

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



Economía Preventiva:

Un nuevo horizonte

Políticas públicas para una nueva generación

**Economía Preventiva:
un nuevo horizonte**

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Comité Permanente

José Antonio González Anaya

Presidente

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Reginald Thomas

Vicepresidente

National Insurance Services, San Vicente
y las Granadinas

Luis Ernesto Gómez Londoño

Vicepresidente

Ministerio de Trabajo, Colombia

Carlos Eduardo Gabas

Vicepresidente

Ministério da Previdência Social, Brasil

Representantes de las Subregiones

Mayra Alejandra Flores Aneloa

Subregión I. Andina

Superintendencia de Bancos y Seguros,
Ecuador

Benigno López Benítez

Subregión III. Cono Sur

Instituto de Previsión Social,
Paraguay

Carlos Francisco Contreras Solórzano

Subregión II. Centroamérica

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social,
Guatemala

Janice Jean-Jacques Thomas

Subregión IV. América del Norte

y el Caribe Anglófono
Dominica Social Security, Dominica

Bárbara Mercedes López Casanova

Subregión V. México y el Caribe latino

Instituto Nacional de Seguridad Social, Cuba

Representante de los miembros asociados

Néstor Ricardo Rodríguez

Caja de Compensación Familiar, Colombia

Juan Lozano Tovar

Secretario General

Nicolás Starck Aguilera

Contralor

Leonel Flores Sosa

Director

Centro Interamericano
de Estudios de Seguridad Social

Secretaría General de la CISS

Jorge Rodríguez Castañeda

Coordinador General

Víctor G. González Córdova

Coordinador Administrativo y Financiero

René Alfonso Zoreda Zoreda

Secretario Técnico

Claudia Anel Valencia Carmona

Directora de Proyectos

Leopoldo Valentín Vargas Arenal

Economista en Jefe, Análisis e Información

Eunice Herrera Cuadra

Consultora, Asuntos Jurídicos

Eduardo Velasquillo Herrera

Consultor, Protección Social

Roberto Cervantes Mondragón

Vinculación de Membresía y Órganos Estatutarios

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), organismo internacional técnico, especializado, de carácter permanente, fue fundada en 1942 con el objetivo de fomentar el desarrollo de la seguridad social en las Américas.

La CISS, con sede en México, está integrada por instituciones de seguridad social de 36 naciones. Actualmente, sus cerca de 80 instituciones miembro forman una red de cooperación a lo largo y ancho del hemisferio. La CISS es un foro de comunicación, intercambio, investigación y fortalecimiento de capacidades institucionales en la región.

Economía Preventiva: un nuevo horizonte
Políticas públicas para una nueva generación



Primera edición: octubre de 2015

D.R. © 2015, Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

San Ramón s/n

Col. San Jerónimo Lídice

Del. Magdalena Contreras

C.P. 10100, México, Distrito Federal

Teléfonos: +(5255) 55950177 y +(5255) 53774716

www.ciss.net

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo por escrito de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

Editado e impreso en México

Reconocimientos

Para la elaboración de este informe, un insumo primordial fue el seminario-taller: *“Laboratorio de política social: un enfoque sistémico”* organizado por la CISS en colaboración con la US Social Security Administration y el apoyo del Massachusetts Institute of Technology (MIT) en Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos, el 15 de mayo de 2015.

Participaron connotados científicos en las áreas de ciencias sociales, médicas y biológicas como el **Dr. Leonard Guarente**, Director del Laboratorio Glenn para la Ciencia del Envejecimiento del MIT y profesor de la cátedra Novartis de Biología en el MIT; el **Dr. Jeffrey Harris**, profesor de Economía y especialista en economía del tabaco y de enfermedades prevenibles y del síndrome metabólico de la misma universidad, coautor y editor científico de varios informes sobre el tabaquismo y la salud emitidos por el U.S. Surgeon General; el **Dr. Robert Lustig**, neuroendocrinólogo y profesor en la División de Endocrinología de la Universidad de California, San Francisco (UCSF) y Director del Weight Assessment for Teen and Child Health Program (WATCH); el **Dr. Jonathan Gruber**, profesor de la cátedra Ford en el MIT, Director del Health Care Program en el National Bureau of Economic Research, y Presidente de la American Society of Health; el **Dr. Joseph Coughlin**, Director del AgeLab del MIT y profesor de políticas y sistemas de innovación del Departamento de Estudios Urbanos y Planeación del MIT y de la Sloan School de Administración y el **Dr. José Flórez**, médico endocrinólogo del Hospital General de Massachusetts y del Programa de Síndrome de Down del mismo hospital, profesor asociado en la Facultad de Medicina de Harvard, y miembro sociado en el Broad Institute de MIT y Harvard.

La coordinación editorial de este informe estuvo a cargo de Anel Valencia. La información y estadística son responsabilidad de Valentín Vargas. El comité de redacción estuvo conformado por Eunice Herrera y Eduardo Velasquillo. Asimismo, se contó con la colaboración de Ernesto Acevedo, y la contribución especial de Pieter Vanhuysse, profesor de investigación comparada del Estado de bienestar, de la Universidad del Sur de Dinamarca, quien preparó el marco metodológico.

Tabla de contenido

<i>Acrónimos y abreviaturas</i>	9
<i>Cuadros</i>	11
<i>Gráficas</i>	13
Proemio	
La seguridad social llegó al límite de sus fuerzas. Es la hora de innovar	17
Introducción	
Las bases de la Economía Preventiva: cambiar de rumbo	19
Marco metodológico	
Políticas sociales preactivas: las bases de la construcción del paradigma preventivo	31
La salud, nuevos retos y nuevos padecimientos	61
El empleo, pilar del desarrollo	79
El reto de las pensiones, una vejez digna	89
Educación para un mundo en transformación constante	99
El hábitat como marco de una vida saludable	111
Recomendaciones de políticas públicas en protección social desde la Economía Preventiva	119
Referencias	127
Anexo	141

Acrónimos y abreviaturas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ITU	Unión Internacional de Telecomunicaciones
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU-Habitat	Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
WCRF	Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer

Cuadros

- Cuadro 1. Envejecimiento en países seleccionados de América Latina y el Caribe
- Cuadro 2. Primeras 10 causas de defunción en América del Norte y América Latina y el Caribe
- Cuadro 3. Los principales factores de riesgo para la salud de la Economía Preventiva
- Cuadro 4. Límite máximo diario de sal para disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer
- Cuadro 5. Límite máximo diario de azúcar añadida para disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer
- Cuadro 6. Referencias de azúcar y sal en productos seleccionados
- Cuadro 7. Enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo
- Cuadro 8. Desempleo e informalidad en América Latina y el Caribe
- Cuadro 9. Contribuciones al esquema de pensiones, tasa de reemplazo para 1 y 5 salarios en la región CISS
- Cuadro 10. Sistemas de pensiones en América
- Cuadro 11. Resultados examen PISA 2012
- Cuadro 12. Porcentaje de la población usuaria de internet y resultados del examen PISA

Gráficas

- Gráfica 1. Tasa de retorno de la inversión en capital humano durante el ciclo de vida
- Gráfica 2. Defunciones en la región CISS por enfermedades no transmisibles
- Gráfica 3. Años de vida perdidos por muerte prematura, derivado de enfermedades no transmisibles
- Gráfica 4. Tiempo promedio de ejercicio por semana de trabajadores de tiempo completo, por ingreso en Estados Unidos
- Gráfica 5. Relación entre diabetes e ingreso per cápita en la región CISS
- Gráfica 6. Años de vida saludable perdidos por enfermedades isquémicas del corazón y diabetes 1990-2050, en la región CISS, América Latina y el Caribe
- Gráfica 7. Años de vida saludable perdidos por enfermedades isquémicas del corazón y diabetes 1990-2050, en la región CISS, América del Norte
- Gráfica 8. Sobrepeso y obesidad en la región CISS
- Gráfica 9. Población obesa y de peso normal que padece síndrome metabólico en Estados Unidos
- Gráfica 10. Desempleados en la región CISS, miles de personas
- Gráfica 11. Desempleados como porcentaje de la Población Económicamente Activa, en miles de personas, en la región CISS
- Gráfica 12. Envejecimiento en América Latina y el Caribe
- Gráfica 13. Crecimiento de la esperanza de vida 1950-2012
- Gráfica 14. Esperanza de vida ajustada por las enfermedades no transmisibles
- Gráfica 15. Acceso a internet ajustado por la prueba PISA, PIB per cápita e indicadores de salud en países seleccionados de la región CISS
- Gráfica 16. Porcentaje de la población con acceso a internet por región
- Gráfica 17. La importancia de internet para un mejor desempeño educativo en países que participan en el examen PISA
- Gráfica 18. Años de vida saludable perdidos por falta de agua potable y saneamiento
- Gráfica 19. Años de vida saludable perdidos por contaminación del aire

Prevenir no es prepararse para el futuro,
es construirlo.

José Antonio González Anaya

Proemio
La seguridad social llegó al límite de sus fuerzas
Es la hora de innovar

La seguridad social nació y marcó al siglo XX. Con ella se afianzaron los derechos de los trabajadores. Se dignificaron las condiciones para el trabajo e incluso para la vida. Se redujeron los accidentes laborales. Se protegió la salud del trabajador y se abrió la puerta de un retiro digno, a través de una pensión.

Desde entonces, mucho es lo que le hemos pedido a la seguridad social, y mucho es lo que nos ha dado.

Al principio le pedimos que los recursos que recaudaba alcanzaran para atender enfermedades frecuentemente infecciosas y para ayudar a los trabajadores a recuperarse de accidentes de trabajo. También le pedimos que acumulara aportaciones económicas para convertirlas en una pensión para personas que en promedio vivían cinco años después de retirarse.

Al paso del tiempo, y confiados de sus enormes capacidades, comenzamos a pedirle un esfuerzo adicional a la seguridad social.

Logramos reducir la frecuencia de los riesgos de trabajo e incluso, con los avances de la ciencia, no sólo logramos reducir drásticamente las enfermedades infecciosas y agudas, sino que también conseguimos que los adultos mayores vivieran más años después del retiro. Los cinco años de esperanza de vida de un pensionado en los años de 1950 se convirtieron en más de 21 en la actualidad.

Así, y después de festejar nuestros éxitos, no pudimos evitar pedirle un nuevo esfuerzo a la seguridad social. Víctima de sus propios logros, la seguridad social tuvo que encontrar la manera de extender sus capacidades. Los pensionados cada vez vivían más años en el retiro y era indispensable lograr que los recursos alcanzaran para ello.

La seguridad social respondió. Encargó a sus actuarios hacer nuevas proyecciones. Estableció nuevas formas para el ahorro. Diseñó nuevos sistemas, extendió la edad de retiro y como siempre, dio la cara al reto, eso sí, cada vez con más dificultades, cada vez con menos recursos.

Parecía suficientemente complicada la situación como para pedir más. Pero como las grandes desigualdades no pueden ni deben ignorarse, no tuvimos otro remedio más que presentarnos en la antesala de la seguridad social para pedirle que las pensiones y la salud fuesen universales, para todos, empleados, desempleados, formales o informales.

Tremendo reto se le presentó a la seguridad social, pero ésta no capituló; analizó la situación, consideró opciones y justo cuando comenzaba a prepararse para emprender el viaje más largo y complejo de su historia vino una tormenta sin precedente.

Las enfermedades crónicas, no contagiosas y paradójicamente evitables, crecieron vertiginosamente y llegaron para quedarse y no abandonar al enfermo hasta el día de su muerte. Y al mismo tiempo, en grandes regiones del mundo, comenzamos a recorrer un camino inexorable hacia el envejecimiento de la población.

Los costos de atención a la salud crecieron exponencialmente. La productividad se impactó negativamente. El mercado laboral se vio seriamente afectado tanto por el presentismo como por el ausentismo provocado por esas enfermedades. Ante un mercado laboral deteriorado, también se deterioraron las capacidades de ahorro para el retiro.

Por su parte, la población que comenzó a envejecer lo hizo en medio de graves y evitables enfermedades. Las capacidades de ser productivos de los adultos mayores se limitaron seriamente.

Y cuando se pensó en extender el retiro hacia edades más avanzadas, nos dimos cuenta que eso es muy difícil porque en el hemisferio americano ya estamos perdiendo la salud y las posibilidades de trabajar 11 años antes de morir.

La seguridad social enfrenta una nueva realidad; no sólo tiene que emprender el viaje más largo de su historia, tiene que hacerlo en medio de una tormenta de una fuerza sin precedente.

Ante ello, nos preguntamos ¿qué hacer? ¿Será posible iniciar y concluir este nuevo viaje?

¿Podríamos lograrlo con el equipo de siempre; con los mismos sistemas de navegación, con las mismas naves, a través de las mismas rutas? ¿Podemos pedir más contribuciones o cobrar nuevos impuestos? ¿O nos ha llegado el momento de considerar nuevas opciones?

En la CISS pensamos que sí. Que el tiempo de los ajustes ya pasó y que llegó el tiempo de los cambios.

Pensamos que la Economía Preventiva puede ser una aportación que parte del reconocimiento de una nueva realidad que aún estamos a tiempo de cambiar.

Introducción
Las bases de la Economía Preventiva:
cambiar de rumbo

Las cosas no están bien. Esta afirmación no es producto de un arrebatado, ni resultado de la ociosa manía de ver todo en blanco o en negro. A pesar de lo mucho que hemos conseguido, las cosas no se ven bien para la protección social. Nuestra generación es testigo de logros fundamentales. Cada vez hay más avances en el terreno del cuidado de la gente, desde su nacimiento hasta su retiro; cada vez es más recurrente el consenso de que la seguridad social es un derecho humano; cada vez son más frecuentes y numerosos los esfuerzos institucionales para enfrentar la desigualdad, la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud de calidad.

No hay duda de que la protección social ha llevado una ruta galopante hacia su fortalecimiento y hacia la ampliación de su alcance. Sin embargo, con las reglas actuales, la promesa del bienestar general es impagable. No tenemos recursos para cubrir los riesgos asociados a las enfermedades y el envejecimiento que vienen. Queremos universalizar la salud y las pensiones, pero la gente no gana suficiente. Los gobiernos no recaudan más y la vejez se ha convertido en un costo monumental. Incluso en el caso de una mejora constante de las economías en desarrollo y aun en el caso de las economías más fuertes del hemisferio, los retos emergentes de la protección social son de una dimensión tan grande que sin un cambio estructural, sin tocar el modelo sin arrancar de “cero”, es muy probable que nuestro afán de garantizar el bienestar acabe en una quimera.

El contexto demanda cambios y nuestras respuestas en términos generales son un tanto ortodoxas. Una manera interesante de medir las épocas que ha vivido el ser humano puede consistir en la capacidad de reaccionar ante las circunstancias y empujar los cambios necesarios. En esta materia, la protección social tiene mucho camino por delante.

¿POR QUÉ NO NOS ALCANZAN LOS RECURSOS PARA GARANTIZAR QUE LA POBLACIÓN CUENTE CON UNA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL ADECUADA?

¹ El PIB per cápita por PPA en el Caribe anglófono en el mismo periodo fue de US\$ 17,290 dólares, en Centroamérica y la subregión Andina US\$ 5,573 dólares y en Sudamérica US\$ 12,490 dólares.

² La protección social es el derecho humano a contar con salud, empleo, pensiones y otros beneficios que garantizan el bienestar de las personas. Para asegurar que la población tenga oportunidades de desarrollo y seguridad en igualdad de condiciones, se requiere el establecimiento de un Sistema de Protección Social dinámico integrado por la asistencia social, la cobertura social y que facilite el tránsito hacia la seguridad social; que garantice la cobertura de pensiones; salud; empleo, educación y hábitat, en un marco integral de políticas públicas con finanzas sanas y sustentables, y perspectiva de género.

³ “América Latina y el Caribe deben cerrar brechas estructurales en materia productiva, educativa y de ingresos para avanzar hacia un desarrollo inclusivo y sostenible, pues la desigualdad conspira contra la estabilidad de las democracias” declaración de la CEPAL en los foros realizados en el marco de la VII Cumbre de las Américas.

La compleja perspectiva macroeconómica en el hemisferio americano y el mundo en los próximos años, aunada con el rápido cambio demográfico, la transformación del mercado laboral, las condiciones en que se encuentran los sistemas de pensiones y las tendencias actuales de salud de la población hacen impostergable rediseñar el modelo vigente de seguridad social.

PERSPECTIVA MACROECONÓMICA

La perspectiva de una mejora en las condiciones macroeconómicas en el hemisferio en el próximo lustro podría no ser alentadora para todos debido a la desaceleración económica en el mundo y a que la mayoría de las economías en la región están poco diversificadas y producen bienes de bajo valor agregado, con “*commodities*” muy sensibles a las fluctuaciones del mercado internacional.

La riqueza medida a través del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita por Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) en el hemisferio americano presenta contrastes muy fuertes. Mientras que en Canadá y Estados Unidos el PIB per cápita por PPA se encuentra entre US\$ 53,960 y US\$ 42,590 dólares, respectivamente, en Haití es de US\$ 1,710 dólares.¹ La diferencia en los ingresos per cápita tiene un impacto directo en el bienestar de las personas y sus condiciones de vida, y plantea a los Estados grandes retos para garantizar el derecho de las personas a la salud, el empleo, una pensión digna, otros beneficios y la protección social.²

En diversos organismos internacionales ya se ha planteado la necesidad de realizar un cambio estructural en la región que contemple la diversificación de la estructura productiva de los países para reducir la dependencia de las materias primas y fortalecer a los sectores más intensivos en conocimiento y tecnología.³

Sin embargo, transitar de una economía de baja productividad a una de alta productividad requiere atender las causas que la provocan como son: la existencia de una fuerza laboral con baja cualificación; una gran proporción de población económicamente activa en el empleo informal y bajos niveles de ingreso; la falta de recursos de inversión, una inadecuada inversión productiva e infraestructura insuficiente para los requerimientos actuales de la competencia internacional.

Otro obstáculo en la capacidad de un Estado para asegurar el bienestar de su población y romper el círculo vicioso de bajo crecimiento eco-

nómico es la desigual distribución del ingreso. En el hemisferio americano, la concentración del ingreso, medida con el coeficiente de Gini, es alta (0.496), mucho mayor que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (0.313), y muy por arriba del de países como Noruega, Suecia o los Países Bajos (0.230), que muestran un alto nivel de bienestar.⁴ ⁵ Los altos niveles de concentración del ingreso en las Américas, particularmente en los países de ingresos medios y bajos plantean retos muy importantes a la seguridad social y requieren con mayor urgencia políticas públicas de protección social.

DESARROLLO HUMANO

Dada la importancia del bienestar de las sociedades y Estados modernos, se han diseñado nuevos métodos e indicadores, como el Índice de Desarrollo Humano Ajustado por la Desigualdad (IDH-D), que mide el grado de desarrollo de la sociedad a partir de tres indicadores: la esperanza de vida, la salud y nivel de educación.

Aun y cuando el ingreso es el mayor determinante de la desigualdad, se ha comprobado que en los países con menores ingresos, el acceso a la salud y a la educación tienen un mayor impacto en la disminución de la desigualdad que en los países con mayores ingresos. Sin embargo, no solamente se requiere que la población tenga acceso a la salud y la educación, sino que éstas se proporcionen con otros parámetros como la prevención y la calidad.

LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA

En los últimos 40 años, dos acontecimientos modificaron la dinámica demográfica del hemisferio americano. Por un lado, la duplicación de la población -que pasó de 565.3 millones de personas en 1975 a 918.7 millones en 2012- ha rebasado la capacidad de las instituciones y de los gobiernos para satisfacer las necesidades. Esto ha afectado desfavorablemente el bienestar de la gente, principalmente en el campo de la seguridad social.

Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. La disminución de la mortalidad y la fecundidad tiende a transformar la pirámide de la población, estrechando su base y ampliando su cúspide. En el pasado, en la actualidad o en el futuro, bien sea rápida o lentamente, todas las naciones del mundo han enfrentado, enfrentan o enfrentarán de manera ineludible el envejecimiento demográfico. (CONAPO, 1999).

⁴ Se considera que la concentración del ingreso, medida con el coeficiente de Gini es deseable o aceptable si se encuentra por debajo de 0.350; si se ubica entre 0.351 a 0.400 se estima que hay un nivel de concentración del ingreso alto; y si es mayor a 0.401 la concentración del ingreso es muy alta.

⁵ ¿Qué se entiende por bienestar? "...el Bienestar es el resultado de un conjunto de situaciones objetivas o condiciones materiales (tener acceso a la educación, salud, vivienda, determinados ingresos) y de apreciaciones subjetivas o percepciones (actitudes, decepciones y satisfacciones) que, sobre aquellas, realizan los individuos". (Pena, 1977) en (Zarzosa, 1996: 20).

En el hemisferio americano, la mediana de edad pasó de 27.7 a 29 años entre 1990 y 2012. En tanto que la esperanza de vida de los mayores de 60 años aumentó de 19.3 a 21.6 años en el mismo periodo. Este cambio plantea la necesidad de realizar modificaciones en la salud, la educación, el empleo y el hábitat a pasos acelerados, así como una adecuación de las instituciones para que se adapten a este nuevo entorno.

El crecimiento de la esperanza de vida, que pasó de 45 a 75 años en el mismo periodo tiene serias implicaciones para los sistemas de pensiones y de salud. Las pensiones deben alcanzar para más tiempo, en tanto que incrementará la demanda de atención médica y los costos ante la epidemia de enfermedades crónicas y no contagiosas evitables. Actualmente la población mayor de 60 años vivirá de 20 a 25 años más. Este grupo, desplazado del mercado laboral formal, tiene una expectativa de vida casi igual a la del número de años laborados, y una alta probabilidad de pasar los últimos diez años en condiciones no saludables e improductivas, sin poder ser autosuficientes, y en muchos casos, en la pobreza. Esta realidad está poniendo sobre la mesa los criterios y supuestos con los que están diseñados los sistemas de seguridad social.

EVOLUCIÓN DEL MERCADO LABORAL

En materia de empleo, las reformas se han dirigido hacia la flexibilización de la contratación y el despido, haciendo más volátil el empleo y su permanencia en él. Estas nuevas condiciones del mercado laboral fomentarán la inversión productiva, aunque muy probablemente aumentarán el reto de los sistemas de seguridad social para garantizar el derecho a una pensión decente.

Otros cambios en el mercado laboral son impulsados por la introducción de la tecnología en los procesos productivos, la integración global de la producción y de la economía, la eliminación de la distancia como restricción para la producción, la desaparición de la permanencia y la carrera en la empresa, el incremento de la competencia por una mayor productividad a nivel internacional, la contratación informal de personal en empresas que están en la formalidad, la subcontratación, el trabajo independiente y, la desaparición de las fronteras entre el trabajo asalariado y no asalariado (Ramírez, 2014), entre otros. Estas transformaciones describen una nueva realidad, la cual nos obliga a revisar con profundidad las bases institucionales, normativas y los alcances que deben tener los Sistemas de Seguridad Social.

La revolución de las tecnologías se expresa en la velocidad del procesamiento, la ubicuidad de la información digitalizada y las capacidades de

las computadoras para realizar tareas repetitivas y de grandes magnitudes cada vez más complejas, con menores costos y mayor eficiencia. Un ejemplo de este cambio es el *Big Data* y los Datos Abiertos.

La Universidad de Oxford estimó que en los próximos 20 años 47% de los puestos de trabajo actuales podrán estar automatizados. Si este análisis es correcto los efectos sociales serán enormes. Los puestos de trabajo en mayor riesgo son los relacionados con la logística, el transporte de mercancías, las categorías profesionales en las que el trabajo es habitualmente repetitivo y altamente estructurado, que incluye la contabilidad, el trabajo legal, la escritura técnica y otras ocupaciones de cuello blanco.

Perder el trabajo por la computarización, en los próximos 20 años, tiene una probabilidad de 99% en personas que están en *telemarketing*, 94% para los contadores y auditores, y 92% de los vendedores al menudeo, entre otros.

El cambio será abrupto. Golpeará primero al mundo más desarrollado, pero también a los países más pobres, y aquellas naciones no preparadas para ese nuevo entorno, enfrentarán serias dificultades para amortiguar el aumento de la desigualdad.

LA SITUACIÓN DE LAS PENSIONES

Los cambios demográficos, la transición epidemiológica, las transformaciones del mercado laboral y presupuestos fiscales cada vez más limitados, entre otros factores, están llevando a los sistemas de pensiones a desafíos estructurales que complican su viabilidad y el cumplimiento de sus objetivos a mediano plazo, al aumentar la incertidumbre sobre los beneficios que podrán recibir sus receptores (OCDE/CISS/CIEDDES, 2012). Algunas de las propuestas para salir del dilema: prolongar la vida laboral, concentrar los esfuerzos de los fondos de pensiones públicos en los más vulnerables y alentar a la gente a ahorrar para su retiro para compensar la reducción de las pensiones públicas. Se trata de soluciones para dar continuidad al esquema de seguridad social actual, mas no para resolver a largo plazo, sistémicamente la complejidad que representa dar protección social a toda la población.

Los sistemas de pensión están basados principalmente en dos modalidades: el sistema de beneficio definido, en el cual las cotizaciones retenidas sobre salarios se utilizan de inmediato para pagar las pensiones de los jubilados y, el sistema de contribución definida, en el que las cotizaciones a una cuenta individual deben ser invertidas y no pagadas de inmediato.

El sistema de beneficio definido funciona bien cuando el crecimiento demográfico y las tasas de crecimiento económico y de la producción son

altos. De tal manera, en forma solidaria la generación que trabaja subsidia a la que se jubila, pero al disminuir la masa salarial y la capacidad de la población en edad laboral de aportar el monto requerido para financiar a la población en situación de retiro, el sistema entra en crisis.

El mecanismo de contribución definida y capitalización individual tampoco resuelve el problema central, que es asegurar una pensión digna. Principalmente por dos motivos: primero, porque suele dar montos insuficientes. Segundo, el mecanismo de capitalización individual requiere estar ligado a mercados financieros que den rendimientos de capital altos, pero que han demostrado ser altamente volátiles.

Independientemente del sistema de pensiones que se elija, una gran proporción de la población queda fuera por estar desocupada o en la informalidad. La contribución activa al esquema de pensiones de la población de entre 15 y 64 años es de 41.8%.

La informalidad, medida con los nuevos parámetros establecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incluye además de los trabajadores del sector agrícola de subsistencia a los asalariados que tienen empleos informales en empresas formales, la ocupación en las empresas informales, y los trabajadores domésticos asalariados empleados por hogares, que en su conjunto pueden llegar a representar más de 60% de la Población Económicamente Activa (PEA) que, por definición, no cuenta con los beneficios que da la Seguridad Social.

LOS EFECTOS DE LA SALUD

A partir de mediados del siglo pasado, la combinación de descubrimientos en materia de salud, el aminoramiento de los conflictos sociales, guerras y revoluciones, así como la instrumentación de políticas de seguridad y bienestar sociales y de la producción incrementaron la esperanza de vida y modificaron los estilos de vida de la población.

Los avances de la medicina, como la vacunación, los antibióticos, las mejoras sanitarias y de higiene han contribuido al cambio demográfico con un menor crecimiento poblacional, un aumento en la esperanza de vida, y una transición epidemiológica de enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles.

En el hemisferio, la esperanza de vida aumentó 30 años desde la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, ser más longevo, no significa una mejor calidad de vida. Por ejemplo, en el caso de México, al menos 7% de la población mayor de 60 años llega a esa edad con cinco o más enfermedades simultáneas. A los 65 años estas personas entran muy enfermas a la tercera edad con mayor daño funcional que el que provoca una enferme-

dad crónica aislada, y esta población, aunque quiera, no podrá ser productiva, convirtiéndose en uno de los principales retos para el sistema de salud, por sus altos costos, y para las pensiones, por el incremento en los años de vida no saludables y sin posibilidad de ser económicamente productivos.

Con nuevos sistemas de producción llegaron nuevos estilos de vida, disminuyó el tiempo libre y cambió la forma de alimentación de la población. La industria de la alimentación tuvo un rápido desarrollo, el consumo de productos ultraprocesados de alto contenido de azúcar, grasas no saludables y sal es cada vez mayor.

Los productos ultraprocesados utilizan la grasa para dar sabor a sus productos y la sal como conservador. A partir de investigaciones de las causas que han incrementado las enfermedades cardiovasculares en los últimos decenios del siglo pasado, las grasas fueron sustituidas por diferentes tipos de azúcares. Eso, conjuntamente con otros hábitos y estilos de vida no saludables, ha disparado un grupo de factores de riesgo del denominado síndrome metabólico (hipertensión arterial, glucosa alta en la sangre, dislipidemia y obesidad). Estos hechos incrementan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y diabetes tipo II.

Las enfermedades no transmisibles son las de más alto costo para la sociedad y las personas. Representan actualmente 36% de las 30 principales causas de muerte prematura. La pérdida de años de vida saludable causada por el incremento de las enfermedades no transmisibles en la región pasó de 9.9 años en 1990 a 10.7 años en 2012.

En el caso de la diabetes, el incremento de su prevalencia la ha llevado a ser considerada como una epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los próximos 20 años costará US\$ 1.5 billones de dólares, de los cuales US\$ 848 mil millones corresponden al costo anual de la atención de la diabetes, US\$ 668 mil millones a pérdida de productividad por incapacidad y, US\$ 40 mil millones a muerte prematura relacionada con la diabetes.

Por otra parte, los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad y el alto consumo de alcohol y medicamentos están aumentando rápidamente. Sin embargo los sistemas de salud no les dan la importancia requerida y en muchos casos no son consideradas enfermedades del trabajo.

La salud ha jugado, juega y jugará un papel cada vez más importante en la protección social.

LA EDUCACIÓN

La educación es el pilar más importante para lograr el desarrollo y una mejor calidad de vida. Una buena educación da acceso a la población a empleos mejor remunerados, hace a la sociedad más consciente de los costos derivados de una mala prevención y es el mecanismo de formación más importante para disminuir los costos sociales.

En el hemisferio hay un nicho de oportunidad en esta materia. De acuerdo con el Observatorio Interamericano de Protección Social, 54% de la población de 25 años o más cuenta con un máximo de 9 años de escolaridad.

El Programa de Evaluación Internacional de Alumno (PISA), aplicado en 61 países, de los cuales 10 son de las Américas,⁶ sirve para identificar qué tan preparada está la población de 15 años, que está a punto de iniciar la educación postsecundaria o a integrarse a la vida laboral. El examen mide ciertas capacidades, habilidades y aptitudes que, en su conjunto, permiten a la persona resolver problemas y situaciones de la vida.

Los resultados del examen PISA tienen mucho que ver con las condiciones económicas de los países, sus trayectorias de desarrollo de las últimas décadas y las carencias que algunos de ellos tienen, debidas a la pobreza, a la precariedad de algunos servicios públicos, a sus condiciones de salud y en algunos casos podrían asociarse con procesos culturales e históricos, e incluso a las secuelas culturales de antiguos procesos de colonización.

EL PAPEL DEL HÁBITAT

Las ciudades han contribuido enormemente al mejoramiento de la calidad de vida de una gran parte de la población que ha accedido a servicios básicos de salud, educación, y vivienda. Sin embargo, enfrentan retos como la pobreza, la desigualdad, una demanda creciente de servicios e impulsar políticas que limiten las causas y efectos del cambio climático.

La mitad de la población urbana de la región CISS se concentra en grandes ciudades. La forma del crecimiento urbano determina las tendencias sociales, políticas, culturales y medioambientales, por lo que una urbanización sostenible es uno de los desafíos más acuciantes a los que ha de hacer frente la comunidad mundial en el siglo XXI.

Los riesgos en el futuro son significativos, pero pueden controlarse o reducirse si los tomadores de decisiones involucran en sus políticas relativas al hábitat aspectos como salud, empleo y educación, con los cuales garantizará el bienestar social de manera sostenible y sustentable.

⁶ Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay.

¿POR QUÉ NO CAMBIAMOS?

Todas las sociedades enfrentan resistencia a los cambios porque están acompañados de un alto nivel de incertidumbre y angustia. Para las personas, la resistencia al cambio está dada por las características humanas básicas, por hábito o miedo a salirse de un estado de confort, o a disminuir los ingresos presentes, por una sensación de pérdida de seguridad y temor a lo desconocido y fundamentalmente porque el procesamiento selectivo de información nos induce a aferrarnos a costumbres y hábitos que con frecuencia resultan estériles o contraproducentes.

ECONOMÍA PREVENTIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CAMBIO

Es tiempo de creer en el largo plazo. Para la seguridad social la resistencia al cambio se basa en la identificación de límites o restricciones que se dan por hecho y requieren de un gran esfuerzo para modificarlas, como las estructuras presupuestales y fiscales, el comportamiento de los políticos en la democracia y la toma de decisiones basadas en resultados de corto plazo.

En prácticamente todos los Estados, los presupuestos se aprueban cada año y vienen acompañados de compromisos que en muchos casos atienden a intereses creados, pero que social, económica y financieramente tienen altos costos. Por otra parte, las estructuras fiscales dejan poco margen para pensar en mecanismos recaudatorios y distributivos diferentes e innovadores, que permitan incentivar dinámicas redundantes con la salud y la productividad.

Los políticos y los partidos en las democracias modernas no tienen incentivos para plantear propuestas de mediano y largo plazos, ya que deben ganar las elecciones en un mercado muy competitivo. El advenimiento constante de la siguiente elección contribuye a la construcción de agendas de gobierno con soluciones de corto plazo que posteriormente no tienen viabilidad.

En los países de ingresos medios y bajos, muchos gobiernos enfrentan presiones coyunturales que les obligan a concentrarse en medidas de corto plazo, y aun cuando quisieran emprender tareas de mayor alcance, es frecuente que los problemas estructurales o una normatividad obsoleta les impidan plantear soluciones que requieren de tiempos de maduración mayores a los de su administración.

Más allá de la esfera de decisiones de la gestión pública, el “cortoplacismo” no es una patología exclusiva de quien gobierna. Se trata de un flagelo que también contamina a la sociedad. Los ciudadanos “de a pie” nos hemos acostumbrado a premiar con nuestro voto a los políticos que se presentan con soluciones rápidas. Impacientes, incrédulos y desconfiados preferimos exigirle al gobernante que en un abrir y cerrar de ojos entregue obras y resultados que al tiempo se convierten en ilusiones de papel.

El largo plazo es un lenguaje que el nuevo ciudadano debe comenzar a adoptar. Si la gente no lo hace, los políticos no lo harán, o lo harán en medio de una tormenta de críticas y presiones.

Es tiempo de actuar basados en evidencia. El método de ensayo y el error es indispensable en los laboratorios y en el despliegue de las ciencias básicas, pero cuando se trata de política social el error cuesta mucho.

En el siglo XX se desplegaron muchas políticas públicas basadas en la intuición del gobernante, pero los costos de la instrumentación de políticas sin viabilidad han promovido un tránsito hacia la práctica de aplicar métodos confiables para evaluar el impacto de las decisiones políticas. Hoy la gran mayoría de las acciones y programas de gobierno son evaluados.

Es tiempo de optimizar recursos. El siglo XXI ha permitido confirmar la premisa de que los recursos económicos son finitos. En el ámbito teórico, los estudiosos de la economía han luchado por estirar la manta con la que se abriga a la protección social, pero los resultados son cada vez más limitados. La manta se resiste a crecer y cuando es usada para arropar una nueva necesidad, alguna de las partes anteriormente cubiertas queda sin protección.

Las nuevas ideas, políticas, obras, compras, requeridas por los Estados ya no cuentan con nuevos recursos para cubrirlas. Los montos de los presupuestos no crecen al ritmo de las necesidades y menos al del crecimiento de las ambiciones solidarias. ¡Pensiones dignas para todos! ¡Salud de calidad para todos! Son clamores justos, urgentes, legítimos, pero sin un sustento financiero suficiente.

Ante esta realidad no basta con ahorrar, ni con hacer un uso “eficiente” de los recursos. Es necesario prevenir los gastos evitables. La mayoría de las enfermedades actuales son una carga financiera monumental para gobiernos y personas y son evitables. El problema es que aún vivimos bajo la lógica de la medicina curativa y, en el mejor de los casos, de la detección a tiempo de la enfermedad. Detectar oportunamente reduce costos, pero no atiende las causas que detonan la enfermedad y son prevenibles. El arte

de evitar costos y sufrimientos resulta por demás complejo sin cambios estructurales, y sin un ejercicio transversal de política pública.

Es tiempo de la política transversal. En el gobierno las áreas de trabajo, competencias y acciones de los ministerios están divididas. Actuamos en silos; cada uno es responsable de su propia parcela, sin considerar el conocimiento, la experiencia y la perspectiva de quien tiene la respuesta a preguntas que nos resultan incontestables. Por ejemplo, pensamos que los médicos son responsables de ampliar la esperanza de vida. Les encargamos no sólo los quirófanos y hospitales, sino que los hacemos responsables exclusivos de la tarea de prevenir enfermedades. Y es aquí cuando comenzamos a probar la ineficacia del modelo: ¿Qué sabe un médico del mercado de los alimentos, de los incentivos fiscales al consumo elevado del azúcar, o de la regulación respecto de los establecimientos que comercializan comida “chatarra” en las escuelas? ¿Qué sabe un médico del diseño de contenidos de la educación preescolar, que hoy carecen de instrucción que permita a los niños y niñas cuidarse de hábitos y alimentos que al paso del tiempo afectarán sus vidas, su salud y su capacidad de ser productivos? ¿O qué sabe el actuuario, el experto en pensiones, de las características biológicas del envejecimiento, o de las opciones cognitivas o físicas mediante las cuales el adulto mayor puede producir?

Esas preguntas demandan el ejercicio transversal de la política pública y podrían ampliarse a cualquier disciplina, a cualquier rama de gobierno. Las respuestas tradicionales podrían traer consecuencias graves, no por estar equivocadas sino por ser incompletas. Las señales del nuevo entorno son claras: si en verdad queremos enfrentar con mayor esperanza de éxito los retos del siglo XXI, el ejercicio transversal de la política es una condición.

En una serie de conferencias en Harvard en 1925, el filósofo y matemático Alfred North Whitehead planteó: “Los peligros crecientes del profesionalismo “el de la especialización” son importantes, sobre todo en nuestras sociedades democráticas. El poder del liderazgo de la razón se debilita. Los intelectos que nos lideran carecen de equilibrio. Observan una serie de circunstancias determinadas u otras; pero no ambas a la vez”. El liderazgo no es una especialidad; es síntesis y coordinación.

ES TIEMPO PARA LA ECONOMÍA PREVENTIVA

La propuesta es modificar la forma de hacer las cosas hacia el modelo de la Economía Preventiva. La Economía Preventiva es un marco conceptual y una visión sistémica para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas,

especialmente en el ámbito de la protección social, a partir de un enfoque transversal que utiliza simultáneamente diversas áreas y disciplinas del conocimiento tecnológico y científico (natural y social). Permite prevenir y anticipar el advenimiento de los mayores riesgos que enfrentan las sociedades modernas, así como proponer soluciones óptimas, dinámicas, flexibles y de corto, mediano largo plazos (intertemporales) en caso que dichos riesgos se materialicen. La optimización en la asignación de los recursos públicos y el análisis de costo-efectividad forman parte de los axiomas fundamentales de la Economía Preventiva, en el entendido que la prevención es un elemento central para la minimización de los costos económicos, políticos y sociales.

La Economía Preventiva tiene sus antecedentes en la esfera de la salud pública; que ante la preocupación que generó el vertiginoso incremento de los costos asociados a la atención de las enfermedades crónico degenerativas (costos que eventualmente no habría forma de pagar), concibió a la prevención como la mejor respuesta ante el desafío médico-financiero.

Actualmente, la Economía Preventiva no está limitada al ámbito de la salud, pues su campo de acción trasciende la esfera de la protección social. Es decir, su marco conceptual transversal y sistémico es aplicable indistintamente al análisis de temas económicos, demográficos, ecológicos y políticos, por mencionar algunos.

La Economía Preventiva puede ayudar. Puede liberar de problemas y costos tan grandes como evitables. No se trata de una panacea ni de una novedad, se trata de usar el conocimiento y la experiencia para evadir una ruta hacia escenarios apocalípticos. No se trata tampoco de actuar a tiempo, no se trata de cambiar las ruedas de nuestro vehículo por otras más resistentes ante el camino sinuoso que se mira al frente. No, no se trata de eso. Se trata de cambiar el rumbo.

En los siguientes capítulos analizaremos el estado de los principales componentes de la protección social, en particular, la salud, el mercado laboral, las pensiones, la educación y el hábitat para identificar los avances y los retos desde un enfoque de la Economía Preventiva. Por último, abordaremos algunas recomendaciones de políticas públicas para atender las problemáticas con una perspectiva transversal, de largo plazo, centrada en la optimización y basada en la evidencia.

Marco metodológico
Políticas sociales preactivas:
las bases de la construcción del paradigma preventivo¹

**NUEVOS DESAFÍOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL**

Con excepción de algunas partes del mundo en vías de desarrollo en África y Asia, actualmente las poblaciones están envejeciendo a nivel mundial (Vanhuyse y Goerres, 2012). Como resultado, los sistemas de seguridad social se están enfrentando cada vez más a un nuevo conjunto de desafíos socio-demográficos y otros relacionados con los riesgos sociales resultantes de la longevidad (como el Alzheimer y la demencia) así como también de las dietas modernas y los estilos de vida sedentarios (como la diabetes y la obesidad) (por ejemplo, Lustig, 2012; Lustig et al., 2012). Estos desafíos son enormes en el ámbito socio-demográfico y ominosos fiscal y políticamente. Sin embargo, es precisamente por ello que debemos reflexionar sobre nuevas bases para las futuras políticas de seguridad social. Después de todo, los sistemas de seguridad social son el mayor amortiguador a nivel macro que las sociedades de la OCDE han construido a través del tiempo para tales cambios sociales a gran escala (Gough y Therborn, 2010). Como Francis Castles (2010: 97) ha señalado, muchas de las políticas sociales fueron creadas precisamente “porque podemos predecir que las circunstancias en las que tendremos que usarlas pueden volver a ocurrir, a pesar de que no sabemos cuándo, es probable que suceda.” Tal vez el desafío social más grande es el envejecimiento de la población como consecuencia de la reducción de la fertilidad y el aumento de la longevidad. Las múltiples consecuencias que tiene para la política social es probable que sean un factor de presión importante para los sistemas de seguridad social, incluso en las Américas (Miller et al., 2011; Vanhuyse y Goerres, 2012). Estudios de Cuentas de Transferencia Nacionales que analizan tanto la asignación del ingreso primario y su distribución secundaria en forma de impuestos y beneficios,

¹ Colaboración especial de Pieter Vanhuyse, PhD (LSE).

como en la redistribución terciaria de los ingresos provenientes de impuestos en y entre los hogares, muestran que la transferencia pública fluye hacia arriba, de las personas en edad de trabajar a los ancianos, en todos los países europeos y en países latinoamericanos como Chile, Uruguay y, especialmente, Brasil (Lee y Mason, 2011a; 2011b). Por ejemplo, en el demográficamente joven Brasil y el algo mayor Uruguay, el desequilibrio actual en las transferencias públicas de joven a adulto mayor asciende respectivamente a 1.2 y 0.5 veces el ingreso laboral anual promedio de trabajadores de entre 30 y 49 años de edad. Se trata de un desequilibrio importante, comparable a un país demográficamente mayor como Japón (1.1 veces).²

² Por otro lado, en México el desequilibrio fluye hacia abajo desde grupos mayores hacia más jóvenes, comprendiendo alrededor de 0.9 veces más que el ingreso laboral anual promedio para individuos de edad activa entre 30 y 49 años. Ver Lee y Mason (2011b: 94).

