



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
MAESTRÍA EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS**

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA. ENVEJECIMIENTO Y TENDENCIAS INTERNACIONALES

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN GOBIERNO Y ASUNTOS PÚBLICOS**

PRESENTA:

GABRIELA PAOLA ARÉIZAGA SÁNCHEZ

TUTOR DE TESIS:

**DR. ALEJANDRO NAVARRO ARREDONDO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-UNIDAD XOCHIMILCO**

CIUDAD DE MÉXICO, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.....	5
1.1 Factores que inciden en el proceso de transición demográfica	11
1.1.1 Mortalidad	14
1.1.2 Fecundidad	16
1.1.3 Migración.....	18
1.2 Etapas de la transición demográfica.....	22
1.2.1 Primera etapa: transición moderada.....	23
1.2.2 Segunda etapa: transición plena.....	23
1.2.3 Tercera etapa: transición avanzada.....	24
1.2.4 Cuarta etapa: transición muy avanzada	24
1.3 Transición hacia el Envejecimiento	25
1.4 Políticas públicas.....	27
1.5 Políticas públicas que inciden en la transición demográfica.....	31
1.5.1 Políticas orientadas al crecimiento, estructura y distribución de la población.....	34
1.5.2 Políticas orientadas a la fecundidad, salud reproductiva y planificación familiar	37
1.5.3 Políticas orientadas a la migración internacional	39
2. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO	41
2.1 Antecedentes	41
2.2 Índices	52
2.2.1 Índice Global de Envejecimiento.....	52
2.2.2 Índice de Envejecimiento.....	54
2.2.3 Índice de Envejecimiento Societal –IES–.....	55
2.3 Estadio de las regiones ODS	68
2.3.1 África Subsahariana.....	69
2.3.2 África del Norte y Asia Occidental.....	73
2.3.3 Asia Central y del Sur.....	75
2.3.4 Asia Oriental y Suroriental	77
2.3.5 América Latina y el Caribe.....	81
2.3.6 Australia y Nueva Zelandia.....	85
2.3.7 Oceanía.....	89
2.3.8 Europa y América del Norte.....	91
2.4 Sustento en la vejez	94
3. POLÍTICA PÚBLICA COMPARADA. ESTUDIOS DE CASO	97
3.1 Políticas Públicas Comparadas.....	98
3.2 Estudios de caso.....	100
3.2.1 Chile	100
3.2.2 Australia	108
3.2.3 Canadá	115
3.2.4 Japón	126
3.3 Comparativo Tipológico de política pública de envejecimiento.....	137
4. BUENAS PRÁCTICAS Y ACERCAMIENTO AL ESCENARIO MEXICANO	145
4.1 El caso mexicano.....	145
4.2 Buenas prácticas internacionales, hacia dónde virar.....	154
CONCLUSIONES	160
ANEXO REGIONES ODS	164
ANEXO ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SOCIETAL.....	170
REFERENCIAS.....	175

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con estimaciones para el año 2023, hechas por la Organización de las Naciones Unidas –ONU– (ONU, 2022), la población mundial oscila entre los 8 mil millones de personas y se estima un crecimiento alcanzando 9.7 mil millones en 2050 y 10.4 mil millones en 2100. En paralelo, el decrecimiento de la fecundidad y el incremento de la longevidad promueven una dinámica en la que la creciente población envejece aumentando su proporción en la población. Este fenómeno se observa en cambios sociales y, por ello, se requiere de múltiples estudios y políticas para sobrellevarlo.

La economía y los mecanismos para mejorar las condiciones de vida en la sociedad son temas que han acompañado a la humanidad desde distintas corrientes teóricas y sus subsecuentes puestas en práctica. Desde hace más de doscientos años las tesis malthusianas advertían sobre el crecimiento dispar de la población respecto a la producción de alimentos, sin embargo, fue después de la posguerra que surgió el interés por la demografía y las políticas públicas orientadas al bienestar social.

En 1952 se comienza oficialmente el estudio y políticas de población, con la creación de la Federación Internacional de Planificación Familiar y el Consejo de Población, así como con el anuncio de que la India implementaría la primera política de población a nivel nacional, con el objetivo de reducir el tamaño de su población (May, 2012). Este anuncio resulta paradójico, pues a finales del año 2019 la India fue el segundo país más poblado del mundo y se considera que en 2050 sumará otros 273 millones de personas, de acuerdo con la ONU (2019f), liderando de esta manera el crecimiento absoluto en el mundo.

Por décadas, se han desarrollado marcos explicativos que subrayan la estrecha relación entre las variables –demografía y economía– que buscan revelar, por un lado, de qué manera el crecimiento económico –o la ausencia del mismo– resulta en una dinámica poblacional específica, y, por otro lado, el papel que ha jugado la variable demográfica en el crecimiento de las economías nacionales. De la visión de esta relación causal han emanado políticas de población, planes nacionales y políticas de carácter económico (Giorguli, 2009).

Así, comprender la relación existente entre el cambio demográfico y el entramado institucional de la economía política adquiere relevancia, pues este fenómeno tiene un impacto predecible y su efecto combinado puede producir escenarios socioeconómicos opuestos: por un lado, puede brindar la oportunidad de desarrollo o bien, generar presión en la sociedad (Saad, Miller, Martínez, & Holz, 2012). Entonces, la estructura demográfica resultante para cada caso estará influenciada en distinta magnitud por los elementos que la componen: fecundidad, mortalidad, tasa de crecimiento y movimientos migratorios internos e internacionales. A su vez, la expresión de estos factores determinará la estructura de edades, las tasas de dependencia y el tamaño relativo de la población económicamente activa.

