Kohn y Silverio Torres. 2002. "Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECPP)." Revista Médica de Chile 130:527-36.

Ziegelstein, Roy. 2001. "Depression in Patients Recovering from a Myocardial Infarction." JAMA, 286:1621-7.

Acerca de las autoras



Camila Valdés Fuica es licenciada en Ciencias Biológicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Durante su pregrado trabajó en el Laboratorio de Farmacología y Bioquímica estudiando adicción en modelos animales. Actualmente es estudiante de Doctorado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica y desarrolla su tesis doctoral en marcadores moleculares de depresión en el Núcleo Milenio de Intervención Psicológica y Cambio en Depresión.



Paula Errázuriz Arellano es profesora e investigadora de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Tiene un Ph.D. y un M.S. en Psicología Clínica de la University of Massachusetts en Amherst, un M.A. en Psicología de Boston University, y estudió su pregrado en Psicología en la Pontificia Universidad Católica. Su especialidad es la investigación en psicoterapia y psicoeducación.

Acerca del Instituto

El Instituto de Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad Diego Portales se orienta a generar propuestas concretas para la solución de problemas de política pública que enfrenta Chile actualmente y a la formación de policymakers de alto nivel. Nuestro equipo de profesores e investigadores combina excelencia académica con participación activa en el debate público y el proceso de formación de políticas públicas en Chile.

Información de Contacto

Instituto de Políticas Públicas Facultad de Economía y Empresa
Universidad Diego Portales
Av. Ejército Libertador #260, Santiago, Chile
Email: sandra.mella@udp.cl
Fono: (56-2) 676 2805
www.politicaspUBLICAS.udp.cl

Todos los derechos reservados. Secciones breves del texto pueden ser citadas sin el permiso explícito si se identifica a los autores y se da reconocimiento completo al Instituto de Políticas Públicas de la UDP. Las opiniones y conclusiones expresadas son de propiedad de los autores y no deben ser entendidas como opiniones o políticas del Instituto de Políticas Públicas, de la Facultad de Economía y Empresa o de la Universidad Diego Portales.