³ Ver Lee y Mason (2011b: 94). Se controló por la estructura demográfica aquí mediante la asignación de la misma (promedio de 23 países) distribución de edad de población entre todos los países. De hecho, una vez que se identifica la estructura de los patrones de transferencia (políticas) mediante un control por estructura demográfica (población), Brasil resulta ser el país con el sesgo más pro adultos mayores dentro de la muestra de 203 países, con un desequilibrio jóvenes a adultos mayores de aproximadamente 2.9 veces el ingreso laboral anual promedio para individuos de edad activa entre 30 y 49 años; es decir, más que países demográficamente mayores como Uruguay (0.6 veces) y Costa Rica (0.6 veces). Lee y Mason, 2011b: 96.

Es clara la necesidad de reformar los desequilibrios insostenibles en los flujos de transferencias inter-edad de las políticas públicas en estas sociedades, que todavía están relativamente tempranas en el proceso de mayor envejecimiento de la población. Cuando se controla la estructura demográfica, las transferencias públicas fluyen hacia abajo, incluso en la Europa más envejecida, pero todavía fluyen hacia arriba en los países de América Latina demográficamente más jóvenes como Chile, Uruguay y Brasil.³ La urgencia de las reformas políticas dirigidas a abordar de forma preventiva la financiación insostenible en las sociedades más jóvenes se evidencia aún más por la siguiente observación. Si los patrones de transferencias públicas se mantuvieran como en la actualidad, entonces, para 2050 todos los países de América Latina (a diferencia, por ejemplo, de los países del sur y sudeste de Asia) tendrán patrones de reasignación inter- edades fluyendo fuertemente hacia arriba. De hecho, en las proyecciones demográficas actuales, en ausencia de una reforma, Brasil en 2050 sería el estado de bienestar más pro-ancianos de la muestra, con un desequilibrio joven-adulto mayor de alrededor de 6.4 veces el ingreso promedio anual de trabajadores entre 30 y 49 años – adelante de países latinoamericanos como Chile (2.9 veces), Costa Rica (2.3) y Uruguay (1.5), y de los países demográficamente mucho más envejecidos como Japón, Alemania, Finlandia y Suecia (Lee y Mason 2011b: 98).

Sin embargo, la demografía, mientras exista una fuerte limitación en los recursos, no es un destino cuando se trata de la política social. Un buen diseño de la política es el factor mediador clave entre las limitaciones socio-demográficas y los resultados de las políticas. Por ejemplo, tal vez de manera contra intuitiva, el grado en que los distintos sistemas de seguridad social alrededor el mundo están sesgados en patrones de gasto social hacia los crecientes grupos de edad avanzada no esté fuertemente determinado por la estructura demográfica (Vanhuysse, 2012; 2013). Más bien,

que esté mediado por la forma en que las políticas sociales y las instituciones sociales permiten que la población se active en términos de participación en el mercado laboral y valor agregado de capital humano.⁴ En otras palabras, las políticas bien diseñadas pueden marcar una diferencia significativa en el impulso de las bases productivas y fiscales, incluso de las sociedades de envejecimiento más rápido. Claramente, una sociedad que envejece no tiene por qué ser culpada moralmente por tener una fertilidad más baja; menos aún por gozar de una esperanza de vida más larga. Vivir vidas más largas (de calidad) es en realidad un criterio de avance social. Y niveles de fertilidad moderadamente bajos pueden incluso ser deseables - no menos importante desde un punto de vista medioambiental. Pero fundamentalmente, la forma en que las políticas sociales reaccionan al envejecimiento de la población es importante para la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social a largo plazo (Vanhuysse, 2014; 2015b).

EL PAPEL DE LA POLÍTICA PREVENTIVA: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS

Las políticas preventivas a lo largo de todas las etapas de la educación, las políticas activas del mercado laboral para las personas en edad de trabajar y para los trabajadores de edad avanzada son elementos clave para una solución de largo plazo a los desafíos sociodemográficos discutidos anteriormente. Tales políticas, por supuesto, abarcan una amplia serie de ámbitos, incluyendo también políticas de salud, como las medidas anti-tabaco y anti-alcohol, las políticas de castigos e incentivos para desalentar dietas poco saludables y nuevos medicamentos para la diabetes como resultado de investigaciones genéticas, entre otras. Por ejemplo, en una aplicación clave en el ámbito de la política de salud, desde 2005 el Estado uruguayo ha implementado sucesivamente una serie de medidas contra el tabaco que han colocado al país a la vanguardia de la política de control del tabaco en todo el mundo (Harris, 2015). Estas medidas incluyen el aumento de impuestos a los cigarrillos, incentivos a los proveedores de salud para tratar la dependencia a la nicotina, y la regulación del empaque y comercialización de cigarrillos (Harris et al., 2015). Estas medidas han demostrado ser muy efectivas para reducir significativamente el consumo de tabaco entre la población uruguaya - especialmente entre los adolescentes. Harris et al. (2015) analizaron un registro a nivel nacional de todos los embarazos en Uruguay durante 2007 a 2013 para valorar el impacto de tres de estas medidas de control del tabaco (intervenciones a nivel de proveedor dirigidas al tratamiento de la dependencia a la nicotina, los aumentos a nivel nacional en los impuestos a los cigarrillos, y la regulación a nivel nacional no basada en el precio, de las cajetillas de cigarrillos y su comercialización),

La demografía no es destino: el diseño de políticas es el factor intermedio entre las limitaciones y los resultados.

⁴ Ver Tepe and Vanhuysse (2010), Vanhuysse (2012, 2013). Como Vanhuysse (2013) demuestra, de las cuatro sociedades demográficamente mayores, Italia y Japón no demuestran un sesgo pro adulto mayor en sus patrones de gasto social (más de seis meses más para cada adulto mayor en comparación con cada ciudadano no mayor), mientras Alemania solamente demuestra un sesgo ligeramente pro adulto mayor y Suecia demuestra casi cero sesgo.

y encontraron que las tasas de abandono del hábito de fumar durante el embarazo aumentó de 15.4% en 2007 a 42.7% en 2013.⁵

Otra política preventiva clave en el ámbito de la salud y del estilo de vida considera medidas para mitigar el consumo de azúcares y de productos de jarabe de maíz con alto contenido de fructosa en la dieta, especialmente entre los más jóvenes (Lustig, 2015). La introducción de jarabe de maíz de alta fructosa en Estados Unidos en 1965, especialmente desde la década de 1970, provocó un deterioro importante en la calidad de la dieta, en especial entre los jóvenes estadounidenses nacidos a partir de 1970 (Lustig et al., 2012). Esto ha generado y generará problemas de salud que resultan costosos socialmente. En términos económicos, la sociedad estadounidense ha perdido el triple de recursos de lo que la industria alimentaria ha sido capaz de obtener como ganancia a partir de la introducción del jarabe de maíz de alta fructosa. Lo anterior, debido a problemas sociales posteriores (Lustig, 2015; 2012). Las observaciones anteriores apuntan a despejar recetas y modelos de políticas preventivas en el ámbito de la mitigación del consumo tabaco y el azúcar.

El auge de las economías del conocimiento altamente competitivas mundialmente ha incrementado la necesidad de impulsar políticas sociales para reforzar el capital humano y, a través de estas, las bases fiscales de los sistemas de seguridad social. Las primeras contribuciones de Becker (1964), Psacharopoulos (1994) y otros han mostrado que las políticas dirigidas a impulsar el capital humano pueden contribuir significativamente al bienestar económico de un país, así como a las bases fiscales de su bienestar social (véase también Barro, 2002; Hanushek y Kimko, 2000; Hanushek y Woessman, 2011). Lo hacen en al menos dos maneras. Aumentan la capacidad (futura) de los trabajadores de inventar, adoptar, o difundir nuevas ideas y tecnologías, y aumentan la producción de cada trabajador por unidad de tiempo. Sin embargo, desde la década de 1990, el auge de la economía del conocimiento ha incrementado radicalmente el billete de entrada (principal, aunque no únicamente, en términos de requisito de habilidades) y los pagos posteriores a lo largo del ciclo de vida (principal, aunque no únicamente, en términos de ingresos salariales) del capital humano adquirido entre el nacimiento y el ingreso al mercado laboral, tales como el conocimiento comercializable, rasgos no cognitivos y habilidades (Autor, 2014; Goldin y Katz, 2008; Vanhuysse, 2008; 2015a).

Esto quiere decir que los conocimientos, las habilidades cognitivas y no cognitivas, y la condición física y cognitiva adquiridos antes de la ingreso al mercado laboral son cada vez más necesarios para encontrar buenos empleos y a la vez mejor recompensados una vez que se encontraron dichos puestos de trabajo. En términos de los requisitos, las personas con

⁵ Harris et al. (2015) también encontraron que políticas nacionales no vinculadas a precios tuvieron el impacto estimado más significado al terminar. La reacción del sector tabaquero al precio atenuó los efectos de los aumentos fiscales. Intervenciones al nivel de proveedores tengo un efecto significado pero fueron adoptados por pocos centros de salud. Dejando de fumar durante un embarazo aumentó el peso de los recién nacidos por aproximadamente 188 gramos. Medidas contra el tabaquismo tuvieron cero efecto sobre el peso de los recién nacidos de mujeres no fumadores.

bajos niveles de alfabetismo registran niveles mucho más bajos de participación en el mercado laboral y riesgo de desempleo más alto en la mayoría de las economías de la OCDE. En términos de la remuneración, por ejemplo, en Estados Unidos la brecha de ingresos entre las personas con un grado avanzado y los que poseen sólo un grado de secundaria ha aumentado de alrededor de 1.8 /1 en 1979 a alrededor de 2.6/1 en 1999 (Powell y Snellman, 2004: 213). Y este aumento de los retornos de la educación está en marcha todavía. La prima salarial universidad/preparatoria en Estados Unidos se ha duplicado esencialmente entre 1979 y 2012, al pasar de US\$ 30,000 a US\$58,000 (en dólares de 2012) (Autor, 2014). El sesgado cambio técnico de habilidades implica que es probable que el tipo correcto de habilidades continuará siendo el que obtenga los mejores salarios también en las próximas décadas. Esto ha elevado aún más la importancia de la inversión preventiva en capital humano (Romer, 2002; Goldin y Katz, 2008).

En los últimos años, se ha producido una mayor conciencia entre los académicos y los políticos de la gran importancia de la prevención de la salud del capital humano y de las políticas de mejora de la educación para el bienestar económico de las personas y las naciones. En este contexto, los fundamentos teóricos y empíricos del paradigma preventivo han sido establecidos en la economía de una manera notable en el trabajo del Premio Nobel de Economía de 2000 James Heckman, Janet Currie, William Barnett y otros,⁶ y, en la política social, por Goesta Esping-Andersen, Anton Hemerijck, Frank Vandenbroucke y otros.⁷ Como Vandenbroucke et al. (2011) resume, el enfoque central es “el intento de conciliar los objetivos sociales y económicos. En términos políticos, la atención se enfoca en políticas públicas que ‘preparan’ a personas, familias y sociedades para adaptarse a diversas transformaciones, como cambios en los patrones de carrera y de condiciones de trabajo, la aparición de nuevos riesgos sociales, el envejecimiento de la población y el cambio climático, en lugar de simplemente generar respuestas que ‘reparen’ los daños causados por las fallas del mercado, la desgracia social, la mala salud o insuficiencias de la política imperante. Al abordar los problemas desde la infancia, el paradigma de la inversión social tiene la misión de reducir el sufrimiento humano, la inestabilidad económica y la degradación del medio ambiente, al tiempo que mejora la capacidad de resiliencia social”. Esping-Andersen (2002a: 6) de manera similar sostiene que “*el principal reto al que nos enfrentamos es evitar que males sociales se conviertan en permanentes, que los ciudadanos queden atrapados en la exclusión o que tengan acceso únicamente a oportunidades inferiores de tal manera que la totalidad de sus oportunidades de vida se vean afectadas*”(cursivas en el original).

Las economías del conocimiento globalizadas han aumentado el billete de entrada inicial y los pagos subsiguientes del capital humano adquirido antes de la ingreso al mercado laboral.

⁶ Ver, por ejemplo, Heckman (2000; 2007; 2013), Heckman et al. (2010), Barnett (1998; 2002), Barnett y Masse (2007), Campbell et al. (2014), Carneiro y Heckman (2003), Cunha y Heckman (2007), Currie (2011), Garces y Currie (2002), Heckman y Masterov (2007), Knudsen et al. (2007), Doyle et al. (2011), Heckman y Kautz (2012).

⁷ Ver, por ejemplo, Esping-Andersen (2002a; 2002b; 2008; 2009; 2015), Bonke y Esping-Andersen (2011), Gingrich y Ansell (2015), Nelson y Stephens (2012), Nikolai (2012), Vandenbroucke et al. (2011), Vanhuysse (2008; 2015a).

Las políticas deben preparar en lugar de reparar: la prevención es clave para minimizar los problemas sociales a lo largo de la vida.

Un marco al curso de la vida es clave: los problemas sociales en cierta etapa de la vida suelen estar relacionados con las condiciones en una etapa temprana.

La clave del paradigma preventivo es el objetivo de prevenir y anticipar diversos riesgos sociales (a menudo a través de la prestación de servicios en especie), en lugar de tratar con ellos a posteriori (a menudo a través de las transferencias de efectivo). Las circunstancias materiales desiguales y las oportunidades de vida comienzan al nacer - de hecho, incluso antes de nacer - con consecuencias inevitables en la seguridad social más adelante (Currie, 2011). En otras palabras, se necesita implementar nuevas políticas que preparen en lugar de la reparar: la prevención es un elemento clave para minimizar los costos económicos, políticos y sociales. En términos de pobreza, esto significa, por ejemplo, un enfoque de política social para abarcar las causas cognitivas y del desarrollo de la pobreza, en lugar de remediar los efectos negativos de la pobreza a través de transferencias de asistencia social, beneficios de desempleo, vouchers de alimentos, programas de capacitación y programas sociales similares clásicos (Esping-Andersen, 2002a). Esto es aún más importante, ya que es poco probable que cualquier política correctiva sea efectiva en primera instancia a menos que los beneficiarios posean las habilidades necesarias y la motivación (Esping-Andersen, 2002b).

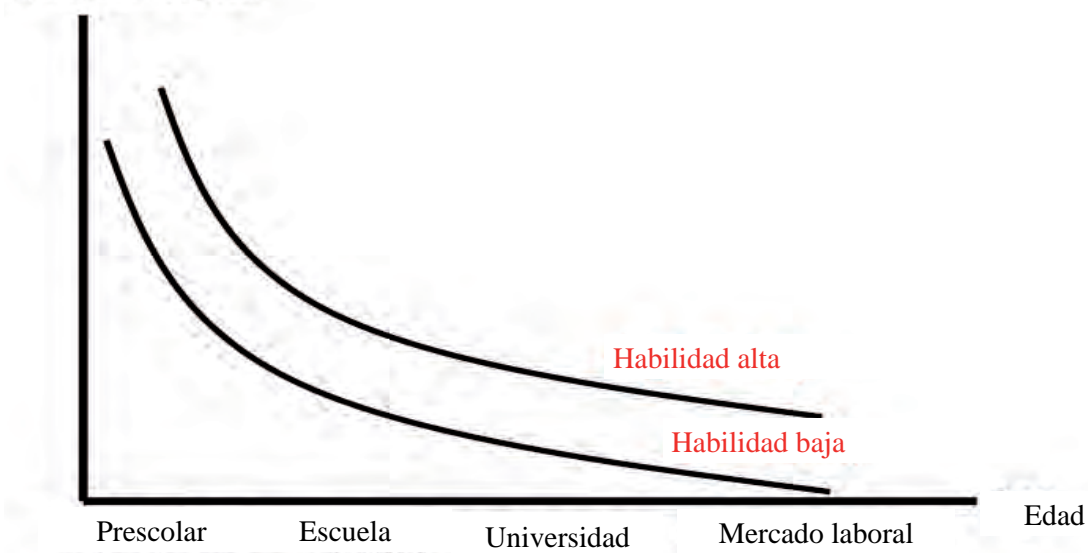
Esto nos lleva a un segundo elemento clave en el paradigma de la política preventiva: la adopción de un marco en el ciclo de la vida para el análisis de los problemas sociales y las políticas sociales. Esto es fundamental debido a que los diferentes problemas sociales relevantes a la seguridad social en cierta etapa de la vida están a menudo directamente relacionados con eventos o condiciones tempranas en el ciclo de vida. Las oportunidades de vida abiertas a los niños pequeños determinarán las habilidades que adquieran (o no) antes de entrar en el mercado laboral. Estas habilidades, a su vez determinarán las posibilidades de empleo y de ingresos. Estas oportunidades laborales del mercado, a su vez determinarán la presencia o ausencia de pobreza en la vejez, y así sucesivamente. En un estudio clave sobre el entorno familiar de la vida temprana, por ejemplo, Crosnoe y Elder (2004) utilizan un conjunto de datos longitudinales de niños talentosos durante una década, que se inició en 1922 para estudiar si las experiencias de la familia a temprana edad se relacionan con los patrones de ajuste y funcionamiento en la vida posterior y cómo se produce esto. Luego de identificar cuatro perfiles holísticos diferentes del curso de vida del envejecimiento (menos ajustada, con orientación profesional pero socialmente desligada, centrado en la familia y equilibrado), encuentran una clara conexión de estos perfiles de envejecimiento con experiencias mucho más tempranas en el curso de sus vidas. Identifican estadísticamente tres experiencias familiares específicas en la infancia y la adolescencia que pueden predecir la pertenencia a los perfiles holísticos de enveje-

cimiento en los últimos años: el nivel socioeconómico de la familia, divorcio temprano de los padres, y de apego parental del individuo. Los autores argumentan que estas asociaciones distales desde la etapa temprana de la vida hasta las etapas posteriores reflejan tanto las ‘vías de mediación’ (es decir, las experiencias adultas y las circunstancias actuales, tales como conservar el matrimonio, el alcoholismo y los logros educativos pueden explicar la influencia que se observa de las experiencias tempranas) y vías complementarias (la importancia de las experiencias tempranas de la vida en los perfiles de envejecimiento es directa, es decir, no se filtra a lo largo de la adultez y experiencias actuales).

El desafío en términos de diseño de políticas es determinar y poner en práctica aquellas políticas preventivas concretas que, según indica la investigación basada en la evidencia serán a la vez eficientes en costo y eficaces. Una parte integral de este nuevo enfoque es ver diversas políticas sociales cada vez más en términos de inversión social, en lugar de gasto o consumo social. Es importante destacar la noción dinámica en el centro de la aplicación de las ideas del paradigma preventivo a estos dominios, es la noción de mejorar e invertir en el tipo de capital humano, ampliamente concebido y aplicado especialmente a las competencias en salud y educación. La Figura 1 gráfica Heckman (2000), capta cómo el ciclo de vida vuelve a las intervenciones de capital humano.

GRÁFICA 1. Tasa de retorno de la inversión en capital humano durante el ciclo de vida

Tasa de retorno de inversión en capital humano



Fuente: Pieter Vanhuysse 2015.

Las competencias engendran competencias: el aprendizaje temprano hace el aprendizaje posterior más fácil y más eficaz.

Una abundante investigación en economía ha establecido que los retornos a la inversión de la política social en la infancia tardía o en los jóvenes adolescentes, mucho menos en los adultos en etapas más tardías de sus vidas, son más bajos que aquellos asociados con las intervenciones de la primera infancia, a pesar de que la inversión en estas etapas más tardías del curso de la vida puede justificarse en numerosas otras razones, como la equidad, la pobreza o la prevención de exclusión social.⁸ Esto explica por qué las políticas preventivas dirigidas a los primeros años de la infancia pueden ser especialmente eficaces. Los niños más pequeños tienen horizontes de tiempo más largos para recuperar los beneficios de los aumentos del capital humano. Por otra parte, la formación de competencias se caracteriza por las complementariedades dinámicas y es un proceso altamente acumulado: ‘el aprendizaje temprano hace que el aprendizaje posterior sea más fácil y más eficaz’ (Carneiro y Heckman, 2003: 90). Este mecanismo dinámico es a lo que Cunha y Heckman (2009) se refieren como la auto-productividad. Las habilidades cognitivas y los rasgos no cognitivos adquiridos antes de la inversión en un capital humano dado aumentan la productividad de esa inversión.

Las brechas de capacidad entre individuos y entre grupos socioeconómicos se inician a edades tempranas, tanto para las habilidades cognitivas, como para los resultados en la escuela y el coeficiente intelectual, e, igualmente importante, para rasgos socio-emocionales no cognitivos como la perseverancia, la motivación y el autocontrol - rasgos a los que a veces se hace referencia de forma conjunta como “coraje”. Incluso después de hacer control con base en los resultados de las pruebas, tales rasgos no cognitivos y conductuales son predictores significativos de los resultados en los años posteriores, tales como terminar la universidad y la remuneración (Heckman y Rubinstein, 2001, Heckman y Kautz, 2012). Es importante destacar que estas lagunas están fuertemente correlacionadas con factores de antecedentes familiares, como la educación de los padres y la habilidad materna. Cuando el control se basa en estas variables familiares, las brechas de capacidad casi se eliminan (Ramey y Ramey, 2000; Heckman, 2007). Las familias con alto índice de utilización de Servicios Educativos Suplementarios (SES) en Estados Unidos, por ejemplo, pasan cerca de siete veces más con sus hijos que las familias con bajo uso de los SES (Kauschal et al. 2011). Sin embargo, criar a un niño que se desenvuelva bien, por encima y más allá de los beneficios privados que transmite a los padres, es también un bien público con externalidades positivas, ya que transmite beneficios sociales sustanciales a la inversión.⁹ Estos son, en consecuencia, fuertes razones de eficiencia económica para la intervención del Estado a

⁸ Ver Heckman (2000; 2007), Heckman et al. (2010), Carneiro y Heckman (2003), Cunha y Heckman (2007), Heckman y Mastrov (2007).

⁹ Ver Wolf et al. (2011), Folbre (1994; 2008), Vanhuysse (2014). Por ejemplo, Wolf et al. (2011) estiman que en la externalidad fiscal de un recién nacido promedio (al pagar las pensiones, salud y cuidado de largo plazo) de un individuo con educación superior a enseñanza secundaria es de \$400,000 en dólares de 2012.

través de intervenciones preventivas para enriquecer ambientes de aprendizaje especialmente de los niños muy pequeños y jóvenes proveniente de entornos desfavorecidos (Carneiro y Heckman, 2003; Heckman, 2007). Como Heckman (2013) señala, el mensaje clave para los políticos es que cuanto antes es la intervención, mejores serán los resultados (ver Figura 1). En consecuencia, se trata de un marco para la discusión de la Economía Preventiva para el capital humano en lo relativo a dos etapas clave del ciclo de vida: la vida temprana incluyendo el desarrollo temprano, la infancia, la juventud y más allá y la etapa tardía de trabajo, incluidos los adultos de más edad que trabajan y, personas de edad avanzada de etapa temprana.

EL PARADIGMA PREVENTIVO EN LA VIDA TEMPRANA: DESARROLLO TEMPRANO, NIÑEZ, JUVENTUD Y MÁS ALLÁ

INTERVENCIONES POLÍTICAS

EN LA ETAPA TEMPRANA DE DESARROLLO

Existen tres factores en la primera infancia que son fundamentales para determinar las oportunidades de la vida: la salud, la escasez de ingresos y los mecanismos de desarrollo esenciales, como lectura, estímulos sociales y orientación (Esping-Andersen, 2002b: 49, Waldfogel, 2006). Uno de los mecanismos clave que explica el alto impacto de las políticas preventivas en las etapas tempranas de la vida se muestra en la Figura 1, es que estas políticas intervienen en aquellas etapas cuando se forma la gran parte de nuestro progreso y preparación neuronal y cognitiva, esto a menudo es irreversible. Neurológicamente, los años de infancia temprana son el período crítico durante el cual se establece la estructura del cerebro lo que determinará los resultados cognitivos, sociales, emocionales y de salud del ciclo de la vida (Nelson y Sheridan, 2011; Knudsen et al., 2007). Las políticas cuyo objetivo son la etapa temprana de la vida pueden ser particularmente efectivas, debido a que intervienen en una edad durante la cual se forma la mayor parte del progreso neural y cognitivo y esencial. La insuficiencia de capital humano tiende a presentarse principalmente por un entorno de aprendizaje inadecuado en la familia. Cuando se controla con base en la educación parental y la habilidad maternal, las diferencias de habilidades tempranas prácticamente se eliminan (Heckman, 2000, 2007, Carneiro y Heckman, 2000, 2007, Carneiro y Heckman, 2003).

Las bases científicas de nuestro conocimiento en los efectos a largo y corto plazo de las políticas preventivas de inversión en la vida temprana son sólidas. Gran parte de esta evidencia proviene de varios programas

piloto para niñez temprana que fueron implementados en los años 1960s y los 1970s en Estados Unidos, con participantes a los que se les hizo un seguimiento a lo largo de sus ciclos de vida. Los más importantes entre estos son el Programa Preescolar Perry (Ypsilante, Michigan), el Programa Preescolar Syracuse, el Programa Abecedarian (Carolina) y el programa de mayor magnitud *Head Start*. Estos programas piloto brindan simultáneamente la mejor práctica de la intervención temprana intensiva de alta calidad en niños y la mejor evidencia económica para los costos y beneficios entre los programas de intervención temprana en niños. La ventaja científica clave de esta evidencia es que ellos se basaron en la participación aleatoria. Dentro de la población objetivo identificada total (normalmente, niños de una cierta cohorte de edad en vecindarios con bajo índice de utilización de SES, previamente identificados), la participación en el programa de intervención temprana en la niñez (el grupo experimental) y la no participación en el programa (el grupo de control) se determinaba al azar. Esto permitía una medición más certera de los efectos de las políticas, ya que se controlaban factores socioeconómicos y medioambientales importantes (como la calidad del vecindario y el nivel socioeconómico de los padres) que afectan los resultados de relevancia y además de evitar la auto selección y otras fuentes de participación predispuestas (Barnett, 2002; Heckman, 2000, 2004). Una segunda gran ventaja de esta base evidencial es que estos programas aleatorios empezaron en los años 1960s y 1970s, permitiendo así un análisis longitudinal apropiado al seguir a los miembros de los grupos experimental y de control (quienes habían empezado desde niños, a muy temprana edad) a lo largo del curso de sus vidas, a medida que iban alcanzando la edad escolar, la edad de secundaria y consecutivamente el mercado laboral.

Las intervenciones en la niñez temprana son la política preventiva por excelencia: previenen diversos problemas sociales posteriores en la vida, los cuales serían mucho más caros de tratar después.

Después que los participantes habían entrado en el mercado laboral, los estudios de seguimiento mostraron el grado en que las políticas de intervención temprana pueden tener efectos positivos duraderos. En un meta-estudio de un total de 84 programas experimentales o cuasi-experimentales para la infancia temprana centrados en niños desfavorecidos de familias de bajos ingresos, Duncan y Magnuson (2013) encontraron que la magnitud promedio de efecto de estos programas en las puntuaciones cognitivas y de rendimiento para niños pequeños era de .35 desviación estándar. Este efecto es considerable: es igual a casi la mitad de las diferencias raciales en las brechas de logros de niños de kinder. Además, el efecto, con la única excepción de las puntuaciones de coeficiente intelectual, es de sorprendente largo plazo. En un meta-análisis de 36 estudios que estaban explícitamente enfocados en los efectos independientes a largo plazo a

pequeña escala y programas de intervención en la primera infancia a gran escala para niños desfavorecidos de 4 años de edad o menos, Barnett (1995) llegó a la conclusión de que estos programas producen beneficios considerables, o de larga duración, o ambos. Los efectos a largo plazo se midieron en términos de variables cognitivas como el coeficiente intelectual y el rendimiento escolar y variables no cognitivas como el ajuste social en términos de comportamiento en el aula, agresión, crimen, delincuencia y, con los efectos más abrumadores, la repetición de curso del estudiante y la colocación en la educación especial. Esto indica por qué la intervención temprana bien diseñada es por excelencia la política social preventiva: impide una amplia gama de problemas sociales a lo largo del ciclo de vida posterior, cuyo tratamiento tardío con toda probabilidad, ha sido muchas veces más caro.

EFFECTOS DE LARGA DURACIÓN DURANTE LA NIÑEZ, JUVENTUD Y LA ADULTEZ TEMPRANA

Debido a que el comienzo temprano en la vida del individuo es fundamental para la efectividad de una inversión preventiva de capital humano, se necesita continuidad durante la niñez y la juventud temprana (Farkas, 2011), hacia la adolescencia temprana (Bailey y Dynarski, 2011). En un ejemplo de buenas prácticas de análisis de políticas del ciclo delicado de la vida, Waldfogel (2006) presenta una extensa encuesta científica y social empírica sobre qué políticas públicas necesitan los niños, distinguiendo específicamente cuatro etapas diferentes para recomendaciones de políticas: infancia, pre escolar, edad escolar, y adolescencia. Ya a partir de la edad de ingreso a la escuela primaria, los niños de origen desfavorecido tienden a estar menos atentos a las tareas de la escuela y son más propensos a involucrarse en patrones de malas conductas (Rowan, 2011). Muchas de las adquisiciones no cognitivas y (especialmente) cognitivas conseguidas en los primeros años de vida se conservarán en la edad escolar, juventud y más allá si el ambiente así lo propicia. Impartir programas adicionales durante la niñez en la edad pre escolar puede lograr una diferencia extra al punto de que el tratamiento sea lo suficientemente amplio, con la única condición de que tales niños hayan recibido un tratamiento de intervención previo, durante la niñez temprana (Barnett, 1995: 42).

Debido a que la magnitud de los efectos de las intervenciones políticas puede ser baja durante las edades de escuela primaria y secundaria (Figura 1), los mecanismos causales y los efectos del ciclo de la vida se mantienen similares en esencia. Por consiguiente, las calificaciones de los exámenes, el comportamiento, las actitudes y el currículo escolar de los

Las habilidades cognitivas se cristalizan en los años de la escuela primaria, pero los rasgos no cognitivos responden a las políticas hacia el final de la adolescencia.

estudiantes de secundaria y preparatoria son indicadores predictivos clave de la educación futura y los resultados del mercado laboral, como también de las detenciones en la adultez (Farkas, 2011). En particular, entre los jóvenes de octavo y decimosegundo grado los efectos negativos más fuertes en los resultados de los años posteriores, tales como la graduación de la secundaria, la obtención del título de estudios superiores y la remuneración en el mercado laboral a la edad de 26, son debido a persistentes bajas calificaciones en matemática (habilidades cognitivas) y a concurrentes problemas de conductas de aprendizaje (una característica no cognitiva) (Farkas, 2011).

Desde una perspectiva de la intervención política preventiva, una reciente percepción adicional clave separa a las etapas de madurez del ciclo vital de las etapas más tempranas considerando el impacto diferencial de las intervenciones políticas. Sabemos que las habilidades cognitivas parecen ser plásticas (esto quiere decir que son maleables) y que responden al enriquecimiento del medio ambiente principalmente durante la infancia temprana (Nelson y Sheridan, 2011, Duncan y Magnuson, 2011, 2013). En consecuencia, las habilidades cognitivas tienden ya a ser relativamente concretas, por lo tanto son menos receptivas a la intervención política durante la edad de la escuela primaria. Por el contrario, las habilidades no cognitivas parecen ser maleables y receptivas a una intervención política bien diseñada por más tiempo, al menos hacia el fin de la adolescencia (Heckman, 2013, Dweck, 2012). Existe evidencia consistente, aunque no es aleatoria ni a largo plazo, de que las intervenciones con el objetivo de enseñar a adolescentes y a adultos que sus capacidades de aprendizaje son maleables pueden tener mejores efectos a un mucho menor costo que las intervenciones en la niñez temprana (Dweck 2013).

Teniendo como foco el Proyecto Abecedarian, el cual imparte clases en jornada completa, todo el año desde la infancia hasta la educación pre-escolar, Campbell et al. (2002) y Bracey y Stellar (2003) indican que a los 21 años de edad, los participantes tenían que completar más años de escuela que de controles (12.2 frente a 11.6), muchos más de ellos seguían en el colegio un 42 frente a un 20 por ciento y dos veces y media más que muchos de ellos se había inscrito en colegios de cuatro años (36 frente a un 14 por ciento). Mientras que hasta el momento hay suficiente evidencia acumulada en el impacto de los programas de intervención de alta calidad en la niñez temprana sobre la reducción de delitos, incrementos de salarios y promoción de la educación, un reciente e innovador estudio ha empezado a proveer evidencia en los resultados de la salud de los adultos también. Campbell et al. (2014), usando información biomédica nueva,

hallaron que los niños en situación de desventaja que fueron asignados aleatoriamente a participar en el programa Abecedarian tienen significativamente menos preponderancia a factores de riesgos a enfermedades cardiovasculares y metabólicas a los 30 años, con los resultados más firme en el caso de los hombres. Uno de cuatro hombres en el grupo de control está afectado del síndrome metabólico, mientras que ninguno en el grupo de tratamiento está afectado. Los hombres que han asistido al preescolar, tuvieron en promedio una presión de sangre de 126 sobre 79 comparado con un más problemático 143 sobre 92 que tenían los miembros del grupo de control. Aquellos hombres que asistieron al preescolar tenían menos de un tercio de probabilidades de ser obesos. Ya que a ellos les estaba yendo mejor en sus vidas, aquellos graduados de la educación preescolar tendían mucho más a tener seguro médico. Esta evidencia muestra el potencial de las intervenciones en la vida temprana en la prevención de enfermedades y en promover la salud.

Teniendo como foco el programa preescolar Perry, el cual trataba a los niños en situación de desventaja de Michigan entre las edades de 4 a 5, Heckman (2000: 29) de manera similar indica que, comparados con controles aleatoriamente asignados, los participantes en el programa sistemáticamente registraron, según las estadísticas, diferencias con respecto a una extensa gama de variables, incluyendo educación (mejores logros a las edades de 9 y 15, menores índices de clasificación como retrasado mental e índices de graduación de la secundaria más altas), la ocupación laboral a la edad de 19 y las ganancias promedio mensuales, delitos (casos de arrestos a la edad de 19 y múltiples casos de arrestos a los 28 años de edad) y la dependencia de bienestar a la edad de 19 y 28. De forma similar, a la edad de 27, considerablemente más participantes de Perry que miembros del grupo de control habían conseguido títulos de secundaria o el equivalente de eso (71 frente 54 por ciento) y miembros del tratamiento ECEC también tuvieron más probabilidades de ganar más, obtener casa propia y tener matrimonios más duraderos y estables. Miembros del grupo de control fueron arrestados el doble de a menudo que los participantes de Perry; y cinco veces el número de muchos miembros del grupo de control (35 por ciento) fueron arrestados cinco o más veces (Heckman, 2000).

Barnett (1995: 45), reportando un análisis costo/beneficio conservador de las devoluciones a la inversión en el programa preescolar Perry, estima los beneficios calculados (en términos de cuidado infantil, K-12 y educación adulta, universidad, empleo, delitos y bienestar) a \$8,814 dólares por los participantes del programa y a \$61,972 dólares por el público general y el total de los beneficios (los cuales además incluyen beneficios

Los beneficios en la vida adulta de las intervenciones de alta calidad en la vida temprana son significativos y múltiples.

pronosticados en términos de ganancias, delitos y bienestar) respectivamente a \$19,569 dólares y \$88,433 dólares. Dejando de lado los beneficios sociales, el costo real del programa Perry era de unos \$12,356 (1990) dólares por niño. Esto llevó a Barnett a estimar el valor neto actual del programa a \$76,077 para el público general. Heckman (2000: 26) informa que a la edad de 27, cada dólar gastado en el programa Perry ha devuelto 5.70 dólares y devuelto 8.70 dólares por todo el resto de la vida del participante (ver también Carneiro y Heckman, 2003; Heckman y Masterov, 2007).

Mientras la inversión preventiva en una vida temprana beneficia a los niños jóvenes tanto como a la sociedad en el largo plazo, es una buena política para familias en sociedades activas con dos ingresos. Las madres, en particular, pueden esperar mayores beneficios. Barnett y Masse (2007) estiman una tasa de costo/beneficio de 7/1 para el programa Perry y de 4/1 para el programa Abecedarian. Los niños que formaron parte en el programa Abecedarian ganaban un estimado de \$143,000 más en su vida que quienes no. Además, las madres de los niños que participaron ganaban un estimado de \$133,000 más, como resultado del hecho de que las madres con disponibilidad de cuidado infantil estable tendían a establecer relaciones mejores, más duraderas y más productivas con sus empleadores. Además las madres jóvenes, cuyos niños preescolares habían participado en el programa Abecedarian, tenían más posibilidades de ser contratadas y de tener trabajos cualificados o sub cualificados. Para cuando sus niños alcanzaban los 54 meses de edad era probable que estas madres se graduaran de la secundaria, y recibir educación superior, ser más independientes y bajar la tendencia a tener más hijos posteriormente (Masse y Bernett, 2006). Por último, los hijos de los niños que participaron podrían ganar un estimado de \$48,000 más, como resultado de los altos ingresos de los padres. (Barnett y Masse, 2007). El suministro de una guardería de alta calidad y políticas de la vida laboral/familiar pueden tener múltiples efectos benéficos en familias y en adultos (Esping Andersen, 2009; Morgan, 2012). Como Esping Andersen (2002a: 9) propone: “si la sociedad no es capaz de armonizar la maternidad con el empleo, debemos de privarnos del baluarte más efectivo en contra de la pobreza infantil – que es el empleo de esa madre”.

LOS CIMIENTOS DE LA NUEVA ECONOMÍA DE LA VEJEZ: EL PARADIGMA PREVENTIVO EN LA EDAD ADULTA, EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LOS TRABAJADORES ANCIANOS Y PARA LOS ANCIANOS JÓVENES

ENFOQUES CONCEPTUALES:

ENVEJECIMIENTO PRODUCTIVO, SALUDABLE Y ACTIVO

Al otro extremo del ciclo de la vida, dos grupos de edad enormemente afectados por la salud, el mercado laboral y las consecuencias de mortalidad de la población que envejece y el progreso tecnológico, son los trabajadores ancianos y los ancianos jóvenes. Como resultado de mejores estilos de vida, las tecnologías de la salud y las condiciones de la vida temprana, en muchas economías ricas o crecientes, los ciudadanos cronológicamente ancianos (por ejemplo de 65 años o más) tienen probabilidades de crecer cognitivamente y físicamente en mejor forma y probablemente más jóvenes (i.e. con una constante expectativa de vida en alza) en las siguientes décadas (Skirbekk, 2008, 2012, Sanderson y Scherbov, 2010, Goerres y Vanhuysse, 2012). Estas tendencias difícilmente pueden traducirse en aumentos proporcionales en la productividad y (mayor duración) de participación en el mercado laboral por parte de los trabajadores ancianos. Un enfoque preventivo clave es, por lo tanto, fomentar las competencias y aptitudes de los ciudadanos ancianos y los jóvenes ancianos lo más posible mediante políticas de envejecimiento activo, principalmente buscando reducir el retiro prematuro, alargar la vida laboral, reactivar e integrar de mejor manera a individuos que ya están retirados y que tengan aún la voluntad de trabajar. Esta sección mide avances sociales y científicos recientes en la literatura académica, principalmente en los campos de la economía, sociología, psicología social y políticas públicas, las cuales teóricamente conforman el diseño de tales políticas de envejecimiento activo. Una perspectiva del ciclo de vida es la directriz que enfatiza la importancia de fomentar preventivamente el capital humano a lo largo del ciclo de la vida.

La bibliografía de políticas presenta puntos de vista multidimensionales del envejecimiento activo que enfatizan la importancia de fomentar preventivamente el bienestar físico, mental y social de los individuos a medida que envejecen (Walker, 2013; también WHO, 2002; Hutchinson et al., 2006; Van Dijk y Turner, 2010). Buys y Miller (2012: 104) distinguen entre los conceptos relacionados de un envejecimiento activo, saludable, productivo y exitoso. El envejecimiento activo es definido por WHO (2002) como 'el proceso de optimizar las oportunidades para el bienestar

Los ciudadanos mayores crecerán cognitiva y físicamente mejores y probablemente más jóvenes en las siguientes décadas.

físico, social y mental a través del ciclo de vida, para ampliar la expectativa de vida saludable, la productividad y calidad de vida en la edad anciana. Un envejecimiento saludable, por otro lado, se puede definir como la ‘habilidad de seguir funcionando mental, física, social y económicamente a medida que el cuerpo desacelera sus procesos’. El envejecimiento productivo a su vez se define como ‘cualquier actividad hecha por un individuo anciano que produce bienes o servicios, o desarrolla la capacidad de producirlos, ya sea que estén siendo remunerados o no’. Finalmente, un envejecimiento exitoso se define como una ‘baja probabilidad de enfermedades y de discapacidades relacionadas a estas; un funcionamiento cognitivo y físico alto y un compromiso activo con la vida’. Estos conceptos tienen en común el énfasis en fomentar el bienestar físico, emocional, social y económico antes de que se deteriore. El enfoque a un envejecimiento exitoso (Rowe y Kagan, 1995) enfatiza ‘adaptivo y *agéntico*, en el que los individuos son capaces de tomar decisiones con el fin de conseguir resultados óptimos’ (Hendricks y Hatch, 2006: 308). El estudio MacArthur de diez años señalaba que envejecer no está predeterminado ni es inflexible y que los individuos son capaces de ejercitar las preferencias personales para modificar su medioambiente y estilos de vida (Rowe y Kahn, 1998).

Un enfoque preventivo clave en la vida adulta es fomentar los niveles de activación, habilidades y de salud antes de que disminuyan, a través de políticas de envejecimiento activas.

En otras palabras, el envejecimiento exitoso es el resultado de decisiones de estilos de vida de los individuos asistidos por las políticas preventivas que los ayudó a evadir factores de riesgos predecibles. El enfoque del envejecimiento exitoso dice que tales políticas enfocadas a un estilo de vida preventivo pueden hacer una gran diferencia, ya que las decisiones del estilo de vida son más importantes en determinar la experiencia de la vejez que los factores hereditarios o incluso ciertas enfermedades. (Buys y Miller, 2012: 104). Dos decisiones de estilo de vida pueden ser destacados como especialmente cruciales en este enfoque: lo que la gente come (dietas) y cómo vive, es decir, ejercicio (activo), interacción social, estimulación (activa) y una perspectiva mental constructiva (o positiva). Por ejemplo, mantener una perspectiva optimista le puede añadir hasta diez años a una vida (Danner et al., 2001, Hendricks y Hatch, 2006). En un estudio clásico de las monjas de Estados Unidos que encaja con el enfoque del envejecimiento exitoso, Danner et al. (2001) investigaron autobiografías escritas a mano de 180 monjas católicas, escritas mucho tiempo atrás, cuando estas monjas tenían en promedio 22 años. Danner et al. (2001) calificaron estos ensayos por contenido emocional y los relacionaron a sobrevivir durante las edades de 75 y 95. Ellos encontraron una asociación inversa estadísticamente significativa y fuerte entre el contenido emocional positivo en estos escritos y los riesgos de mortalidad en la vida anciana.