John May (2012) –especialista en políticas de población del Banco Mundial– plantea que en última instancia, los individuos son quienes determinarán esa estructura demográfica ya que recae justo en ellos la toma de decisiones sobre el tamaño y conformación de un núcleo familiar y dependerán de una serie de variables: educación, cultura, religión, pobreza y desigualdad. En otras palabras, entra en juego el entramado institucional –familia, mercado y Estado– y las políticas que lo conforman. Es por ello que las políticas de población desempeñan un papel clave en el comportamiento individual y dan forma a las tendencias demográficas:

Las políticas de población se definen como las medidas adoptadas por las autoridades públicas de forma explícita, con el fin de prevenir, retrasar o corregir los desequilibrios entre los cambios demográficos, por un lado, y los objetivos sociales, económicos y políticos, por el otro. Su propósito es ajustar el tamaño de la población, el crecimiento, la composición y la distribución a las realidades de la economía, así como hacer frente a las necesidades y derechos de las personas. (May, 2012, pág. 42)

El estudio de la transición demográfica es vasto y variado, para fines de esta investigación abordaremos desde su conceptualización hasta los factores y políticas que inciden en su transformación e intentaremos responder cuáles son las políticas públicas que se han implementado con éxito en algunos países de envejecimiento avanzado y qué problemas públicos se han resuelto con ellas. Para lo cual desarrollaremos cuatro capítulos, el primero de ellos abordará la Transición Demográfica y las políticas públicas que inciden en ella; el segundo capítulo revisará el estado de envejecimiento en el mundo y las particularidades de cada región;

con los resultados obtenidos de este análisis, en el capítulo tercero abordaremos algunos casos de países envejecidos para revisar con minuciosidad sus sistemas; por último se contrastarán las políticas exitosas de envejecimiento con las medidas que en nuestro país se han tomado.

La investigación se integrará de tres rubros primordiales: el estadístico, el metodológico y el específico. Para el rubro estadístico, dada la complejidad que conlleva contabilizar los datos particulares de cada país –además de los globales que se necesitan para el estudio de la transición demográfica– y teniendo en cuenta la veracidad de los mismos, para el presente texto se optó por usar documentos mundialmente aceptados y que, en su mayoría, engloban a todos los países. De igual manera, en esta investigación se buscó que tales documentos llevaran registro de los datos y, en algunos casos, se hicieran proyecciones de las tendencias dependiendo del rubro que se desee conocer. A este respecto, destacan los que han sido elaborados por la ONU a través del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales –DESA–, en especial las ediciones de *World Population Prospects* y *World Population Ageing*.

Para el metodológico, varios documentos coinciden en la forma en la que se ha desarrollado el proceso de la transición demográfica y los factores que se involucran, proporcionando con ello pautas a seguir para su estudio. Lo anterior facilita la detección de las distintas perspectivas de análisis y de las debilidades que cada una presenta. En este rubro destacan los documentos elaborados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL–, que, si bien se centran en el estudio de América Latina, también muestran comparaciones con el resto del mundo, los cuales permiten clasificar y hacer grupos según la información proporcionada. (Ver Anexo de Regiones ODS)

Por último, en lo que se refiere a los específicos, se encuentran los documentos publicados por los diferentes países o universidades, donde se pronuncian las políticas previas, actuales, las particularidades que ostentan y los retos a los cuales se enfrentan o enfrentarán. Tal es el caso de *World Population Policies*, donde los datos se encuentran categorizados de forma específica y se muestra a los países que cumplen o no con ciertas políticas.

Debemos destacar que la mayoría de los estudios especializados sobre el envejecimiento, así como su impacto social y político, están basados en datos estadísticos para elaborar proyecciones. En este sentido, para el caso específico del Índice de Envejecimiento Global, elaborado por el Fondo de Población de la ONU –UNFPA–, los resultados obtenidos son representativos y se enfocan en la calidad de vida que tienen o, en su defecto, tendrán los adultos mayores en algunos años. Considerando lo anterior y las limitaciones que se tienen respecto al envejecimiento poblacional, es necesario profundizar en su revisión, teniendo en cuenta no solo los aspectos económicos, sino también en el plano de las políticas que se están tomando en cuenta dentro de esta área y que pueden llegar a modificar su comportamiento.

En particular, reconocer el impacto demográfico como una cuestión pública permite entender que la atención colectiva de la política social facilita la distribución del peso en la sociedad como conjunto, a través de acciones de gobierno que orienten las políticas hacia condiciones de bienestar generalizadas, es decir, a condiciones garantizadas de acceso a servicios de cuidado de la salud, educación e ingresos (Wolti Chanes, 2013).

1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El proceso de la Transición Demográfica ha sido objeto de estudio por generaciones, si bien, su conceptualización ha sido abordada por diferentes autores, para entender este concepto es necesario analizar el contexto histórico en que se originó. Fenomenológicamente, su inicio se asocia con cambios en los métodos de producción y las transformaciones socioeconómicas que se produjeron en la Europa del siglo XVIII. En el marco de avances tecnológicos, procesos de modernización, la apertura de mercado y el incremento de intercambios comerciales –producto de la Revolución Industrial– también hubo cambios en el escenario demográfico, transitando de altas de fecundidad y mortalidad a una etapa donde esta última disminuyó notablemente como resultado de los cambios en la higiene y las mejoras en el servicio público. Dichos cambios y los que se experimentaron posteriormente provocaron la mutación a una sociedad desarrollada y con diferente estructura demográfica.