Conforme el cuartil de la evaluación de la emoción positiva en la vida anciana aumentó, había un descenso gradual en el riesgo de mortalidad, dando como resultados en un 250 por ciento de diferencia entre los cuartiles más bajos y más altos. Confirmando de nuevo la importancia de adoptar perspectiva del ciclo de la vida en el paradigma de la política preventiva. Danner et al. (2001) concluyen que el contenido emocional positivo en las autobiografías en las vidas tempranas estaban fuertemente asociadas a la longevidad tanto igual como seis décadas después.

El enfoque del envejecimiento productivo, a su vez, destaca el hecho que la idea común de que la productividad se detiene una vez que la persona se vuelve vieja, es errada. El envejecimiento productivo se ha convertido en un foco en la agenda de políticos y científicos sociales en el mundo que envejece (e.g. Erlinghagen y Hank, 2006). Comparaciones nacionales de las actividades productivas en la edad adulta media y posterior sugieren una diversidad considerable entre países en consideración con el compromiso en el empleo pagado y varios dominios de trabajo no pagado (e.g Hank, 2011) El enfoque del envejecimiento productivo propone un enfoque inicial en las contribuciones económicas de las gente más anciana en términos del empleo pagado y el voluntariado (Eurofound, 2007; Skirbekk, 2008; Santo Paul, 2009; Dorn y Souza Poza, 2010) Este enfoque productivo también puede explicar por qué los instrumentos de políticas concretas hasta ahora se desarrollaron para traducir el envejecimiento activo a las políticas públicas, que han sido abrumadoras en los dominios políticos del mercado laboral (Walker 2010). Las políticas de activación han adquirido un estado central dentro de la mezcla de políticas del mercado laboral de los estados miembros de la OCDE en el año reciente (Bonoli 2012, Tepe y Vanhuysse, 2013). Por ejemplo, uno de los cinco objetivos principales de Europa 2020, la estrategia de 10 años propuesta por la Comisión Europea en el año 2010 para un crecimiento inteligente, sustentable e inclusivo y así fomentar el crecimiento. El empleo estaba elevando la tasa de empleo de la edad laboral de la población hacia al menos un 75 %. De forma similar, entre los siete 'iniciativas emblema' de la Estrategia Europa 2020, la agenda para nuevas aptitudes y trabajos propone moderniza los mercados laborales al facilitar la movilidad laboral y el desarrollo de aptitudes a lo largo del ciclo de la vida con la idea de incrementar la participación laboral.

Cuando se le da una mirada a las tendencias del pasadas de hace cinco décadas, generalmente la dirección ha ido en ascensión firmemente para la mayor parte de los países de la OCDE en relación a las expectativas de vida a los 65 años de vida, aunque fuertemente hacia abajo en relación a la

Se debe prevenir la pérdida de trabajo: la inactividad es una calle de un solo sentido para la mayoría de los trabajadores adultos mayores.

Trabajar más debe ser visto como una consecuencia lógica de vivir más.

participación de la fuerza laboral en trabajadores de más viejos entre las edades de 55 a 60, hasta 64 (OECD, 2006; Wise, 2010). La mayoría de las nuevas contrataciones entre los trabajadores ancianos tienden ser entre trabajadores que cambian de trabajos, en vez de ser trabajadores previamente desempleados o inactivos (OECD, 2006). En especial, la inactividad, tiende a ser una calle de un solo sentido para la mayoría de los trabajadores ancianos. Una vez que los trabajadores dejan el mercado laboral, por consiguiente, raramente vuelven a este. Combinado con una esperanza de vida que crece constantemente tanto en el nacimiento como a la edad de retiro, estos son claramente desarrollos insostenibles que necesitan ser abordados por la extensión de las vidas de los trabajadores, incluyendo la activación de trabajadores ancianos. Como muchos expertos han notado, el trabajar más debe ser visto la consecuencia lógica de vivir más (Wise, 2010; Hering, 2012).

Interesantemente, adoptar una perspectiva del curso de la vida en el envejecimiento activo, llevaría a uno a esperar que las políticas de mercado laboral activas tengan un efecto positivo (a menudo involuntario) en realzar las funciones activas no solo para los ciudadanos ancianos, pero también de las personas en edad para trabajar. En el despertar de los mercados laborales libres, una creciente competencia internacional y carreras laborales marcadas en ascenso, los ciudadanos en edad de trabajar en economías avanzadas, incluso gente entendida de los mercados laborales tradicionales con trabajos altamente protegidos demandan más gasto de la activación de políticas en vez de protección del empleo estándar, ya que ellos ven tales políticas de activación como una inversión en sus futuras oportunidades de empleabilidad.¹⁰ Pero más allá de la seguridad económica, hay algunas indicaciones que el invertir en políticas de mercado laboral activas, además de capacitar a los trabajadores y re activar a los trabajadores desempleados (los objetivos principales previstos), pueden tener efectos secundarios positivos en los niveles de participación social de los trabajadores en edad para trabajar. En un estudio transnacional del impacto en gastos del mercado laboral activo en las redes sociales de los ciudadanos y su percepción de la exclusión social de 17 países europeos, Anderson (2009) muestra que el gasto en activación tiende a fomentar significativamente la conectividad de los ciudadanos y que significativamente reduce el sentido de la exclusión social. En países que gastan más en las políticas de activación, los ciudadanos muestran interacciones sociales más frecuentes tanto con miembros de la familia, con amigos y con compañeros de trabajo. Además, los ciudadanos en países que altos gastos en activación, tienden a ser significativamente más activos en organizaciones vo-

¹⁰ Ver Anderson y Pontusson (2007), Tepe y Vanhuyse (2013). De hecho, desde el inicio del crisis de 2008 los ciudadanos perciben las políticas del mercado laboral como más importantes porque entregan un sentido de seguridad laboral durante la crisis actual; es decir, en vez de verlos como políticas que protegen trabajos, por ejemplo como legislación de protección del empleo. (Chung y van Oorschot 2011).

luntarias y reportan más a menudo que participan en actividades sociales. Anderson (2009) argumenta que este elevado nivel de participación e inclusión social han sido fomentadas ambas por la inversión total en activar las políticas de mercado laboral activas y la orientación de estos programas sociales para mejorar las aptitudes de la gente (aunque vea Breidahl y Clement 2010). Además, estos efectos beneficiosos en la participación e inclusión social, tienden a ser más pronunciadas entre los individuos que ocupan una posición en el mercado laboral más precaria. – por ejemplo, extranjeros en el mercado laboral. En otras palabras, las políticas de activación tienen el potencial de afectar a la empleabilidad y a la vida social de los ciudadanos a los que tales políticas van más dirigidas.¹¹

La Organización Mundial de la Salud, en su papel de marco del envejecimiento activo (2002), propone un acercamiento multidimensional comprensivo para el envejecimiento activo que sintetiza y subsume los acercamientos previos (ver también Buys y Miller 2012, Walker 2010). Está basado en tres acercamientos básicos para activar preventivamente a trabajadores y a ciudadanos ancianos: la salud, definida como la incluyente de ‘todos los aspectos del bienestar físico, mental y social, expresado en la definición por parte de WHO de salud’, la participación (definida como proveer ‘educación y oportunidades de aprendizajes, reconocer y permitir la participación en el trabajo formal e informal, favorecer la participación completa en la vida comunitaria’), y seguridad (definida como asegurar ‘la protección, el resguardo y la dignidad de a gente anciana al abordar los derechos sociales, financieros y seguridad física y las necesidades de la gente a medida que envejecen’). El acercamiento de WHO coloca al envejecimiento activo como el marco conceptual preeminente para investigar y mejorar preventivamente varios aspectos de las actividades de los adultos mayores en cuanto a la calidad de vida y su bienestar general a medida que envejecen. Aunque más importante, este acercamiento al igual que los otros revisados más arriba, es principalmente conceptual, no empírico. Como muchos análisis de los acercamientos del envejecimiento activo indican, éste comprensivo análisis de WHO, sin embargo aporta poca orientación e incluso menos consenso con respecto a los indicadores cuantificables específicos para ser usados en medir en envejecimiento activo (e.g. Buys y Miller 2012, Hutchinson et al. 2006; Walker 2010) Tome en cuenta que, además, que el acercamiento WHO considera principalmente (cronológicamente) a la gente anciana. Es decir, incluso a pesar de que es palabra al concepto, este no provee una perspectiva del curso de la vida.

Y tal perspectiva es fundamental. Tal como se nota en las secciones 1 y 2, los resultados de las políticas y los medioambientes familiares y

¹¹ Por otra parte, Anderson (2009) señala que los que participan en el mercado laboral, así como los que no participan, se benefician, ya que no tienen lazos sociales exclusivos. Cuando los externos interactúan socialmente, los participantes son a menudo partes en la interacción. Por otra parte, en un estudio sobre Dinamarca, Breidahl y Clemente (2010) no encuentran un efecto de participación en este tipo de programas de activación en relación a tres indicadores diferentes de la marginación social relativa a las redes sociales de los individuos, su estigmatización y su autoestima.

La política de retiro debe empezar con los bebés: el bienestar de los pensionados del mañana dependen de las oportunidades de vida que tengan los niños de hoy.

¹² Settersten (2006) indica que tal perspectiva del curso de vida debe incluir (a) el envejecimiento a lo largo de múltiples dimensiones (física, cognitiva, psicológica, ...) y las esferas sociales (familia, trabajo, educación, ocio); (b) el envejecimiento en múltiples direcciones: descenso y crecimiento; (c) los procesos y mecanismos de cómo las experiencias de vejez son moldeadas por períodos anteriores cercanos y lejanos en el tiempo; (d) cómo las experiencias relacionadas con el envejecimiento son moldeadas por las características específicas del entorno social: ajustes proximales de la vida cotidiana (familia, redes sociales, trabajo, ...) y los ajustes distales (el Estado, las políticas, los parámetros macro-demográficos y macroeconómicos, ...).

educacionales durante las etapas tempranas de la vida, tienen un impacto significativo muy profundo en la vida de los individuos en la adultez mayor. Como Esping-Andersen (2009: 163) resume la perspectiva del curso de la vida en políticas de seguridad social como: ‘una buena política de retiro debe empezar con los bebés. La distribución del bienestar entre los jubilados del mañana dependerá por sobre todo en la inequidades en la vida de los niños de hoy.’ Por lo tanto, dado el fuerte impacto de los aspectos de la vida temprana, tales como los resultados de los comportamientos educacionales y de comportamiento, cognitivos y no cognitivos, y de los medioambientes de la vida, hay un asunto importante por adoptar la perspectiva del curso de la vida en las políticas preventivas focalizada en los trabajadores y ciudadanos ancianos. Según Walker (2010: 596), el envejecimiento activo debería ser ‘una estrategia integral que maximice la participación y el bienestar a medida que la gente envejece. Debería operar simultáneamente en etapas individuales (estilo de vida), organizativo (administración) y social (política) y en todas las etapas del curso de la vida’. De la forma en que Settersten (2006: 4) lo describe, entender el curso de la vida se trata de describir las experiencias individuales y colectivas y estados ‘por largos periodos de tiempo y explicar las causas y consecuencias de a corto y largo alcance de estos patrones.’ Esto significa que aplicadas al trabajo y al retiro, que debemos prestar especial atención a los cambios en las límites entre las tres cajas: la educación, el trabajo y la recreación (el retiro temprano aunque también el no retiro, la educación más prolongada, la longevidad incrementada, la duración de la vida debido a al rápido cambio tecnológico).¹² Aunque Settersten señala que la estructura de las tres cajas se mantiene en gran parte intacta en la mente de los que diseñan las políticas, hay un creciente número de científicos que se están volviendo más conscientes sobre los cambios de los límites.

El galardonado con el premio Nobel de Economía de 1993, Robert Fogel (1999; 2003) ha mostrado la relación empírica entre la nutrición en la vida temprana con los resultados de salud de la adultez. De forma similar, con respecto a los resultados de la educación, Banks y Mazzona (2012) evalúan los efectos causales de una reforma política del mundo real – el aumento histórico en la edad mínima para dejar la escuela en Inglaterra va desde los 14 a los 15 – en habilidades cognitivas a edades más viejas, después de los 50 años. Ellos encuentran un efecto extenso e importante en la política de reforma en la memoria y funcionamiento ejecutivo a edades más avanzadas, como se ha medido en pruebas cognitivas. Este resultado es particularmente destacable, ya que la reforma tenía un efecto poderoso e inmediato en casi la mitad de la población de jóvenes de 14 años. Otros

estudios recalcan de forma similar la asociación positiva entre la educación y las habilidades cognitivas en la tercera edad. Por lo tanto Glymour et al. (2006) encontraron evidencia de una relación causal entre la educación y la memoria. Al explorar la variedad geográfica en las reformas de enseñanza obligatoria en Estados Unidos, encontraron un efecto positivo en la adición de un año de educación en los resultados de exámenes de memoria en edades más avanzadas.

El argumento, ilustrado en la Figura 1, de que la intervención del gobierno en la adquisición de aptitudes, aprendizaje y capacitación es más efectiva y rentable en etapas más tempranas que en más maduras, ha sido reforzado al otro extremo la ciclo de la carrera. Kristensen (2012) usó una serie de datos longitudinal entre empleado y empleador único, en todo el grupo de edad entre 1936 y 1944 en Dinamarca, condicionado en permanecer activo en el mercado laboral en el 2001, en ese año los grupos de edad seleccionados fueron entre 57 y 65. La serie de datos facilita la información de exhaustivos documentos de capacitación copatrocinados del gobierno que abarcan tres décadas y fue utilizado con el objetivo de estudiar el efecto en la participación de estos trabajadores ancianos en el aprendizaje formal de toda la vida en la decisión del retiro temprano. La serie de datos incluye ambos cursos básicos dirigidos a individuos con niveles de educación formal bajo a medio y se concentra en la alfabetización básica aptitudes numéricas, al igual que clases de lenguaje, cursos vocacionales y técnicos dirigidos a todos los grupos de trabajadores y con la corta duración de algunos días o menos de dos semanas; y cursos post secundarios que incluyen entrenamiento genera y más específicos de la educación superior hasta el nivel de universidad. Contrariamente a lo esperado, de que más capacitaciones permanentes llevan a vidas laborales más largas, Kristensen encuentra que la participación en el aprendizaje permanente formal solo tiene un impacto insignificante en alargar la vida laboral al retrasar el retiro. En promedio, un año de entrenamiento solo añade un mes de duración de carrera. Esto indica que la capacitación permanente por sí sola no sea suficiente para prolongar substancialmente las carreras y para activar a la población anciana trabajadora, aunque no necesariamente esto signifique que los programas de capacitación copatrocinados del gobierno no pueda mejorar la productividad de los trabajadores adultos mayores.

LA PREVENCIÓN DEL BIENESTAR

Y LA COGNICIÓN DECLIVES DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN

¹³ Christensen et al. (2008) utilizan una encuesta longitudinal de toda la cohorte de 1905 danesa desde 1998 a 2005 para evaluar la pérdida de la independencia física y cognitiva en el rango de edad de 92 a 100 años. Se estudiaron los resultados funcionales múltiples, inclusive la independencia (que se define como la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda) y que tiene una puntuación en el Examen Mini del Estado Mental de 23 o superior. En el agregado, la cohorte de 1905 sólo tuvo un ligero descenso en la proporción de individuos independientes en las cuatro evaluaciones que ocurrieron entre los 92 y 100 años de edad: 39%, 36%, 32% y 33%, con una diferencia entre la primera y la última evaluación de 6%. Para los participantes que sobrevivieron hasta el año 2005 (que significa que cumplieron 100 años). Sin embargo, la prevalencia de la independencia se redujo en más de un factor de 2, desde 70% en 1998 al 33% en 2005. Se obtuvieron resultados similares para los otros resultados funcionales. Christensen et al. (2008)

Las literaturas en psicología y economía indican un fuerte conjunto de justificaciones políticas para activar de manera preventiva a los trabajadores de edad avanzada, tanto mediante la disminución de la jubilación anticipada y prolongar la vida laboral, como para la reactivación de personas ya jubiladas que todavía están dispuestos y son capaces de trabajar. La jubilación anticipada no está asociada solo con ingresos más bajos y por lo tanto menos recursos para invertir en la salud, sino que, fundamentalmente desde el punto de vista de la seguridad social, también con una menor actividad cognitiva y física (Rohwedder y Willis 2010) y con los cambios en los estilos de vida cotidiana que pueden llevar a un comportamiento poco saludable (Kuhn et al. 2010). A nivel individual, la esperanza de vida sana está aumentando más rápido que la esperanza de vida en la mayoría de las economías avanzadas. Esto implica que el período promedio en que un anciano necesitará cuidados a largo plazo en su vida se está en realidad reduciendo.¹³

Los efectos de la jubilación en la salud y la mortalidad se entienden cada vez más en los últimos años. Por ejemplo, Behncke (2012) investiga los efectos de la jubilación en varios resultados de salud con datos de las tres primeras oleadas del Estudio Longitudinal Inglés de Envejecimiento. La jubilación aumenta significativamente el riesgo de ser diagnosticado con una enfermedad crónica. En particular, se aumenta el riesgo de una enfermedad cardiovascular grave y de cáncer. Esto también se ve reflejado en un aumento de los factores de riesgo de salud (por ejemplo, índice de masa corporal, colesterol, presión arterial) y el aumento de la dificultad para realizar actividades físicas. Por otra parte, la jubilación incrementa la automedicación y empeora la percepción propia de la salud.

En el mismo sentido, Kuhn et al. (2010) saca provecho de un cambio importante en el sistema de seguro de desempleo en Austria, lo que permitió a los trabajadores de edad de ciertas regiones elegibles tener derecho a jubilarse hasta 3,5 años antes que los trabajadores de las regiones no elegibles. Metodológicamente, esto les permite resolver el problema de selección de salud adversa (es decir, los trabajadores no saludables se retiran debido a que son poco saludables) así como también exponer un argumento causal sobre el efecto de la jubilación en la mortalidad. Ellos encuentran que una reducción de la edad de jubilación provoca un aumento significativo en el riesgo de muerte prematura (definido como la muerte antes de los 67 años) para los hombres, aunque no para las mujeres. El efecto para los hombres es no sólo estadísticamente significativo, sino que

también es cuantitativamente importante. Kuhn et al. (2010) estiman que un año adicional de jubilación anticipada provoca un aumento en el riesgo de muerte prematura de 2,4 puntos porcentuales; esto equivale a un aumento relativo de alrededor de 13,4%; o 1,8 meses en términos de años de vida perdidos. Kuhn et al. (2010) hacen una segunda contribución al proporcionar sólidos indicios de que las razones de que estos niveles más altos de muerte prematura entre los hombres jubilados están vinculados a los cambios en los comportamientos relacionados con la salud de los hombres asociados principalmente con fumar, beber, una dieta poco saludable y menos ejercicio físico. Al analizar las estadísticas de causas de muerte, se encuentran con que el exceso de mortalidad se concentra en tres causas específicas de muerte (enfermedades isquémicas del corazón, en su mayoría ataques al corazón, enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol, y lesiones en vehículos) que dan cuenta de forma conjunta de no menos de 78% del efecto causal de jubilación (mientras que representa solo 24% de todas las muertes de la muestra). De hecho, Kuhn et al (2010) estiman que 32.4% del efecto causal de jubilación se puede atribuir directamente al consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol únicamente.

Más allá de la cantidad extra de tiempo libre y los niveles de estrés más bajos pero más altos riesgos para la salud y mortalidad asociados a menudo con estar jubilado, existen múltiples influencias de la salida del mercado laboral en los niveles de bienestar subjetivo. Por un lado, una razón clave para el aumento de la pérdida voluntaria de empleo entre los trabajadores de más edad puede ser el sentido mayor de bienestar subjetivo (o calidad de vida) asociado con tener la opción de decidir la propia situación laboral. Mientras que las personas que están empleadas generalmente registran niveles bienestar subjetivo más alto que los que ya no están activos, entre este último grupo a las personas que tenían algún grado de agencia y control sobre su salida del mercado de trabajo registran claramente mayores niveles de bienestar.¹⁴ Por el contrario, haber estado obligado a abandonar el mercado laboral y haber integrado la jubilación anticipada tiende a conducir a niveles más bajos de bienestar subjetivo. Al analizar 1167 cuestionarios de los hombres británicos empleados, desempleados y jubilados y mujeres entre 50 y 74 años de edad, y distinguir entre aquellos que voluntariamente carecen de empleo (como los que se había retirado voluntariamente antes de tiempo) y aquellos a los que les fue impuesto quedar sin empleo (por ejemplo, los obligados a jubilarse anticipadamente), Warr et al. (2004) encontraron que la capacidad de escoger el rol actual se asoció significativamente con un mayor bienestar subjetivo. Adicional-

La salud y calidad de vida subjetiva empeora, y la depresión aumenta, por los que dejan el mercado laboral anticipadamente.

argumentan que la discrepancia entre la trayectoria de la población y la trayectoria individual es causada por el aumento de la mortalidad entre las personas dependientes. Para el individuo, larga vida trae un mayor riesgo de pérdida de la independencia. Para la sociedad, no se esperan reducciones de la mortalidad para dar lugar a niveles excepcionales de la discapacidad en las cohortes de los muy ancianos. Pero en el nivel macro, debido a la forma del desarrollo de la pirámide de población como consecuencia del envejecimiento de la población en general, la proporción de la población de ancianos con necesidad de recibir cuidado a largo plazo está aumentando mientras que los tamaños de familia promedios más bajos reducen la proporción de personas de edad avanzada que cuentan con cuidado familiar.

¹⁴ Por ejemplo, la investigación de la relación entre la elección de participar o

no participar en la fuerza laboral y el bienestar físico y psicológico entre los 1339 participantes mayores de 55 años en la encuesta estadounidense sobre vidas cambiantes llamada *Americans' Changing Lives Survey* (que utilizó sobremuestreo en el grupo de 60+), Herzog et al. (1991) encontraron que no era la cantidad de trabajo que afectó al bienestar de los jubilados, sino la elección del papel actual (es decir, ser empleado o jubilado). Aquellas personas cuyo estado laboral actual (es decir, de ser jubilado) era el resultado de una elección personal mostraron mayores niveles de bienestar que aquellos cuyo estado actual fue impuesto. La capacidad de retirarse voluntariamente se asoció con una mayor satisfacción con la vida y menos deterioro cognitivo que los que fueron forzados a dejar la fuerza laboral involuntariamente. Aunque los últimos hallazgos fueron estadísticamente significativas para los únicos mayores de 65 años, los resultados mostraron la consistencia en la medida en que la sensación de control sobre su elección estaba relacionada a una mayor salud y bienestar.

mente, en un estudio de más de 15000 personas en once países, Waginger (2009) encontró que la salud y calidad de vida subjetiva son generalmente menores, y los síntomas de depresión mayores, en individuos que se jubilaron anticipadamente, aun después de controlar por individuos que lo hicieron por problemas de salud. Waginger también indica que el retiro involuntario forzado se asocia con menores niveles de bienestar que las personas que optan por jubilarse anticipadamente de forma voluntaria.

Además, otra lógica fuerte para activar trabajadores mayores es el hecho de que la jubilación anticipada también parece resultar en una forma de deterioro cognitivo llamado “la jubilación mental”. Rohwedder y Willis (2010) indican que a través de todos países la jubilación se asocia con una disminución cognitiva marcada, como el probable resultado de que los jubilados en general suelen vivir vidas menos exigentes en términos conflictivos durante la jubilación en comparación a su vida laboral. Sugiriendo un argumento causativo desde el retiro hacia un descenso cognitivo al nivel macro, Rohwedder and Willis (2010) demuestran que los países con un esquema de retiro más permisivo no solamente tienen menos adultos mayores. También experimentan resultados más bajos en pruebas de reconocer palabras dentro de este grupo etario. Sin embargo, hay algunas indicaciones de que este efecto cognitivo no es uniforme para individuos jubilados. Al estudiar el vínculo entre el retiro y el desarrollo cognitivo, De Grip et al. (2012) encontraron que los jubilados enfrentan mayores reducciones en términos de su velocidad de procesar información que las personas que siguen ocupadas. Pero, es interesante notar que la flexibilidad cognitiva de los jubilados disminuye menos, y este efecto se mantiene fijo por seis años después del retiro. Estos dos efectos opuestos del retiro sobre el desarrollo cognitivo son comparables a individuos con una diferencia de edad de entre 5 a 6 años. De Grip et al. (2012) sugieren que estos dos efectos compuestos no pueden ser explicados ni por un efecto de alivio (después de haber trabajado en cargos que no requieren habilidades cognitivas), ni por cambios en estilo de vida. Y al controlar basados en cambios en presión sanguínea (que tienen una correlación negativa con la flexibilidad cognitiva), los autores aún encuentran reducciones menores en la flexibilidad cognitiva de los jubilados. De Grip et al indican que debido a que la reducción en la velocidad de procesar información después del retiro es especialmente marcada en las personas menos educadas, la reactivación de estas personas después del retiro podría bajar los costos sociales de una sociedad en envejecimiento. Esta relación claramente ofrece otra razón para mantener a estos trabajadores mayores dentro del mercado laboral y en condiciones laborales estimulantes, sino también para promo-

ver o varios tipos de retiro, como participación social hasta trabajo voluntario. También ofrece una razón más radical con la promoción de una segunda forma de experimentar el envejecimiento activo: la no jubilación.

Una dimensión reciente del envejecimiento muy activo merece una mención especial: el fenómeno del no retiro entre trabajadores mayores. La no jubilación es un fenómeno poco estudiado que involucra a los trabajadores jubilados que se reinsertan en el mercado laboral después de haberse jubilado. Esta no jubilación es un concepto distinto del a retiro parcial (que se refiere a los trabajadores activos que se retiran del mercado laboral en forma parcial). En un estudio de los trabajadores mayores en Estados Unidos, Hardy (2006) observa que solamente la mitad de todos los trabajadores mayores viven una jubilación muy categórica donde no trabajan en el empleo de tiempo completo. La otra mitad entra a la jubilación de forma paulatina (menos horas trabajadas), mediante trabajos puente (trabajos menor remunerados, distintos de su carrera anterior) o la no jubilación. Hardy encuentra que este segundo fenómeno, la no jubilación, es más común entre los jubilados que se jubilan entre los 50 y 55 años de edad, y suele ocurrir principalmente dentro de los primeros dos años de retiro. En promedio, los no jubilados norteamericanos permanecen en la no jubilación por cuatro años y prefieren trabajos puente que pagan menos y requieren menos horas de trabajo que su empleo anterior, más a menudo en el trabajo independiente. En un estudio inédito basado en datos europeos, Pettersson (2011) estudia la no jubilación (la cual tiene una definición muy similar en términos de reinsertión a la fuerza laboral) en Suecia entre individuos de 56 años y mayores que son jubilados entre 1994 y 2007. Encuentra que la no jubilación es significativa pero menos que la escala vista en Estados Unidos (el único otro país donde fue estudiada la no jubilación): hasta 14% de los suecos recién jubilados vuelven a trabajar al menos una vez durante su jubilación. Y estos no jubilados, la mayoría que son hombres, suelen trabajar por casi tres años en promedio. Pettersson (2011) y encuentran que la probabilidad de no jubilarse tiene una correlación negativa con los estados de ser mujer; ser mayor entre la población jubilada; recibir beneficios sociales; haber nacido fuera de Suecia; no contar con mucha educación; tener más ingresos previsionales; y tener un cónyuge que sea jubilado. La no jubilación parece ser una decisión de estilo de vida y no una decisión impulsada por necesidad económica. Una vez jubilados, reinsertión al mercado laboral suele ocurrir como el resultado de una decisión voluntaria y no necesidad económica.

Utilizarlo o perderlo: a través de todos los países, la jubilación se asocia con una disminución cognitiva marcada.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

La revisión de la literatura sobre economía, política social, sociología y política pública ha identificado elementos fundamentales para el diseño de políticas y la fijación de ciclo de vida para el paradigma preventivo en políticas sociales. Este paradigma está dirigido a reorientar las políticas sociales hacia la preparación de las personas para adaptarse a las condiciones laborales y riesgos sociales cambiantes en vez de responder mediante medidas para remediar problemas sociales causados por las fallas del mercado, mala fortuna social, salud deteriorada o falencias de las políticas prevalentes. Al abarcar, incluso prevenir, un espectro amplio de problemas sociales y en su infancia, este paradigma puede ser fundamental para fomentar los fundamentos fiscales y la resistencia de los sistemas de seguridad social para envejecidos. También indica una necesidad de adoptar una perspectiva de ciclo de vida en donde los gastos actuales provenientes de políticas sociales preventivas pueden redundar en ahorros significativos más adelante en el ciclo de vida de los afectados. Un mensaje general de políticas fundamental es que los programas educativos y de cuidado infantil en la vida temprana de los niños tienen un potencial enorme para impulsar la efectividad de políticas sociales al anticipar y prevenir un espectro amplio de problemas sociales en formas que ahorran recursos públicos a largo plazo mientras aumentan la igualdad de oportunidad para todos. La mejor evidencia disponible de programas piloto en Estados Unidos sobre el impacto y costos socioeconómicos, así como los beneficios de programas preescolares que contiene aspectos de educación, cuidado y mejoras para el ambiente familiar demuestran que las ganancias en términos de capital humano de las distintas habilidades cognitivas y no cognitivas pueden tener beneficios durante toda la vida; y no únicamente para el individuo (rendimiento privado), sino para toda la sociedad (rendimiento social).

Análisis longitudinales también han seguido a los miembros de grupos de control y experimentales (inicialmente a muy temprana edad) a través de su vida y a medida que entraron a la enseñanza primaria, a la enseñanza secundaria y, más tarde, a medida que entraron al mercado laboral. Este cuerpo de datos es evidencia convincente para una fórmula de políticas potente. Estos tipos de iniciativas pueden potenciar de forma muy significativa la igualdad de oportunidad al ofrecer acceso universal, especialmente para ciudadanos que han nacido dentro de una clase socioeconómica o en un entorno familiar vulnerable (Vanhuysse 2014; 2015b). Pero

es importante destacar el hecho de que aun cuando se analiza desde un punto de vista netamente económico, estos programas constituyen un uso eficiente de recursos fiscales (la limitación fiscal) y tienen el potencial de agregar recursos fiscales a los sistemas de pensiones, salud pública, cuidado de largo plazo y otros programas de índole de seguro social que forman parte de la nueva realidad en estados de bienestar en envejecimiento en décadas futuras (la limitación demográfica). En fin, políticas de intervención temprana preventivas son capaces de rendir resultados importantes y duraderos durante el ciclo de vida de cada participante. Al analizar el espectro amplio de beneficios que entrega a los participantes así como a cada miembro de la sociedad, es fácil entender que valen cada aporte monetario que reciben del Estado.

Las intervenciones educativas a temprana edad de calidad subsidiadas son una máxima expresión de la política preventiva social. La mayoría de la rentabilidad de las inversiones en la parte temprana de la vida de los individuos aparece en forma de niveles reducidos de una amplia variedad de males sociales que serían mucho más caros de tratarse más tarde en el ciclo de vida de las personas involucradas. Comparados con controles aleatoriamente asignados, dos participantes en varios programas piloto de educación preescolar en Estados Unidos tuvieron mejores resultados en un espectro amplio de variables que miden preparación escolar, logros educacionales y tasas de egreso de la preparatoria. Además, más tarde en el ciclo de vida, se evidencian mediante las tasas de empleo, dependencia de programas de bienestar, ingresos mensuales, propiedad de viviendas, niveles de delito y reclusión. ¿Pero cómo se mide la calidad de estas intervenciones? Al menos seis indicaciones explícitas provienen del cuerpo de evidencia sobre programas de intervención preescolar (Barnett 2002): (1) hay que mantener el número de alumnos y la razón alumno-profesor bajos; (2) hay que contar con profesores bien remunerados y eminentemente calificados con al menos un grado académico y con alguna especialización en la enseñanza preescolar; (3) el currículo debe ser intelectualmente estimulante y suficientemente amplio para abarcar las necesidades del desarrollo de los alumnos en cada dominio; (4) los programas deben contar con la participación activa de apoderados y encajar con sus necesidades, así como las necesidades de cuidado infantil; (5) los programas deben iniciar no más allá de los tres años de edad; (6) hay que dirigir los cursos mayoritariamente hacia los niños vulnerables. En este tipo intervenciones de política preventiva de calidad suelen ser más efectivas las intervenciones que ocurren más tarde en la vida de los jóvenes, tales como reducir el número de alumnos en el aula, la capacitación vocacional y los

programas de enseñanza básica para adultos (Carneiro y Heckman 2003; Heckman 2000; 2013).

Mientras los programas de intervención preescolar pueden parecer costosos en términos absolutos, son bastantes eficientes en términos de costos una vez que incorporamos el espectro amplio de futuros beneficios que se entregan al individuo que participa así como al resto de la sociedad.

Otra lección de políticas clave es el hecho de que las oportunidades en la vida de un individuo no dependen exclusivamente de su habilidad cognitiva sino en una medida pareja de rasgos de comportamiento y psicológicos, tales como el aprendizaje socioemocional, perseverancia, motivación y confianza en términos de aprendizaje y de ejecutar tareas (Rowan 2011; Heckman and Kautz 2012). De hecho, las habilidades cognitivas y no cognitivas son igualmente capaces de predecir los resultados socioeconómicos posteriores relacionados al seguro social, como el embarazo juvenil, reclusión, terminar la preparatoria y la universidad, fumar tabaco e ingresos vitalicios (Heckman 2013: 13).

Todo indica la necesidad de incorporar habilidades blandas de forma más explícita dentro de las iniciativas preventivas durante las etapas escolares. También tienen relevancia en términos del diseño de políticas y la manera en que estas se pueden ajustar para optimizar su efectividad durante las distintas etapas escolares (niñez y adolescencia). Entre alumnos de octavo y duodécimo grado, el efecto negativo más potente en términos de resultados en la adultez, tales como egresar de preparatoria, egresar de la universidad e ingresos laborales a los 26 años, son especialmente vinculados al rendimiento consistentemente bajo en matemática y a persistentes problemas de aprendizaje (Farkas 2011).

Desde un punto de vista de políticas de intervención, sin embargo, un punto muy importante de tomar en cuenta que las habilidades cognitivas suelen cristalizarse (y por lo tanto ser menos propensas a responder a intervenciones) relativamente a temprana edad. En contraste, las habilidades no cognitivas son más maleables y responden a iniciativas de políticas bien diseñadas durante períodos más alargados – incluso hasta al menos la adolescencia tardía (Heckman y Kautz 2012; Dweck 2012, 2013). Como indica Heckman (2013: 38, 126), mientras las habilidades cognitivas empiezan a solidificarse aproximadamente a los once años, como consecuencia del desarrollo paulatino del cortex prefrontal (que regula la habilidad de juzgar y tomar decisiones), los rasgos psicológicos quedan maleables durante un período mucho más largo, incluso hasta los 20 años. En otras palabras, a medida que los niños crecen, las políticas preventivas deben mirarse desde un enfoque sobre la cognición, la solución de problemas y

preparando a los niños para la escuela durante su niñez temprana, hacia un enfoque más definido sobre determinación, perseverancia, creencia en sí mismo y auto eficacia durante sus últimos años de educación primaria, enseñanza secundaria y los años de adolescencia.

Al otro lado del espectro del ciclo de vida, un enfoque preventivo es potenciar las habilidades y niveles de preparación física y mental de los trabajadores adultos mayores y los ancianos activos en lo posible mediante políticas de envejecimiento activo específicamente dirigidas a reducir la jubilación anticipada, extender la vida laboral y prevenir en lo posible la disminución cognitiva y su bienestar. En una escala sorprendentemente significativa, el hecho de ser (o permanecer) activo es importante en este respecto. Evidencia concreta sobre cómo traducir estos asuntos importantes objetivos de política pública es el Índice de Envejecimiento Activo/*Active Aging Index* del European Centre Vienna (2013). Este indicador contiene cuatro dominios y 22 dimensiones a través de 27 países. Incluye cuatro dimensiones fundamentales: (1) empleo de trabajadores mayores (55-59, 60-64, 65-69 y 70-74); (2) participación en el dominio *sociedad* a través de cuatro dimensiones (actividades voluntarias, cuidar niños y nietos, cuidar adultos y participación política); (3) una vida independiente, sana y segura al través de seis dominios (actividad física, acceso a salud y cuidado dentales, vida independiente, seguridad financiera, seguridad física y aprendizaje durante toda la vida); (4) la capacidad y un ambiente que conduzca al envejecimiento activo (expectativa de vida a los 55 años, proporción de expectativa de vida sana a los 55 años, bienestar mental, uso de TIC, conectividad social y lucros educativos). Estos cuatro dominios y 22 dimensiones ofrecen la misma cantidad que objetivos claros y medibles para las políticas públicas preventivas enfocadas en activa y prepara la cohorte mayor de la fuerza laboral, así como los adultos mayores activos en la jubilación.

En resumen, es necesario seguir desarrollando el naciente paradigma de políticas sociales preventivas tal como está concebido por la CISS. La idea fundamental de un nuevo paradigma como debiera ser se desplaza desde la formulación de políticas sociales proactivas de corto a largo plazo, en lugar de ser *reactivas* a los problemas y necesidades sociales, así como incluir múltiples dimensiones de desigualdad e inequidad más allá de los ingresos, incluyendo pero no limitándose a salud, pobreza e información. Tales políticas tienen gran potencial en términos de ahorros fiscales y salud poblacional. Futuros caminos de investigación podrían incluir esfuerzos para: (1) ampliar la lista de políticas sociales preventivas basadas en conocimiento con trayectorias comprobadas; (2) ampliar los dominios

del paradigma de economía preventiva para comprender todos las dimensiones de la seguridad social; (3) delinear de forma más explícita los fundamentos político económicos y mecanismos micro comportamentales que serán más propensos de conducirse hacia una implementación exitosa de políticas sociales preventivas; y (4) desarrollar indicaciones para las políticas sociales preventivas hechas a la medida de los parámetros presupuestarios, demográficos y socioeconómicos de los varios estados miembros que comprenden la CISS.

La salud, nuevos retos y nuevos padecimientos

La enfermedad hace buena y
agradable la salud, el hambre a
la saciedad, el trabajo al reposo.

Heráclito

En materia de salud, enfrentamos retos trascendentes. El envejecimiento de la población, causado por menores tasas de fecundidad y una mayor esperanza de vida de la población mayor de 60 años, se suma a un entorno epidemiológico complejo, en el que las enfermedades no transmisibles aumentan de manera preocupante. Este entorno plantea desafíos para brindar servicios de salud asequibles y de calidad para todos.

Además, el consenso internacional ha propuesto dos metas desafiantes. Por una parte, está el compromiso de los países de dar acceso a la salud a todas las personas, así como facilitarles servicios adecuados y oportunos, además de medicamentos asequibles y de calidad, sin importar si tienen empleo o no (OPS/OMS d). Por otra parte, en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados en septiembre de 2015, los Estados se han comprometido a avanzar para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos antes de 2030 (Naciones Unidas, 2015b).

Estas metas representan enormes esfuerzos para responder a la dinámica poblacional. En el hemisferio hay cerca de mil millones de habitantes, quienes tienen una esperanza de vida de 74.6 años en América Latina y el Caribe, y de 79.3 en EUA y Canadá, cuando en 1950 la esperanza de vida promedio era de 45 años (CISS).

Este logro de las políticas públicas del siglo XX implica nuevas demandas de salud, algunas determinadas por la edad avanzada y otras por estilos de vida poco saludables. El perfil epidemiológico ha transitado de las enfermedades transmisibles a padecimientos más caros y largos. A este contexto se suman las condiciones económicas adversas generadas por las crisis, que limitan los presupuestos públicos para la atención a la salud.

CUADRO 1. Envejecimiento en países seleccionados de América Latina y el Caribe

Envejecimiento incipiente	Envejecimiento moderado	Envejecimiento moderado avanzado	Envejecimiento avanzado	Envejecimiento muy avanzado
Belice Bolivia Guatemala Haití Honduras Nicaragua Paraguay	Colombia Ecuador El Salvador Rep. Dominicana Panamá Perú	Bahamas Brasil Costa Rica México Santa Lucía	Argentina Chile Uruguay Trinidad y Tobago	Barbados Cuba

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

Las políticas públicas del siglo XX fueron efectivas. En la región americana podemos dar cuenta de la disminución de la mortalidad infantil en los primeros cinco años de vida, así como del control, eliminación y erradicación de muchas enfermedades transmisibles.

Estos dos indicadores reflejan la efectividad del gasto en salud y las políticas públicas. La mayor parte de la mortalidad infantil es prevenible. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), América Latina y el Caribe redujeron en dos tercios las muertes de menores de 5 años -de 54 a 18 por cada 1,000 nacidos vivos- entre 1990 y 2013, como se estableció en los Objetivos del Milenio.

Un conjunto de acciones de salubridad, protocolos de atención oportuna, promoción de la lactancia materna (al ser el mejor alimento para los recién nacidos, que además inmuniza) y la vacunación¹ han tenido efectos visibles positivos. La región logró eliminar el sarampión casi por completo a principios de la década de 2000, lo que se sumó a la eliminación de la poliomielitis y la rubeola, así como al control la difteria, la *haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis b, entre otras enfermedades prevenibles por vacunas (OPS, 2013).

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la cobertura de inmunización en América Latina y el Caribe ha rebasado la de muchos países de ingresos altos. Las tasas elevadas de cobertura corresponden a programas de vacunación de rutina, a la introducción de nuevas vacunas y a un marco jurídico adecuado que normaliza la inmunización infantil y protege los recursos para este fin como un bien público.

¹ La Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes (AIEPI) de la OPS/OMS promueve acciones para combatir la neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastorno nutricional y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.

En el éxito de estos programas las alianzas público privadas han sido clave, así como los compromisos nacionales amplios, la cooperación internacional y entre los países, además de su disposición para participar en planes estratégicos e iniciativas regionales de inmunización.

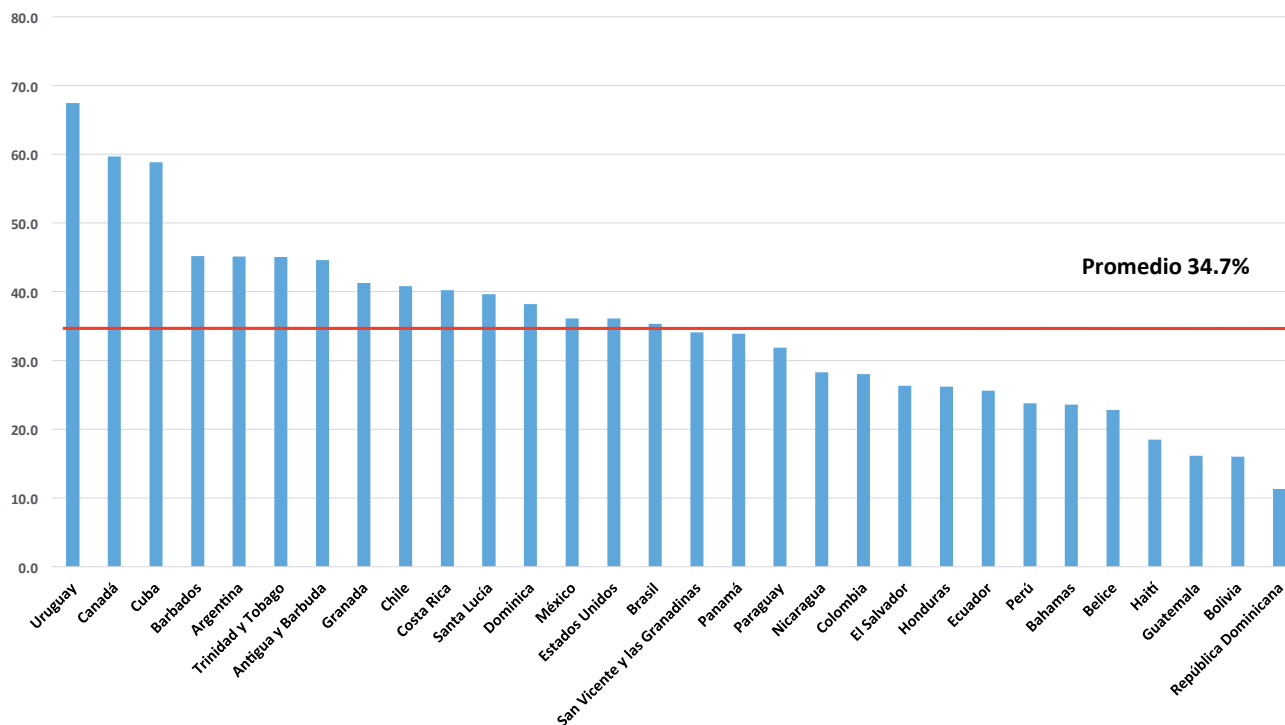
Si bien los avances son claros y significativos, es fundamental mantener los logros en enfermedades no transmisibles y dar continuidad a los esfuerzos. Asimismo, habrá que dirigir esfuerzos a enfermedades desatendidas y a aquéllas transmitidas por vectores, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis y las enfermedades de transmisión sexual, así como a las epidemias.

NUEVO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: EL FLAGELO LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Los avances en la disminución de enfermedades transmisibles han traído una mayor esperanza de vida. Ello, aunado a los estilos de vida sedentarios y de alto consumo de productos ultraprocesados han cambiado el perfil epidemiológico. Las enfermedades asociadas con mayor longevidad, como los padecimientos crónicos y degenerativos, hoy se están presentando en poblaciones más jóvenes, y no sólo de países de ingresos altos sino, de manera preocupante, en países de ingresos medios y bajos.

En América del Norte, la mortalidad por enfermedades no transmisibles es de 85%, en tanto que por enfermedades transmisibles es de 6% y los traumatismos representan 9%. En América Latina y el Caribe, las muertes por enfermedades no transmisibles son 75%, las transmisibles 15% y los traumatismos 10%, (CISS). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), más de la tercera parte de las muertes por enfermedades no transmisibles (37%) son defunciones prematuras de personas de menos de 70 años de edad.

GRÁFICA 2. Defunciones en la región CISS por enfermedades no transmisibles



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

Según cálculos de ese organismo, en la región el número de personas con alguna enfermedad no transmisible asciende a más de 200 millones. Muchas de ellas presentan varios padecimientos, lo que complica aún más el tratamiento y la atención eficaces. Las enfermedades no transmisibles causan hoy tres de cada cuatro defunciones en el continente americano. Las enfermedades cardiovasculares provocan al año 1.9 millones de muertes; el cáncer, 1.1 millones; la diabetes, 260,000; y las enfermedades respiratorias crónicas, 240,000 (OPS/OMS, 2011).

De acuerdo con el Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS, las causas más frecuentes de muerte en América del Norte son las enfermedades isquémicas del corazón, el infarto cerebral, el cáncer de pulmón, la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes. En América Latina y el Caribe, también observamos las enfermedades isquémicas, el infarto cerebral y la diabetes entre las primeras causas de muerte.

**CUADRO 2. Primeras 10 causas de defunción
en América del Norte y América Latina y el Caribe**

América del Norte

Causas	Defunciones	Porcentaje relativo
1. Enfermedades isquémicas del corazón	619,299	35.9%
2. Infarto cerebral	191,463	11.1%
3. Cáncer de pulmón	182,692	10.6%
4. Alzheimer	175,300	10.2%
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	167,552	9.7%
6. Diabetes	94,934	5.5%
7. Infecciones respiratorias bajas	93,871	5.4%
8. Cáncer de colon	72,887	4.2%
9. Enfermedades cardiovasculares	61,313	3.6%
10. Otras enfermedades	65,936	3.8%
Total 10 principales causas de muerte	1,725,247	100%

América Latina y el Caribe

Causa	Defunciones	Porcentaje relativo
1. Enfermedades isquémicas del corazón	466,663	24.1%
2. Infarto cerebral	322,737	16.6%
3. Infecciones respiratorias bajas	193,177	10.0%
4. Fuerzas de la naturaleza	183,317	9.5%
5. Diabetes	166,421	8.6%
6. Violencia intrafamiliar	149,502	7.7%
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	130,308	6.7%
8. Insuficiencia renal crónica	113,381	5.8%
9. Accidentes automotores	109,561	5.7%
10. Cirrosis	103,487	5.3%
Total 10 principales causas de muerte	1,938,554	100.0

Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

Las enfermedades no transmisibles son la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención en salud. Constituyen un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo económico. Para dimensionar los impactos y la enorme cantidad de recursos económicos que podríamos evitar, un estudio conjunto de la Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial estimó que, si no se toma ninguna medida, las enfermedades no transmisibles costarían a los países de ingresos bajos y medios US\$ 500,000 millones anuales, lo que equivale a un 4% de su PIB en ese momento (Bloom, 2011).

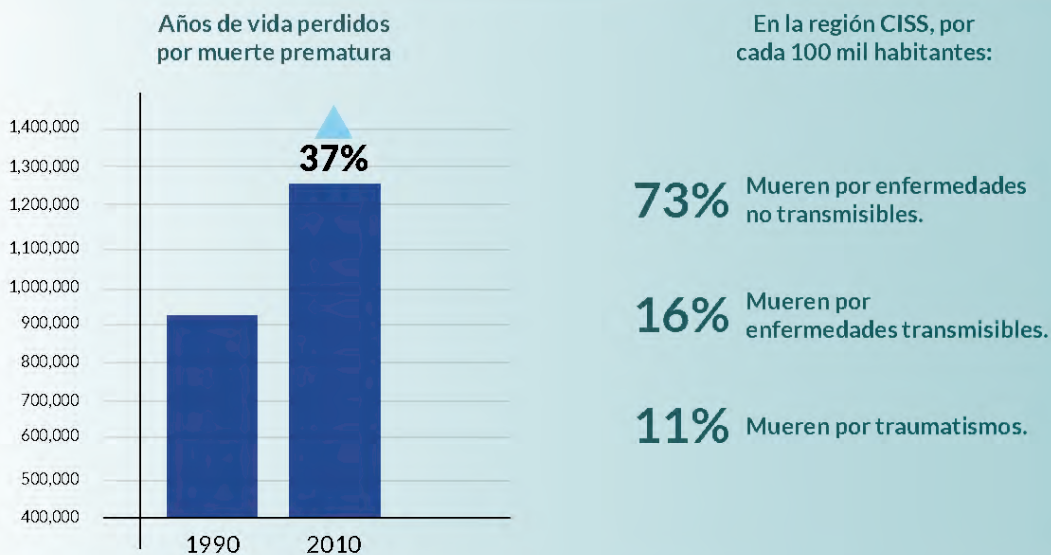
Se calcula que en América Latina y el Caribe, tan solo la diabetes representa un costo estimado de US\$ 65,000 millones de dólares al año. En promedio, la atención de un paciente con diabetes en la región de la CISS va de poco menos de US\$ 300 al año a más de US\$ 2,800.

En Estados Unidos, un estudio reportó que las personas con diabetes perdieron más de 8 días por año de trabajo, lo que sumó 14 millones de días de incapacidad, en comparación con 1.7 días entre quienes no tenían diabetes (US Department of Health and Human Services, 2003).

Si consideramos que 1.5 millones de personas mueren al año antes de los 70 años de edad, la carga de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles complica el desarrollo. Los años vividos con discapacidad y la disminución de la actividad que suelen preceder a la muerte por estas enfermedades suponen una mayor carga social y económica para las familias, las comunidades y los países.

En la región de la CISS, se pierden 10.7 años de vida saludable por muerte prematura y discapacidad. Entre 1990 y 2010 los años de vida perdidos por muerte prematura han aumentado 37%.

GRÁFICA 3. Años de vida perdidos por muerte prematura, derivado de enfermedades no transmisibles



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

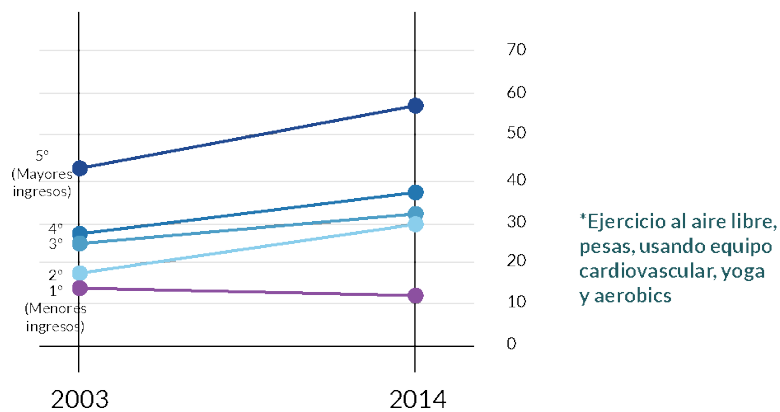
Además, la población en situación de pobreza se ve afectada aún más por las enfermedades no transmisibles. Según estimaciones de la OPS/OMS, 30% de las muertes prematuras por enfermedades cerebrovasculares en la

región se concentran en el 20% más pobre de la población, mientras que sólo 13% de esas muertes prematuras se producen en el 20% más rico (OPS/OMS, 2012^a).

La desigualdad económica refleja también el estado de salud y el acceso a servicios. Los diferentes niveles de exposición a riesgos para la salud están asociados con la pobreza, la degradación del medio ambiente, las condiciones de trabajo peligrosas y otros factores de riesgo vinculados con el comportamiento.

GRÁFICA 4. Tiempo promedio de ejercicio por semana de trabajadores de tiempo completo, por ingreso en Estados Unidos

Tiempo promedio de ejercicio* por semana, trabajadores de tiempo completo, por ingreso quincenal, minutos

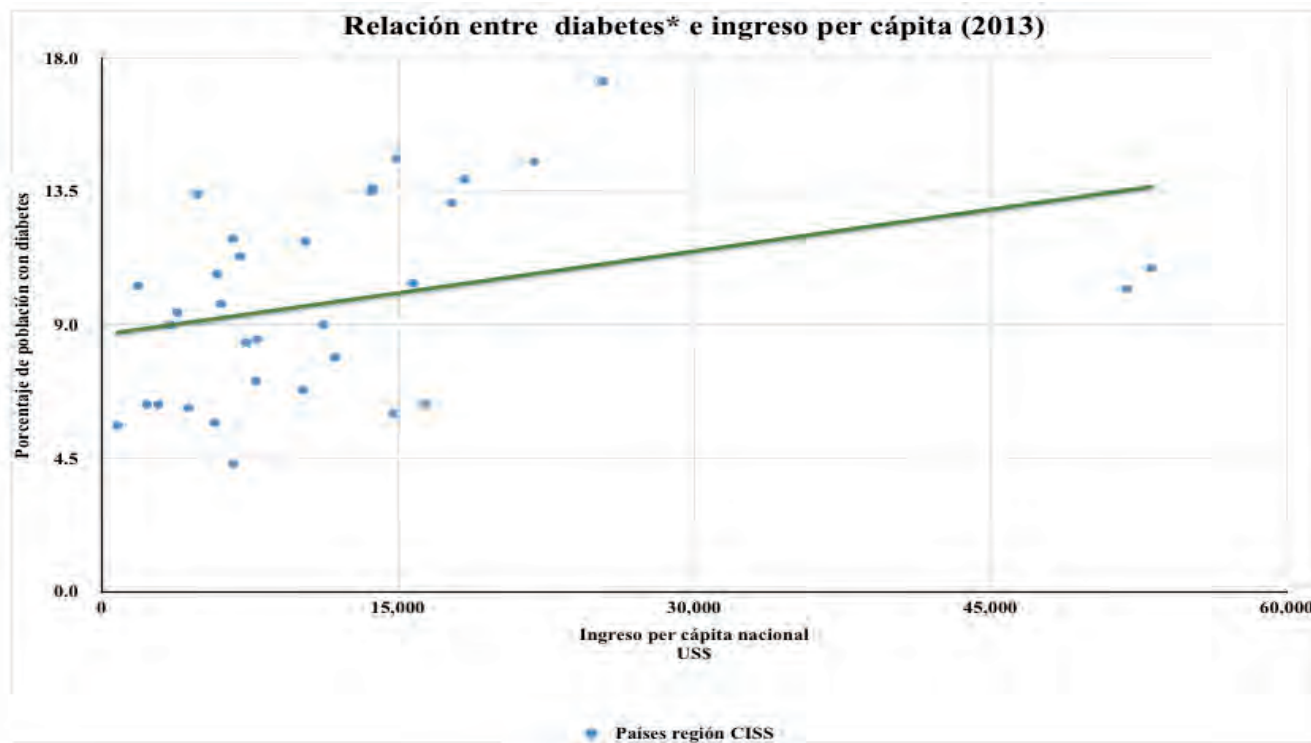


Fuente: American Time Use Survey, The Economist (2015).

Las causas principales de las enfermedades no transmisibles son un conjunto de factores de riesgo ligados al estilo de vida como el tabaquismo, una dieta poco saludable, la inactividad física, y el consumo nocivo de alcohol, entre otros. Los factores de riesgo tienen que ver con la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica, el sector privado, la cultura y el ambiente. Otros factores son los determinantes sociales de la salud, como la desigualdad, la pobreza, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico, el género y el estilo de vida (OPS/OMS, 2012^a). Todos estos, aunados al envejecimiento poblacional, contribuyen a la incidencia y la prevalencia de las enfermedades no transmisibles.

Para ilustrar, en la gráfica siguiente podemos observar que la diabetes se está concentrando en países de ingresos medios y bajos en los que hay mayores tasas de crecimiento de esta enfermedad.

GRÁFICA 5. Relación entre diabetes e ingreso per cápita en la región CISS

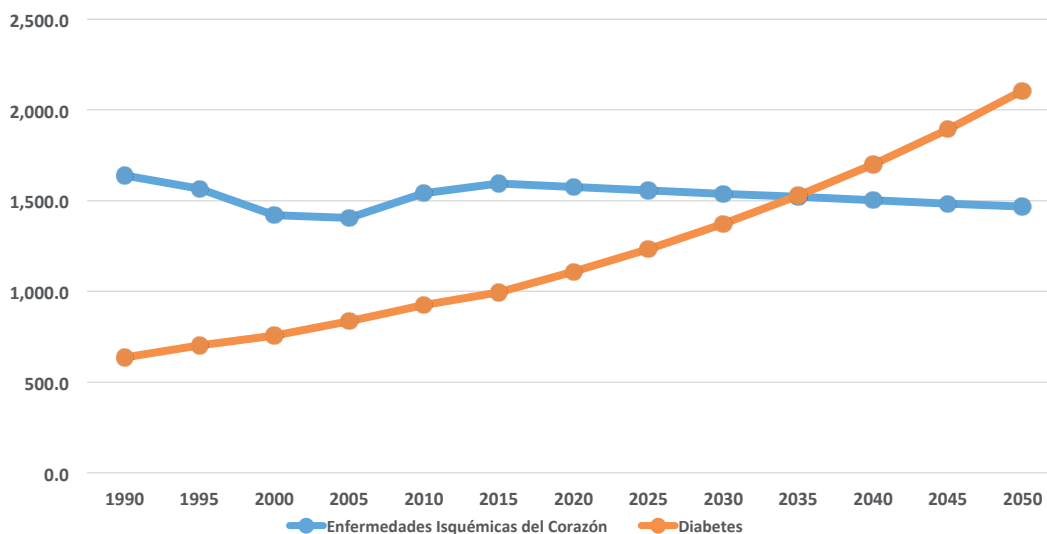


Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

En la región observamos que las enfermedades cardíacas son la primera causa de muerte y estos padecimientos representan 24% en América Latina y el Caribe, y 36% en América del Norte. Según datos de la OPS/OMS, las mujeres tienen tasas más elevadas de complicaciones por infarto de miocardio que los hombres, al igual que un número mayor de muertes, debido a que acuden a los servicios de emergencias demasiado tarde. En algunos países, la población afrodescendiente sufre cardiopatías con mayor frecuencia y, a menudo, no recibe tratamiento oportuno, por lo que registra tasas de defunciones por infarto de miocardio más altas que las observadas en la mayor parte de los otros grupos raciales o étnicos.

No obstante, existe una tendencia de disminución de las enfermedades cardíacas en tanto que la diabetes tiene un pronunciado aumento. De mantenerse las tendencias actuales en la región americana, para el año 2050 la diabetes superará a las enfermedades cardíacas.

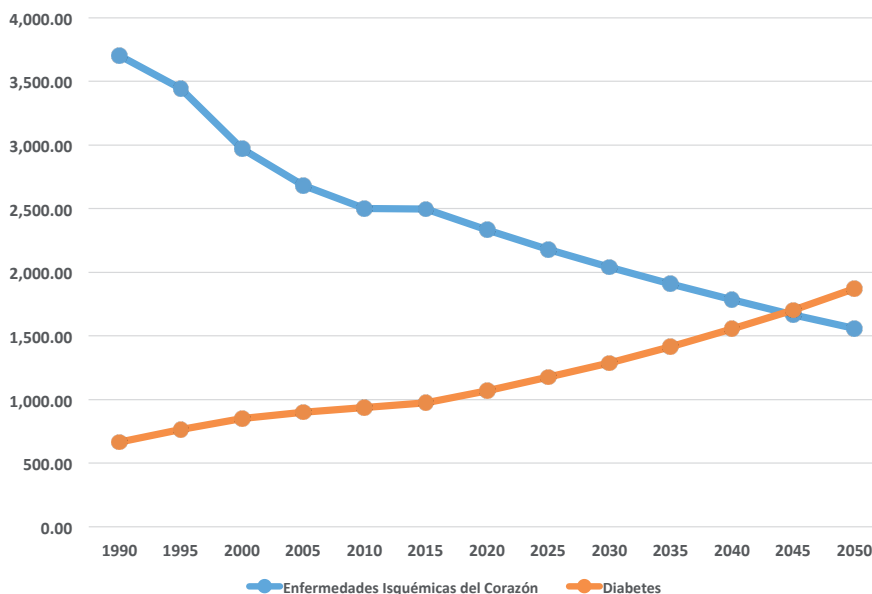
GRÁFICA 6. Años de vida saludable perdidos por enfermedades isquémicas del corazón y diabetes 1990-2050, en la región CISS, América Latina y el Caribe



Nota: Para las enfermedades isquémicas del corazón se utilizó promedio histórico de disminución de la enfermedad -8.078. Para diabetes se utilizó el crecimiento promedio 11.3.

Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS con datos de Global Burden of Disease.

GRÁFICA 7. Años de vida saludable perdidos por enfermedades isquémicas del corazón y diabetes 1990-2050, en la región CISS, América del Norte



Nota: Para las enfermedades isquémicas del corazón se utilizó promedio histórico de disminución de la enfermedad -8.078. Para diabetes se utilizó el crecimiento promedio 11.3.

Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS con datos de Global Burden of Disease.

La diabetes se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad. Alrededor de 62.8 millones de personas en las Américas la padecen. En las condiciones actuales, este número podría aumentar a 91.1 millones para 2030 (OPS Chile, 2012).

En América Latina, y especialmente en el Caribe, la incidencia de esta enfermedad ha alcanzado los niveles más altos del mundo. Mientras que en América Latina hay más de 25 millones de diabéticos, y para 2030 podrían ser 40 millones, en América del Norte y los países anglófonos del Caribe este número podría elevarse de 38 a 51 millones en ese mismo lapso.

La enfermedad renal crónica, causada principalmente por complicaciones de la diabetes, es otro problema que ha aumentado en la región. Además, en muchos países de Centroamérica se reconoce la necesidad urgente de entender mejor la magnitud, las causas y las estrategias para prevenir y controlar un tipo grave de enfermedad renal crónica —que no está asociado a la diabetes— que afecta más a hombres jóvenes que trabajan en las comunidades rurales. Esta enfermedad está teniendo un impacto enorme en la situación social y económica de las familias y en los servicios de salud.

FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades cardíacas, la diabetes, el cáncer, las enfermedades pulmonares, y los trastornos mentales son padecimientos incurables. Por ello es fundamental identificar y atender aquellas condiciones que evitan el desarrollo de estas enfermedades, cuyas consecuencias graves en años de vida saludable perdidos, falta de productividad y muerte son graves.

Las enfermedades no transmisibles están entre las primeras causas de muerte en la región. Están ligadas de manera directa con los riesgos por factores alimentarios y fisiológicos, así como con el consumo de tabaco y alcohol.

En la prevalencia e incidencia de estas enfermedades son críticos una menor actividad física, una mayor oferta y consumo de alimentos ultraprocesados con gran cantidad de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares y sal, así como el mayor tamaño de las porciones.

CUADRO 3. Los principales factores de riesgo para la salud de la Economía Preventiva*

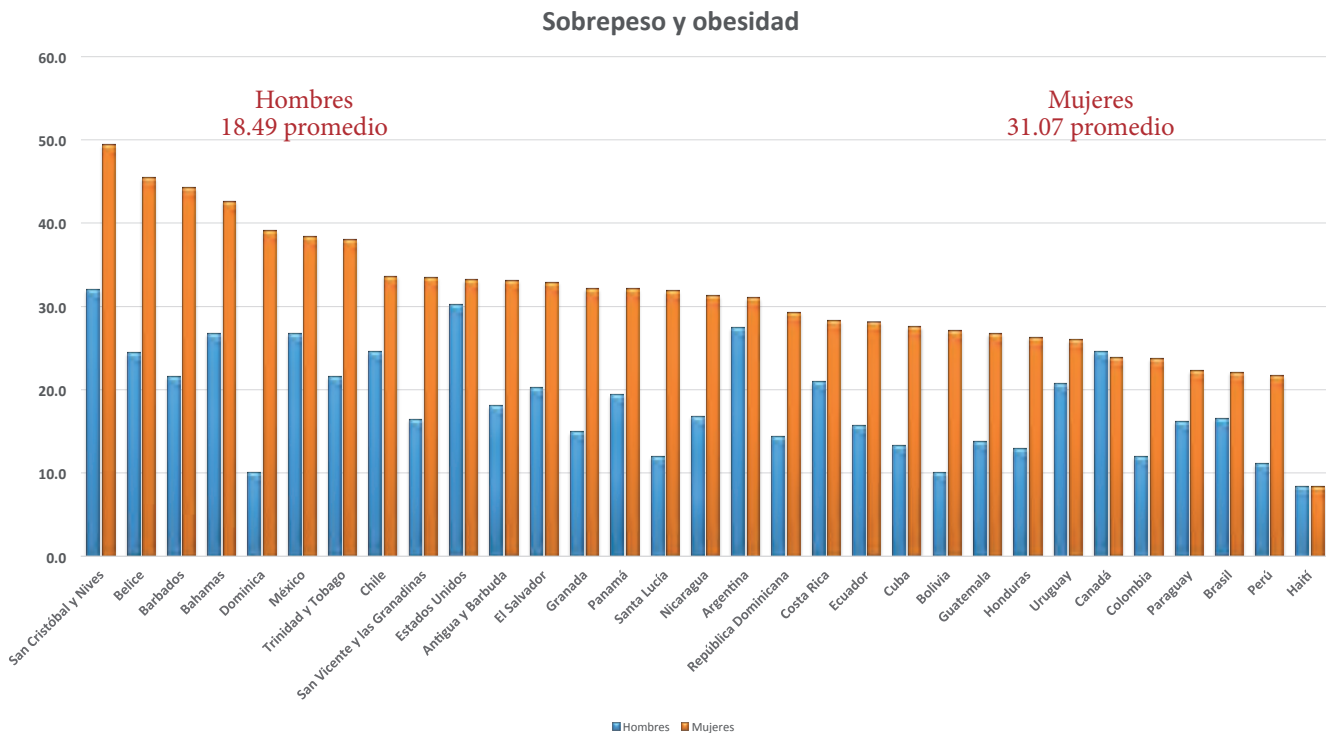
1. Riesgos por factores alimenticios	1. • Alto consumo de sodio; • Alto consumo de bebidas azucaradas y productos con azúcar añadida; • Alto consumo de carne roja; • Alto consumo de grasas trans; • Bajo consumo de frutas, vegetales, granos, nueces y semillas; • Bajo consumo de granos integrales • Bajo consumo de fibra • Bajo consumo de calcio y leche • Bajo consumo de omega 3 • Bajo consumo de ácidos grasos polinsaturados (PUFA)
2. Riesgos por factores fisiológicos	2. Presión arterial alta 3. Sobrepeso y obesidad 4. Alta glucosa en la sangre 5. Colesterol alto 6. Baja densidad mineral ósea
3. Consumo de tabaco	7. Fumar
4. Contaminación del aire	8. Partículas ambientales suspendidas PM10 y PM 2.5 mc 9. Contaminación del aire en el hogar 10. Ozono
5. Consumo de alcohol y drogas	11. Consumo de alcohol 12. Consumo de drogas
6. Inactividad física	13. Inactividad física
7. Lesiones	14. Accidentes automovilísticos 15. Violencia interpersonal
8. Riesgos laborales	16. Riesgos laborales
9. Desnutrición	17. Niños con bajo peso al nacer 18. Deficiencia de hierro 19. Lactancia materna subóptima 20. Deficiencia de vitamina A 21. Deficiencia de zinc
10. Riesgos por agua y saneamiento	22. Agua no potable 23. Saneamiento
11. Otros riesgos del medio ambiente	24. Plomo 25. Radón
12. Abuso sexual y violencia	26. Abuso sexual de niños 27. Violencia intrafamiliar

* Los factores de riesgo considerados por la Economía Preventiva, con base en la clasificación de la Carga Global de la Enfermedad, se agrupan en 12 componentes y 27 indicadores.

La obesidad es un marcador que identifica poblaciones en riesgo, pues suele ser precursora de enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares y la diabetes, entre otras. En la región, los niveles de obesidad son cada vez mayores, en particular en los niños y jóvenes: uno de cada cinco adolescentes es obeso.

De acuerdo con cifras del Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS, 18.5% de los hombres y 31% de las mujeres de la región tienen sobrepeso y obesidad. Esto representa prácticamente la mitad de la población, lo cual supera las estimaciones conforme a las tendencias de 2005.

GRÁFICA 8. Sobrepeso y obesidad en la región CISS



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

En los niños en edad escolar (de 5 a 12 años de edad), las tasas de obesidad y sobrepeso han aumentado rápidamente en las últimas tres décadas y, por ejemplo, han llegado a 30% en Colombia, Ecuador y Perú, y han superado 40% en Estados Unidos y México. El problema es más marcado en las mujeres en casi todos los países.

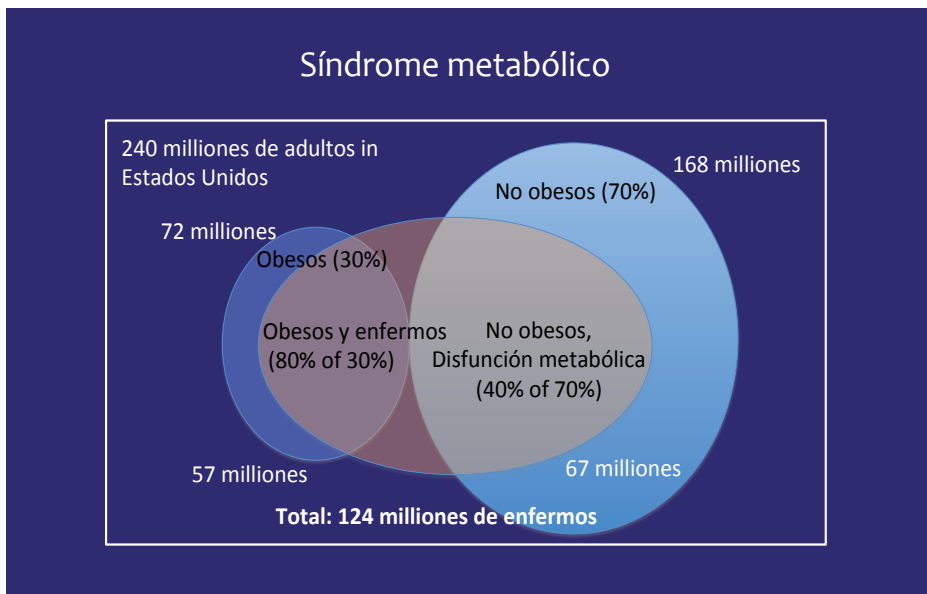
La obesidad obedece en gran parte a dos tendencias que van de la mano: un cambio en los hábitos alimentarios de la población (aumento del consumo de alimentos ultraprocesados, con un denso contenido energético,

ricos en grasas saturadas, azúcares añadidas y sal) y la reducción de la actividad física (entre 30 y 60% de la población en las Américas no alcanza el nivel mínimo recomendado de actividad física como, por ejemplo, caminar 30 minutos al día).

Según datos de la OPS/OMS, en Brasil y México se prevé un aumento de la obesidad en adultos de 13 a 17% entre 2010 y 2030, asociado con un incremento del costo de la atención en salud de entre US\$ 400 y 600 millones de dólares al año. Si en este período se redujera el índice de masa corporal entre 1 y 5% en promedio, se podría lograr un ahorro de US\$ 100 a 200 millones al año.

Sin embargo, no todas las personas con obesidad están enfermas. Como lo señala el Dr. Robert Lustig, investigador de la Universidad de California, San Francisco, las personas no mueren de obesidad. Señala que 80% de las personas obesas en Estados Unidos están enfermas, como lo están también 40% de las personas con peso normal. De manera que la obesidad es un marcador que forma parte un conjunto de factores de riesgo, conocidos como síndrome metabólico, los cuales al combinarse son causa de enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, demencia y otros padecimientos. Se trata de hipertensión, dislipidemia y alteraciones en los niveles de glucosa e hígado graso, el cual está presente en 8 de cada 10 personas con obesidad. Cabe señalar que el síndrome metabólico es prevenible y reversible con un régimen alimenticio adecuado y ejercicio.

GRÁFICA 9. Población obesa y de peso normal que padece síndrome metabólico en Estados Unidos



Fuente: Dr. Robert Lustig, Universidad de California, San Francisco (2015).

En la incidencia del síndrome metabólico y de las enfermedades no transmisibles consecuentes son clave el consumo de sal, grasas no saludables y, de manera muy importante, el azúcar. Estos están presentes de manera abundante en los productos ultraprocesados, cuya formulación es industrial y están listos para beber y comer (OPS/OMS, 2015).² La mayoría de ellos contienen pocos o ningún alimento entero. Su calidad nutricional es muy mala por su bajo contenido de proteínas y fibra y su alto contenido de azúcar, sal, grasas, aditivos y colorantes. Por el diseño químico de estos productos, que suelen ser exageradamente sabrosos, los mecanismos del cerebro que controlan la saciedad se distorsionan, lo que lleva a un consumo excesivo (OPS/OMS, 2015).

Se anuncian de manera agresiva, con estrategias de mercadotecnia similares a las de los cigarrillos y las bebidas alcohólicas. Los mercados de ingresos medios y bajos actualmente son los más atractivos para su venta. De 2000 a 2013, las ventas per cápita de estos productos aumentaron 26.7% en 13 países latinoamericanos. En cambio, las ventas de los mismos productos disminuyeron 9.8% en América del Norte. Las ventas totales de bebidas gaseosas se duplicaron en América Latina entre 2000 y 2013. Según un reciente informe de la OPS/OMS, hay una asociación estrecha entre la obesidad y la venta de productos ultraprocesados.

La OMS y el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF) han concluido que las bebidas azucaradas, los *snacks* con alta densidad energética y las ‘comidas rápidas’ son causantes de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos cánceres.

CUADRO 4. Límite máximo diario de sal para disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer

<i>Límite máximo diario de sal</i>	
Organización Mundial de la Salud Máximo	5 g al día
Asociación Americana del Corazón Máximo	1.5 g al día

² Incluyen una amplia gama de productos densos en energía, cereales de desayuno endulzados, galletas y pasteles, bebidas azucaradas, “comida rápida”, productos animales reconstituidos y platos listos para calentar.

**CUADRO 5. Límite máximo diario de azúcar añadida
para disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer**

Límite máximo diario de azúcar

Organización Mundial de la Salud	
Máximo entre 5% y 10% de las calorías que consume al día	
Adultos	25 - 50 g o 6 - 12 cucharaditas
Niños	19 - 38 g o 5 - 9 cucharaditas
Asociación Americana del Corazón	
Adultos	24 - 36 g o 6 - 9 cucharaditas
Niños	12 - 16 g o 3 - 4 cucharaditas

**CUADRO 6. Referencias de azúcar y sal
en productos seleccionados**

Arizona te lata, 680 ml	Cereal hojuelas con azúcar, Zucaritas 1 ½ tazas, 120 g	Néctar clarificado de manzana Del Valle botella, 413 ml	Coca- cola lata, 335 ml
Azúcar 78 g o 19.5 cucharaditas	Azúcar 48 g o 12 cucharaditas	Azúcar 45 g u 11 cucharaditas	Azúcar 37 g o 9 cucharaditas
Sal 0 g	Sal 45 mg	Sal 96 mg	Sal 78 mg
Gatorade botella, 600 ml	Yogurt bebible de fresa Danone botella, 250 ml	Leche Hershey´s chocolate envase, 236 ml	Chocolate Snickers barra, 52.7 g
Azúcar 36 g o 9 cucharaditas	Azúcar 32 g u 8 cucharaditas	Azúcar 30 g o 7.5 cucharaditas	Azúcar 28 g o 7 cucharaditas
Sal 280 mg	Sal 98 mg	Sal 0	Sal 125 mg
Vitamin Water botella, 500 ml	Frutsi bebida para niños botella, 250 ml	Galletas Oreo 6 piezas, 52 g	Cereal All Bran 1 ½ tazas, 120 g
Azúcar 27.5 g o 7 cucharaditas	Azúcar 22 g o 5.5 cucharaditas	Azúcar 21 g o 5 cucharaditas	Azúcar 21 g o 5 cucharaditas
Sal 0	Sal 40 mg	Sal 280 mg	Sal 240 mg
Hamburguesa con bollo, mayonesa, mostaza, cátsup, pepinillo y queso tipo americano	Barra de trigo Branfrut 48 g	Avena instantánea nueces, pasas, dátiles Quaker 1 sobre, 37 g	Ensalada César con aderezo bajo en calorías, crutones y queso parmesano
Azúcar 15 g o 4 cucharaditas	Azúcar 13.5 g o 3.7 cucharaditas	Azúcar 12.5 g o 3 cucharaditas	Azúcar 9 g o 2 cucharaditas
Sal 960 mg	Sal 160 mg	Sal 190 mg	Sal 304 mg

Fuente: Elaboración propia, con datos de las etiquetas de los productos y de FatSecret.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN MARCHA

El perfil epidemiológico y demográfico en la región CISS requiere nuevas estrategias, programas y recursos para mantener los importantes logros alcanzados durante el siglo XX, pero también para combatir enfermedades largas y costosas, que complican dar acceso a servicios de salud adecuados, oportunos y de calidad, a todas las personas.

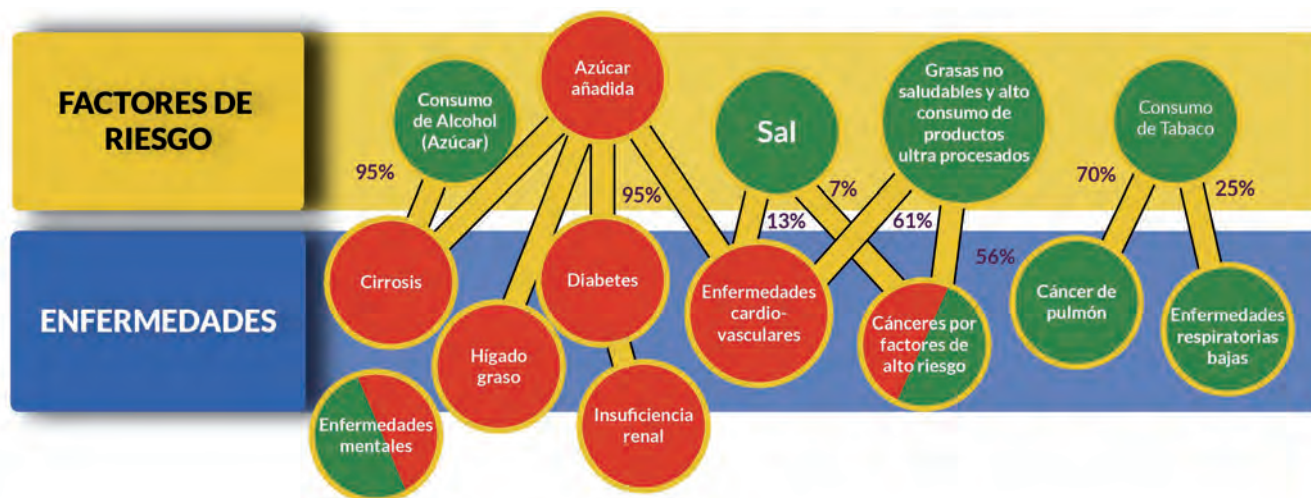
Proveer salud a todos no solamente va aparejado de dotar de medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles sino que requiere evitar la mayor cantidad de padecimientos, incluidas las enfermedades no transmisibles, cuyos altos costos sociales y económicos podrían poner en riesgo el avance de la sociedad en su conjunto. Para ello es indispensable la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque transversal que tome en cuenta los factores de riesgos. La salud, como base del bienestar y potenciador del desarrollo, debe ser compromiso de toda la sociedad.

Es fundamental instrumentar acciones para mejorar la calidad de la atención médica, ya que protocolos adecuados en el primer nivel no sólo reducen la mortalidad sino que también efficientan los costos. En ese sentido, existen esfuerzos para la detección temprana de las enfermedades no transmisibles en toda la región, lo que incide de manera importante en sus costos. Adicionalmente, el combate de la diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y el cáncer puede implicar sinergias al abordar enfermedades relacionadas, como los trastornos mentales y las enfermedades renales, bucodentales y oculares.

La disminución de estos padecimientos requiere énfasis en la prevención, y recuperar la perspectiva que inspiró el desarrollo de las vacunas. Asimismo, son fundamentales las acciones transversales y coordinadas del sector de la salud, así las de otros sectores del gobierno, la sociedad civil y el sector privado.

Entre las acciones concretas, se encuentran por ejemplo, las intervenciones de atención primaria de salud como la orientación para abandonar el tabaquismo, la detección y las intervenciones breves del consumo nocivo de alcohol y el cuidado de los pies para las personas diabéticas, al igual que medidas de política como la incorporación del etiquetado de los alimentos, la restricción a la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los niños; la promoción de la actividad física en la comunidad, en el lugar de trabajo y en las escuelas; el mejoramiento de las condiciones de trabajo; y la asistencia domiciliaria para las personas que tienen alguna enfermedad no transmisible.

CUADRO 7. Enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

Varios países de la región, como Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, han elaborado o están en proceso de elaborar políticas o leyes para proteger a los niños de la comercialización y publicidad de los alimentos, y mejorar la alimentación en el ámbito escolar. México es precursor de la implementación de un impuesto nacional a las bebidas azucaradas y a los productos chatarra.

La OPS/OMS promueve la *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025* acordada en 2012 que plantea reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en al menos 25% para 2025, entre otras acciones, y tiene propuestas muy concretas para el organismo, los gobiernos y la sociedad. El Plan de Acción de esta estrategia, acordado en octubre de 2013, incluye actividades y metas concretas que involucran gobiernos y a la sociedad en su conjunto.

Algunas de las acciones son relativas a impulsar la actividad física. Iniciativas como el Consorcio “Cuídate de la Sal” (*SmartSalt Consortium*), que despliegan esfuerzos público privados con un objetivo concreto, pueden ser muy provechosos. Es claro que hacen falta acciones coordinadas y transversales para el consumo del azúcar, respecto a las cuales se proponen recomendaciones en un capítulo por separado más adelante. Una buena alimentación es clave para evitar enfermedades y el ejercicio es indispensable para sobreponerse a los accidentes, especialmente en la vejez. Transitar por la vida reduciendo al máximo los costos en salud es un objetivo de la Economía Preventiva en favor de la Economía de la Vejez.

El empleo, pilar del desarrollo

Temía no ver en mí otra cosa
que no fueran sino palabras,
un hombre que nunca pondría
voluntariamente sus manos en
una tarea concreta.

Platón

El empleo es uno de los pilares del desarrollo, a la par de la educación, la salud, las pensiones y el hábitat. Una población con empleos bien remunerados goza de los beneficios del ingreso, que a su vez, le permiten un mejor nivel de vida, acceso a los servicios de salud y ahorro para la vejez.

Las tasas de desempleo observadas en la región son relativamente bajas, derivado del crecimiento económico de América Latina y el Caribe entre 2000 y 2013. Esto ha permitido reducir la pobreza y la desigualdad en esa región. El crecimiento de la población ocupada ha estado motivado fundamentalmente por la alta demanda de las materias primas y el bono demográfico, y no o por un incremento de la productividad, que es el motor del crecimiento económico sostenible (BID, 2015).

El empleo formó parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015, en la meta de reducir la proporción de personas con ingresos inferiores a US\$1.25 dólares al día, así como alcanzar el empleo pleno, productivo y decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes. Si bien para 2010 los países de América Latina y el Caribe redujeron en más de la mitad el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar (CEPAL, 2015b), no se logró el empleo pleno y un trabajo decente para todos (Naciones Unidas, 2014).

Los nuevos Objetivos de Desarrollo Sustentable, acordados en septiembre de 2015, incluyen el objetivo 8 “promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos”. Propone la adopción de políticas que aumenten la “capacidad productiva, la productividad y el empleo productivo, la inclusión financiera, el desarrollo sostenible de la agricultura, el pastoreo

y la pesca, el desarrollo industrial sostenible, el acceso universal a servicios energéticos asequibles, fiables, sostenibles y modernos, los sistemas de transporte sostenibles y las infraestructuras de calidad y resilientes” (Naciones Unidas, 2015).