El interés por comprender los cambios ocurridos en esa época y en los años posteriores, provocaron que diversos autores plantearan diferentes postulados sobre lo que hoy se conoce como Teoría de la Transición Demográfica –TTD–, la cual comenzó como un modelo que clasificaba poblaciones diferenciadas por múltiples combinaciones de fecundidad y mortalidad.

Esta clasificación se le atribuye a Warren Thompson, quien en 1929 diferenció entre tres categorías de países según la pauta de crecimiento poblacional que tenían: en el grupo A se encontraban países que mostraban caídas en términos de crecimiento poblacional provocados por la rápida disminución en las tasas de fecundidad aun cuando las de mortalidad también lo hayan hecho. Los países del grupo B se caracterizaban por que la mortalidad había antecedido al descenso de la fecundidad y, por tanto, había un rápido crecimiento en la población, hasta que la fecundidad empezara a decaer. Finalmente, el grupo C identificaba a todos los países donde no había control sobre las tasas de mortalidad y de fecundidad, dando como resultado el incremento de la población cuando los medios de subsistencia también lo hacían (Kirk, 1996).

Más tarde se daría a conocer el trabajo de Adolphe Landry denominado *La Révolution Démographique* –1934–, donde desarrolló ideas parecidas a las de Thompson, destacando que este proceso ocurre en tres etapas –primitiva, intermediaria y contemporánea–. Landry puso especial énfasis en explicar las causas que llevan a la disminución de la fecundidad, en las cuales se destacan la reducción en la mortalidad infantil, epidemias, hambrunas, muertes por violencia y guerras civiles, mejores condiciones de vida, mayor higiene y mejor tratamiento de las enfermedades. Enfatiza –para el caso francés– que el egoísmo de los padres provoca un mayor control de nacimientos al momento de decidir tener o no hijos, asociado también a implicaciones como costos, limitación de actividades, problemas para las madres, etcétera. (Kirk, 1996).

Posteriormente, Alexander Carr-Saunders en su libro *World Population: Past Growth and Present Trends* –1936–, expone diversos datos que giran en torno a las familias pequeñas y su extensión; no obstante, su planteamiento sobre la transición demográfica se enfocó en países específicos, impidiendo su aplicación a otros países y la formulación de una teoría (Armas & Gómez, 2016).

Es Frank Notestein a quien se le atribuye la formulación y acuñación del término TTD, dado que, en sus estudios para la Universidad de Princeton sobre temas de población, elaboró un texto que titula *The Future Population of Europe and the Soviet Union* –1944–, en el que retomó algunas de las ideas planteadas por Thompson. Notestein consideró que la reducción en la fecundidad está vinculada al proceso de modernización, aspectos económicos y sociales que modificaron la composición de la sociedad, entre los que destacan la educación, el empleo de las mujeres, el desarrollo individual, la migración de personas jóvenes y el desarrollo de la tecnología. Es en este contexto que el costo de la crianza de los hijos –a comparación con las sociedades preindustriales– aumentó al dejar éstos de contribuir económicamente.

Poco después, Ansley Coale en sus obras *Human Fertility in Russia since the 19th Century* y *The Decline of Fertility in Europe: the Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project* –1979 y 1986 respectivamente–, contribuye a la construcción de la TTD. Coale basó su análisis en el marco del Proyecto de Fecundidad Europeo. Dicho estudio estuvo enfocado en determinar los factores que incidían en el descenso de la fecundidad en varias provincias de Europa.

El estudio de Coale no llegó a ser la contrapropuesta del trabajo de Notestein, ya que llegó a la conclusión de que son los factores socioeconómicos los que tienen mayor incidencia en la transición demográfica. De igual manera exhortó a modificar el estudio de la TTD con el fin de darle mayor relevancia a los factores culturales. Destacó a su vez tres factores con mayor incidencia en este proceso: la aceptación social de una baja fecundidad; los incentivos que tienen los países para la concepción, o la falta de ellos; y la efectividad de las técnicas para la reducción de la fecundidad.

En años posteriores, diversos analistas han contribuido al estudio de la TTD, enriqueciendo su estudio y los planteamientos que esta promueve. La mayoría de ellos consideran a la transición demográfica como una de las consecuencias asociadas a la modernidad; no obstante, difieren del cómo o por qué ocurre este cambio, sin querer atribuir importancia causal a factores como los modos de producción, el individualismo, el cambio en la mentalidad de las personas acerca de temas como el sexo, el género y la familia (Johnson Hanks, 2008). Es decir, existe un amplio consenso entre los académicos de que la transición demográfica se asocia con la modernización o la modernidad, pero hay poco acuerdo sobre cómo o por qué esto es así.