EL EMPLEO, EL DESEMPLEO Y LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA

El crecimiento de la población presiona al mercado laboral. Con base en la dinámica demográfica, muchos de los países de la región aún se benefician del bono demográfico. Esto requiere economías productivas y una dinámica generación de empleo para absorber a la población que cada año se incorpora. Sin embargo, el mercado laboral no ha tenido esa capacidad (CISS).

De acuerdo con datos del Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS, en la región, la población total creció 14% entre 1990 y 2012, mientras que la PEA creció 21.4%, y la tasa de desempleo fue 7.5% en promedio.

Existen múltiples factores que impiden que todas las personas en edad laboral tengan acceso a empleos dignos y bien remunerados. Algunos de ellos responden a situaciones coyunturales, como las crisis económicas, pero otros pueden ser detectados con anticipación para ser abordados y atendidos desde un enfoque preventivo, transversal y multidisciplinario, como los relacionados con la educación y la salud, por ejemplo.

Se requieren economías productivas y crecientes que incorporen cada año a la población juvenil en edad de trabajar; retengan a los adultos mayores cuya vida laboral se amplía y generen nuevos puestos de trabajo bien remunerados y de calidad también para quienes son expulsados del mercado laboral por cambios tecnológicos. Además, el mercado laboral se enfrenta a problemas como la recesión económica que complica la generación de los empleos que se necesitan. Las crisis económicas recientes han tenido un efecto directo en la capacidad para generar y conservar los empleos, tanto para los jóvenes como para los adultos (OIT, 2013).

La OIT ha señalado que el panorama laboral de América Latina y el Caribe en 2014 estuvo marcado por la desaceleración del crecimiento económico y la creación de menos empleos. La tasa de ocupación urbana bajó en los últimos dos años y para ese año fue de 56.2% y se espera que la tasa de desocupación urbana aumente de 6.1% en 2014 a 6.3% en 2015 (OIT, 2014^a). De acuerdo con cifras de la misma organización, se calcula que en 2013 el número de personas desempleadas en el mundo se situó en 202 millones, un aumento de 5 millones más respecto de 2012. Si esta tenden-

cia continúa, se calcula que para 2018 las personas sin empleo podrían llegar a más de 215 millones de personas (OIT, 2014b).

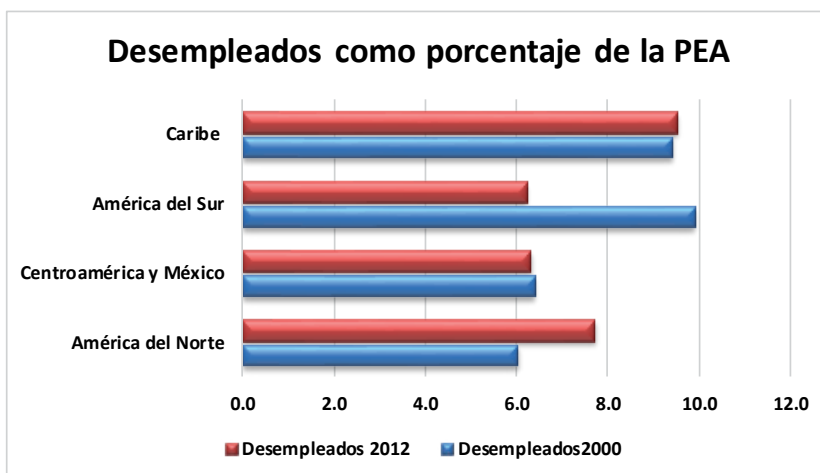
Según la OIT y la CEPAL, se espera que la caída de la participación laboral observada en 2014 no se mantenga con la misma magnitud en 2015, lo que sumado a la disminución de la tasa de ocupación provocaría un aumento en el desempleo abierto, que se ubicaría en los mismos niveles de 2013 (OIT/CEPAL, 2015).

GRÁFICA 10. Desempleados en la región CISS, miles de personas



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social con datos del Banco Mundial.

GRÁFICA 11. Desempleados como porcentaje de la Población Económicamente Activa, en miles de personas, en la región CISS



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social con datos del Banco Mundial.

EMPLEO JUVENIL

Uno de los sectores más vulnerables al desempleo es el de los jóvenes. Según la OIT, en 2013-2014, 74.5 millones de hombres y mujeres menores de 24 años estaban desempleados, lo que representó una tasa mundial de desempleo juvenil superior a 13%, más del doble de la tasa de desempleo general (OIT, 2014b).

Los jóvenes en edad laboral enfrentan retos diferentes que los adultos. Generalmente se insertan al mercado laboral en empleos de mala calidad y mal remunerados. No obstante, su participación es de gran relevancia, porque son base importante de la seguridad social. De acuerdo con la OIT, “los jóvenes son generalmente los primeros en perder sus puestos de trabajo en tiempos de crisis económica y los últimos en obtener un empleo cuando la economía se recupera... situación que empeora dado el número de jóvenes involucrados en empleos de mala calidad y mal remunerados, con acuerdos laborales discontinuos e inseguros, incluyendo la economía informal” (OIT, 2010).

Según cifras de Naciones Unidas, como resultado de las crisis de 2008-2009, la probabilidad de que los jóvenes estuvieran desempleados era tres veces mayor que la de los adultos (Naciones Unidas, 2012). En 2010, la tasa de desempleo en adultos era de 4.5%, mientras que la de los jóvenes era de 12.6% (OIT, 2012), y muchos de los jóvenes que estaban laborando, particularmente en países con bajos y medianos ingresos, lo hacían en condiciones de subempleo (Banco Mundial, 2012).

Una causa del desempleo juvenil es que la oferta educativa generalmente no está dirigida a las necesidades del mercado laboral. Esto quiere decir que las empresas no están obteniendo personal capacitado, especializado y actualizado para cubrir sus necesidades. No existe una planeación entre los gobiernos, las instituciones educativas y las empresas dirigida a que esas generaciones encuentren un lugar en el mundo laboral, acorde a sus conocimientos.

La disparidad entre oferta y demanda de empleo genera que una gran cantidad de jóvenes resulten sobrecalificados y se vean obligados a aceptar trabajos con ingresos por debajo de sus capacidades (OIT, 2011), es decir, en condiciones de subempleo. Si bien el subempleo afecta preponderantemente a los jóvenes, también los adultos se enfrentan a la disyuntiva de conservar su empleo con un menor ingreso, tomar uno en áreas ajenas a su formación o salir del mercado laboral.

La falta de empleos suficientes puede promover que los jóvenes se conviertan en eternos estudiantes, lo cual representa un costo para la sociedad,

porque no generan ingresos, no pagan impuestos a la renta, ni aportan al sistema de seguridad social. Asimismo, la insuficiencia de empleos puede generar que una gran cantidad de jóvenes que no trabajan ni estudian, lo que disminuye aún más sus posibilidades de incorporarse al mercado laboral. La OIT calcula que cerca de una cuarta parte de los jóvenes de entre 15 y 29 años de edad se encuentra en esta situación (OIT, 2014b).

EMPLEO Y ADULTOS MAYORES

La dinámica demográfica observada debido al descenso generalizado de las tasas de fecundidad y una mejora de la salud ha alargado la esperanza de vida. Las tendencias varían según el país y la región; sin embargo, el ritmo de envejecimiento de la mayoría de las poblaciones de la región es de moderado a muy alto.

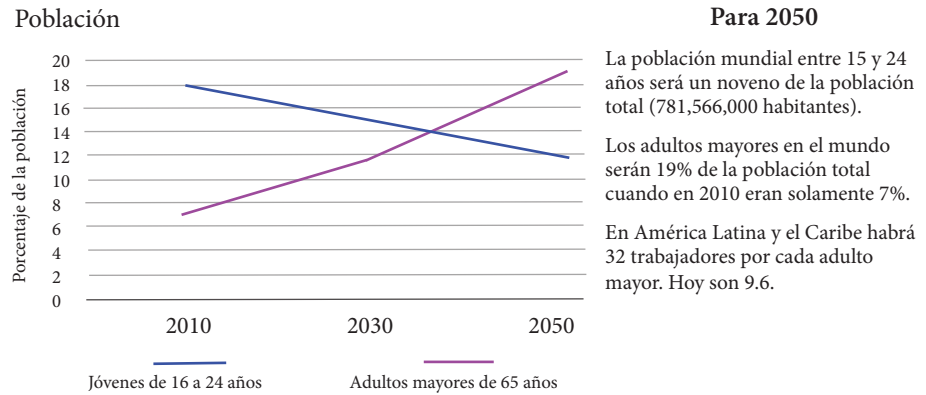
En países donde los adultos mayores no tienen acceso a la protección social, no gozan de pensiones ni de servicios de salud y se ven obligados a continuar trabajando tanto como les sea posible. En los países donde hay mayor acceso a pensiones y jubilaciones la necesidad de continuar laborando es más reducida (OIT, 2009).

De acuerdo con la OIT, la dependencia económica de los adultos mayores está estrechamente relacionada con el nivel de escolaridad: a mayor escolaridad, menor dependencia. Desafortunadamente, existe una baja escolaridad lo que se refleja en una alta dependencia. En en la mayoría de los países de la región, la tasa de analfabetismo en la vejez supera 15%, llegando, en algunos casos, a valores cercanos a 50% (OIT, 2009).

Según ese organismo, cerca de dos tercios de los adultos mayores con dependencia perciben ingresos inferiores a un salario mínimo. La proporción de la población de 60 años y más, aumentará de 8% en 2000 a 14.1% en 2025 y a 22.6% en 2050, siendo este porcentaje más alto en las mujeres que en los hombres (OIT, 2009).

Es necesario dotar a las personas mayores de las competencias necesarias para insertarse o mantenerse en el mercado laboral. Lograr que los adultos mayores se puedan adaptar a las nuevas circunstancias del mercado debería ser uno de los objetivos de la Economía de la Vejez, y que requiere la visión de la Economía Preventiva en sus principios de transversalidad y largo plazo.

GRÁFICA 12. Envejecimiento en América Latina y el Caribe



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

INFORMALIDAD LABORAL

El trabajo informal es un flagelo en gran parte de los países de nuestra región y del mundo. Según la OIT, algunos países han logrado mantener las tasas de informalidad por debajo de 50%, en tanto otros registran tasas de 70% o superiores (OIT, 2014b). Según datos del BID, en América Latina y el Caribe la informalidad es de entre 60 y 70% (Bosch, 2014). Por su parte, la OIT indica que en la región hay 130 millones de trabajadores en la informalidad, particularmente en los sectores más vulnerables de la sociedad: jóvenes, mujeres, migrantes y pobres (OIT, 2013).

CUADRO 8. Desempleo e informalidad en América Latina y el Caribe

Desempleo en las Américas: 7.3%

Informalidad en las Américas: 66%

Únicamente **4 de cada 10** trabajadores en América Latina y el Caribe contribuyen a un plan de pensión.

Muchas de las pensiones no superan los **US\$ 10 dólares por día**.



Fuente: Bosch, 2013 y Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

De acuerdo con la OIT, el trabajo informal incluye a los asalariados con un empleo cuya relación de trabajo, de derecho o de hecho, no está sujeta a la legislación laboral nacional, el impuesto sobre la renta, la seguridad social o a determinadas prestaciones relacionadas con el empleo. Significa, entre otras cuestiones, que no se otorguen garantías de seguridad y salud en el trabajo, y más aún, que se pierdan los beneficios de la seguridad social, como una pensión, servicios de salud o derechos de incapacidad, por mencionar algunos.

La informalidad tiene un efecto negativo en la sostenibilidad de la seguridad social, particularmente, las pensiones en los sistemas de reparto. La formalidad, en cambio, favorece a individuos, gobierno y sociedad. No obstante, es difícil migrar hacia la formalidad de una manera automática y rápida. Mientras eso sucede, es necesario tomar medidas de protección social dirigidas a las personas que laboran en el ámbito informal y garantizarles una pensión mínima y servicios de salud básicos.

Recientemente, el BID publicó un estudio sobre la informalidad laboral en América Latina y el Caribe en el que señala que algunas de sus causas son la falta de información sobre vacantes, los altos costos laborales (salariales y no salariales) en relación con la productividad del trabajo (estos representan en promedio 39% de lo que va a producir el trabajador, llegando en algunos casos a 70% e incluso a 100%), la baja productividad en el trabajo, la escasa valoración de los beneficios de la seguridad social y la débil fiscalización. Otro factor que incide en la informalidad es la incapacidad de permanecer desempleado el tiempo suficiente para encontrar un empleo formal, por no contar con seguros de desempleo (BID, 2015).

Los servicios públicos de empleo, por medio de políticas de intermediación laboral, cuentan con herramientas para ayudar a resolver con algunos de estos problemas y facilitar el acceso a empleos formales. Mediante la provisión de información sobre vacantes y la capacitación para el trabajo, incluido el primer empleo de jóvenes y la reinserción laboral de adultos se facilita que las personas en edad de trabajar se inserten en la formalidad. Sin embargo, el organismo observa que el uso de estos servicios en la región es incipiente y que faltan servicios de orientación vocacional a los jóvenes para que tomen mejores decisiones a la hora de elegir una ocupación.

Para que estas políticas tengan un funcionamiento óptimo es fundamental mantener una coordinación con otras políticas (fiscal, presupuestal, educativa, industrial, etc.) e involucrar en su diseño y ejecución a todas las partes interesadas, incluidos los empleadores y los trabajadores.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y LAS NUEVAS PROBLEMÁTICAS DEL SIGLO XXI

Durante el siglo XX se desarrollaron numerosas normas y estrategias de previsión social para identificar los riesgos de trabajo y las enfermedades ocupacionales con el fin de prevenir y procurar la salud y la seguridad de los trabajadores en el desempeño de su labor. La legislación garantiza al trabajador el derecho a recibir compensaciones y licencias pagadas por enfermedades y accidentes de trabajo, pero también a gozar de un ambiente laboral libre de riesgos a la salud y a su integridad.

A pesar de los grandes avances, de acuerdo con la OIT, cada año mueren alrededor de dos millones de personas por enfermedades y accidentes del trabajo. Se estima que 160 millones de personas padecen enfermedades relacionadas con el trabajo y cada año hay cerca de 270 millones de accidentes laborales. La OIT ha considerado que, en términos económicos, 4% del PIB anual mundial se pierde como consecuencia de accidentes y enfermedades de trabajo, los cuales pueden ocasionar costosas jubilaciones anticipadas, pérdida de personal calificado, ausentismo y costos en productividad.¹

La concepción tradicional de seguridad y salud en el trabajo, entendida como aquella que procura evitar las enfermedades y accidentes ligados únicamente a la actividad laboral debe ampliarse. Promover un medio ambiente laboral seguro y sano no es sólo utilizar el equipo de protección personal necesario para el trabajo, ni emplear aditamentos y tomar medidas para evitar lesiones o caídas. Las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias, generan un mayor número de días de incapacidad laboral y pérdidas en productividad, incluso mayores que las causadas por enfermedades y accidentes de trabajo.

Según la OMS, las pérdidas en productividad en América Latina representan cinco veces el costo directo de la atención de estas enfermedades (OMS b). Para poner en contexto lo que representa en pérdidas de productividad, en Estados Unidos los hombres con enfermedades crónicas trabajaron 6.1% menos horas y las mujeres 3.9% horas menos que las personas sanas (Bloom, 2011).

En cuanto a diabetes, en 2000, en Estados Unidos se identificó que personas que padecían diabetes habían perdido más de 8 días de trabajo por año, lo que sumó 14 millones de días de incapacidad. En contraste, quienes tenían otros padecimientos perdieron sólo 1.7 días de trabajo (US Department of Health and Human Services, 2003). Otro estudio estimó

¹ La OIT ha realizado múltiples estudios en torno a los Convenios que abordan este tema, por ejemplo: <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang-es/index.htm>

algunos costos indirectos de la diabetes en el mismo país para 2012 y señaló que la pérdida en productividad llegaría a US\$ 69 mil millones de dólares, ya que por ausentismo el costo estimado fue de US\$ 5 mil millones de dólares; en materia de productividad en el trabajo, la pérdida asociada a la diabetes computó US\$ 20.8 mil millones de dólares; en cuanto a la imposibilidad de trabajar como resultado de una discapacidad relacionada con la enfermedad el costo fue de US\$ 21.6 millones de dólares; y la pérdida de capacidad productiva debido a mortalidad temprana se estimó en US\$ 18.5 millones de dólares (American Diabetes Association, 2013).

Para las enfermedades cardiovasculares el panorama es similar. Un estudio estimó en 2010 el costo mundial de las enfermedades cardiovasculares en US\$ 863 mil millones de dólares, de los cuales 45% representaron pérdidas en productividad debido a incapacidad, muerte prematura o tiempo perdido del trabajo relacionado con la enfermedad. Las pérdidas en productividad son alarmantes si trasladamos el cálculo a los costos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que fue de US\$ 2.1 billones de dólares en ese año en el mundo (Bloom, 2011).

Otro acercamiento a la enfermedad en el trabajo considera, además del ausentismo causado por accidentes y enfermedades, los costos derivados del “presentismo”. El presentismo es la asistencia al trabajo estando enfermo o la permanencia en el centro de trabajo más horas de las recomendadas para la salud física y mental de los trabajadores (Simpson, 1998).² El concepto implica pérdidas monetarias por la caída de la productividad, incluso superiores a las del ausentismo, porque afectan además el clima laboral y la calidad de vida de la persona (Salazar, 2011).

Sin duda, los efectos del presentismo están íntimamente ligados a la salud física y mental de los trabajadores y por lo tanto, a la productividad. Los accidentes laborales se intensifican cuando un empleado tiene problemas de salud o ha trabajado más horas de las debidas, puesto que el nivel de concentración, claridad y atención no son óptimos.

Un estudio de 2012 del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de Estados Unidos mostró que el riesgo de sufrir accidentes de trabajo crece cerca de 30% cuando se está enfermo (Asfaw, 2012). Las compañeras inseparables del presentismo son las enfermedades crónicas degenerativas, que suelen no ser detectadas ni atendidas por el trabajador, pero causan que el desempeño disminuya paulatinamente. Respecto a la productividad, estudios en Estados Unidos calculan que la pérdida en costos monetarios por empleado es de aproximadamente US\$ 255 dólares en promedio al año (Goetzel, 2004).

² Simpson define al presentismo como la tendencia a permanecer en el trabajo más allá del tiempo necesario para el desempeño eficaz en el trabajo.

El reto de las pensiones, una vejez digna

Una bella ancianidad
es, ordinariamente, la
recompensa de una bella vida.

Pitágoras de Samos

Las pensiones, consolidadas en el siglo XX, tienen el objetivo de promover el bienestar de las personas en los años de la vejez. Cualquiera que sea el esquema de pensiones, contribución definida o beneficio definido, éstas implican ahorro durante los años de juventud y madurez, a partir de un empleo formal. La premisa es tener un ingreso constante y suficiente a lo largo de la vida laboral que permita ahorrar la cantidad necesaria para vivir los años del retiro con el mismo nivel de bienestar que cuando trabajaba.

Para lograr este propósito, la seguridad social diseñó esquemas administrados por el Estado y por particulares, financiados por una bolsa colectiva de solidaridad intergeneracional o por los ahorros individuales. Se hicieron los cálculos actuariales necesarios para saber cuánto debería aportar un trabajador y en qué tiempo para lograr el nivel de vida deseado durante los años del retiro.

No obstante, en el siglo XXI no todos en la región podrán vivir de una pensión al término de su vida laboral. Muchos trabajadores no cotizan a la seguridad social o no lo hacen el tiempo necesario. Para otros, la pensión resultará insuficiente para vivir dignamente los hasta 22 años de retiro, que se estima se tendrá en la región. Durante ese tiempo, además, tres de cada cuatro personas padecerán una enfermedad no transmisible de alto costo que complicará que puedan mantenerse activas.

Estos problemas de baja cobertura y sostenibilidad de las pensiones obedecen a dos situaciones fundamentales. Por una parte, el continente envejece. Hay un número mayor de personas que superan los 65 años que de jóvenes, y el hecho de vivir 74 años en promedio en la región implica que las pensiones deben ser suficientes para mantener el nivel de vida durante un periodo de 15 a 22 años, ya sean financiadas mediante cuentas

individuales o por una bolsa colectiva. Adicionalmente, hay menos personas que trabajan por cada adulto mayor jubilado, lo cual complica los sistemas basados en la solidaridad intergeneracional.

Por otra parte, la elevada informalidad laboral provoca que en América Latina y el Caribe menos de la mitad de los trabajadores contribuya a un esquema de pensiones y cuatro de cada 10 adultos reciba una pensión (Bosch, 2014). La entrada y salida constante de los trabajadores de la formalidad a la informalidad, al desempleo y al subempleo impide que coticen suficiente tiempo para recibir una pensión adecuada en el momento de la jubilación.

A esto hay que agregar que en el siglo XXI la humanidad se ha propuesto que la seguridad social sea un derecho humano. Por ello, los Estados están obligados a garantizar un ingreso a los adultos mayores, con independencia de si llegaron a la vejez con algún ahorro o con las manos vacías. Además, los gobiernos deben cuidar que el financiamiento de dichos ingresos sea sostenible, sin poner en peligro las finanzas nacionales.

El panorama económico que enfrentarán muchos trabajadores de la región implicará procurar alguna ocupación remunerada en mercados laborales cada vez más cerrados y recurrir al soporte familiar. A esto habrá que agregar una condición de salud precaria, derivada en un alto porcentaje de una dieta y de hábitos de vida poco sanos, que dificultará una vejez activa.

Las pensiones son un reflejo de la economía y la demografía, y por ello, son dinámicas. Si queremos mantener este legado en el siglo XXI, es necesario entender los alcances de los problemas a los que nos enfrentamos, dimensionar los pasos que hemos dado y ajustar lo que corresponda, a fin de lograr que las personas vivan una vejez larga, saludable y con suficientes recursos para estar tranquilos.

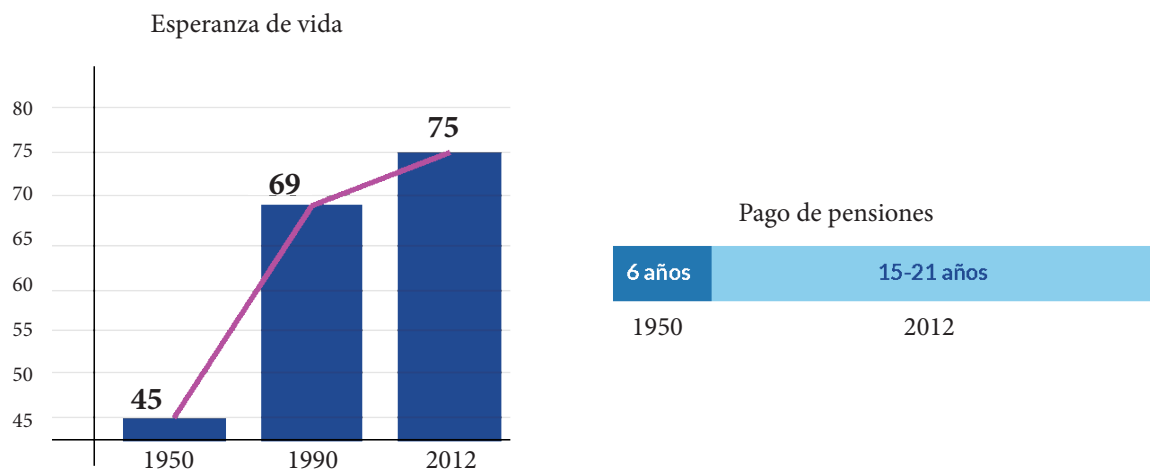
ENVEJECIMIENTO, BAJA COBERTURA, INSUFICIENCIA DE LAS PENSIONES, INFORMALIDAD LABORAL

El envejecimiento es una ruta inexorable de la comunidad global. A lo largo de los últimos 65 años, el mundo ha experimentado cambios vertiginosos. La población mundial actual es de 7,200 millones de personas y la esperanza de vida va de los 60 a los 86 años, dependiendo del país, y si son mujeres u hombres. El envejecimiento de la población tiene repercusiones en la vida diaria, el crecimiento económico, el ahorro, las inversiones, el consumo, los mercados laborales, las pensiones, los impuestos, así como la asistencia y la solidaridad de una generación a otra.

Los organismos internacionales y los expertos coinciden en señalar que el envejecimiento actual de la población no tiene precedente en la historia de la humanidad. El aumento de las personas de 60 años y más está acompañado por la disminución del porcentaje de niños y adolescentes, debido a una menor tasa de fecundidad. Para 2050, el número de personas de más de 60 años en el mundo superará la cantidad de jóvenes, como ya sucede desde 1998 en Europa, Japón, Estados Unidos y Canadá.

La proporción de personas de edad avanzada en 1950 era 8% de la población mundial, en 2000 10% y en 2050 se proyecta que llegará a 21%, es decir, una de cada 4 personas tendrá más de 60 años (la relación en el mundo, será de 1 a 5) (OMS, 2015).

GRÁFICA 13. Crecimiento de la esperanza de vida 1950–2012



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

La región envejece rápidamente. El país con la población más envejecida es Canadá. Sin embargo, según proyecciones basadas en datos de Naciones Unidas, en menos de una década, países como Cuba y Barbados, por ejemplo, superarán a Canadá (OMS, 2015).

Países como México están también en una situación de acelerado envejecimiento, pues mientras en 2010 las personas con 65 años y más representaban 6% de la población, para 2016 este segmento significará 15%. Pasar de 6 a 15% le tomó a Estados Unidos 69 años (lo cual sucedió en 2013), a Francia 115 años y a Brasil 20 años.

El envejecimiento de la población coincide con una menor tasa de fecundidad que, a su vez, implica menos personas que trabajan por cada persona mayor de 60 años. En las naciones de la región CISS hay en promedio 2.3 personas activas por cada persona mayor de 60 años (CISS). Sin embargo, la ruta del envejecimiento tiene diferente grado de avance en los países.

En América Latina y el Caribe en 2010 había 9.6 personas en edad de trabajar por cada persona mayor, y para 2050 habrá solo 3.2 personas. En Uruguay y Argentina pasará respectivamente de 4.8 y 6.3 personas en edad de trabajar por cada adulto mayor en 2000, a 4.0 y 5.1 en 2050. En países como Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá y República Dominicana, en 2000 había alrededor de 11 personas en edad de trabajar por cada adulto mayor, pero en 2050 habrá seis jóvenes por cada mayor de 60 años (Bosch, 2014).

En 1950 la edad de retiro era alrededor de 60 años para los hombres y 55 para las mujeres. Salta a la vista que los cálculos actuariales y los costos para dar pensiones y servicios de salud a una persona que se jubila y vive otros cinco o seis años no son los mismos que al suponer que va a vivir otros 15, 20 o 30 años más. Se estima que en Estados Unidos, por ejemplo, debido al envejecimiento poblacional y el incremento en la tasa de dependencia, para 2023 no habrá recursos para las pensiones.

Sin embargo, vivir más años, no necesariamente implica vivir con más salud ni en mejores condiciones. Se observa que las personas de sectores de mayores ingresos en la sociedad con mayor probabilidad tendrán vidas más largas y saludables. En cambio, las personas en condiciones más desfavorables quizá tendrán peor salud y menos recursos.

Los gobiernos deberán promover políticas que permitan a las personas mayores seguir activos, saludables y satisfaciendo sus necesidades, en un mundo en el que la mayoría de la población vive en ciudades, donde la desigualdad es un flagelo, y en la vejez, estas dos condiciones pueden romper las redes familiares que en otros tiempos apoyaron a las personas mayores en la adversidad.

Las desigualdades a lo largo de la vida en educación, ingresos y acceso a la tecnología son más evidentes en la vejez. Los avances en las comunicaciones podrían facilitar que personas de edad avanzada ocupen puestos de trabajo en nuevos sectores de la economía, pero estos cambios implicarán oportunidades sólo para quienes tienen conocimientos, habilidades y flexibilidad financiera (OMS, 2015).

Adicionalmente, hay que considerar que las mujeres en muchos casos son cuidadoras de niños y de personas mayores. Esta actividad les limita su participación en el mercado laboral, lo cual les restringe el acceso a una pensión y a servicios de salud. Si bien se observa un cambio en la región y un mayor número de mujeres cuenta con un empleo, en el futuro esta situación limitará la capacidad de las mujeres y las familias para cuidar a las personas mayores que lo necesitan y requerirá políticas públicas de apoyo (OMS, 2015).

Además del envejecimiento y las dificultades que esto implica para las pensiones, en América Latina y el Caribe, en promedio, sólo 45% de los trabajadores contribuye a una pensión (BID/ BM/OCDE, 2015) y poco más de la mitad de los adultos mayores cuenta con un fondo para el retiro, debido a que no contribuyó a su esquema de pensiones mientras trabajó. Esta baja cobertura de los esquemas de pensiones de beneficio definido y de contribución definida obedece a la elevada informalidad. Hay consenso en la comunidad internacional en cuanto a que la baja cobertura es el reto más importante en la región (BID/BM/OCDE, 2015).

El problema de cobertura ha persistido a pesar de las reformas pensionales de las décadas de 1980 y 1990 que contribuyeron a la sostenibilidad de los esquemas. Los trabajadores pasan entre la formalidad y la informalidad, el desempleo y el subempleo, y los empleos asalariados e independientes. Los trabajadores no contribuyen regularmente a sus pensiones y cuando lo hacen, el nivel de ahorro es bajo, dados los salarios. Por ello, al llegar a la edad del retiro no reúnen los requisitos de cotización o sus pensiones son insuficientes. Muchas de las pensiones no superan los US\$10 por día (Bosch, 2014).

Asimismo, dado el diferencial salarial entre hombres y mujeres, las mujeres suelen recibir menos y peores pensiones debido a que cotizan menos por estar más expuestas al sector informal (Del Valle, 2014) y a que su esperanza de vida es mayor. Conforme a datos del Observatorio Interamericano de Protección Social observamos que la participación laboral de las mujeres es entre 20 y 40 puntos porcentuales inferior a la de los hombres, y su contribución activa al esquema de pensiones es 10 puntos porcentuales menor que la de los hombres; en promedio los hombres reciben pensiones 7% más altas en relación a las mujeres.

Cuadro 9. Contribuciones al esquema de pensiones, tasa de reemplazo para 1 y 5 salarios en la región CISS

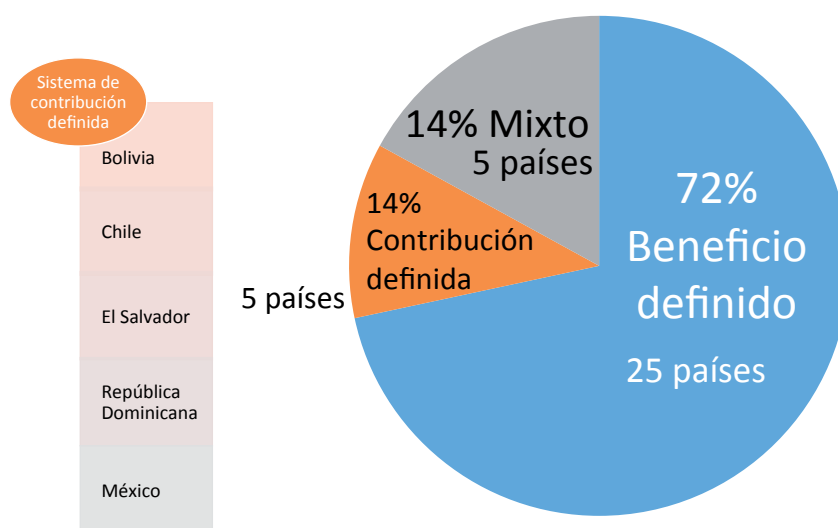


Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

ESQUEMAS DIVERSOS PARA HACER FRENTE A LAS PENSIONES

En pos de una solución a la problemática de las pensiones, surgieron las reformas a los sistemas de pensiones de la región americana en las décadas de 1980 y 1990, particularmente con el objetivo de la sostenibilidad de los esquemas y las finanzas nacionales. Muchos cambiaron de esquemas de beneficio definido a contribución definida y a combinaciones entre ambos.

CUADRO 10. Sistemas de pensiones en América



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

En la actualidad, en la región coexisten el sistema financiado mediante el régimen de reparto, con beneficios definidos y administrados mayoritariamente por el Estado, y el régimen de capitalización, con contribuciones definidas y administración privada, pero regulación estatal. En el régimen de cuentas individuales, la contratación y la elección recaen en el individuo y la acumulación del capital en la cuenta es la fuente de ingresos para el retiro.

Ambos esquemas, de contribución definida y de beneficio definido, tienen ventajas y desventajas. En los dos, mediante cálculos actuariales precisos podemos obtener los parámetros óptimos en cuanto a la edad de retiro, el tiempo de cotización, la tasa de contribución y la tasa de reemplazo para que las pensiones sean adecuadas y suficientes. Sin embargo,

cuando enfrentamos esos cálculos a la realidad resultan un tanto difíciles de cumplir.

Una política adicional ha sido retrasar la edad de retiro, en función de la esperanza de vida. Solo por mencionar dos ejemplos, en Estados Unidos la edad de retiro pasará de 66 a 67 años al 2027, y en Guatemala subió de 60 a 62 años para quienes ingresen al sistema después de 2011.

El problema de las pensiones se debería resolver de manera integral, más allá de los cálculos actuariales. Se necesitaría tomar en cuenta factores como la informalidad laboral y la mala salud que, si bien están fuera del mundo de las pensiones, son impedimentos para, por ejemplo, contar con contribuciones constantes a lo largo de la vida y aumentar la edad de retiro. Es necesario replantearse también si el objetivo del sistema de pensiones es solucionar la pobreza o crear mecanismos redistributivos.

En cualquier caso, el ahorro para el retiro es clave. Podrá ahorrar más quien tiene ingresos suficientes y evita gastos prevenibles, como es el caso de la salud. Existen diversas experiencias en la región que proponen incentivos para el ahorro y programas educativos al respecto. Sin embargo, los esfuerzos aún son limitados, como se observa en el nivel de las pensiones.

La baja cobertura de las pensiones que se mantiene en la región ha llevado a buscar esquemas alternos que proporcionen ingresos a las personas mayores y alivien sus cargas económicas. Se establecieron pensiones sociales con diversos requisitos de edad y de ingreso a lo largo de América Latina y el Caribe. Los montos de las pensiones oscilan entre 5% del ingreso per cápita a más de 40%. Se observa que estos esquemas se amplían y en algunos países, particularmente del Caribe, son un pilar clave del sistema pensional. Si bien las pensiones sociales son un elemento que contribuye a otorgar un ingreso a quienes no participaron de los esquemas de ahorro vinculados al empleo, no resuelven el problema y tendrán presiones fiscales importantes *vis-à-vis* el envejecimiento de la población (BID/ BM/ OCDE, 2015).

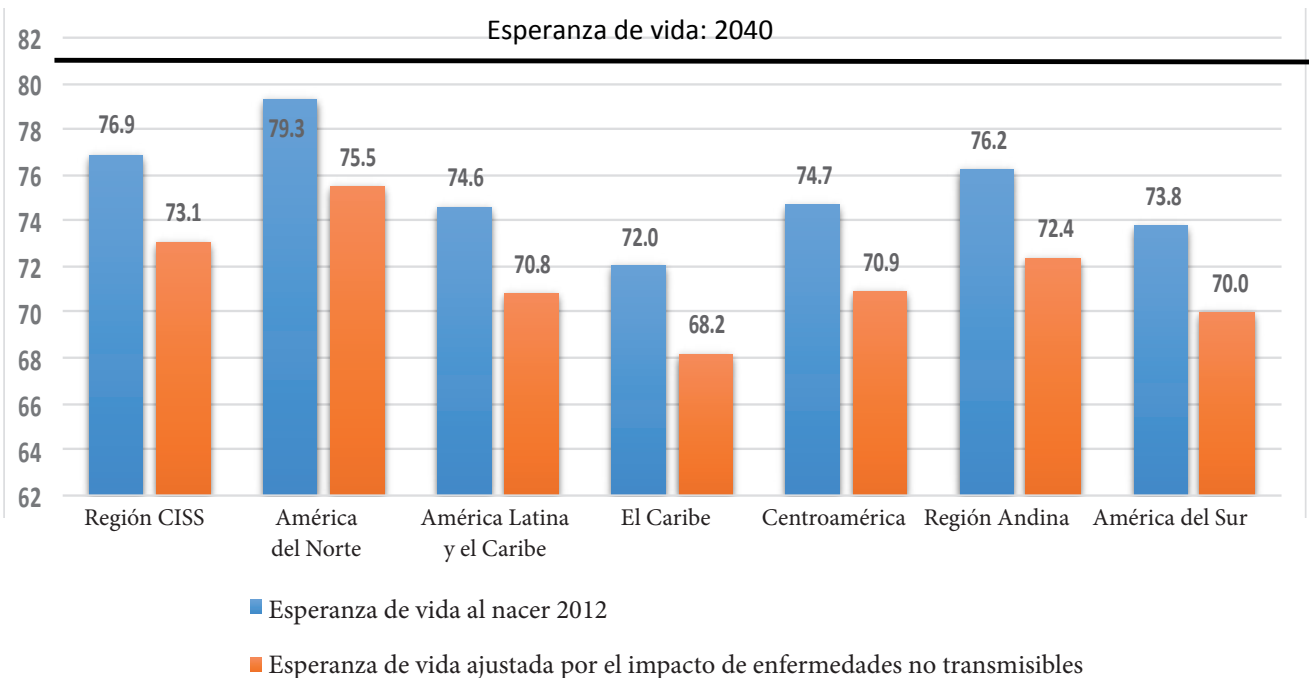
Otra opción importante para proporcionar ingresos a las personas mayores es la vivienda. Contar con casa propia en el retiro reduce cargas económicas que afectan a las pensiones. En países como Canadá, Estados Unidos y Brasil existe el esquema de hipoteca inversa, que permite al adulto mayor convertir su activo inmobiliario en un flujo mensual de ingresos, sin tener que vender la propiedad o perder la titularidad del bien. Esta opción puede aportar ingresos a las personas mayores, pero requiere de una regulación gubernamental para mitigar riesgos como la correspondencia entre el valor de la propiedad y el monto recibido, y para fiscalizar el mercado (Costanzi, 2015).

¿Una tasa de contribución de 40-50%, de manera constante a lo largo de una vida laboral de 50-55 años?

Hay coincidencia en que se requiere avanzar con reformas integrales que permitan que las pensiones sean sostenibles y se pueda garantizar un ingreso a los adultos mayores. Para aligerar las cargas económicas en la vejez, es igualmente importante contar con la provisión de servicios públicos o privados accesibles para los cuidados del adulto mayor.

Es necesario identificar fuentes de financiamiento para las pensiones, buscar incentivos a la formalidad y mejorar la fiscalización de la informalidad. Sin embargo, hay un consenso en el sentido de que es necesario adecuar las políticas de pensiones y de empleo al nuevo contexto y buscar combinaciones entre distintos tipos y esquemas de financiamiento para las pensiones.

GRÁFICA 14. Esperanza de vida ajustada por las enfermedades no transmisibles



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

UN ENFOQUE DESDE LA ECONOMÍA PREVENTIVA PARA LAS PENSIONES DEL SIGLO XXI

Las pensiones son un reflejo de la economía, y como tal, es pertinente hacer los ajustes necesarios, para lo que es fundamental una discusión abierta y transversal en cuanto al financiamiento de los sistemas de ahorro y su sostenibilidad en función de los presupuestos públicos, así como lograr que los montos acumulados para las pensiones sean suficientes para un retiro digno.

Todos los sistemas de pensiones demandan algún grado de inversión pública. Sin duda, será necesario considerar una mayor edad de retiro, dado que cada vez tenemos más años de vida. Sin embargo, es fundamental que las personas tengan salud para alargar los años de vida laboral, lo cual, hoy resulta complejo ante el panorama de prevalencia de las enfermedades no transmisibles, derivadas en gran medida de nuestros hábitos alimenticios y de la actividad física.

Necesitamos políticas públicas que promuevan mercados laborales más activos, acceso a créditos, más recursos fiscales, mejores rendimientos de las inversiones y cultura de ahorro. No podemos aspirar a un siglo XXI en el que los deciles de mayores ingresos sean los que lleguen con salud y energía a la vejez, porque tuvieron cultura del ahorro y educación que les dio acceso a buenos empleos, y los demás lleguen enfermos y pobres.

*Educación para un mundo
en transformación constante*

Frente al discurso del otro,
que siempre canta la canción
de lo mismo en las aulas
nuevas y las viejas academias,
introducir en la enseñanza lo
inenseñable es una labor de
resistencia y de zapa, una tarea
eminentemente subversiva.

Fernando Savater

Hay un consenso general respecto al papel que juega la educación en el mundo actual: por un lado, dota a los países de capital humano para producir bienes y servicios, cuyo intercambio, interno o con el exterior, genera crecimiento económico. Por otro lado, la educación contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas, pues al contar con las aptitudes y competencias apropiadas pueden acceder a empleos bien remunerados. Asimismo, una sociedad instruida e informada es consciente de las ventajas de una vida saludable y de los costos que implica una mala prevención; resulta más creativa y tolerante; y reconoce la importancia de respetar el medio ambiente.

En los años recientes hemos sido testigos de cambios constantes que han modificado los ámbitos en los que interactuamos. En el ámbito social hemos presenciado el crecimiento y ampliación de las clases medias gracias a un ciclo económico positivo, así como el surgimiento de movimientos sociales cuyo estrato común fue la demanda de una gestión pública eficaz, eficiente y transparente. En muchos de estos casos el cambio tecnológico, caracterizado por un mayor desarrollo de dispositivos móviles y de las redes sociales, tuvo un papel significativo al servir como el medio para llevar este mensaje.

Una sociedad más educada es más participativa en la toma de decisiones y en procesos deliberativos que le afectarán directamente, como pueden ser la discusión de leyes para el acceso a alimentos de buena calidad, de espacios públicos limpios y seguros o en la aplicación de impuestos a productos o alimentos que tienen efectos sobre la salud.

La educación es una herramienta importante para impulsar el consumo consciente y la prevención. Si la gente entiende los efectos de la nutrición en la salud será más fácil lograr que estas políticas públicas sean eficaces. Una población saludable genera beneficios económicos para todos, pues reduce el gasto para enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

La prevención involucra a muchos sectores: al de normatividad sanitaria para crear reglas de etiquetado y estándares de calidad en los alimentos; a la seguridad pública, para crear espacios que inviten a la población a ser menos sedentarios; al fiscal, para incentivar a la empresa privada a involucrarse y hacerse corresponsables de la prevención; y al educativo, para que involucre a padres de familia, proveedores de servicios de alimentos, estudiantes de todos los niveles escolares, educadores, y productores de alimentos.

La intervención temprana en la niñez es la quintaesencia de una política pública desde la Economía Preventiva.

Un mundo caracterizado por cambios sociales, demográficos, culturales y tecnológicos nos coloca ante una disyuntiva: ¿qué educación se requiere para enfrentar los desafíos del siglo XXI? ¿Con qué instrumentos contamos para asumir estos retos de una manera óptima?

La complejidad de la realidad actual, afectada por un ciclo económico menos favorable, nos obliga a diseñar estrategias y acciones transversales que anticipen los riesgos que enfrentarán las sociedades modernas. La educación es uno de los ejes de la Economía Preventiva que a lo largo de todas sus etapas, desde la educación preescolar hasta el aprendizaje a lo largo de la vida, contribuirá a crear personas más aptas para un mundo en transformación constante.

SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN LA REGIÓN CISS

En la primera década del siglo XXI la demanda de *commodities* permitió que varios países americanos disfrutaran de altas tasas de crecimiento económico y que pudieran orientar parte de los recursos fiscales a la

protección social, lo cual generó una reducción en los niveles de pobreza (CEPAL, 2015c). Los principales indicadores educativos de la región mejoraron, como se expone a continuación:

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en materia de educación de la primera infancia (preescolar), la matriculación se amplió significativamente en América Latina y el Caribe, creciendo de 54% a 74% entre 1999 y 2012. El incremento de la matrícula de preescolar para Canadá fue de 64% a 72% y para Estados Unidos de 59% a 74% para los mismos años (UNESCO, 2015a).¹

En el caso de la escolarización en la enseñanza primaria, ésta aumentó de 93% a 94% entre 1999 y 2012, por lo que, si bien se avanzó hacia la universalización, también se puede percibir cierto grado de estancamiento. Actualmente el número de niños sin escolarizar en América Latina y el Caribe es de 3,800,000. Un caso especial es Estados Unidos, en donde el número de niños que se educaron en casa se duplicó en estos años. En este país la tasa de escolarización bajó de 97% a 93% para los años en cuestión. Por su parte, Canadá alcanzó la cobertura universal desde 1999.

Los niños en situación de pobreza siguen enfrentando problemas para concluir la educación primaria. En estos años, la mayoría de los gobiernos han impulsado programas de transferencias económicas condicionadas² para que las familias en pobreza y pobreza extrema envíen a sus hijos a la escuela. De acuerdo con la CEPAL, 18 países de la región tenían estos programas en 2011, con lo que se beneficiaba a más de 25 millones de familias (alrededor de 113 millones de personas o 19% de la población) con un costo de 0.4% del PIB regional (CEPAL, 2011).³

Otras iniciativas que varios países han impulsado son los programas de alimentación escolar y de entrega de raciones alimenticias para comer en casa, los cuales han contribuido a evitar la desnutrición o padecer retraso del crecimiento. El Programa Mundial de Alimentos (PMA), agencia especializada de Naciones Unidas, calcula que padecer retraso del crecimiento a los seis años de edad equivale a perder cuatro años de escolaridad (Ban Ki-moon, 2012). Si bien no hay información concluyente sobre los efectos de estos programas, los datos indican que la escolarización y la asistencia aumentaron y se redujeron la repetición y la deserción escolar.

¹ La División de Estadística de Naciones Unidas clasifica a Canadá y Estados Unidos en la región América del Norte y Europa Occidental. La UNESCO subraya la importancia de la educación de primera infancia por los efectos cognitivos que tiene en las personas para el resto de su vida. Este organismo internacional alerta también sobre la posibilidad de que este nivel escolar reproduzca una situación de desigualdad entre áreas urbanas y rurales, así como la prevalencia de educación privada sobre la pública.

² Hay un amplio debate respecto a si las transferencias deben condicionarse a ciertos comportamientos, regularmente a la asistencia a la escuela y revisiones de salud, o entregarse sin condiciones. El argumento en favor de la condicionalidad es que las familias sean conscientes del valor de las transferencias: la educación es importante y cuesta dinero. También es más fácil que los programas encuentren apoyo político cuando están condicionados. UNESCO (2015).

³ Los países son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile,

Los avances en enseñanza secundaria también han sido significativos en el periodo 1999- 2012. La tasa bruta⁴ de escolarización aumentó en el primer ciclo de la enseñanza secundaria de 95% a 98% y en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria⁵ de 63% a 76% para estos años.

Respecto al analfabetismo de personas entre 15 y 24 años, éste descendió de 6.9% en 1990 a 1.7% en 2015 en el conjunto de la región, aunque sigue preocupando el analfabetismo funcional.

Después de revisar estos indicadores uno pensaría que la situación en materia educativa en la región es promisoría. La realidad es otra, y tiene que ver con la calidad de la educación y con las limitaciones que tienen las instituciones educativas de la región para inculcar en los jóvenes las competencias apropiadas para la vida activa, las cuales les permitirá acceder a un empleo digno y bien remunerado.

Como se ha señalado antes hay dificultades para encontrar trabajadores con las competencias necesarias. De acuerdo con la CEPAL, 36% de las empresas de América Latina enfrentan estos problemas. Esta proporción es de 21% a nivel mundial y 13% en el promedio en los países de la OCDE, por lo que la región tiene un reto enorme en la formación de trabajadores calificados (CEPAL, 2015c). Esto se agrava con las elevadas tasas de informalidad que tiene la región.

Como lo ha señalado el Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS, solo 54% de la población de 25 años o más cuenta con un máximo de 9 años de escolaridad (CISS, 2015), por lo que cubrir estas plazas se convierte en un reto importante.

Esta situación tiene que ver con la incompatibilidad entre las competencias que los sistemas educativos generan en las personas y las requeridas por un mundo laboral sujeto a rápidos cambios. La currícula técnica y profesional tiende a ser muy específica, y hace que las competencias se vuelven obsoletas muy rápido. Los sistemas tampoco facilitan la portabilidad de las competencias o la certificación de capacidades de trabajadores que pasan de empleos informales a formales. Asimismo, la rigidez que caracteriza a la enseñanza actual inhibe el pensamiento creativo o divergente y el talento individual de las personas.

La calidad de la educación queda patente en los resultados de desempeño de los jóvenes de 15 años de América Latina y el Caribe, comparados con sus contrapartes de la OCDE: en la prueba PISA⁶ de 2012 la brecha fue de 2.4 años menos de educación secundaria para los los alumnos de esta región (CEPAL, 2015c).

Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago y Uruguay.

⁴ La tasa bruta de escolarización es una forma de medir la escolarización con independencia de la edad.

⁵ El segundo ciclo de enseñanza secundaria inicia a los 15-16 años de edad de los jóvenes. Su objetivo es consolidar la educación secundaria como preparación a la educación terciaria o proporcionar destrezas pertinentes para un empleo.

⁶ El programa de evaluación internacional de alumno (PISA, por sus siglas en inglés) cubre las áreas de lectura, matemáticas y competencia científica. Se aplica cada tres años, que es el tiempo que se considera para detectar cambios en la política de educación de un país. En habilidad lectora PISA tiene 5 niveles. En el 5 (625 puntos

CUADRO 11. Resultados examen PISA, 2012

País	Matemática		Habilidad Lectora		Ciencias	
	Lugar	Puntos	Lugar	Puntos	Lugar	Puntos
China	1	613	1	580	1	570
Finlandia	12	519	5	545	6	524
Canadá	13	518	10	525	11	516
Estados Unidos	36	481	28	497	24	498
Chile	51	423	46	445	47	441
México	53	413	55	415	52	424
Uruguay	55	409	54	416	54	411
Costa Rica	56	407	51	429	47	441
Brasil	58	391	59	405	55	410
Argentina	59	388	58	406	60	396
Colombia	62	376	60	399	57	403
Perú	65	368	65	373	65	n.d.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la OCDE.

En el examen de habilidad lectora de ese año los alumnos de Estados Unidos y Canadá quedaron en el nivel 3 de los 5 existentes, los de Chile, Costa Rica, México, Uruguay y Brasil se ubicaron en el nivel 2, y los de Colombia, Argentina y Perú en el 1.

Igualmente preocupante es constatar que una baja calidad de la educación pública tenderá a mantener los altos niveles de desigualdad en la región. La CEPAL lo plantea muy gráficamente: dos jóvenes con las mismas capacidades, pero con un acceso a sistemas educativos acordes con el ingreso de sus padres, se encontrarán en unos años en lugares muy distintos de la curva de Gini. Los alumnos de familias de mayor nivel socioeconómico tienen acceso a instalaciones educativas con mejores bibliotecas, laboratorios y recursos informáticos, incluso a instalaciones deportivas en las cuales pueda desarrollar una vida saludable.

Un contexto en el cual la desigualdad es muy extendida, con un grupo muy amplio de individuos con bajos niveles educativos, con ingresos bajos en una economía informal, sin acceso a salud o a pensiones, en espacios urbanos o rurales deteriorados, tiene efectos negativos en la cohesión social y el mercado interno. Si ocupamos términos de física, podríamos llamarlo *análisis o situación gravitacional de la desigualdad*. De acuerdo con este modelo, se requeriría impulsar políticas públicas que permitan romper con la atracción que ejerce una desigualdad que pareciera ser irreversible. Las políticas educativas tendrían entonces el papel de instrumentos con la velocidad de escape suficiente para romper con la pobreza.

o más) los estudiantes recurren a conocimiento especializado, hacen evaluaciones críticas y establecen hipótesis. En el 4 (624 a 533 puntos) los alumnos interpretan significados a partir de sutilezas del lenguaje o evalúan críticamente un texto. En el nivel 3 (552-481 puntos) vinculan distintas partes de un texto y lo relacionan con conocimientos cotidianos. En el 2 (480-408 puntos) los alumnos responden reactivos básicos, como ubicar información directa, realizar inferencias sencillas, y utilizar algunos conocimientos externos para entender un texto. En el nivel 1 (407-335 puntos) están los alumnos que sólo pueden ubicar un fragmento de información, identificar el tema principal de un texto y establecer una conexión sencilla con el conocimiento cotidiano.

GRÁFICA 15. Acceso a internet ajustado por la prueba PISA, PIB per cápita e indicadores de salud en países seleccionados de la región CISS



Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS, y los resultados de la prueba PISA.

Ante la situación de la región, gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales y grupos interesados deben plantearse estrategias claras para enfrentar los retos y dificultades, así como revisar los instrumentos y políticas públicas más apropiadas para asumir estos desafíos de una manera óptima.

EDUCACIÓN DEL SIGLO XXI

Los elevados niveles de desigualdad en la región, y la constatación de que el modelo educativo tiene limitantes para crear un piso con igualdad de oportunidades, llevan a un replanteamiento sobre medios y fines de la educación. Esta nueva visión del papel de la educación considera que ésta debe ir más allá de la alfabetización y la adquisición de competencias aritméticas básicas y centrarse en nuevos enfoques del aprendizaje que propicien una mayor justicia, equidad social y solidaridad. Es necesario desarrollar “competencias blandas” que permitan la adaptabilidad de los individuos al mercado de trabajo (capital humano), pero también generar “competencias para la vida activa”, las cuales no se circunscriben a la producción de bienes y servicios, sino que incluye la adquisición de competencias en materia de cultura, respeto y tolerancia, contribuyendo así a establecer los fundamentos del desarrollo sostenible (UNESCO, 2015b).

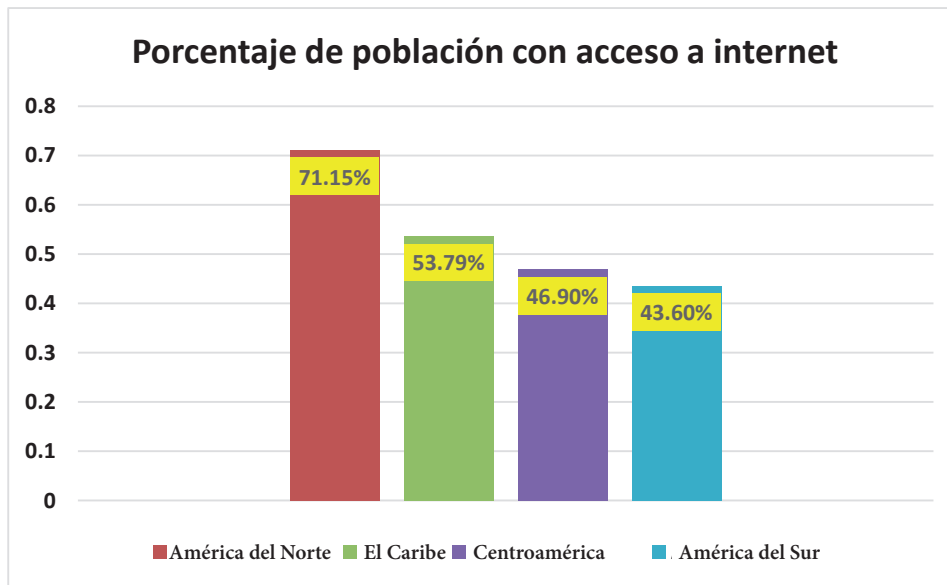
¿Cuáles son los instrumentos que pueden contribuir a alcanzar estos objetivos? A partir de la revisión de algunas experiencias internacionales podemos citar tres: uso de las nuevas tecnologías, innovación y creatividad.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

Una de las características del mundo actual es la aparición y rápida expansión de las tecnologías de la información y comunicación, un incremento significativo de la conectividad a internet y un mayor acceso a dispositivos móviles.

Internet ha transformado el modo en que la gente accede a la información y al conocimiento, y ha modificado de manera muy importante los patrones de interacción mediante el desarrollo de las redes sociales. Actualmente, se estima que 43% de la población mundial usa internet (ITU y UNESCO, 2015). En el caso de la región CISS, los porcentajes de la población que tiene acceso a internet va del 71.15% de América del Norte al 43.60% en América del Sur.

GRÁFICA 16. Porcentaje de la población con acceso a internet por región



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

La conectividad digital aporta muchos beneficios en materia de educación, empleo, salud, comunicación, comercio, ocio, bienestar y productividad (The Boston Consulting Group, 2012).⁷ La tecnología contribuye

⁷ De acuerdo con el McKinsey Global Institute, internet representa 3.4% del Producto Interno Bruto total de 13 países (Alemania, Brasil, Canadá, China, Corea del Sur, Estados Unidos, Francia, India, Italia, Japón, Reino Unido, Rusia y Suecia). Más de la mitad de este proviene del consumo privado (ventas en línea y anuncios) y 30% de inversiones empresariales en servidores, software y equipo de comunicaciones. La economía de internet es más grande que sectores industriales mundiales como la energía y la agricultura. En el caso de los países americanos del G20, internet representaba los siguientes porcentajes del PIB: Estados Unidos, 4.7%; Canadá, 3.0%; México, 2.5%; Brasil, 2.2% y Argentina, 2.0%.

a desarrollar nuevos procesos de pensamiento y creatividad, así como habilidades y competencias requeridas en el mercado laboral actual. La adaptación e integración de la tecnología a los mecanismos de enseñanza y aprendizaje es un tema que varios de los países han comenzado a tener en cuenta.

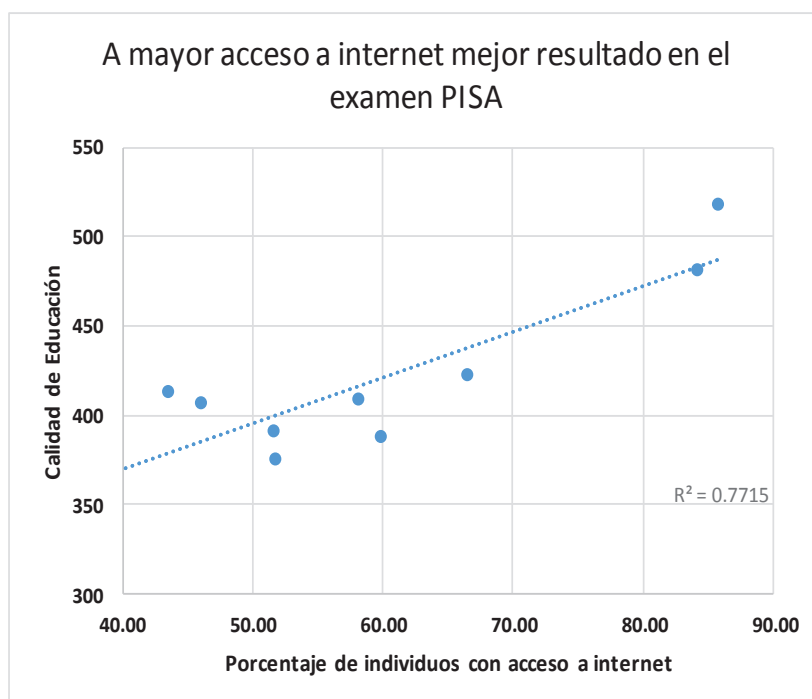
Un ejemplo de esto se aprecia en el cuadro y gráfico siguientes, en los cuales se infiere que hay una correlación entre países con porcentajes altos de población que tiene acceso a internet y los mejores resultados en los exámenes PISA en habilidad lectora: en Canadá y Estados Unidos cerca de 85% de la población es usuaria de internet y sus estudiantes obtienen los puntajes altos en estas pruebas.

CUADRO 12. Porcentaje de la población usuaria de internet y resultados del examen PISA

Países de América que participan en el examen PISA	% de población usuaria de internet	Calidad de la educación Puntos examen PISA lectura
Canadá	85.80	518
Estados Unidos	84.20	481
Chile	66.50	423
México	43.46	413
Uruguay	58.10	409
Costa Rica	45.96	407
Brasil	51.60	391
Argentina	59.90	388
Colombia	51.70	376
Perú	39.20	368

Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE e ITU.

GRÁFICA 17. La importancia de internet para un mejor desempeño educativo en países que participan en el examen PISA



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE e ITU.

Es importante tener en consideración que en la región hay una brecha digital significativa entre países y entre zonas urbanas y zonas rurales, y que si no se atiende oportunamente puede dificultar el acceso al desarrollo económico y profundizar la desigualdad (UNESCO, 2015b). La disminución en el crecimiento de internet y la propuesta de romper con la neutralidad de la red (establecer costos diferenciados para su acceso) podrían abonar esta tendencia.

El papel de internet ha sido reconocido en el ámbito americano en la Declaración Conjunta sobre Libertad de Expresión e Internet de 2011.⁸ Naciones Unidas promueve aprovechar el potencial de las nuevas tecnologías para impulsar estrategias para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenibles en sectores como enseñanza, atención sanitaria y gestión del medio ambiente.

Los jóvenes son la generación más informada que ha existido nunca e internet ha tenido una gran influencia en esto. No obstante, también han surgido voces que alertan sobre un ascenso de la intolerancia aprovechando la anonimidad que ofrece internet. La educación debe asumir un papel activo para forjar sociedades más tolerantes, inclusivas y respetuosas con la diversidad cultural.

⁸ Principio 6.A: Los Estados tienen la obligación de promover el acceso universal a Internet para garantizar el disfrute efectivo del derecho a la libertad de expresión. El acceso a Internet también es necesario para asegurar el respeto de otros derechos, como el derecho a la educación, la atención de la salud y el trabajo, el derecho de reunión y asociación, y el derecho a elecciones libres.

INNOVACIÓN Y CREATIVIDAD

La innovación involucra la creación y difusión de nuevos productos, procesos y métodos en los sistemas productivos de los países. Contribuye a crear nuevos negocios y empleos y mejorar la productividad, y es por tanto un impulsor importante del crecimiento económico y el desarrollo. Asimismo, la innovación puede ayudar a atender desafíos sociales y mundiales, lo que puede incluir cambios demográficos, la escasez de recursos y el cambio climático. Los países innovadores son más productivos y resistentes a problemas externos e internos, y más adaptables al cambio.

Los gobiernos tienen un papel importante en la promoción de un ambiente favorable para la innovación, en la inversión en las bases para la innovación, y en la superación de obstáculos en el desarrollo innovador (OECD, 2015).

Algunos indicadores para conocer el grado de innovación de una economía son los de desempeño tecnológico (número de patentes); insumos tecnológicos (número de ingenieros para investigación y desarrollo, I+D); y los que expresan el peso en el valor agregado de sectores que destacan en la generación y difusión de innovaciones (como los intensivos en ingeniería) (CEPAL, 2015c).

Aunque los países de América Latina y el Caribe han aumentado su inversión en I+D, ésta sigue lejos de los países de la OCDE. El gasto promedio total de América Latina en I+D es en torno al 0.4% del PIB y ha quedado a cargo principalmente de los gobiernos. El sector privado participa aproximadamente con una cuarta parte de ese total, debido a condiciones que limitan la rentabilidad de estas inversiones (OCDE/CEPAL/CAF, 2014). Respecto a las patentes, la proporción es muy baja: entre 1990 y 1993 los países latinoamericanos registraron ante la Oficina de Patentes y Marcas de los Estados Unidos 0.3 patentes por millón de habitantes por año, y esta cifra creció a 0.9 en el periodo 2010-2013 (el incremento en los países de la OCDE fue de 50 a 132 respectivamente) (CEPAL, 2015c).

Es necesario para la región buscar superar las condiciones que limitan el desarrollo de sus capacidades innovadoras. El impulso de una educación de calidad, de competencias blandas para la adaptabilidad a las demandas de las empresas, de la creatividad de las personas y un clima institucional más propicio tienen un papel fundamental.

La economía y las formas de producción tradicionales, caracterizadas por una prevalencia de los sectores primario y secundario, han experimentado transformaciones importantes en sus estructuras, dando un lugar importante al sector servicios. El rápido crecimiento de las nuevas tecnologías

y de internet ha impulsado este sector, y la creatividad ha jugado un papel central en este proceso. Un reto es la formación de competencias para nuevas formas de trabajo, como son el teletrabajo, el freelance o el trabajo en sectores vinculados con sectores nuevos de la tecnología, en los cuales la educación y la seguridad social deberán idear mecanismos para garantizar la inclusión de estas personas.

La creatividad es la habilidad para crear nuevas formas significativas. Es la capacidad de generar nuevas ideas o conceptos, o de asociar ideas y conceptos existentes para ofrecer soluciones novedosas (Florida, 2012). A lo largo de la historia la creatividad ha sido esencial en la forma de vivir y de trabajar, pero ha sido su coincidencia con las nuevas tecnologías y conectividad la que le ha dado una mayor presencia como un instrumento que ha impulsado el crecimiento económico de localidades y países. Es importante resaltar que la creatividad no se circunscribe al ámbito tecnológico o de negocios, sino que es un concepto amplio que involucra una forma de vida, hábitos saludables y el respeto a la persona, al medio ambiente y a la sociedad. La creatividad es un talento ilimitado.

La creatividad requiere de espacios que impulsen el pensamiento crítico para la solución de los problemas, la diversidad cultural, y la tolerancia a la diferencia, que puede ser religiosa, de género, sexual o de raza. En el hemisferio americano hay diversos ejemplos en los cuales la creatividad ha contribuido el desarrollo económico con altos grados de sustentabilidad.

El hábitat como marco de una vida saludable

Actualmente nuestro mundo enfrenta una crisis: una crisis que, si sus consecuencias son tan graves como parecen, no se resolverán en un siglo. Si las fuerzas destructivas en la civilización se imponen, nuestra nueva cultura urbana se afectará terriblemente. Nuestras ciudades, condenadas y desiertas, serán cementerios para los muertos [...] Pero podemos evitar este destino: quizá solo al enfrentar este desesperado desafío puedan agruparse las fuerzas creativas.

Lewis Mumford,
The Culture of Cities (1938)

En 1900, una de cada diez personas vivía en zonas urbanas.¹ En 100 años el perfil de las sociedades sufrió una transformación radical al transitar del ámbito rural al urbano, y este proceso tiende a consolidarse en el mediano plazo: de acuerdo con proyecciones de Naciones Unidas, en 2050 tres cuartas partes de la población mundial vivirá en áreas urbanas. El papel de estas últimas en el mundo actual resulta evidente: ocupan 2% de la tierra, pero generan 70% de la economía, consumen 60% de la energía y producen 70% de los gases de efecto invernadero y 70% de los desechos (Habitat III, 2015). Las ciudades han aportado al desarrollo económico, social y cultural de los países, mejorando en muchos casos la calidad de vida de las personas que han accedido a servicios básicos de salud, educación, transporte y empleo. No obstante, enfrentan retos muy grandes, como el ascenso de la pobreza, la informalidad y la desigualdad; atender una demanda creciente de servicios y al

¹ No hay una norma consistente y universalmente aceptada para definir zonas urbanas, por lo que depende de la definición que hace cada país. Muchos países usan una clasificación basada en el tamaño o características de los asentamientos; otros consideran la presencia de cierta infraestructura y de servicios, y otros toman en cuenta aspectos administrativos.

mismo tiempo mantener finanzas sanas; y diseñar e implementar políticas que garanticen la sustentabilidad ambiental.

Para abordar eficientemente estos desafíos las zonas urbanas requieren de una planeación adecuada. En América Latina y el Caribe una característica importante ha sido la falta de información sobre los efectos que la planeación urbana tiene sobre la salud, el bienestar y las oportunidades de las personas. Lo cierto es que una planificación ausente o inadecuada limitará el potencial económico de las ciudades y tendrá efectos en la vida de los habitantes (ONU-Habitat, 2014).

La *Economía Preventiva* tiene un papel clave en la planeación al contar con una visión integral y estar basada en principios de evidencia, optimización de recursos, transversalidad de políticas y largo plazo. La propuesta desde la *Economía Preventiva* es generar políticas públicas coordinadas con todos los actores involucrados, públicos y privados, dirigidas a crear y fortalecer la infraestructura y capacidad para abordar el crecimiento urbano y sus consecuencias en el bienestar social. Los riesgos en el futuro son significativos, pero pueden controlarse o reducirse si los tomadores de decisiones involucran en sus políticas relativas al hábitat aspectos como salud, empleo, necesidades de los adultos mayores y educación, con los cuales garantizará el bienestar social de manera sostenible y sustentable.

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ZONAS URBANAS EN LA REGIÓN CISS

En la región CISS 80% de la población vive en zonas urbanas. Hay grandes diferencias entre países: en 2013, tres países tuvieron tasas de urbanización por arriba de 90%: Uruguay (93%), Argentina (93%) y Chile (89%). La población urbana estaba en torno a 80% en cuatro países: Brasil (85%), Estados Unidos (83%), Canadá (81%) y México (78%). En el otro extremo, países como Santa Lucía y Trinidad y Tobago tuvieron tasas de urbanización de 17% y 14%, respectivamente (Banco Mundial, 2014).

La mitad de la población urbana de la región CISS se concentra en grandes ciudades (más de 500,000 habitantes). El crecimiento de éstas ha sido constante: para el caso de América Latina y el Caribe, en 1960 había 20 grandes ciudades; en 2010 eran 123, y en 2020 serán 140 (CEPAL/CAF/ILAS, 2014). En América del Norte, el número de ciudades con más de medio millón de habitantes es de 97 (Canadá 9 y Estados Unidos 70).² Cabe destacar que la otra mitad vive en ciudades medianas y pequeñas (más de 20,000 habitantes), lo que muestra cierto equilibrio territorial con respecto a las grandes ciudades: el número de ciudades intermedias en

² OECD Stat. Metropolitan areas.

América Latina y el Caribe era de 320 en 1950 y medio siglo después se acercaba a 2,000 (ONU-Habitat, 2012).

El crecimiento de las grandes ciudades de la región CISS se debió al aumento de la población, provocado por altas tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, así como a la migración de las áreas rurales a las urbanas. No obstante, desde 2000 se percibe un menor crecimiento de la población urbana por razones inversas: una caída en las tasas de fecundidad y la migración desde ciudades grandes a las intermedias. De mantenerse esta tendencia en el mediano plazo significaría entonces que las zonas urbanas podrían tener una menor urgencia para ofrecer servicios básicos. Esto, unido al inicio de la caída del bono demográfico en muchos de los países de la zona CISS, puede ser aprovechado para dirigir esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la población mediante inversiones en infraestructura urbana, espacios y servicios, y para dar mayor impulso a un tema que ha empezado a incluirse en las agendas: la sustentabilidad (ONU-Habitat, 2012).

SERVICIOS Y SUS EFECTOS EN LAS ZONAS URBANAS

El crecimiento urbano determina la calidad de vida de los habitantes, su inclusión social y las oportunidades económicas. El crecimiento de las ciudades en países de ingresos medios y bajos ha sido más rápido que la capacidad de los gobiernos para proporcionar servicios básicos. Para efectos del análisis del presente capítulo nos centraremos en tres servicios básicos que tienen una incidencia directa en la salud y bienestar de la población: vivienda, agua potable y saneamiento.

Vivienda. A pesar de los avances en la materialización del derecho a una vivienda digna, los gobiernos siguen enfrentando problemas que impiden garantizar un hábitat adecuado para todos.³ Según cifras de 2000, la región disponía de 200 a 300 viviendas por cada mil habitantes. Si bien no se cuenta con cifras actualizadas, el déficit de vivienda estaría en torno al 50%-30%, por lo que la escasez de vivienda será uno de los problemas más importantes a resolver. La evaluación de la situación de la vivienda no se puede separar de la disponibilidad y calidad de los espacios públicos. Éstos son lugares de convivencia e interacción y desempeñan funciones sociales, ambientales y de recreación (ONU-Habitat, 2012). En el caso de los espacios públicos e instalaciones sociales, éstos son escasos y de muy baja calidad en los barrios marginales, por lo que sigue reproduciendo una situación de inequidad y desigualdad, afectando el bienestar de las personas.

³ Entre los Objetivos del Milenio el 7D busca mejorar “considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales”.

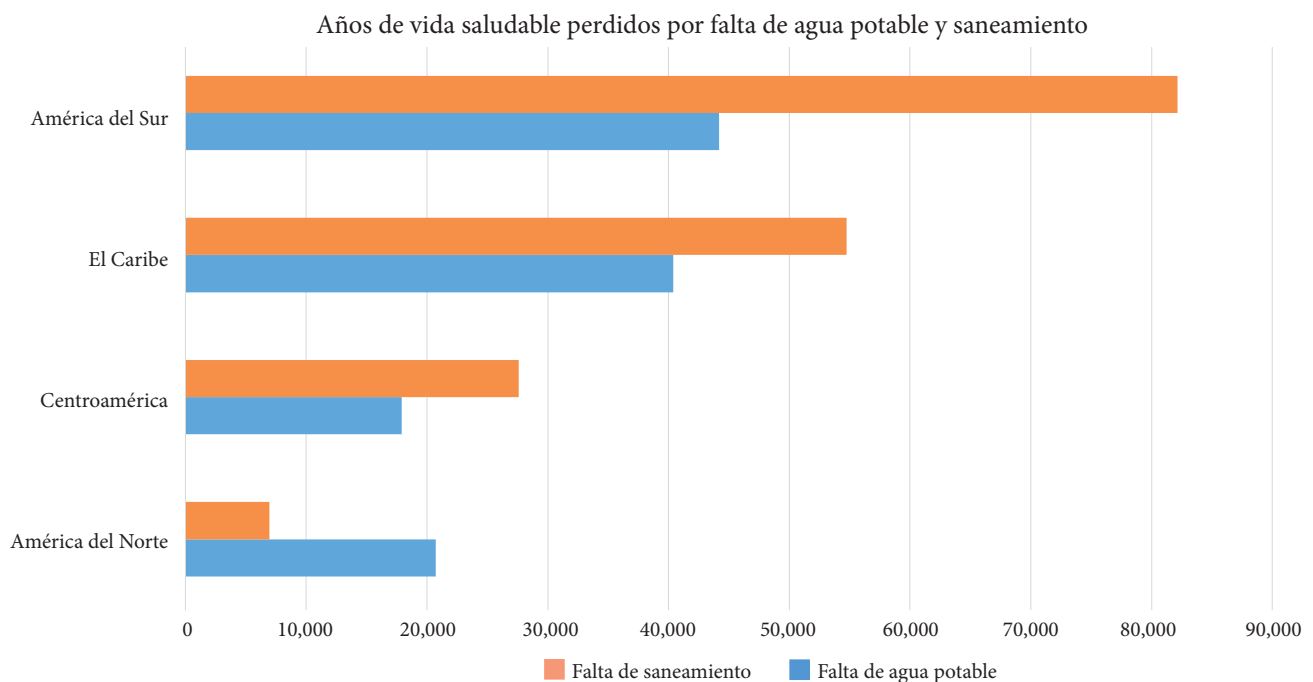
Agua. Los países de América Latina y el Caribe alcanzaron los Objetivos del Milenio en materia de abastecimiento de agua. Actualmente, 92% de la población urbana dispone de agua por tubería; la cifra se incrementa a 97.5% si se incluyen otras fuentes mejoradas de agua. Sin embargo, esas tasas de cobertura no tienen en cuenta las condiciones de provisión del servicio, precio o calidad. En general, los pobres siguen pagando más por un servicio de agua de menor calidad, que a menudo reciben de forma intermitente (ONU-Habitat, 2012).

Saneamiento. El saneamiento es un pilar fundamental de las políticas de salud pública y de la mejora de la calidad de vida. La ausencia de instalaciones básicas de saneamiento crea condiciones para la propagación de enfermedades diarreicas e infecciosas, y a la muerte. El avance en la cobertura del servicio de saneamiento ha sido menos relevante en las zonas urbanas de América Latina y el Caribe: sólo 84% de la población tiene acceso a saneamiento adecuado. La situación suele ser mejor en las grandes ciudades, pero en general, menos de 20% de las aguas residuales es tratada antes de su vertido, por lo que es un peligro sanitario y ambiental.

Como queda patente, la cobertura de servicios básicos de vivienda, agua y saneamiento se ha ampliado de manera sustancial en la región, mejorando la calidad de vida y salud de las poblaciones. No obstante, es importante tener en cuenta que existen grandes diferencias entre los países en lo que se refiere a la cobertura de servicios.

Las diferencias pueden apreciarse si se consideran factores como la incidencia de enfermedades relacionadas con la falta de agua potable y de saneamiento o la pérdida de años de vida saludable al carecerse de estos servicios. La gráfica siguiente muestra que los países de América del Sur enfrentan las mayores pérdidas en años de vida saludable por la falta de estos dos servicios, y que, si bien América del Norte tiene una menor incidencia por la falta de saneamiento, el total de años de vida saludable perdidos por falta de agua potable es mayor que en los países de América Central.

GRÁFICA 18. Años de vida saludable perdidos por falta de agua potable y saneamiento



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

ZONAS URBANAS Y RIESGOS FUTUROS

Hay una relación entre el crecimiento urbano desorganizado y la explosión de pandemias, debido en gran parte a la falta de capacidad para proporcionar servicios básicos de salud a una población altamente concentrada que crece desordenada y rápidamente. Los asentamientos informales que carecen de agua potable, drenaje, energía eléctrica y servicios de salud básicos favorecen particularmente la propagación de las enfermedades infecciosas. Por ello, el desarrollo urbano se convierte en un factor relevante de riesgo para la salud.

En 2014, el ébola se dispersó en ciudades de rápida urbanización en África debido a fenómenos migratorios. Se pueden citar ejemplos que muestran que las enfermedades contagiosas se propagan más rápido en zonas urbanas de alta densidad. En Congo, 83% de las personas contagiadas de un brote de tuberculosis en 2012 vivían en ciudades de alto crecimiento urbano. De la misma manera, en 2009 fue preciso tomar medidas radicales en la Ciudad de México por el H1N1.

Los brotes infecciosos no son problema exclusivo del sector salud. Es una realidad que obliga a aplicar políticas públicas de manera coordinada entre las distintas autoridades gubernamentales como son las de desarrollo urbano, empleo, finanzas, educación, salud, migración y seguridad, entre otras. Se requiere de una gestión intergubernamental hacia un fin común: el bienestar social.

Si bien es cierto que ésta es una labor gubernamental, también hay que involucrar a la empresa privada y a la sociedad civil, tanto en la planeación de estrategias preventivas, como al momento de responder a un evento de tal magnitud, particularmente en lo que se refiere al acceso de medicamentos y servicios de salud de forma oportuna. Esto redundará en beneficios económicos para todos, y por consiguiente, en bienestar.

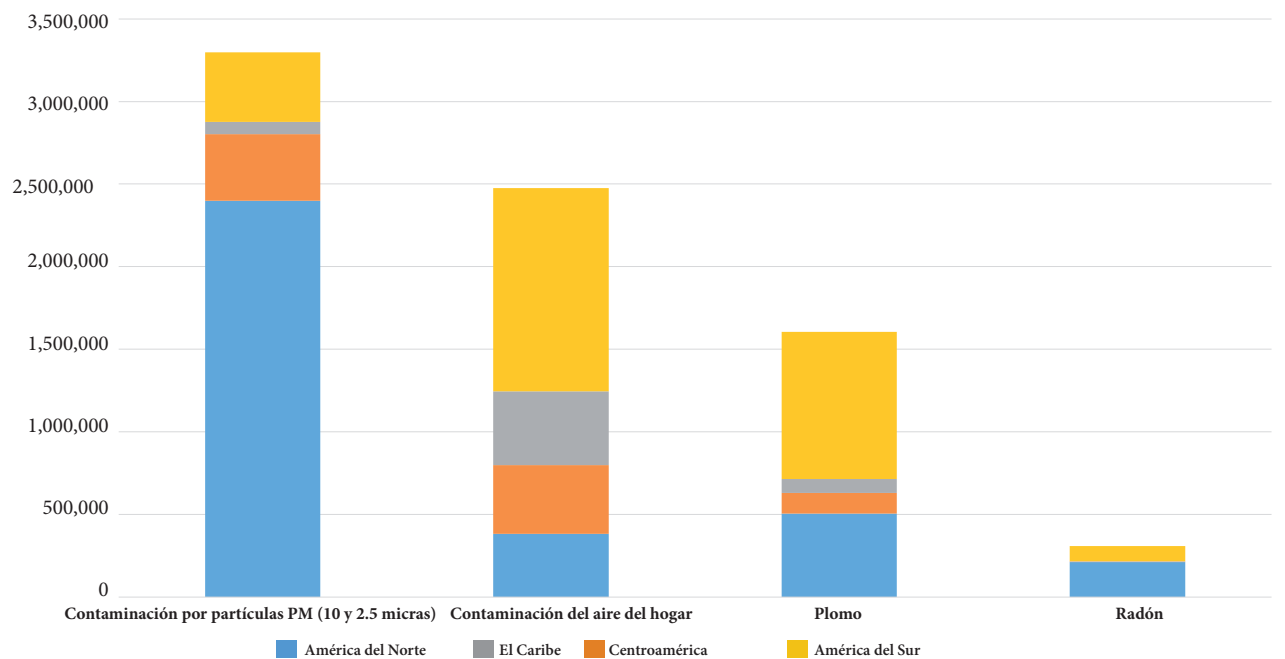
SUSTENTABILIDAD DE LAS ZONAS URBANAS

El crecimiento de la población urbana y la ampliación de los estilos de vida y modelos de consumo y producción de la clase media han tenido un efecto negativo en el medio ambiente. La calidad del aire en las grandes zonas urbanas es motivo de preocupación. Muchas de éstas sufren por la presencia excesiva en su atmósfera de minúsculas partículas, con impactos nocivos sobre la salud, que pueden reflejarse en enfermedades cardiovasculares y respiratorias y con una mayor morbilidad y mortalidad.

Se estima que la participación de América Latina y el Caribe a las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero es del 12%, una cifra moderada comparada con otras áreas geográficas (ONU-Habitat, 2012). Las zonas urbanas de la región concentraron tradicionalmente una gran cantidad de las industrias, y actualmente una urbanización inadecuada y políticas que privilegian el uso del automóvil en lugar de otras opciones de transporte han derivado en afectaciones a la calidad de vida. El gráfico siguiente muestra que la región más afectada por la contaminación por partículas minúsculas es América del Norte, región con un alto nivel de industrialización. Asimismo, muestra que los países de América del Sur enfrentan un reto importante en el control de la contaminación del aire del hogar, provocado principalmente por el uso de carbón o leña.

GRÁFICA 19. Años de vida saludable perdidos por contaminación del aire

Años de vida saludable perdidos por contaminación del aire 2010



Fuente: Observatorio Interamericano de Protección Social de la CISS.

El índice de crecimiento urbano es el que determina las tendencias sociales, políticas, culturales y medioambientales del mundo, por lo que una urbanización sostenible es uno de los desafíos más acuciantes a los que ha de hacer frente la comunidad mundial en el siglo XXI.

Recomendaciones de políticas públicas en protección social desde la Economía Preventiva

Como lo hemos planteado a lo largo de este informe, el panorama de la protección social es complejo y presenta múltiples retos, pues la promesa del bienestar general es incumplible si no cambiamos el rumbo y continuamos aplicando las mismas políticas, modelos y actitudes. No hay recursos suficientes para cubrir los riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles y el inminente envejecimiento de la población.

Todos, como comunidad internacional, anhelamos universalizar la salud y las pensiones, pero no hay suficientes ingresos, la capacidad de recaudación de los gobiernos no ha aumentado y la vejez se está convirtiendo en un costo muy alto. Incluso las economías más fuertes del hemisferio tienen que enfrentarse a los retos emergentes de la protección social, por lo que la necesidad de hacer cambios estructurales y modernizar el modelo se convierte en un problema de todos. Para una vejez activa y productiva, que contribuya a la sociedad, se requiere impulsar políticas de intervención temprana desde la niñez y acompañarlas a lo largo del ciclo de vida de las personas, potenciando los aspectos de la Economía de la Vejez. El paradigma preventivo debe acompañar el ciclo de vida de las personas con un enfoque sistémico.

Las políticas públicas deben preparar a las personas, las familias y las sociedades para adaptarse a diversas transformaciones, como cambios en los patrones de carrera y las condiciones de trabajo, la aparición de nuevos riesgos sociales, el envejecimiento de la población y el cambio climático.

El combate a la desigualdad y la falta de oportunidades de vida comienza al nacer - de hecho, incluso antes de nacer- para evitar consecuencias inevitables de seguridad social más adelante. La política de pensiones debe comenzar con los bebés: el bienestar de los pensionistas del mañana depende de las oportunidades de vida de los niños de hoy.

La Economía Preventiva permite anticipar los riesgos de las sociedades modernas para proponer soluciones óptimas, transversales, basadas

en evidencia y a largo plazo en el que las políticas públicas se consideran una inversión social.

En este sentido, la *optimización* en la asignación de los recursos públicos y el análisis de costo-efectividad forman parte fundamental de la Economía Preventiva, en el entendido que la prevención es un elemento esencial para la minimización de los costos económicos, políticos y sociales.

El enfoque *transversal* de la Economía Preventiva permite sacar provecho de las distintas áreas de especialidad, al utilizar de manera simultánea las diversas áreas y disciplinas del conocimiento tecnológico y científico en pro de un mismo fin, la protección social.

La *evidencia* nos permite observar la eficacia de las políticas públicas que se han implementado a lo largo de los últimos años, mediante la aplicación de métodos confiables para la evaluación de su impacto, y así aprender de las buenas prácticas, disminuyendo los costos que implica una mala implementación.

El establecer políticas públicas a *largo plazo* ayuda a diseñar estructuras presupuestales y fiscales acordes con los resultados que van más allá de un periodo reducido que puede verse afectado por la coyuntura política del país y de la región, sin dar el tiempo necesario para ver resultados y cosechar beneficios. El largo plazo permite crear incentivos dirigidos a la salud y la productividad, que solo pueden medirse una o más generaciones después, aunque como sociedad exijamos resultados inmediatos.