En este orden de ideas, la transición demográfica:

[Es un] proceso relativamente largo que parte de un estado inicial con altas tasas de mortalidad y fecundidad, para arribar a una situación final en que estos indicadores son significativamente más bajos. [Cabe decir, que en ambas etapas]...la tasa de crecimiento poblacional es baja, sin embargo, en el transcurso del proceso suele incrementarse primero como consecuencia de la caída en las tasas de mortalidad, para luego disminuir por efecto de la reducción en las tasas de fecundidad. (OIJ, 2012, pág. 21)

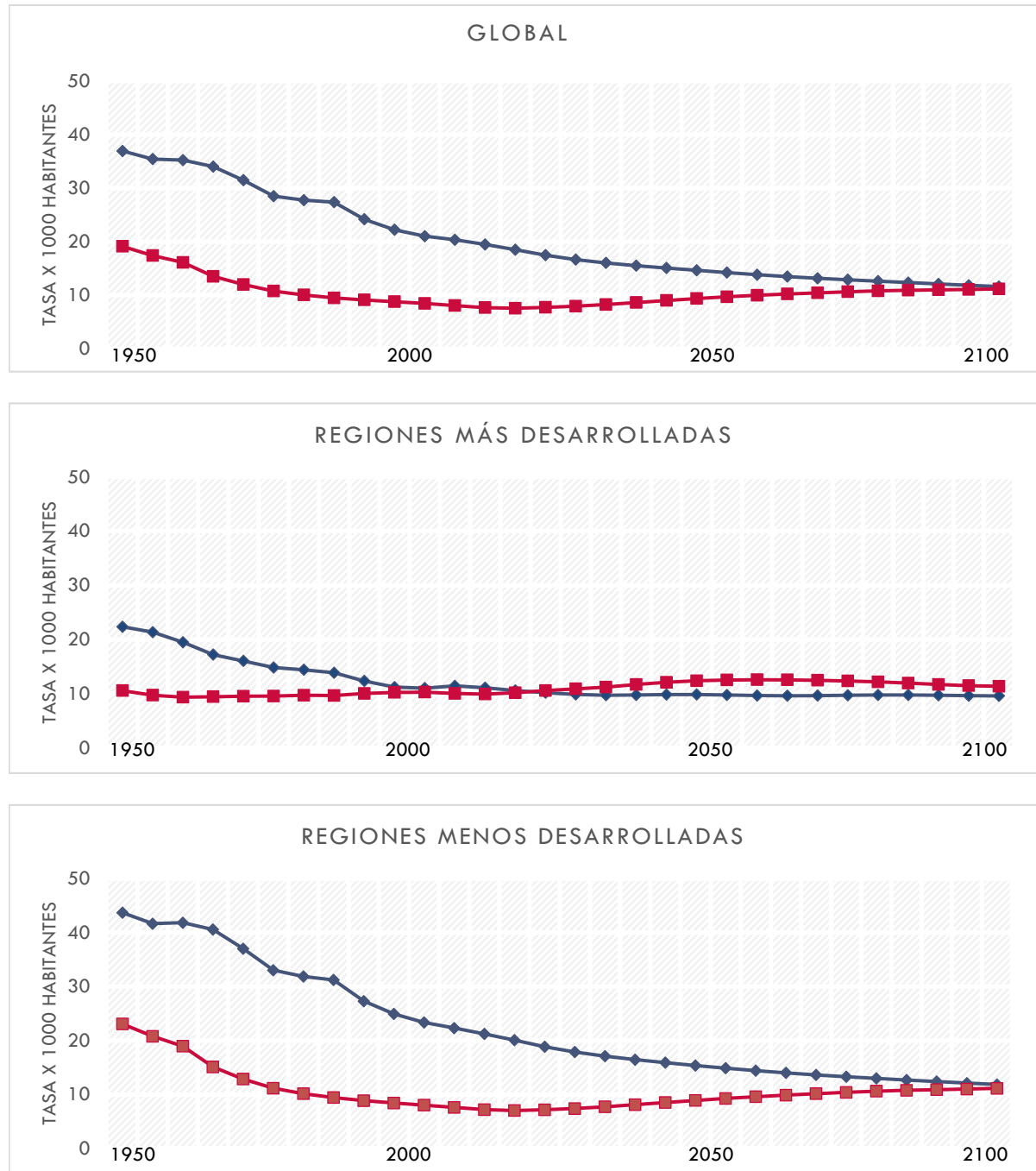
Tabla 1. Contribuciones conceptuales a la Transición Demográfica

	WARREN THOMPSON	ADOLPHE LANDRY	ALEXANDER CARR-SAUNDERS	FRANK NOTESTEIN	ANSLEY COALE
FACTORES DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	La conceptualizó como una generalización que vinculaba al crecimiento económico y al crecimiento poblacional, haciendo énfasis en los movimientos de población que trajo consigo el periodo neocolonial (García González, 2015).	La asumió como consecuencia del cambio en las condiciones sanitarias y socioeconómicas. Atribuyó el descenso de la mortalidad a los avances médicos y sanitarios y consideró que el descenso en la fecundidad cambió debido a la mentalidad de los padres con respecto a tener hijos.	La describió como una consecuencia del avance tecnológico que contribuyó tanto a la caída de la mortalidad como de la fecundidad (Tilly, 1978).	Resumió a la TD como consecuencia de la creciente urbanización y educación masiva. Razones del descenso de la fecundidad: modo de vida urbano, nueva movilidad hacia las ciudades, desarrollo tecnológico, educación	Retomó las aportaciones anteriores en particular los aspectos socioeconómicos e incluye los factores culturales.
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	Elaboró una clasificación basada en etapas, en las que los países eran ubicados con respecto a sus tendencias históricas de mortalidad y fecundidad.	Postuló tres etapas del desarrollo de la población: primitiva, intermedia y contemporánea.	Planteó una discusión sobre la transición demográfica en países específicos.	Presentó una clasificación de poblaciones como una introducción a la revisión de los prospectos para el crecimiento poblacional mundial.	Publicó un registro cuantitativo de la transición de la fecundidad en Europa y un análisis de las circunstancias sociales y económicas prevalentes.
OBRAS	«Population», <i>American Journal of Sociology</i> , 34 –1929–	<i>La Révolution Démographique</i> –1934–	<i>World Population: Past Growth and Present Trends</i> –1936–	<i>The Future Population of Europe and the Soviet Union</i> –1944–	<i>The Decline of Fertility in Europe: The Revised Proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project</i> – 1986– <i>Human Fertility in Russia since the 19th Century</i> –1979–