Aunque la Economía Preventiva surgió a partir de una preocupación en torno al incremento de los costos de atención de las enfermedades crónico degenerativas, hoy en día ha trascendido a la esfera de la protección social de manera integral, en donde la prevención ha resultado ser la mejor respuesta ante la falta de capacidad para enfrentar los costos actuales y peor aún, los costos futuros. Su concepto transversal y sistémico nos permite ver el escenario completo desde distintos ángulos, con perspectivas económicas, demográficas, políticas, medioambientales, por mencionar algunas.

Esto no es una novedad. La prevención como modo de vida siempre ha sido útil para evitar costos y problemas mayores. Hoy se presenta como un modo de intercambiar conocimientos y experiencias ante las realidades de la región.

A partir del diagnóstico y de los estudios de distintos organismos internacionales y expertos, a continuación enumeraremos algunas recomendaciones para contribuir a solucionar los problemas en materia de salud, empleo, pensiones, educación, y hábitat en la región, desde la perspectiva transversal de la Economía Preventiva. Quedan aspectos que requieren

acciones y recomendaciones, pero la selección representa los hitos esenciales desde la mirada de la Economía Preventiva.

SALUD

La nueva propuesta de la Economía Preventiva considera como base el ciclo de vida desde el nacimiento hasta la vejez. En este contexto la salud juega un papel fundamental para que las personas tengan una vida plena y saludable con una vejez activa. Un enfoque de salud basado en la prevención es clave frente a las nuevas realidades epidemiológicas y el ascenso de enfermedades no transmisibles que en su mayoría son evitables.

- Priorizar la salud de las personas a lo largo de su ciclo de vida en el diseño de políticas públicas, particularmente para dar acceso a servicios de salud de calidad y en la prevención de enfermedades.
- En la prevención de enfermedades no transmisibles utilizar políticas de incentivos y castigos para desalentar el consumo de alimentos altos en azúcar, sodio y grasa, mediante acciones como las establecidas para el control de la disponibilidad y publicidad de tabaco y alcohol, así como un aumento en su precio mediante impuestos.
- Explorar programas fiscales dirigidos a que la recaudación de los impuestos especiales por este tipo de alimentos se destine directamente a dar incentivos a quienes tomen acciones de prevención de las enfermedades no transmisibles, y faciliten que las opciones saludables sean accesibles para todos.
- Diseñar programas de prevención como etiquetados nutricionales claros de los alimentos procesados, la regulación de la publicidad dirigida a los niños, y la promoción de actividad física.
- Considerar las recomendaciones internacionales y las buenas prácticas en materia de nutrición.
- Crear programas que proporcionen en las escuelas alimentos saludables a los niños, particularmente en las comunidades de bajos ingresos.
- Incorporar la formación de hábitos alimenticios saludables como parte de los programas escolares, enseñándoles la importancia de respetarse a sí mismos y al medio ambiente.
- Involucrar a las autoridades en materia de salud, educación, agricultura, desarrollo social y otros sectores relevantes en el diseño e implementación de políticas que den prioridad al paradigma preventivo que acompaña el ciclo de vida de las personas con un enfoque sistémico.

EMPLEO

Las economías de la región requieren políticas públicas que impulsen empleos mejor remunerados en sectores de mayor productividad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas en edad laboral, incluidos los adultos mayores. Para acceder a estos empleos las personas deben contar con buena salud y tener las competencias que necesitan las empresas. El centro de trabajo puede contribuir en la generación de hábitos saludables.

- Para impulsar el empleo formal promover la inserción y la estabilidad laboral mediante la capacitación.
- Desarrollar políticas dirigidas a facilitar a los jóvenes su ingreso al primer empleo y a los adultos mayores su reinserción laboral mediante incentivos fiscales para los empleadores.
- Facilitar el acceso al crédito para abatir la informalidad.
- Fomentar programas que faciliten la comunicación permanente entre los actores del mercado laboral y los proveedores de educación media y superior para garantizar que se cubran las necesidades laborales de la industria y el empleo de los jóvenes.
- Aprovechar las tecnologías de la información para ampliar el acceso y facilitar la comunicación entre quienes ofertan y demandan el empleo o los servicios.
- Crear programas de vinculación entre oferta y demanda de empleo que incluya primer empleo de jóvenes y reinserción laboral de adultos mayores, así como programas de formación de competencias a lo largo de la vida.
- Diseñar estrategias y acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles, mediante la participación activa de trabajadores, empleadores, gobiernos, instituciones y organizaciones de la sociedad, para impulsar la productividad y evitar el ausentismo y el presentismo.
- Propiciar entornos laborales sanos y facilitar acceso a alimentos saludables y agua en lugar de comida chatarra y bebidas azucaradas.
- Aprender las lecciones en los avances en materia de seguridad y salud en el trabajo, abarcando aspectos que, si bien no se originan en el lugar de trabajo sí lo afectan, como las enfermedades no transmisibles.
- Facilitar el acceso de las personas mayores al mundo laboral.

PENSIONES

El envejecimiento exitoso es resultado de estilos de vida propiciados por políticas preventivas que evitaron factores de riesgo previsibles. Los esquemas de pensiones deben garantizar un ingreso digno para todos los adultos mayores. Con independencia de la edad de retiro legal, una vejez activa y productiva contribuirá a la sostenibilidad de los sistemas de pensiones.

- Plantear fórmulas que permitan modernizar y hacer más eficientes los esquemas de pensiones actuales, como crear incentivos para que los trabajadores y empleadores se formalicen; aumentar la productividad y la inversión en capacitación.
- La educación financiera desde temprana edad es clave para tener esquemas de pensiones eficientes.
- Sostener el sistema de pensiones sociales a partir de finanzas públicas sanas.
- Promover revisiones actuariales periódicas, que ajusten los sistemas a las nuevas realidades.
- Diseñar sistemas de pensiones claros y transparentes, que resistan la coyuntura política.
- Explorar distintos esquemas de pensiones y sus posibles combinaciones, así como diversas fuentes de financiamiento y de administración. Se podrían considerar las experiencias de las hipotecas inversas.
- Considerar que los planes de pensiones deben acompañar a los trabajadores a lo largo de su retiro. La solución puede ser no dar las pensiones como una renta vitalicia. Evaluar la pertinencia del retiro programado, para evitar los quebrantos financieros personales en la vejez.

EDUCACIÓN

La seguridad social nos induce a pensar en la necesidad de nuevos modelos educativos: podrían incluirse los conceptos esenciales de la protección social en la currícula académica e incluso, un aterrizaje más sencillo en esta materia sería definir cuáles deben ser los pilares de la nueva educación desde la plataforma transversal y multidisciplinaria de la Economía Preventiva:

1. Debe incorporarse un mecanismo de intervención hacia los niños y niñas antes de que cumplan los tres años de edad. Dicha

intervención debe incluir áreas que resultan fundamentales para transitar en la nueva composición económica, demográfica y epidemiológica de la sociedad del siglo XXI.

2. Introducir temas de respeto al medio ambiente que fomentan una visión sustentable que promueven la preservación de los recursos que no son renovables.
 3. Introducir el tema del respeto a los demás, ya que la nueva composición de los mercados laborales está privilegiando a aquellos grupos sociales que son conscientes y respetuosos de la diversidad de género, raza, origen, creencia, preferencia sexual, entre otras.
 4. Introducir el respeto a uno mismo a través de decisiones adecuadas en materia de hábitos y alimentación que permiten moldear el perfil de una nueva generación que sea más saludable y productiva.
- Promover la participación de actores gubernamentales, académicos y empresariales, para el diseño de programas de estudio, tanto técnicos como profesionales, de aprendizaje a lo largo de la vida.
 - Ofrecer alternativas de aprendizaje o certificación de competencias a trabajadores que no han podido recibir una escolarización formal, pero que cuentan con experiencia y conocimiento empíricos.
 - Incluir en los programas educativos, desde una edad temprana, lo relacionado con la salud y hábitos de alimentación. Todo enfocado a tener una población que crezca y llegue a una vejez sana, activa y autosuficiente.
 - Crear políticas públicas dirigidas a que los centros escolares sean lugares sanos, libres de alimentos altos en azúcar, grasa y sodio, que tengan acceso a bebederos de agua potable y a ambientes seguros para tener actividades físicas.

HÁBITAT

La planeación urbana requiere de políticas públicas que cubran las necesidades de una población en rápido crecimiento, así como para hacer frente a riesgos futuros vinculados con el cambio climático.

- Priorizar el establecimiento, recuperación o mejoramiento de los espacios públicos, áreas verdes e infraestructuras urbanas para que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas.

- Diseñar e implementar políticas para la creación de infraestructura adecuada para las bicicletas y de aceras suficientemente amplias y adaptadas a todo tipo de paseantes que faciliten la actividad física.
- Promover sistemas de transporte más eficientes.
- Dar un mayor impulso a las políticas de saneamiento para ampliar la cobertura, limitando la incidencia de enfermedades transmisibles por vectores.
- Explorar la introducción de tarifas diferenciadas por el consumo de agua, dependiendo del nivel de ingreso de las personas, así como medidas de premios y castigos por su uso responsable.
- Apoyar con asesoría técnica a las ciudades para el ordenamiento de los asentamientos desordenado/precarios.
- Fortalecer la coordinación entre entidades gubernamentales y con los sectores privados y de la sociedad civil para alcanzar el desarrollo sustentable.
- Fomentar patrones de alimentación saludable mediante la elaboración de comidas con productos naturales locales para evitar el consumo de alimentos ultraprocesados que incrementan la incidencia de enfermedades no transmisibles vinculadas con el aumento de peso y la obesidad. Vincular los programas de alimentación escolar al sector agrícola local puede generar beneficios económicos directos y favorecer a toda la comunidad.

Referencias

- American Diabetes Association (2013), Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012, *Diabetes Care*, Vol. 36: 1033-1046.
- Anderson, C. (2009), 'The Private Consequences of Public Policies: Active Labor Market Policies and Social Ties in Europe,' *European Political Science Review* 1(3): 341-373.
- Anderson, C., Pontusson, J. (2007), 'Workers, Worries and Welfare States: Social Protection and Job Insecurity in 15 OECD Countries,' *European Journal of Political Research* 46:211-235.
- Asfaw, A., R. Cryan y R. Rosa (2012), "Licencia por enfermedad retribuida y lesiones ocupacionales fatales", *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 102.
- Autor, D. (2014) 'Skills, Education, and the Rise of Earnings Inequality among the "Other 99 Percent"', *Science*, 344(6186), 843-51.
- Bailey, M. and Dynarsky, S. (2011), 'Inequality in Postsecondary Education,' in Duncan, G. and Murnane, R., eds., *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, New York: Russell Sage Foundation, 117-132.
- Ban Ki-moon (2012), *Iniciativa mundial: La educación ante todo. Una iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas*, ONU, Nueva York.
- Banco Mundial, Tasa de crecimiento de la población. <http://www.worldbank.org/depweb/spanish/modules/social/pgpr/>
- Banco Mundial (2012), *Youth Employment in the Developing World – A profile: Data from World Bank Micro Surveys*.
- Banco Mundial (2014), *World Development Indicators 2014*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Banks, J., Mazzonna, F. (2012), 'The Effect of Education on Old Age Cognitive Abilities: Evidence from a Regression Discontinuity Design' *Economic Journal*.
- Barnett, W.S. (1995), 'Long-Term Effects of Early Childhood Programs on Cognitive and School Outcomes,' *The Future of Children*, Vol. 5, No. 3, pp. 25-50.
- Barnett, W.S. (1998), 'Long-term cognitive and academic effects of early childhood education on children in poverty,' *Preventive Medicine*, 27 (2): 204-207.
- Barnett, W.S. (2001), 'Preschool Education for Economically Disadvantaged Children: Effects on Reading Achievements and Related Outcomes,' in Neuman, S.B. and Dickinson, D.K., eds., *Handbook of Early Literacy Education*, New York: Guilford Press, pp. 421-443.

- Barnett, W.S. (2002), 'Early Childhood Education,' in Molnar, Alex, ed, *School Reform Proposals: The Research Evidence*, Greenwich, Con: Information Age Publishing.
- Barnett, W.S. and Masse, L.N. (2007) 'Comparative benefit-cost analysis of the Abecedarian program and its policy implications,' *Economics of Education Review*, 26(1), 113-25.
- Barro, R.J. (2002), 'Education as a Determinant of Economic Growth,' in Lazear, E.P. (ed.), *Education in the Twenty-First Century*, Stanford, California: Hoover Institution Press, 9-24.
- Becker, G.S. (1964) *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*, University of Chicago Press: Chicago and London.
- Behncke, S. (2012), 'Does Retirement Trigger Ill Health?', *Health Economics*, 282-300.
- BID (2015), *Empleos para crecer*, BID, Washington, D.C.
- BID, BM, y OCDE (2015), *Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe*, BID, Washington, D.C.
- Bloom D.E., et al. (2011), *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, Foro Económico Mundial y Escuela de Salud Pública de Harvard (Program on the Global Demography of Aging), Working Papers Series, Ginebra http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_87.pdf
- Bonke, J. and Esping-Andersen, G. (2011), 'Family Investments in Children – Productivities, Preferences, and Parental Child Care,' *European Sociological Review* 27(1): 43-55.
- Bonoli, G. (2012), 'Active Labor Market Policy and Social Investment: A Changing Relationship,' in Morel, N., Palier, B., and Palme, J., eds., *Towards a Social Investment Welfare State?*, Bristol: the Policy Press, 181-204.
- Bosch, M., A. Melguizo, and C. Pagés (2014), *Mejores pensiones, mejores trabajos. Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*, BID, Washington, D.C.
- Breidahl, K.N. and Clement, S.L. (2010), 'Does ALMP have an Impact in Social Marginalization?', *Social Policy & Administration* 44(7): 845-864.
- Buys, L. and Miller, E. (2012), 'Active Ageing: Developing a Quantitative Multidimensional Measure,' in G.M. Boulton-Lewis and M. Tam (eds.), *Active Ageing, Active Learning: Issues and Challenges, Education in the Asia-Pacific Region: Issues, Concerns and Prospects* 15, pp. 103-118.
- Campbell, F.A. (2002), 'Early Childhood Education: Young Adult Outcomes for the Abecedarian Project,' *Applied Developmental Science*, Vol. 6, pp. 42-57.
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J., Moon, S.M., Pinto, R., Pungello, E., Pan, Y. (2014), 'Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health,' *Science* 343(6178): 1478-1485.
- Carneiro, P. and Heckman, J. (2003), 'Human Capital Policy,' in J. Heckman & A. Krueger, Eds, *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy*. MIT Press. Cambridge, MA.

- Castles, F. (2010), 'Black Swans and Elephants on the Move: the Impact of Emergencies on the Welfare State,' *Journal of European Social Policy* 20(2): 91-101.
- CEPAL (2011), Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago.
- CEPAL (2015a), América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015, CEPAL, Santiago, http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38923/S1500709_es.pdf?sequence=5
- CEPAL (2015b), CEPAL: La región cumplió varias metas clave de los ODM, punto de partida para abordar la agenda 2030, Noticias CEPAL, Santiago, <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/MDG/noticias/noticias/9/55159/P55159.xml&xsl=/MDG/tpl/p1f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>
- CEPAL (2015c), Educación, cambio estructural y crecimiento inclusivo en América Latina, CEPAL, Santiago.
- CEPAL/CAF/ILAS (2014), Urbanización y políticas de vivienda en China y América Latina y el Caribe. Perspectivas y estudios de caso, CEPAL, Banco de Desarrollo de América Latina, Instituto de Estudios de América Latina de la Academia China de Ciencias Sociales, Santiago.
- Christensen, K., McGue, M., Petersen, I., Jeune, B. and Vaupel, J.W. (2008), 'Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability,' *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America* 105 (36): 13274-13279.
- Chung, H, van Oorschot, W. (2011), 'Institutions versus market forces: Explaining the employment insecurity of European individuals during (the beginning of) the financial crisis,' *Journal of European Social Policy* 21(3): 287-301.
- CISS. Observatorio Interamericano de Protección Social. 2014-2015
- CISS (2015), Las bases de la Economía Preventiva: cambiar el rumbo, CISS, México.
- Costanzi, RN (2015), Conciliación de la sostenibilidad fiscal y aumento de los ingresos de los adultos mayores: el caso de la hipoteca inversa, Premio Interamericano a la Investigación en Protección Social.
- Consejo Nacional de Población (1999), Envejecimiento demográfico de México: Retos y Perspectivas/por una sociedad para todas las edades, México, CONAPO.
- Crosnoe, R., Elder, G.H. (2004), 'From Childhood to Later Years: Pathways of Human Development,' *Research on Aging* 24(6):623-654.
- Cryer, D. (1999), 'Defining and Assessing Early Childhood Program Quality,' *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 563, pp. 39-55.
- Cunha, F. and Heckman, J.J. (2009) 'The Economics and Psychology of Inequality and Human Development,' *Journal of the European Economic Association*, 7(2-3), 320-64.

- Currie, J. (2011), 'Inequality at Birth: Some Causes and Consequences,' *American Economic Review* 101(3): 1-22.
- Danner, D. D., Snowdon, D.A. (2001), 'Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study,' *Journal of Personality and Social Psychology* 80(5): 804-813.
- de Grip, A., Dupuy, A., Jolles, J., van Boxtel, M. (2012), 'Retirement and Cognitive Development: are the retired really inactive?' *Maastricht University: METEOR working paper* RM/12/009.
- Del Valle, A. (2014), From caring to work: The labor market effects of non-contributory health insurance, Premio Interamericano de Investigación en Protección Social 2015
- Dorn, D., Sousa-Poza, A. (2010), "Voluntary' and 'Involuntary' Early retirement: An International Analysis,' *Applied Economics* 42(4): 427-438.
- Doyle, O., Harmon, C.P., Heckman, J.J., Tremblay, R.E. (2009) 'Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency,' *Economics and Human Biology*, 7(1), 1-6.
- Duncan, G. and Magnuson, K. (2011), 'The Nature and Impact of Early Achievement Skills, Attention Skills, and Behavior Problems,' in Duncan, G. and Murnane, R., eds., *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, New York: Russell Sage Foundation, 47-70.
- Duncan, G. and Magnusson, K. (2013), 'Investing in Preschool Programs,' *Journal of Economic Perspectives* 27(2): 109-132.
- Duncan, G. and Murnane, R., eds. (2011), *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, New York: Russell Sage Foundation.
- Dweck, C. (2012), *Mindset: How You Can Fulfill your Potential*. New York: Robinson.
- Dweck, C. (2013), 'Comment,' in Heckman, J., *Giving Kids a Fair Chance: A Strategy That Works*. Boston Books
- Esping-Andersen, G. (2002a), 'Towards the Good Society, Once Again?' in Esping-Andersen, G., with Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J., *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press: 1-25.
- Esping-Andersen, G. (2002b) A Child-Centered Social Investment Strategy,' in Esping-Andersen, G., with Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J., *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, pp. 26-67.
- Esping-Andersen, G. (2008), 'Childhood Investments and Skill Formation,' *International tax and Public Finance* 15: 19-44.
- Esping-Andersen, G. (2009), *The Incomplete Revolution: Adapting to Women's New Roles*. Malden, Mass: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (2015), 'The Return of the Family,' in Beramendi, P., Hausermann, S., Kitschelt, H., Kriesi, H., eds., *The Politics of Advanced Capitalism*. Cambridge: CUP, 157-178.
- Eurofound (2007), Employment and Labour Market Policies for an Ageing Workforce and Initiatives at the Workplace: National Overview Report Sweden. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- European Centre Vienna (2013), Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology, and Final Results, (authored by A. Zaidi, K. Gasior, M. Hofmarcher, O. Lelkes, B. Marin, R. Rodrigues, A. Schmidt, P. Vanhuyse and E. Zolyomi), Report submitted to the European Commission's DG Employment, and to UNECE's Population Unit, UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003, Vienna: March 2013.
- Federación Internacional de Diabetes (2011), Plan Mundial contra la diabetes 2012-2022, IDF, Bruselas, <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
- Farkas, G. (2011), 'Middle and High School Skills, Behaviors, Attitudes, and Curriculum Enrollment, and their Consequences,' in Duncan, G. and Murnane, R., eds., *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, New York: Russell Sage Foundation, 71-90.
- Federación Internacional de Diabetes (2014), Atlas de Diabetes, 6ª edición, http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
- Ferreira, F.H.G., J. Messina, J. Rigolini, L.F. Lopez-Calva, M. A. Lugo, y R. Vakis, (2013), *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class*, The World Bank, Washington D.C.
- Florida, Richard (2012), *The Rise of the Creative Class*, Nueva York, Basic Books.
- Fogel, R.W. (1999), 'Catching up with the Economy,' *American Economic Review*, 89(1): 1-21.
- Fogel R.W. (2003), *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100: Europe, America and the Third World*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Folbre, N. (1994), 'Children as Public Goods,' *American Economic Review* (84) 2: 86-90.
- Folbre N. (2008), *Valuing Children: Rethinking the Economics of the Family*. Cambridge MA and London UK: Harvard University Press.
- Foro Económico Mundial (2015), *Risks Report*.
- Frede, E.C. (1995), 'The Role of Program Quality in Producing Early Childhood Program Benefits,' *The Future of Children*, 5, 3, 115-132. '
- Garces E. and Currie J. (2002), 'Longer-Term Effects of Head Start,' *American Economic Review*, 92 (4): 999-1012.
- Gingrich, J. and Ansell, B. (2015), 'The Dynamics of Social Investment: Human Capital, Activation, and Care,' in Beramendi, P., Hausermann, S., Kitschelt, H., Kriesi, H., eds., *The Politics of Advanced Capitalism*. Cambridge: CUP, 282-304.
- Glymour, M.M., Kawachi, I., Jencks, C. and Berkman, L. (2008). 'Does childhood schooling affect old age memory or mental status? Using state schooling laws as natural experiments,' *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(6), pp. 532-37.
- Goerres, A. and Vanhuyse, P. (2012), 'Mapping the Field: The Comparative Study of Generational Politics and Policies,' in Vanhuyse, Pieter & Goerres, Achim (eds), *Ageing Populations in Post-industrial Democracies: Comparative Studies of Policies and Politics*, Abingdon: Routledge/ECPR Studies in European Political Science, pp. 1-22.

- Goetzel, R.Z., S.R. Long, R.J. Ozminkowski, K. Hawkins, S. Wang y W. Lynch, (2004), "Salud, de ausencia, incapacidad y costos presentismo estimaciones de ciertas condiciones de salud física y mental que afectan a los empleados estadounidenses", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, núm. 46.
- Goldin, C. and Katz, L. (2008) *The Race between Education and Technology*, Cambridge: Harvard University Press.
- Gough, I. and Therborn, G. (2010), 'The Global Future of the Welfare State,' in Castles, F., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H., Pierson, C. (eds.) *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: OUP.
- Hábitat III (2015), The new urban agenda. <https://www.habitat3.org/the-new-urban-agenda>
- Hank, K. (2011), 'Societal Determinants of Productive Aging: A Multilevel Analysis across 11 European Countries,' *European Sociological Review* 27(4): 526-541.
- Hanushek E. and Kimko D.D. (2000), 'Schooling, Labor-Force Quality, and the Growth of Nations,' *American Economic Review* (5): 1184-1208.
- Hanushek, E. and Woessmann, L. (2010), 'How Much Do Educational Outcomes Matter in OECD Countries?' Bonn: IZA discussion paper 5401.
- Hardy, M. (2006), 'Older Workers,' in R.H. Binstock and L.K. George, editors, *Handbook of Aging and the Social Sciences*, chapter 12, pages 201- 218. Academic Press, Elsevier.
- Harris, J. (2015), 'Tobacco Control Policy in the Developing World: Lessons from Uruguay,' lecture delivered to the the CISS Social Policy Lab,' Cambridge, Mass: MIT, May 2015.
- Harris, J., Balsa, A. and Triunfo, P. (2015), 'Tobacco Control Campaign in Uruguay: Impact on Smoking Cessation during Pregnancy and Birth Weight,' *Journal of Health Economics* 42: 186-196.
- Heckman, J. (2000), 'Policies to Foster Human Capital,' *Research in Economics*, 54, 3-56.
- Heckman, J. (2007), 'The Economics, Technology, and Neuroscience of Human Capability Formation,' *PNAS* 104 (233): 13250-13255.
- Heckman, J. (2013), *Giving Kids a Fair Chance: A Strategy That Works*. Boston Books.
- Heckman, J and Kautz, T. (2012), 'Hard Evidence on Soft Skills,' *Labour Economics* 19(4): 451-464.
- Heckman, J. and Masterov, J. (2007). "The Productivity Argument for Investing in Young Children," *Review of Agricultural Economics*, 29(3): 446-493.
- Heckman, J., Moon, S.H., Pinto, R., Savelyev, P.A. and Yavitz, A.Q. (2010). 'The Rate of Return to the High Scope Perry Preschool Program,' *Journal of Public Economics*, 94(1-2), pp. 114-28.
- Heckman, J. and Rubinstein, Y. (2001), 'The Importance of Noncognitive Skills: Lessons from the GED Testing Program,' *American Economic Review*, 91 (2): 145-149.

- Hendricks, J, Hatch, L.R. (2006), 'Lifestyle and Aging,' in R.H. Binstock and L.K. George, editors, *Handbook of Aging and the Social Sciences*, chapter 17, pp. 303- 320. Academic Press, Elsevier.
- Hering, M. (2012), 'Live Longer, Work Longer? Intergenerational Fairness in Retirement Age Reforms in Germany and the UK,' in Pieter Vanhuyse and Achim Goerres (eds), *Aging Populations in Postindustrial Democracies: Comparative Studies of Policies and Politics*. Abingdon: Routledge/ECPR European Political Science Series, pp. 79-105.
- Herzog, R., James S., House, J.S., Morgan, J. (1991), 'Relation of Work and Retirement to Health and Well-Being in Older Age,' *Psychology and Aging* 6(2): 202-211.
- Hinterlong J., Morrow-Howell N., Rozario P. (2007), 'Productive engagement and late life physical and mental health: Findings from a nationally representative panel study,' *Research on Aging* 29(4): 348-370.
- Hutchinson, T., Morrison, P., Mikhailovich, K. (2006), A Review of the Literature on Active Aging, document prepared for the Australian Government Department of Health and Ageing, Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing.
- ITU y UNESCO (2015), The State of Broadband 2015. Broadband as a Foundation for Sustainable Development, ITU-UNESCO, Ginebra.
- Kauschal, N., Magnusson, K., Waldfogel, J. (2011), 'How is Family Income Related to Investments in Children's Learning?' in Ducan, G, Murnane, R., eds., *Whither Opportunity?*, New York: Russell Sage: 187-205.
- Knudsen, E., Heckman, J., Cameron, J. and Schonkoff, J. (2007), 'Economic, Neurobiological and Behavioral Perspectives on Building America's Future Workforce,' *Proceedings of the National Academy of Sciences* 103(27): 10155-10162.
- Kristensen, N. (2012), 'Training and Retirement,' Bonn: IZA working paper 6301.
- Kuhn, A., Wuellrich, J.P., Zweimüller, J. (2010), 'Fatal Attraction? Access to Early Retirement and Mortality,' IZA Discussion Paper No. 5160.
- Lee RD (1994), 'Population age structure, intergenerational transfers, and wealth: a new approach, with applications to the US,' *Journal of Human Resources*, 29(4): 1027-63.
- Lee RD, Donehower G (2011): Private transfers in comparative perspective. In: Lee RD, Mason A (eds.), 185-208
- Lee, R. and A. Mason, (eds.) (2011a). Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective, Cheltenham: Edward Elgar.
- Lee R. Mason A (2011b), 'Lifecycles, support systems, and generational flows: patterns and change,' in Lee, R. and A. Mason, (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective*, Cheltenham: Edward Elgar, 79-106.
- Lozano, J. (2015), 'Opening Remarks to the CISS Social Policy Lab at MIT,' Cambridge, Mass: MIT, May.
- Lustig, R.H. (2012), Fat Chance, New York: Hudson Street Press.

- Lustig, R.H. (2015), 'Non-communicable Disease and Processed Food,' lecture delivered to the CISS Social Policy Lab, Cambridge, Mass: MIT, May 2015.
- Lustig, R.H., Schmidt, L.A., Brindis, C.D. (2012), 'Public Health: The Toxic Truth about Sugar,' *Nature* 482: 27-29.
- Mason A., Lee R. (2011), 'Introducing age into national accounts,' in Lee, R. and A. Mason, (eds.), *Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective*, Cheltenham: Edward Elgar, 55-78.
- Masse, L.N. and Barnett, W.S. (2006), *A Benefit Cost Analysis of the Abecedarian Early Childhood Intervention*, New Jersey: National Institute for Early Education Research.
- McKenzie Global (2014). *A tale of two Mexico's: growth and prosperity in a two-speed economy*.
- Miller, T., Mason, A. and Holz, M. (2011), 'The Fiscal Impact of Demographic Change in Ten Latin American Countries: Projecting Public Expenditures in Health, Education, and Pensions,' in *Population Aging: Is Latin America Ready?* Washington DC: World Bank.
- Morgan, K. (2012), 'Promoting Social Investment Through Work-Family Policies: Which Nations Do It and Why?' in Morel, N., Palier, B., and Palme, J., eds., *Towards a Social Investment Welfare State?* Bristol: the Policy Press, 153-180.
- Naciones Unidas (2010), *El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad*, Naciones Unidas, Santiago.
- Naciones Unidas (2012), *World Youth Report*.
- Naciones Unidas (2014a), *World Urbanisation Prospect*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- Naciones Unidas (2014b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014*.
- Naciones Unidas (2015a), *Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015*.
- Naciones Unidas (2015b), *Objetivos de Desarrollo Sostenible* <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Nelson, C., and Sheridan, M. (2011), 'Lessons from Neuroscience Research for Understanding Causal Links between Family and Neighborhood Characteristics and Educational Outcomes,' in Duncan, G. and Murnane, R., eds., *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, New York: Russell Sage Foundation, pp.27-46.
- Nelson, M., Stephens, J.D. (2012), 'Do Social Investment Policies Produce More and Better Jobs?' in Morel, N., Palier, B., and Palme, J., eds., *Towards a Social Investment Welfare State?* Bristol: the Policy Press, 205-234.
- Nikolai, R. (2012), 'Towards Social Investment? Patterns of Public Policy in the OECD World,' in Morel, N., Palier, B., and Palme, J., eds., *Towards a Social Investment Welfare State?* Bristol: the Policy Press, 91-116.
- OCDE/CISS/CIEDESS (2012), *Panorama de las Pensiones 2011, Sistemas de Ingresos al retiro en los países de la OECD y el G20*.

- OCDE/CEPAL/CAF (2014), *Perspectivas económicas de América Latina 2015: educación, competencias e innovación para el desarrollo*, OCDE, París.
- OCDE (2004), *Ageing and Employment Policies: Finland*, OECD, Paris.
- OCDE (2006), *Live Longer, Work Longer*. Paris: OECD.
- OCDE (2012), *Closing the Gender Gap: Act Now*, OCDE, París.
- OCDE (2013), *Pensions at a Glance: OECD and G20 countries*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-en
- OCDE (2015), *OECD Innovation Strategy 2015. An Agenda For Policy Action*, OCDE, París.
- OIT, *Estadísticas del subempleo*, <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/statistics-overview-and-topics/underemployment/lang--es/index.htm>
- OIT (2009), *Envejecimiento de la población: ¿Quién se encarga del cuidado?*, OIT Oficina subregional para el Cono Sur y Oficina subregional para Centroamérica, Notas OIT.
- OIT (2010), *El impacto de la crisis económica y financiera sobre el empleo juvenil en América Latina: medidas del mercado laboral para promover la recuperación del empleo juvenil*, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Documento de trabajo núm. 71, Lima.
- OIT (2011), *Key Indicators of the Labour Market*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra
- OIT (2012), *Global Employment Trends for Youth*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT (2013), *Programa de la OIT para la formalización de la informalidad (FORLAC)*, OIT, fascículo del 20 de agosto de 2013.
- OIT (2014a), *Panorama Laboral*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT (2014b), *Tendencias mundiales del empleo 2014: ¿Hacia una recuperación sin creación de empleos?*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra
- OIT/CEPAL (2015), *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*.
- OIT/OMC (2009), *Globalization and Informal Jobs in Developing Countries*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.
- Olivera, J. y B. Zuluaga (2014), “The Ex-Ante Effects of Noncontributory Pensions in Colombia and Peru”, Premio Interamericano a la Investigación en Protección Social 2015.
- OMS (a), *Global Polio Eradication Initiative*, <http://www.polioeradication.org/>
- OMS (b), *The Cost of Diabetes, Fact Sheet no. 236*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/>
- OMS (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*. Madrid: Second United Nations World Assembly on Ageing, April 2002.
- OMS (2011), *Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost?*, WHO, Ginebra, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf
- OMS (2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, WHO, Ginebra, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1

- ONU-Habitat (2012), Estado de las Ciudades en América Latina y el Caribe. Rumbo a una nueva transición humana, Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, Nairobi.
- ONU-Habitat (2014), ONU-Hábitat, Planeamiento urbano para autoridades locales, Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, Nairobi.
- OPS (2013), “El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas”, *Boletín de inmunización*, XXXV(1) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22365&Itemid=
- OPS/OMS (a), Diabetes, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715&Itemid=39446&lang=es
- OPS/OMS (b), Enfermedades transmisibles y análisis de salud, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1215&Itemid=1073&lang=es
- OPS/OMS (c), Enfermedades no transmisibles y discapacidades http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1199&Itemid=852
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=771&Itemid=1359&lang=es
- OPS/OMS (d), Cobertura Universal de Salud, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es
- OPS/OMS (2011), Informe temático sobre enfermedades no transmisibles
- OPS/OMS (2012a), Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025
- OPS/OMS (2012b), La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas.
- OPS/OMS (2015), Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas, OPS/OMS, Washington, D. C.
- OPS Chile (2012). La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. OPS, Santiago
- Pettersson, ‘Instead of Bowling Alone? Un-retirement of Old-age Pensioners’, University of Uppsala Economics Department working paper 2011-14.
- Powell, W.W. and Snellman K. (2004), ‘The Knowledge Economy’, *Annual Review of Sociology* 30: 199-220.
- Psacharopoulos, G. (1994), ‘Returns to investment in education: a global update’, *World Development* 22: 1325-1343.
- Ramey, C. and Ramey, S. (2000), ‘Early Childhood Experiences and Developmental Competence’, in Danziger, S., Waldfogel, J., eds., *Securing the Future*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ramírez, B. (2014), El mercado Laboral mexicano y los modelos de financiamiento de las pensiones, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.
- Ramírez, B. (2015), Panel diferencias y realidades del sistema individual y de reparto, Seminario internacional sobre buenas prácticas y experiencias en pensiones, Ciudad de México, 24-25 de septiembre de 2015

- Rofman, R., I, Apella y E, Vezza (2013), Más Allá de las Pensiones Contributivas: Catorce Experiencias en América Latina, Banco Mundial, Washington D.C.
- Rohwedder, S. and Willig, R.J. (2010), 'Mental Retirement,' *Journal of Economic Perspectives* 24(1): 119-138.
- Romer, P. (2002), 'Redistributional Consequences of Educational Reform,' in Lazear, Edward, ed. *Education in the Twenty-First Century*, Stanford: Hoover Institution Press, pp. 41-77.
- Rowan, B. (2011), 'Intervening to Improve the Educational Outcomes of Students in Poverty: Lessons from Recent Work in High Poverty Schools,' in Duncan, G. and Murnane, R., eds., *Whither Opportunity? Rising Inequality, Schools, and Children's Life Chances*, New York: Russell Sage Foundation, pp. 523-537.
- Rowe, J., Kahn, R. (1998), *Successful Aging*. New York: Random House.
- Sabbagh, C. and Vanhuyse, P. (2007), 'Betwixt and Between the Market and the State: Israeli Students' Welfare Attitudes in Comparative Perspective,' *International Journal of Social Welfare* 16 (3), 2007, pp. 220-230.
- Sabbagh, C. and Vanhuyse, P. (2010), 'Intergenerational Justice Perceptions and the Role of Welfare Regimes: A Comparative Analysis of University Students,' *Administration & Society*, (42)6: 638-667.
- Sabbagh, C. & Vanhuyse, P. (2014), 'Perceived Pension Injustice: A Multidimensional Model of Attitudes in Two Most-different Cases,' *International Journal of Social Welfare*, 23, (2), 2014, pp. 174-184.
- Saint-Paul, G. (2009), 'Does the Welfare State Make Older Workers Unemployable?' Bonn IZA Discussion paper no 4440.
- Salazar, J., (2011) Presentismo: un problema que afecta la salud laboral. Análisis desde la psicología organizacional y el trabajo, Universidad Católica de Pereira.
- Sánchez, O. (2014), La relevancia del acceso al crédito en la dinámica de la informalidad en México, CISS Working Paper Series, México.
- Sanderson, W. and Scherbov, S. (2010) 'Remeasuring Aging,' *Science*, 329: 1287-1288.
- Settersten, R.A. (2006), 'Aging and the Life Course,' in R.H. Binstock and L.K. George, editors, *Handbook of Aging and the Social Sciences*, chapter 1, pp. 1-16. Academic Press, Elsevier.
- Simpson, R (1998), "Presenteeism, Power and Organizational Change: Long Hours as a Career Barrier and the Impact on the Working Lives of Women Managers", *British Journal of Management*, 9(1), 37-50.
- Skirbekk, V. (2008), 'Age and Productivity Capacity: Descriptions, Causes, and Policy' *Ageing Horizons* 8, pp. 4-12.
- Skirbekk, V. (2012), 'Variation in cognitive functioning as a refined approach to comparing aging across countries,' *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(3), 770-4.
- Tepe, M. and Vanhuyse, P. (2009), 'Are Aging OECD Welfare States on the Path to Gerontocracy? Evidence from 18 Democracies, 1980-2002,' *Journal of Public Policy*, 29 (1): 1-28.

- Tepe, M. and Vanhuyse, P. (2010), 'Elderly Bias, New Social Risks, and Social Spending: Change and Timing in Eight Programs across Four Worlds of Welfare, 1980-2003.' *Journal of European Social Policy*, (20) 3: 218-234.
- Tepe, M. and Vanhuyse, P. (2010), 'Who Cuts Back and When? The politics of delays in social expenditure cutbacks, 1980- 2005,' *West European Politics*, 33, (6): 1214-1240.
- Tepe, M. and Vanhuyse, P. (2012), 'Accelerating Smaller Cutbacks to Postpone Larges Ones? The Politics of Timing and Alarm Bells ion OECD Pension Generosity Retrenchment,' in Vanhuyse, Pieter & Goerres, Achim (eds), *Ageing Populations in Post-industrial Democracies: Comparative Studies of Policies and Politics*, Abingdon: Routledge/ECPR Studies in European Political Science, pp. 1-22.
- Tepe, M. and Vanhuyse, P. (2013), 'Parties, Unions, and Activation Strategies: The Context-Dependent Politics of Active Labor Market Policy Spending,' *Political Studies*, 61 (3): 480-504.
- The Boston Consulting Group (2012), *The Connected World. The Internet Economy in the G20*.
- UNESCO (2015a), *La educación para todos (EPT) 2000-2015. Logros y desafíos*, UNESCO, París.
- UNESCO (2015b), *Replantear la educación*, UNESCO, París.
- UNFPA (2007), *Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM desde la perspectiva de la CIPD: una guía de referencia a la evidencia para el diálogo sobre políticas en la región de ALC*, UNFPA/IPEA: Brasilia. <http://www.unfpa.org.br/lacodm/arquivos/odm4.pdf>
- US Department of Health and Human Services (2003), "Prevention Makes Common Cents", Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation <http://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/72611/prevention.pdf>
- Vandenbroucke, F., Hemerijck, A. and Palier, B. (2011), 'The EU Needs a Social Investment Pact.' *OSE Opinion Paper No. 5*, May.
- Van Dijk, S, Turner, M (2010), 'Active, Productive and Healthy Aging in Germany and the United States: Some insights and critical remarks from a comparative perspective
- Vanhuyse, P. (2008), 'The New Political Economy of Skill Formation,' *Public Administration Review*, 68 (5): 955-959.
- Vanhuyse, P. (2012), 'Does Population Aging Drive Up Pro-elderly Social Spending?' *European Social Observatory (OSE) Paper Series*, Research Paper No. 7.
- Vanhuyse, P. (2013), *Intergenerational Justice in Aging Societies: A Cross-National Comparison of 29 OECD Countries*, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Vanhuyse, P. (2014), 'Intergenerational Justice and Public Policy in Europe,' *European Social Observatory (OSE) Paper Series*, Opinion Paper No.16, March.
- Vanhuyse, P. (2015a), 'Skills, Stakes and Clout: Early Human Capital Foundations for European Welfare Futures,' *In The Future of Welfare in a Global Europe*, Aldershot: Ashgate.
- Vanhuyse, P. (2015b), 'Progressive Social Policies for Intergenerational Justice in Aging Societies: Demography Is Not Destiny,' in Patrick Diamond and

- Claudia CHwalisz (ed.), *The Pre-distribution Agenda: Tackling Inequality and Supporting Sustainable Growth*. London: Tauris.
- Vanhuysse, P. and Goerres, A. (eds) (2012), *Ageing Populations in Post-industrial Democracies: Comparative Studies of Policies and Politics*, Abingdon: Routledge/ECPR Studies in European Political Science.
- Vanhuysse, P. and Sabbagh, C. (2004), 'Merging Dollars with Values: Rights and Resources in Education Worldwide,' *International Studies in Sociology of Education*, 14 (2): 169-181.
- Waldfogel, J. (2006), *What Children Need*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Walker, A. (2010), 'The Emergence and Application of Active Aging in Europe,' in Naegele, G., ed., *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag fuer Sozialwissenschaften, pp. 585-601.
- Warr, P, Butcher, V., Robertson, I., Callinan, M. (2004), 'Older People's well-being as a Function of Employment, Retirement, Environmental Characteristics and Role Preference,' *British Journal of Psychology* 95: 297-324.
- Wise, D. (2010), 'Facilitating Longer Working Lives: International Evidence on Why and How,' *Demography* 47: S131-S149.
- Wolf, D., Lee, R., Miller, T., Donehower, G. and Genest, A. (2011), 'Fiscal Externalities of Becoming a Parent,' *Population and Development Review* 37 (2): 241-266.

Anexo
Economía Preventiva: Factores de Riesgo,
Observatorio Interamericano de Protección Social

El Observatorio Interamericano de Protección Social (OIPS) en su segunda versión se enfoca a los factores de riesgo de la Economía Preventiva.

La Economía Preventiva tiene como objetivo el bienestar de la persona. Por ese motivo se focaliza en factores que por principio son evitables.

El Observatorio Interamericano de Protección Social presenta evidencia científica sobre determinantes demográficos, económicos, de desarrollo humano y salud, que tienen impacto sobre los factores de riesgo de la salud de la región y las subregiones CISS.

Los factores de riesgo considerados son:

1. Riesgos por factores dietarios
2. Riesgos por factores fisiológicos (síndrome metabólico)
3. Consumo de tabaco
4. Consumo de alcohol y drogas
5. Contaminación del aire
6. Falta de agua potable y saneamiento
7. Inactividad física
8. Lesiones

Se incluyen datos sobre las principales causas, los años de vida saludable perdidos, la evolución e impacto de los principales riesgos prevenibles, así como los factores de riesgo que determinan los años de vida saludable perdidos y las causas de muerte, por grupo de edad.

La información que se presenta en las fichas sobre Economía Preventiva-Factores de Riesgo proviene de la base de datos del Banco Mundial, el Índice de Desarrollo Humano, la Carga General de la Enfermedad y las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud.

En este anexo podrá consultar la información agregada por región y subregiones CISS siguientes.

1. Región CISS.
2. Subregión América del Norte.
3. Subregión América Latina y el Caribe.
4. Subregión el Caribe.
5. Subregión Centroamérica.
6. Subregión Andina.
7. Subregión América del Sur.

Las fichas por país se encuentran publicadas en la página de internet:
www.ciss.net.

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
REGIÓN CISS¹

Indicadores demográficos, 2013

Población total	965,154 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	76.9 años
Esperanza de vida sana al nacer (EVSN) ²	66.7 años (10.2 años menos que la EVN)
Mediana de edad	65.2 años
Esperanza de vida mayores 60 años	22 años
Población mayor de 60 años	14.1% (136,276 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita	32,823.1 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	4,826.2 dólares
Gasto total en salud % del PIB	10.7%
<i>Gasto Público en salud</i>	6.1%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	2.1%
<i>Otros</i>	2.5%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,830
IDH ajustado por desigualdad	0,663
Coefficiente de Gini 2012	46.6 (Óptimo, menor a 39.0)

Causas, 2012

Enfermedades transmisibles	15.9%
Enfermedades no transmisibles	72.7%
Traumatismos	11.4%

Principales Causas, 2010

Causas	Defunciones	Porcentaje
1. Enfermedad isquémica del corazón	1,085,962	30.9%
2. Infarto cerebral	514,200	14.6%
3. Infecciones respiratorias bajas	297,860	8.5%
4. Diabetes	287,048	8.2%
5. Fuerza de la naturaleza	261,355	7.4%
6. Violencia intrafamiliar	183,317	5.2%
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	182,692	5.2%
8. Insuficiencia Renal Crónica	175,300	5.0%
9. Accidentes automotores	173,709	4.9%
10. Otras enfermedades	352,856	10.0%
Total 10 principales Causas	3,514,299	100.0%

¹ La región CISS incluye información disponible de América del Norte, América Latina y el Caribe.

² EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con “total salud”, contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
Años de vida saludable perdidos (AVISA)	157,568,780	175,444,295	11.3%	100.0%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	23,184,998	37,695,919	62.6%	21.5%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	134,383,782	137,748,376	2.5%	78.5%
<i>Defunciones</i>	5,501,733	6,814,642	23.9%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010	Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo
1. <i>Riesgos fisiológicos</i> 35%	1. Lesiones 64%
2. <i>Riesgos dietarios</i> 16%	• <i>Accidentes automotores</i> 88%
3. <i>Lesiones</i> 8%	• <i>Violencia interpersonal</i> 43%
4. <i>Inactividad física</i> 6%	2. Riesgos fisiológicos 22%
5. <i>Consumo de tabaco</i> 6%	• <i>Sobrepeso y obesidad</i> 61%
6. <i>Riesgos laborales</i> 3%	• <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i> 29%
7. <i>Otros riesgos</i> 26%	• <i>Baja densidad mineral ósea</i> 9%
Total 100%	3. Riesgos dietarios 7%

Años de vida saludable perdidos, 2013

	Factores de riesgo	Causas
<i>Menores de 5 años</i>	1. <i>Bajo peso para la edad</i>	1. <i>Trastorno neonatal</i>
	2. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	2. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	3. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	3. <i>Lesiones accidentales</i>
	4. <i>Abuso sexual</i>	4. <i>Enfermedad diarreica</i>
	5. <i>Contaminación del aire</i>	5. <i>Accidentes en transportes</i>
	6. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i>	6. <i>Diabetes</i>
	7. <i>Falta de agua y saneamiento</i>	7. <i>Neoplasma</i>
	8. <i>Consumo de tabaco</i>	8. <i>Guerras y desastres</i>
<i>5 a 14 años</i>		9. <i>Deficiencias nutricionales</i>
	1. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	1. <i>Accidentes en los transportes</i>
	2. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i>	2. <i>Neoplasma</i>
	3. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	3. <i>Lesiones accidentales</i>
	4. <i>Abuso sexual y violencia</i>	4. <i>Autolesiones y violencia interpersonal</i>
	5. <i>Contaminación del aire</i>	5. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	6. <i>Falta de agua potable y saneamiento</i>	6. <i>Diabetes</i>
	7. <i>Alta presión arterial</i>	7. <i>Enfermedad diarreica</i>
8. <i>Bajo peso para la edad</i>	8. <i>Guerras y desastres</i>	

<i>15 a 49 años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de drogas y alcohol 2. Riesgos dietarios 3. Sobrepeso y obesidad 4. Consumo de tabaco 5. Alta presión arterial 6. Altos niveles de colesterol 7. Alto nivel de glucosa en la sangre 8. Abuso sexual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasma 2. Autolesiones y violencia interpersonal 3. Enfermedades cardiovasculares 4. Accidentes en los transportes 5. Trastorno mental y uso de sustancias 6. Diabetes 7. Lesiones accidentales 8. Guerra y desastres
<i>50 a 69 años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de tabaco 2. Riesgos dietarios 3. Sobrepeso y obesidad 4. Alta presión arterial 5. Consumo de alcohol y drogas 6. Alto nivel de glucosa en la sangre 7. Alto nivel de colesterol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasma 2. Enfermedades cardiovasculares 3. Diabetes 4. Enfermedades crónico respiratorias 5. Cirrosis 6. Trastorno neurológico 7. Autolesiones y violencia interpersonal 8. Enfermedad diarreica 9. Guerras y desastres
<i>70 años o más</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos dietarios 2. Alta presión arterial 3. Consumo de tabaco 4. Sobrepeso y obesidad 5. Alto nivel de glucosa en la sangre 6. Alto nivel de colesterol 7. Bajo índice de filtración glomerular 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades cardiovasculares 2. Neoplasma 3. Trastorno neurológico 4. Enfermedades crónico respiratorias 5. Diabetes 6. Enfermedad diarreica 7. Lesiones accidentales 8. Enfermedades digestivas

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
SUBREGIÓN AMÉRICA DEL NORTE³

Indicadores demográficos, 2013

Población total	355,233 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	79.3 años
Esperanza de vida sana al nacer (EVSN) ⁴	69.3 años (10 años menos que la EVN)
Mediana de edad	37.3 años
Esperanza de vida mayores 60 años	24.8 años
Población mayor de 60 años	20% (71,398 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita por PPA	51,995 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	8,712 dólares
Gasto total en salud % del PIB	13.9%
<i>Gasto Público en salud</i>	7.8%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	1.8%
<i>Otros</i>	4.3%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,913
IDH ajustado por desigualdad	0,755
Coefficiente de Gini 2012	40.0 (Óptimo, menor a 39.0) ⁵

Causas, 2012

Enfermedades transmisibles	6.3%
Enfermedades no transmisibles	85.1%
Traumatismos	8.6%

Principales Causas, 2010

Causas	Defunciones	Porcentaje
1. Enfermedades isquémicas del corazón	619,299	35.9%
2. Infarto cerebral	191,463	11.1%
3. Cáncer de pulmón	182,692	10.6%
4. Alzheimer	175,300	10.2%
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	167,552	9.7%
6. Diabetes	94,934	5.5%
7. Infecciones respiratorias bajas	93,871	5.4%
8. Cáncer de colon	72,887	4.2%
9. Enfermedades cardiovasculares	61,313	3.6%
10. Otras enfermedades	65,936	3.8%
Total 10 principales Causas	1,725,247	100.0%

³ La subregión América del Norte incluye información disponible de Canadá y Estados Unidos de América.

⁴ EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con "total salud", contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

⁵ Promedio simple para el cálculo subregional.

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
Años de vida saludable perdidos (AVISA)	63,198,530	68,108,003	7.8%	100.0%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	9,995,813	15,732,484	57.4%	23.1%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	53,202,717	52,375,519	-1.6%	76.9%
<i>Defunciones</i>	3,016,640	3,180,196	5.4%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010	Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo
<i>1. Riesgos fisiológicos</i> 37%	1. Agua y saneamiento 703%
<i>2. Riesgos dietarios</i> 18%	• <i>Falta de agua potable</i> 699%
<i>3. Inactividad física</i> 7%	• <i>Falta de saneamiento</i> 457%
<i>4. Consumo de tabaco</i> 3%	
<i>5. Lesiones</i> 2%	2. Consumo de alcohol y drogas 32%
<i>6. Riesgos laborales</i> 2%	• <i>Consumo de alcohol</i> 17%
<i>7. Otros riesgos</i> 31%	• <i>Consumo de drogas</i> 167%
Total 100%	

Años de vida saludable perdidos 2013

	Factores de riesgo	Causas
<i>Menores de 5 años</i>	<i>1. Bajo peso para la edad</i>	<i>1. Trastorno neonatal</i>
	<i>2. Consumo de alcohol y drogas</i>	<i>2. Enfermedades no transmisibles</i>
	<i>3. Bajo índice de filtración glomerular</i>	<i>3. Lesiones accidentales</i>
	<i>4. Abuso sexual</i>	<i>4. Enfermedad diarreica</i>
	<i>5. Contaminación del aire</i>	<i>5. Accidentes en los transportes</i>
	<i>6. Alto nivel de glucosa en la sangre</i>	<i>6. Diabetes</i>
	<i>7. Falta de agua y saneamiento</i>	<i>7. Neoplasma</i>
<i>5 a 14 años</i>	<i>1. Consumo de alcohol y drogas</i>	<i>1. Accidentes en los transportes</i>
	<i>2. Altos niveles de glucosa en la sangre</i>	<i>2. Neoplasma</i>
	<i>3. Bajo índice de filtración glomerular</i>	<i>3. Lesiones accidentales</i>
	<i>4. Abuso sexual y violencia</i>	<i>4. Auto lesiones y violencia interpersonal</i>
	<i>5. Contaminación del aire</i>	<i>5. Enfermedades no transmisibles</i>
	<i>6. Falta de agua potable y saneamiento</i>	<i>6. Diabetes</i>
	<i>7. Alta presión arterial</i>	<i>7. Enfermedad diarreica</i>

<i>15 a 49 años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de drogas y alcohol 2. Riesgos dietarios 3. Sobrepeso y obesidad 4. Consumo de tabaco 5. Alta presión arterial 6. Alto nivel de colesterol 7. Alto nivel de glucosa en la sangre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasma 2. Autolesiones y violencia interpersonal 3. Enfermedades cardiovasculares 4. Accidentes en los trasportes 5. Trastorno mental y uso de sustancias 6. Diabetes 7. Lesiones accidentales
<i>50 a 69 años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de tabaco 2. Riesgos dietarios 3. Sobrepeso y obesidad 4. Alta presión arterial 5. Consumo de alcohol y drogas 6. Alto nivel de glucosa en la sangre 7. Alto nivel de colesterol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasma 2. Enfermedades cardiovasculares 3. Diabetes 4. Enfermedades crónico respiratorias 5. Cirrosis 6. Trastorno neurológico 7. Autolesiones y violencia interpersonal
<i>70 o más años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos dietarios 2. Alta presión arterial 3. Consumo de tabaco 4. Sobrepeso y obesidad 5. Alto nivel de glucosa en la sangre 6. Alto nivel de colesterol 7. Bajo índice de filtración glomerular 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades cardiovasculares 2. Neoplasma 3. Trastorno neurológico 4. Enfermedades crónico respiratorias 5. Diabetes 6. Enfermedad diarreica 7. Lesiones accidentales

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
SUBREGIÓN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE⁶

Indicadores demográficos, 2013

Población total	609,921 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	74.6 años
Esperanza de vida sana al nacer (EVSN) ⁷	64.2 años (10.4 años menos que la EVSN)
Mediana de edad	27.9 años
Esperanza de vida mayores 60 años	21.3 años
Población mayor de 60 años	10.6% (64,878 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita	13,651.3 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	940.5 dólares
Gasto total en Salud % del PIB	7.4%
<i>Gasto Público en salud</i>	4.4%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	2.4%
<i>Otros</i>	0.6%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,747
IDH ajustado por desigualdad	0,571
Coefficiente de Gini 2012	53.3 (Óptimo, menor a 39.0)

Causas, 2012

Enfermedades transmisibles	14.7%
Enfermedades no transmisibles	73.9%
Traumatismos	11.4%

Principales Causas, 2010

Causa	Defunciones	Porcentaje
1. Enfermedades isquémicas del corazón	466,663	24.1%
2. Infarto cerebral	322,737	16.6%
3. Infecciones respiratorias bajas	193,177	10.0%
4. Diabetes	166,421	8.6%
5. Fuerzas de la naturaleza	183,317	9.5%
6. Violencia intrafamiliar	149,502	7.7%
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	130,308	6.7%
8. Insuficiencia Renal Crónica	113,381	5.8%
9. Accidentes automotores	109,561	5.7%
10. Cirrosis	103,487	5.3%
Total 10 principales Causas	1,938,554	100.0%

⁶ La subregión América Latina y el Caribe incluye información disponible de los países de la clasificación del Banco Mundial para dicha subregión.

⁷ EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con “total salud”, contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
Años de vida saludable perdidos (AVISA)	94,370,250	107,336,292	13.7%	100.0%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	13,189,185	21,963,435	66.5%	20.5%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	81,181,065	85,372,857	5.2%	79.5%
<i>Defunciones</i>	2,485,093	3,634,446	46.2%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010	Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo
1. <i>Riesgos fisiológicos</i> 32%	1. Riesgos fisiológicos 73%
2. <i>Riesgos dietarios</i> 14%	• <i>Sobrepeso y obesidad</i> 140%
3. <i>Lesiones</i> 13%	• <i>Niveles altos de glucosa en la sangre</i> 101%
4. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 12%	2. Consumo de alcohol y drogas 55%
5. <i>Consumo de tabaco</i> 8%	• <i>Consumo de alcohol</i> 53%
6. <i>Inactividad física</i> 5%	• <i>Consumo de drogas</i> 83%
7. <i>Riesgos laborales</i> 4%	3. Lesiones 40%
8. <i>Otros riesgos</i> 12%	• <i>Accidentes automotores</i> 40%
Total 100%	• <i>Violencia interpersonal</i> 40%

Años de vida saludable perdidos 2013

	Factores de riesgo	Causas
<i>Menores de 5 años</i>	1. <i>Bajo peso para la edad</i>	1. <i>Trastorno neonatal</i>
	2. <i>Falta de agua potable y saneamiento</i>	2. <i>Enfermedad diarreica</i>
	3. <i>Contaminación del aire</i>	3. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	4. <i>Abuso sexual</i>	4. <i>Guerras y desastres</i>
	5. <i>Consumo de tabaco</i>	5. <i>Lesiones accidentales</i>
	6. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	6. <i>Deficiencias nutricionales</i>
	7. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	7. <i>Diabetes</i>
<i>5 a 14 años</i>	1. <i>Falta de agua potable y saneamiento</i>	1. <i>Guerras y desastres</i>
	2. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	2. <i>Accidentes en transportes</i>
	3. <i>Índice de filtración glomerular</i>	3. <i>Lesiones accidentales</i>
	4. <i>Contaminación del aire</i>	4. <i>Enfermedad diarreica</i>
	5. <i>Abuso sexual</i>	5. <i>Neoplasma</i>
	6. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i>	6. <i>Auto lesión y violencia interpersonal</i>
	7. <i>Bajo peso para la edad</i>	7. <i>Enfermedades no transmisibles</i>

<i>15 a 49 años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de alcohol y drogas 2. Riesgos dietarios 3. Sobrepeso y obesidad 4. Alta presión arterial 5. Consumo de tabaco 6. Abuso sexual 7. Alto nivel de glucosa en la sangre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auto violencia y violencia interpersonal 2. Guerra y desastre 3. Enfermedades cardiovasculares 4. Neoplasma 5. Accidentes en transportes 6. Lesiones accidentales 7. Diabetes
<i>50 a 69 años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos dietarios 2. Alta presión arterial 3. Sobrepeso y obesidad 4. Consumo de tabaco 5. Alto nivel de glucosa en la sangre 6. Consumo de drogas y alcohol 7. Alto nivel de colesterol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades cardiovasculares 2. Neoplasma 3. Diabetes 4. Cirrosis 5. Enfermedades crónico respiratorias 6. Enfermedad diarreica 7. Guerras y desastres
<i>70 o más años</i>	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos dietarios 2. Alta presión arterial 3. Altos nivel de glucosa en la sangre 4. Sobrepeso y obesidad 5. Consumo de tabaco 6. Bajo índice de filtración glomerular 7. Alto nivel de colesterol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades cardiovasculares 2. Neoplasma 3. Diabetes 4. Enfermedades crónico respiratorias 5. Enfermedad diarreica 6. Trastorno neurológico 7. Enfermedades digestivas

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
SUBREGIÓN EL CARIBE⁸

Indicadores demográficos, 2013

Población total	34,881 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	72 años
Esperanza de Vida sana al nacer (EVSN) ⁹	60.6 años (11.4 años menos que la EVN)
Mediana de edad	29.8 años
Esperanza de vida mayores 60 años	19.3 años
Población mayor de 60 años	5.8% (2,024 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita por PPA	12,653.7 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	933.1 dólares
Gasto total en salud % del PIB	6.0%
<i>Gasto público en salud</i>	3.4%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	1.8%
<i>Otros</i>	0.8%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,674
IDH ajustado por desigualdad ¹⁰	0,498
Coefficiente de Gini 2012 ¹¹	53.2 (Óptimo, menor a 39.0) ¹²

Causas, 2012

Enfermedades transmisibles	17.9%
Enfermedades no transmisibles	72.9%
Traumatismos	9.2%

⁸ La subregión el Caribe incluye información disponible de los siguientes países: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Haití, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.

⁹ EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con “total salud”, contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

¹⁰ Calculado con información de: Bahamas, Haití y República Dominicana.

¹¹ Calculado con información de: Belice, Haití y República Dominicana.

¹² Promedio simple para el cálculo subregional.

Principales Causas, 2010

Causa	Defunciones	Porcentaje
1. Fuerzas de la naturaleza	67,124	43.1%
2. Enfermedad isquémica del corazón	26,901	17.3%
3. Infarto cerebral	23,834	15.3%
4. Diabetes	10,389	6.7%
5. Infecciones respiratorias bajas	8,935	5.7%
6. Enfermedad hipertensiva del corazón	5,088	3.3%
7. Cáncer de mama	3,610	2.3%
8. VIH/SIDA	3,395	2.2%
9. Alzheimer	3,369	2.2%
10. Enfermedad diarreica	2,919	1.9%
Total 10 principales Causas	155,564	100.0%

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
<i>Años de vida saludable perdidos (AVISA)</i>	7,883,981	8,167,991	3.6%	100.0%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	1,091,640	1,659,117	52.0%	20.3%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	6,792,341	6,508,874	-4.1%	79.7%
<i>Defunciones</i>	211,398	293,486	38.8%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010	Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo
<i>1. Riesgos fisiológicos</i> 34%	1. Riesgos fisiológicos 55%
<i>2. Riesgos dietarios</i> 16%	• <i>Sobrepeso y obesidad</i> 126%
<i>3. Consumo de tabaco</i> 9%	• <i>Alta glucosa en ayuno</i> 67%
<i>4. Lesiones</i> 8%	• <i>Baja densidad mineral ósea</i> 50%
<i>5. Inactividad física</i> 6%	2. Lesiones 33%
<i>6. Riesgos laborales</i> 2%	• <i>Accidentes automotores</i> 3%
<i>7. Otros riesgos</i> 25%	• <i>Violencia interpersonal</i> 100%
Total 100%	3. Riesgos dietarios 33%

Años de vida saludables perdidos, 2013

	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
<i>Menores de 5 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Bajo peso para la edad</i> 2. <i>Falta de agua potable</i> 3. <i>Relaciones sexuales inseguras</i> 4. <i>Contaminación del aire</i> 5. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 6. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 7. <i>Consumo de tabaco</i> 8. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i> 9. <i>Alta presión arterial</i> 10. <i>Otros riesgos ambientales</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Trastorno neonatal</i> 2. <i>Enfermedades diarreicas</i> 3. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 4. <i>Deficiencias nutricionales</i> 5. <i>Otras enfermedades transmisibles, neonatales y maternas</i> 6. <i>Lesiones accidentales</i> 7. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 8. <i>Diabetes</i> 9. <i>Neoplasma</i> 10. <i>Accidentes en transportes</i>
<i>5 a 14 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Bajo peso para la edad</i> 2. <i>Falta de agua potable</i> 3. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 4. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i> 5. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 6. <i>Relaciones sexuales inseguras</i> 7. <i>Contaminación del aire</i> 8. <i>Alta presión arterial</i> 9. <i>Abuso sexual y violencia</i> 10. <i>Otros riesgos ambientales</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Deficiencias nutricionales</i> 2. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i> 3. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 4. <i>Enfermedad diarreica</i> 5. <i>Diabetes</i> 6. <i>Lesiones accidentales</i> 7. <i>Accidentes en transportes</i> 8. <i>VIH/SIDA</i> 9. <i>Malaria</i> 10. <i>Trastornos neurológicos</i>
<i>15 a 49 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Relaciones sexuales inseguras</i> 2. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 3. <i>Riesgos dietarios</i> 4. <i>Sobrepeso y obesidad</i> 5. <i>Alta presión arterial</i> 6. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i> 7. <i>Consumo de tabaco</i> 8. <i>Riesgos laborales</i> 9. <i>Bajo peso para la edad</i> 10. <i>Contaminación del aire</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i> 2. <i>VIH/SIDA</i> 3. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 4. <i>Diabetes</i> 5. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 6. <i>Autolesiones y violencia</i> 7. <i>Enfermedades musculares</i> 8. <i>Neoplasma</i> 9. <i>Accidentes en transportes</i> 10. <i>Lesiones accidentales</i>
<i>50 a 69 años</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Riesgos dietarios</i> 2. <i>Alta presión arterial</i> 3. <i>Sobrepeso y obesidad</i> 4. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i> 5. <i>Consumo de tabaco</i> 6. <i>Actividad física baja</i> 7. <i>Contaminación del aire</i> 8. <i>Alto nivel de colesterol</i> 9. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 10. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 2. <i>Neoplasma</i> 3. <i>Diabetes</i> 4. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 5. <i>Enfermedades musculares</i> 6. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i> 7. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i> 8. <i>Enfermedad diarreica</i> 9. <i>Trastorno neurológico</i> 10. <i>Lesiones accidentales</i>

	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
<i>70 años o más</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Alta presión arterial</i> 2. <i>Riesgos dietarios</i> 3. <i>Sobrepeso y obesidad</i> 4. <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i> 5. <i>Consumo de tabaco</i> 6. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 7. <i>Actividad física baja</i> 8. <i>Contaminación del aire</i> 9. <i>Alto nivel de colesterol</i> 10. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 2. <i>Neoplasma</i> 3. <i>Diabetes</i> 4. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 5. <i>Trastorno neurológico</i> 6. <i>Enfermedad diarreica</i> 7. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i> 8. <i>Enfermedades musculares</i> 9. <i>Lesiones accidentales</i> 10. <i>Enfermedades digestivas</i>

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA¹³

Indicadores demográficos, 2013

Población total	167,054 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	74.7 años
Esperanza de vida sana al nacer (EVSN) ¹⁴	65.1 años (9.6 años menos que la EVN)
Mediana de edad	25.9 años
Esperanza de vida mayores 60 años	21.2 años
Población mayor de 60 años	9% (14.857 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita por PPA	14,202.5 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	933.0 dólares
Gasto total en salud % del PIB	7.5%
<i>Gasto Público en salud</i>	4.4%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	2.7%
<i>Otros</i>	0.4%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,729
IDH ajustado por desigualdad	0,553
Coefficiente de Gini 2012	48.5 (Óptimo, menor a 39.0) ¹⁵

Causas, 2012

Enfermedades transmisibles	15.5%
Enfermedades no transmisibles	71.0%
Traumatismos	13.5%

¹³ La subregión Centroamérica incluye información disponible de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

¹⁴ EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con “total salud”, contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

¹⁵ Promedio simple para el cálculo subregional.

Principales Causas, 2010

Causa	Muertes	Porcentaje
1. Enfermedades isquémicas del corazón	100,694	20.9%
2. Diabetes	64,912	13.5%
3. Insuficiencia renal crónica	50,908	10.6%
4. Infarto cerebral	48,624	10.1%
5. Cirrosis	42,070	8.7%
6. Infecciones respiratorias bajas	41,779	8.7%
7. Violencia interpersonal	37,368	7.8%
8. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	28,195	5.9%
9. Accidentes automotores	23,668	4.9%
10. Otras enfermedades	42,944	8.9%
Total 10 principales Causas	481,162	100.0%

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
<i>Años de vida saludable perdidos (AVISA)</i>	22,545,281	26,716,612	18.5%	100%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	2,970,770	5,119,202	72.3%	19.2%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	19,574,511	21,597,410	10.3%	80.8%
<i>Defunciones</i>	522,515	870,390	66.6%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010		Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo	
<i>1. Riesgos fisiológicos</i>	<i>34%</i>	1. Riesgos fisiológicos	111%
<i>2. Lesiones</i>	<i>16%</i>	• <i>Sobrepeso y obesidad</i>	<i>179%</i>
<i>3. Riesgos dietarios</i>	<i>13%</i>	• <i>Alta glucosa en ayuno</i>	<i>127%</i>
<i>4. Consumo de tabaco</i>	<i>6%</i>	• <i>Baja densidad mineral ósea</i>	<i>102%</i>
<i>5. Inactividad física</i>	<i>5%</i>	2. Riesgos dietarios	76%
<i>6. Riesgos laborales</i>	<i>3%</i>	3. Consumo de alcohol y drogas	43%
<i>7. Otros riesgos</i>	<i>23%</i>	• <i>Alcohol</i>	<i>41%</i>
		• <i>Drogas</i>	<i>101%</i>
Total	100%		

Años de vida saludable perdidos, 2013

Menos de 5 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso para la edad 2. Falta de agua potable y saneamiento 3. Contaminación del aire 4. Relaciones sexuales inseguras 5. Bajo índice de filtración glomerular 6. Consumo de tabaco 7. Consumo de alcohol y drogas 8. Altos niveles de glucosa en la sangre 9. Alta presión arterial 10. Otros riesgos ambientales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno neonatal 2. Enfermedades no transmisibles 3. Enfermedad diarreica 4. Lesiones accidentales 5. Deficiencias nutricionales 6. Diabetes 7. Neoplasma 8. Enfermedades crónico respiratorias 9. Accidentes en transportes
5 a 14 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso para la edad 2. Falta de agua potable y saneamiento 3. Bajo índice de filtración glomerular 4. Altos niveles de glucosa en la sangre 5. Consumo de alcohol y drogas 6. Alta presión arterial 7. Contaminación del aire 8. Abuso sexual y violencia 9. Otros riesgos ambientales 10. Relaciones sexuales inseguras 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno mental y consumo de sustancias 2. Deficiencias nutricionales 3. Enfermedades no transmisibles 4. Enfermedad diarreica 5. Diabetes 6. Lesiones accidentales 7. Accidentes en transportes 8. Neoplasma 9. Trastorno neurológico 10. Enfermedades crónico respiratorias
15 a 49 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de alcohol y drogas 2. Sobrepeso y obesidad 3. Riesgos dietarios 4. Altos niveles de glucosa en la sangre 5. Riesgos laborales 6. Alta presión arterial 7. Bajo índice de filtración glomerular 8. Relaciones sexuales inseguras 9. Consumo de tabaco 10. Abuso sexual y violencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno mental y consumo de sustancias 2. Autolesiones y violencia 3. Enfermedades musculares 4. Diabetes 5. Enfermedades no transmisibles 6. Accidentes en transportes 7. Neoplasma 8. Enfermedades cardiovasculares 9. Trastornos neurológicos 10. Lesiones accidentales
50 a 69 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos dietarios 2. Sobrepeso y obesidad 3. Altos niveles de glucosa en la sangre 4. Alta presión arterial 5. Bajo índice de filtración glomerular 6. Consumo de tabaco 7. Consumo de drogas y alcohol 8. Altos niveles de colesterol 9. Actividad física baja 10. Contaminación del aire 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Enfermedades cardiovasculares 3. Neoplasma 4. Enfermedades musculares 5. Trastorno mental y consumo de sustancias 6. Enfermedades no transmisibles 7. Enfermedades crónico respiratorias 8. Cirrosis 9. Trastorno neurológico 10. Accidentes en transportes

	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
<i>70 años o más</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Riesgos dietarios</i> 2. <i>Alta presión arterial</i> 3. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i> 4. <i>Sobrepeso y obesidad</i> 5. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 6. <i>Consumo de tabaco</i> 7. <i>Contaminación del aire</i> 8. <i>Altos niveles de colesterol</i> 9. <i>Actividad física baja</i> 10. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 2. <i>Diabetes</i> 3. <i>Neoplasma</i> 4. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 5. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i> 6. <i>Enfermedades neurológicas</i> 7. <i>Enfermedades musculares</i> 8. <i>Enfermedad diarreica</i> 9. <i>Enfermedades digestivas</i> 10. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i>

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
SUBREGIÓN ANDINA¹⁶

Indicadores demográficos, 2013

Población total	105,106 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	76.2 años
Esperanza de vida sana al nacer (EVSN) ¹⁷	65.9 años (10.3 años menos que la EVN)
Mediana de edad	26.8 años
Esperanza de vida mayores 60 años	23 años
Población mayor de 60 años	9.4% (9,887 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita por PPA	11,360 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	723 dólares
Gasto total en Salud % del PIB	6.3%
<i>Gasto Público en salud</i>	4.2%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	1.8%
<i>Otros</i>	0.3%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,713
IDH ajustado por desigualdad	0,531
Coefficiente de Gini 2012	52.6 (Óptimo, menor a 39.0) ¹⁸

Causas 2012

Enfermedades transmisibles	19%
Enfermedades no transmisibles	69%
Traumatismos	12 %

¹⁶ La subregión América Andina incluye información disponible de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

¹⁷ EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con “total salud”, contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

¹⁸ Promedio simple para el cálculo subregional.

Defunciones 2010 principales causas

Causas	Defunciones	Porcentaje relativo
1. Enfermedad isquémica del corazón	58,939	22.9%
2. Infecciones respiratorias bajas	38,531	15.0%
3. Infarto cerebral	35,121	13.6%
4. Violencia interpersonal	23,929	9.3%
5. Accidentes automotores	16,963	6.6%
6. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	15,531	6.0%
7. Diabetes	14,480	5.6%
8. Cáncer de estómago	13,179	5.1%
9. VIH/SIDA	9,784	3.8%
10. Otras enfermedades	30,854	11.9%
Total 10 principales Causas	257,311	100.0%

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
<i>Años de vida saludable perdidos (AVISA)</i>	15,751,895	14,116,869	-10.4%	100.0%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	2,045,447	3,482,691	70.3%	24.7%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	13,706,448	10,634,178	-22.4%	75.3%
<i>Defunciones</i>	374,072	424,879	13.6%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010	Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo
1. <i>Riesgos fisiológicos</i> 24%	1. Consumo de alcohol y drogas 82%
2. <i>Riesgos dietarios</i> 11%	• <i>Alcohol</i> 75%
3. <i>Lesiones</i> 11%	• <i>Drogas</i> 147%
4. <i>Consumo de tabaco</i> 6%	2. Riesgos fisiológicos 52%
5. <i>Inactividad física</i> 4%	• <i>Sobrepeso y obesidad</i> 108%
6. <i>Riesgos laborales</i> 4%	• <i>Baja densidad mineral ósea</i> 49%
7. <i>Otros riesgos</i> 40%	• <i>Alta presión arterial</i> 45%
Total 100%	3. Lesiones 36%

Años de vida saludable perdidos, 2013

	Factores de riesgo	Causas
Menos de 5 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso para la edad 2. Falta de agua potable y saneamiento 3. Contaminación del aire 4. Relaciones sexuales inseguras 5. Bajo índice de filtración glomerular 6. Consumo de tabaco 7. Consumo de alcohol y drogas 8. Altos niveles de glucosa en la sangre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno neonatal 2. Enfermedad diarreica 3. Enfermedades no trasmisibles 4. Lesiones accidentales 5. Deficiencias nutricionales 6. Accidentes de transporte 7. Diabetes 8. Otras enfermedades trasmisibles, neonatales y maternas
5 a 14 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo peso para la edad 2. Falta de agua potable y saneamiento 3. Bajo índice de filtración glomerular 4. Consumo de alcohol y drogas 5. Alta presión arterial 6. Contaminación del aire 7. Altos niveles de glucosa en la sangre 8. Relaciones sexuales inseguras 9. Otros riesgos ambientales 10. Abuso sexual y violencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos mentales y consumo de sustancias 2. Deficiencias nutricionales 3. Enfermedades no trasmisibles 4. Enfermedad diarreica 5. Lesiones accidentales 6. Accidentes en transportes 7. Trastorno neurológico 8. Diabetes 9. Enfermedades crónico respiratorias 10. Neoplasma
15 a 49 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo de alcohol y drogas 2. Riesgos dietarios 3. Sobrepeso y obesidad 4. Riesgos laborales 5. Alta presión arterial 6. Altos niveles de glucosa en la sangre 7. Relaciones sexuales inseguras 8. Bajo índice de filtración glomerular 9. Abuso sexual y violencia 10. Consumo de tabaco 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno mental y uso de sustancias 2. Enfermedades musculares 3. Enfermedades no trasmisibles 4. Accidentes en los transportes 5. Lesiones accidentales 6. Autolesiones y violencia 7. Neoplasma 8. Enfermedades cardiovasculares 9. Trastornos neurológicos 10. Diabetes
50 a 69 años	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgos dietarios 2. Sobrepeso y obesidad 3. Alta presión arterial 4. Altos índices de glucosa en la sangre 5. Consumo de drogas y alcohol 6. Consumo de tabaco 7. Bajo índice de filtración glomerular 8. Contaminación del aire 9. Altos niveles de colesterol 10. Riesgos laborales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoplasma 2. Enfermedades cardiovasculares 3. Enfermedades musculares 4. Diabetes 5. Trastornos mentales y uso de sustancias 6. Enfermedades no trasmisibles 7. Enfermedades crónico respiratorias 8. Cirrosis 9. Enfermedad diarreica 10. Trastorno neurológico

	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
<i>70 años o más</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Riesgos dietarios</i> 2. <i>Alta presión arterial</i> 3. <i>Sobrepeso y obesidad</i> 4. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i> 5. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 6. <i>Consumo de tabaco</i> 7. <i>Contaminación del aire</i> 8. <i>Actividad física baja</i> 9. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 10. <i>Altos niveles de colesterol</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 2. <i>Neoplasma</i> 3. <i>Enfermedad diarreica</i> 4. <i>Enfermedades no trasmisibles</i> 5. <i>Diabetes</i> 6. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i> 7. <i>Enfermedades musculares</i> 8. <i>Trastorno neurológico</i> 9. <i>Guerras y desastres</i> 10. <i>Lesiones accidentales</i>

OIPS, CISS
ECONOMÍA PREVENTIVA-FACTORES DE RIESGO
SUBREGIÓN AMÉRICA DEL SUR¹⁹

Indicadores demográficos, 2013

Población total	269,637 mil habitantes
Esperanza de vida al nacer (EVN)	73.8 años
Esperanza de vida sana al nacer (EVSN) ²⁰	65.5 años (8.3 años menos que la EVN)
Mediana de edad	30.2 años
Esperanza de vida mayores 60 años	22.1 años
Población mayor de 60 años	11.8% (31,915 mil habitantes)

Indicadores macroeconómicos, 2013

PIB per cápita por PPA	16,074 dólares
Gasto per cápita en salud por PPA	1,492 dólares
Gasto total en salud % del PIB	8.5%
<i>Gasto Público en salud</i>	4.6%
<i>Gasto de bolsillo en salud</i>	2.7%
<i>Otros</i>	1.2%

Indicadores de Desarrollo Humano, 2013

Índice de Desarrollo Humano	0,756
IDH ajustado por desigualdad	0,570
Coefficiente de Gini 2012	51.2 (Óptimo, menor a 39.0) ²¹

Causas, 2012

Enfermedades transmisibles	11.0%
Enfermedades no transmisibles	77.2%
Traumatismos	11.8%

Principales Causas, 2010

Causas	Defunciones	Porcentaje relativo
1. Infarto cerebral	187,851	21.9%
2. Enfermedades isquémicas del corazón	172,696	20.1%
3. Infecciones respiratorias bajas	94,437	11.0%
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	70,704	8.2%
5. Diabetes	69,098	8.1%
6. Violencia interpersonal	61,630	7.2%
7. Accidentes automotores	45,232	5.3%
8. Enfermedad hipertensiva del corazón	43,775	5.1%
9. Insuficiencia Renal Crónica	36,586	4.3%
10. Otras enfermedades	76,164	8.8%
Total 10 principales Causas	858,173	100.0%

¹⁹ La subregión Cono Sur incluye información disponible de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

²⁰ EVSN representa el número promedio de años que una persona de la población tiene como expectativa de vivir con "total salud", contabilizando los años vividos con total salud menos los años con enfermedad y/o lesiones.

²¹ Promedio simple para el cálculo subregional.

Impacto de factores de riesgo

Concepto	1990	2010	Crecimiento	Porcentaje 2010
Años de vida saludable perdidos (AVSA)	44,650,280	52,409,974	17.4%	100.0%
<i>Años vividos con discapacidad (AVD)</i>	7,009,420	10,634,505	51.7%	20.3%
<i>Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP)</i>	37,640,860	41,775,469	11.0%	79.7%
<i>Defunciones</i>	1,293,094	1,855,799	43.5%	

Impacto de los principales riesgos prevenibles

Años de vida saludable perdidos por factor de riesgo (porcentaje) 2010		Crecimiento de defunciones 2010 vs 1990 por factores de riesgo	
1. <i>Riesgos fisiológicos</i>	38%	1. Lesiones	47%
2. <i>Riesgos dietarios</i>	17%	• <i>Accidentes automotores</i>	73%
3. <i>Consumo de tabaco</i>	13%	• <i>Violencia interpersonal</i>	23%
4. <i>Lesiones</i>	7%	2. Riesgos fisiológicos	23%
5. <i>Inactividad física</i>	6%	• <i>Sobrepeso y obesidad</i>	67%
6. <i>Riesgos laborales</i>	4%	• <i>Alto nivel de glucosa en la sangre</i>	31%
7. <i>Otros riesgos</i>	15%	• <i>Baja densidad mineral ósea</i>	17%
Total	100%		

Años de vida saludable perdidos, 2013

	Factores de riesgo	Causas
Menos de 5 años	1. <i>Bajo peso para la edad</i>	1. <i>Trastorno neonatal</i>
	2. <i>Falta de agua potable y saneamiento</i>	2. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	3. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	3. <i>Enfermedad diarreica</i>
	4. <i>Relaciones sexuales inseguras</i>	4. <i>Lesiones accidentales</i>
	5. <i>Consumo de tabaco</i>	5. <i>Diabetes</i>
	6. <i>Contaminación del aire</i>	6. <i>Deficiencias nutricionales</i>
	7. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	7. <i>Neoplasma</i>
	8. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i>	8. <i>Accidentes en transportes</i>
	9. <i>Alta presión arterial</i>	9. <i>Enfermedades cardiovasculares</i>
	10. <i>Otros riesgos ambientales</i>	10. <i>Trastorno neurológico</i>

5 a 14 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	1. <i>Bajo peso para la edad</i>	1. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i>
	2. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	2. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	3. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	3. <i>Deficiencias nutricionales</i>
	4. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i>	4. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i>
	5. <i>Falta de agua potable y saneamiento</i>	5. <i>Diabetes</i>
	6. <i>Alta presión arterial</i>	6. <i>Lesiones accidentales</i>
	7. <i>Abuso sexual y Violencia</i>	7. <i>Neoplasma</i>
	8. <i>Relaciones sexuales inseguras</i>	8. <i>Accidentes en transportes</i>
	9. <i>Contaminación del aire</i>	9. <i>Trastorno neurológico</i>
	10. <i>Consumo de tabaco</i>	10. <i>Trastorno neonatal</i>
15 a 49 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	1. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	1. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i>
	2. <i>Sobrepeso y obesidad</i>	2. <i>Enfermedades musculares</i>
	3. <i>Riesgos dietarios</i>	3. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	4. <i>Consumo de tabaco</i>	4. <i>Neoplasma</i>
	5. <i>Alta presión arterial</i>	5. <i>Autolesiones y violencia</i>
	6. <i>Riesgos laborales</i>	6. <i>Accidentes en transportes</i>
	7. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i>	7. <i>Enfermedades cardiovasculares</i>
	8. <i>Relaciones sexuales inseguras</i>	8. <i>Diabetes</i>
	9. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	9. <i>Lesiones accidentales</i>
	10. <i>Abuso sexual y violencia</i>	10. <i>Trastornos neurológicos</i>
50 a 69 años	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
	1. <i>Consumo de tabaco</i>	1. <i>Neoplasma</i>
	2. <i>Riesgos dietarios</i>	2. <i>Enfermedades cardiovasculares</i>
	3. <i>Sobrepeso y obesidad</i>	3. <i>Enfermedades musculares</i>
	4. <i>Alta presión arterial</i>	4. <i>Diabetes</i>
	5. <i>Consumo de alcohol y drogas</i>	5. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i>
	6. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i>	6. <i>Trastorno mental y consumo de sustancias</i>
	7. <i>Altos niveles de colesterol</i>	7. <i>Enfermedades no transmisibles</i>
	8. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i>	8. <i>Cirrosis</i>
	9. <i>Actividad física baja</i>	9. <i>Lesiones accidentales</i>
	10. <i>Riesgos laborales</i>	10. <i>Trastornos neurológicos</i>

	<i>Factores de riesgo</i>	<i>Causas</i>
<i>70 años o más</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Alta presión arterial</i> 2. <i>Riesgos dietarios</i> 3. <i>Consumo de tabaco</i> 4. <i>Sobrepeso y obesidad</i> 5. <i>Altos niveles de glucosa en la sangre</i> 6. <i>Bajo índice de filtración glomerular</i> 7. <i>Consumo de alcohol y drogas</i> 8. <i>Altos niveles de colesterol</i> 9. <i>Actividad física baja</i> 10. <i>Contaminación del aire</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Enfermedades cardiovasculares</i> 2. <i>Neoplasma</i> 3. <i>Enfermedades crónico respiratorias</i> 4. <i>Trastornos neurológicos</i> 5. <i>Diabetes</i> 6. <i>Enfermedades no transmisibles</i> 7. <i>Enfermedad diarreica</i> 8. <i>Enfermedades musculares</i> 9. <i>Lesiones accidentales</i> 10. <i>Enfermedades digestivas</i>