Elaboración propia. Fuente: (Kirk, 1996) (Armas & Gómez, 2016) (Johnson Hanks, 2008)

Este fenómeno, manifestado asincrónica y asimétricamente en cada región y país del mundo, puede resumirse en los cambios observados en las tasas de mortalidad y fecundidad, siendo entonces un proceso complejo y multifactorial (Figura 1).

Figura 1. Relación entre fecundidad ◆ y mortalidad ■



Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2019b). Ver Anexo de Regiones

Los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la mortalidad y en la fecundidad, pero también se diferencian con respecto a las transformaciones en otras variables estrechamente relacionadas, como el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población, entre tantas otras. (CEPAL, 2008a, pág. 12)

Por otro lado, a pesar de la relevancia de estas aportaciones a la TTD, hubo también una serie de críticas y puntos debatibles. El primero de ellos se relaciona con la poca importancia que se les dio a los aspectos culturales, considerando el enfoque socioeconómico con el que se planteó la teoría. Otra crítica es que, al ser un estudio demográfico en la sociedad europea, se presenta, por un lado, inexactitud en los datos, dadas sus particularidades, así como diferencias en las sociedades tradicionales de cada país y, por el otro, la génesis de este estudio en esa parte del globo no es sinónimo de que las características de la TDD sean aplicables para el estudio del resto del mundo, pues existen diferentes modalidades de transición (Welti Chanes, 1997)

Mientras que uno de los debates que se han desatado en torno a la TTD tiene que ver con la afirmación de que el descenso en la mortalidad siempre precedía al descenso en la fecundidad, algunos autores consideran que hubo casos en los que este proceso se dio al revés, es decir, en los que la caída de la fecundidad precedió a la mortalidad o en los que ambos –mortalidad y fecundidad– se dieron al mismo tiempo. Otros, por su parte, consideran que no hay ejemplos claros y las excepciones que se tienen en cuenta no son del todo correctas.

Independientemente de las diferencias que se presentan en cada país en el estudio de la dinámica demográfica, como la temporalidad y los factores involucrados, no se deben demeritar las semejanzas que están presentes en su revisión, las cuales ayudan a que se tenga un panorama de cómo se da la transición alrededor del mundo.

1.1 FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

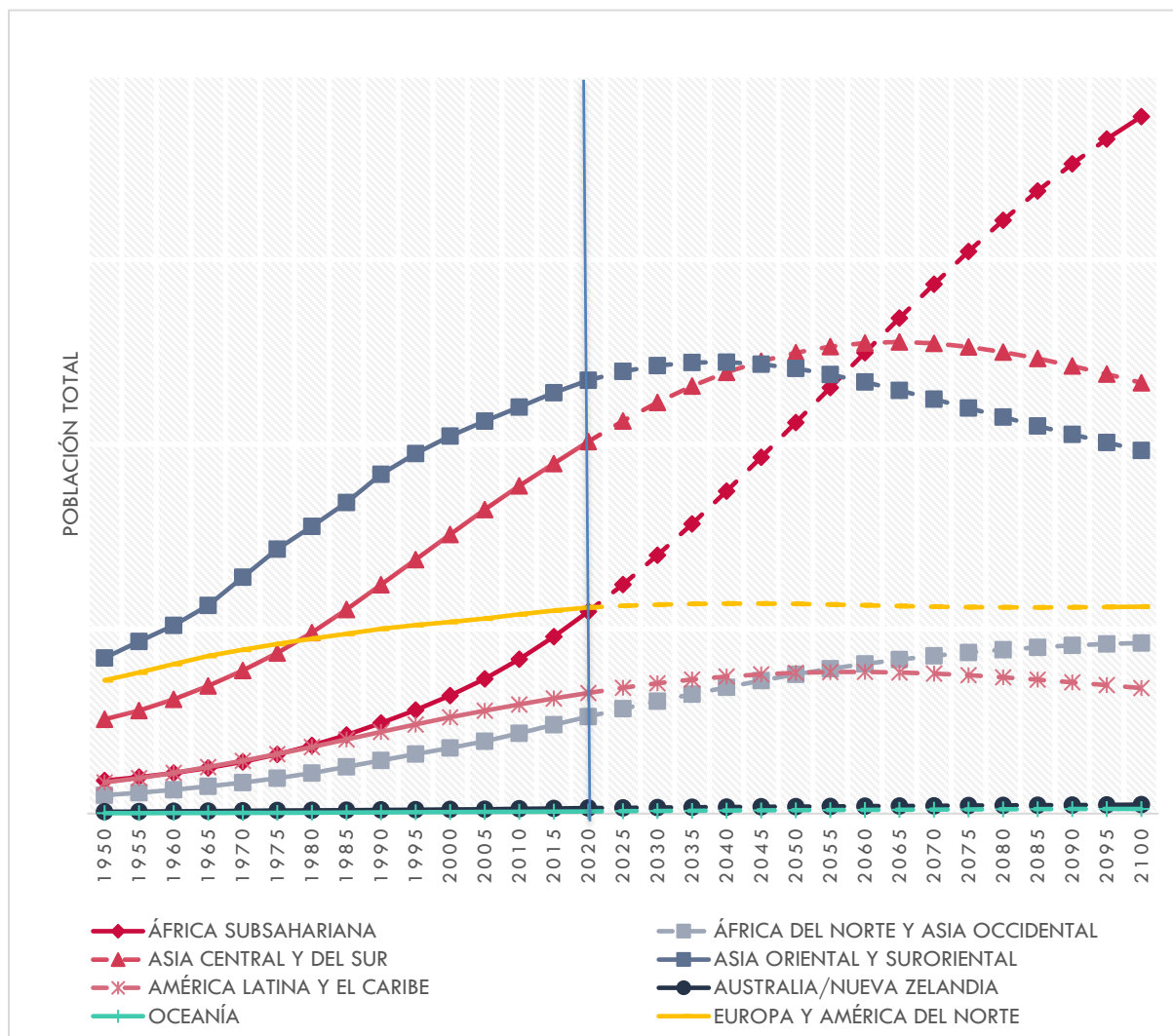
Como se mencionó anteriormente, en las próximas décadas la población mundial tendrá un aumento significativo, que alcanzará los 10.4 mil millones en 2100 (ONU, 2022). Esta proyección sorprende, pues en el siglo pasado ocurrió una importante disminución tanto de las tasas de fecundidad como de mortalidad, debido a que la mayoría de los países empezaron y, en algunos casos, terminaron el proceso de transición demográfica.

El mayor incremento de la población se verá reflejado en países como la India –país que se espera supere a China como el más poblado hacia el año 2027–, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Etiopía, Tanzania, Indonesia, Egipto y Estados Unidos de América (ONU, 2019e). Se observa que el crecimiento más rápido se producirá en las regiones en desarrollo y, particularmente, en los países menos desarrollados.

La región de África Subsahariana, por ejemplo, presenciara la adición de más mil millones de personas hacia el 2050, que significan casi la mitad del crecimiento total global y esa población se estima continúe su ampliación hacia 2100. Por su parte, regiones como Asia Oriental y Suroriental, Asia Central y del Sur, Norte América, América Latina y el Caribe así como Europa proyectan un crecimiento máximo y posterior declive antes de final de siglo (ONU, 2019b) (Ver figura 2).

Los cuarenta y siete países que la ONU categoriza como los países menos desarrollados, así como las Islas Pequeñas en Desarrollo se encuentran entre aquellos que crecerán a mayor velocidad, algunos de ellos duplicando incluso su población en los siguientes treinta años. Lo anterior representa un aumento significativo de presión a sus recursos e instituciones y, con ello, prevalece la urgencia de reorientar políticas que alcancen a traducir dicho aumento en bienestar societal.

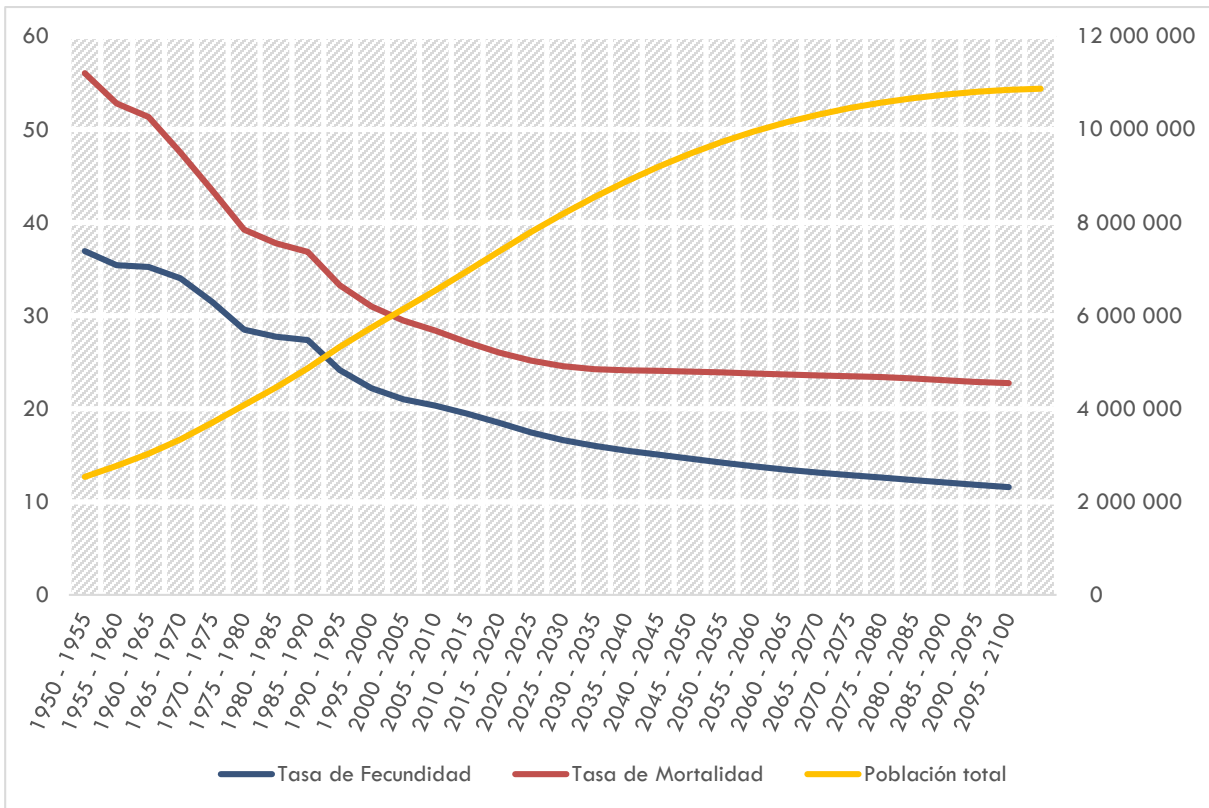
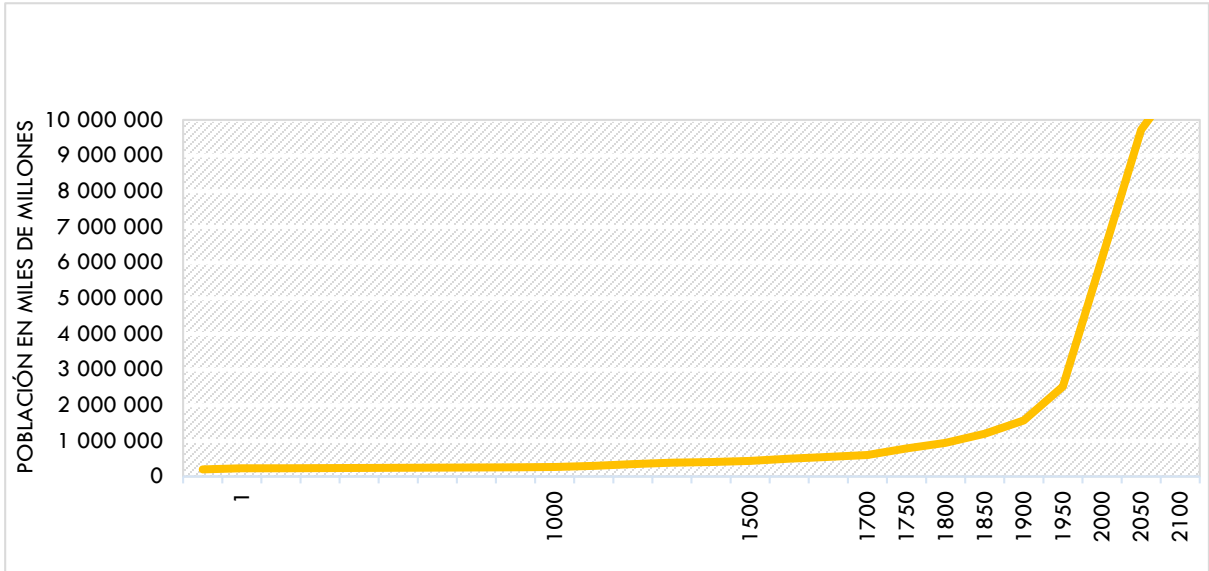
Figura 2. Crecimiento de la población por regiones Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS–



Elaboración propia. Fuentes: (GAPMINDER, 2019) y (ONU, 2022).

Si bien la tendencia de población se mantiene en términos de crecimiento real, es innegable que todos los países del mundo experimentan el envejecimiento de su población. Las proyecciones acerca del crecimiento de la población dependerán del momento, comportamiento y velocidad con que se lleve a cabo el descenso de la fecundidad y mortalidad en cada país, sin olvidar el papel que juega la migración al momento de determinar el impacto que habrá en la tasa de crecimiento y en la composición de la estructura demográfica (Ver Figura 3).

Figura 3. Fecundidad, mortalidad y crecimiento de la población



Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2019b)

1.1.1 MORTALIDAD

El descenso de la mortalidad se considera como el factor que dio inicio al proceso de la Transición Demográfica, debido al impacto e importancia que tuvo éste. Su estudio culminó con la formulación de lo que se conoce como Transición Epidemiológica, propuesta por Abdel Omran –1971–, que explica a través de tres etapas, los cambios en los patrones de salud y enfermedad que son causa de muerte. Es decir, de los cambios en morbilidad, ya que las enfermedades infecciosas han dejado de ser la principal causa de muerte y han dado paso a las enfermedades de tipo degenerativo y de causas externas (Reher, 2011).

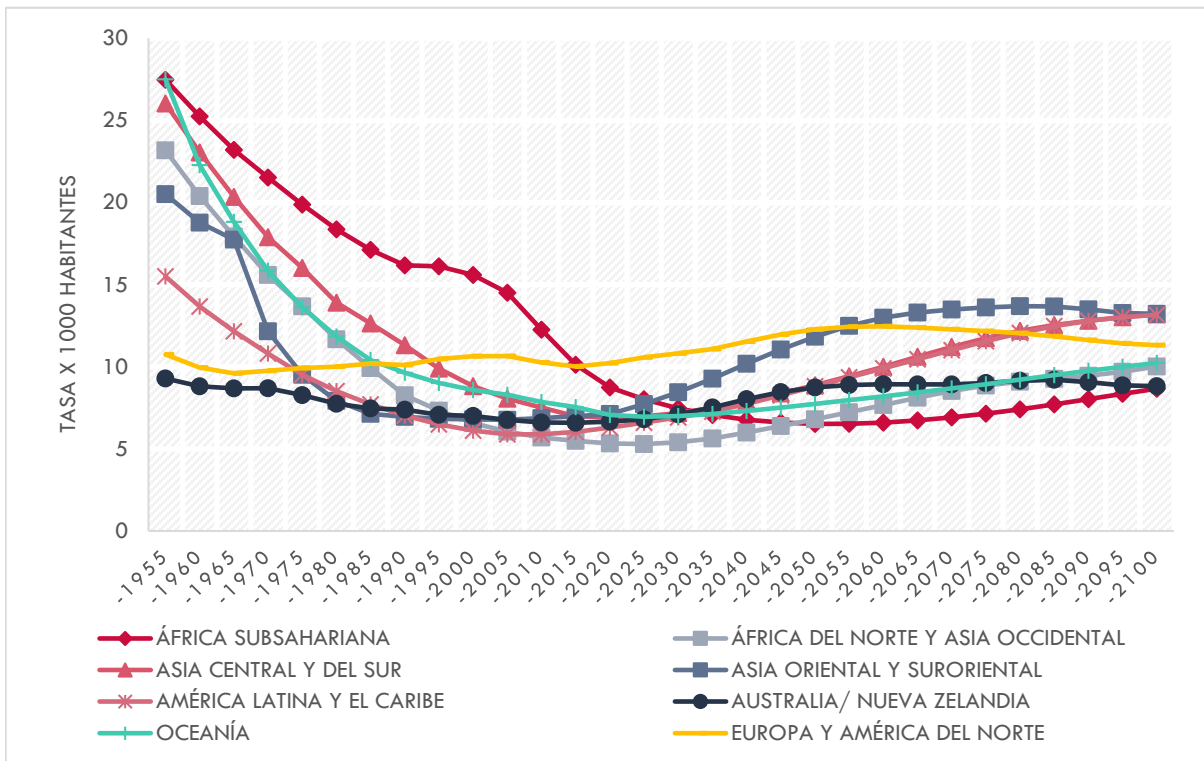
De acuerdo con Dudley Kirk (1996), se distinguen tres etapas en el declive histórico de la mortalidad en el mundo moderno. La primera, que va desde los últimos años del siglo XVIII a la primera mitad del siglo XIX, tiene que ver con la modernización del Estado, donde se estableció el orden público, hubo un fuerte desarrollo de infraestructura de transportes y telecomunicaciones, el comercio comenzó a cobrar cada vez más importancia y las hambrunas y epidemias se redujeron. La segunda etapa, situada entre el último tercio del siglo XIX y la Primera Guerra Mundial, presenció una revolución de los avances médicos, resultando así en una reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad en general. La última etapa inicia en la Segunda Guerra Mundial y se caracteriza por un desarrollo considerable en el campo de la medicina, específicamente por la utilización de los antibióticos, en donde las enfermedades degenerativas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares desplazan a las enfermedades infecciosas como primera causa de muerte.

La tasa de mortalidad a nivel mundial ha caído desde 1950, pasando de 19.1 por cada 1,000 habitantes a 7.5 hasta 2019 último registro a la baja antes de la declaración de la pandemia por COVID-19 donde se elevó a 8.1 en 2020, 8.8 en 2021 y 8.4 en 2022, siendo hasta el 2023 donde se comienza a regularizar la tasa en 7.6 (ONU, 2022) (Ver figura 4). Lo anterior se logró gracias a los avances médicos en el control y tratamiento de enfermedades, la mejora en los servicios sanitarios, agua potable y alcantarillados, en las condiciones de vida, etc.; sin embargo, debemos de tener en cuenta que la mortalidad es distinta según el grupo de edad, la condición social y el sexo de cada individuo.

El descenso de la mortalidad es asincrónico, puesto que tomó de 75 a 100 años para completarse en el norte de Europa y, en contraste, fue conseguida en alrededor de 20 a 25 años en Europa Oriental (Kirk, 1996); tuvo lugar en periodos aún más cortos en algunos casos asiáticos, así como en América Latina y el Caribe. Las mejoras en la salud de la población, la difusión de la tecnología, la intervención sanitaria ha ayudado notablemente a su reducción.

Una variable que incidió también fue el declive de la mortalidad en menores de cinco años, que se modificó de 224 muertes por cada mil personas vivas en 1950 a sólo 38.3 decesos en 2019 previos a la pandemia y que continúa decayendo hasta 36.2 en 2023. A esto se añadió el incremento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 46.5 años en 1950 a 73.4 para 2023 y se espera que alcance los 82.1 en 2100. Debemos de destacar que dicho indicador varía notablemente según la región, por ejemplo, en África es de 63 años, mientras que en Europa es de 78 años, lo cual constituye una brecha de más de 10 años que es poco probable se vea reducida en los próximos años debido a la persistencia de mortalidad infantil y materna, epidemias y desastres antropogénicos (ONU, 2022).

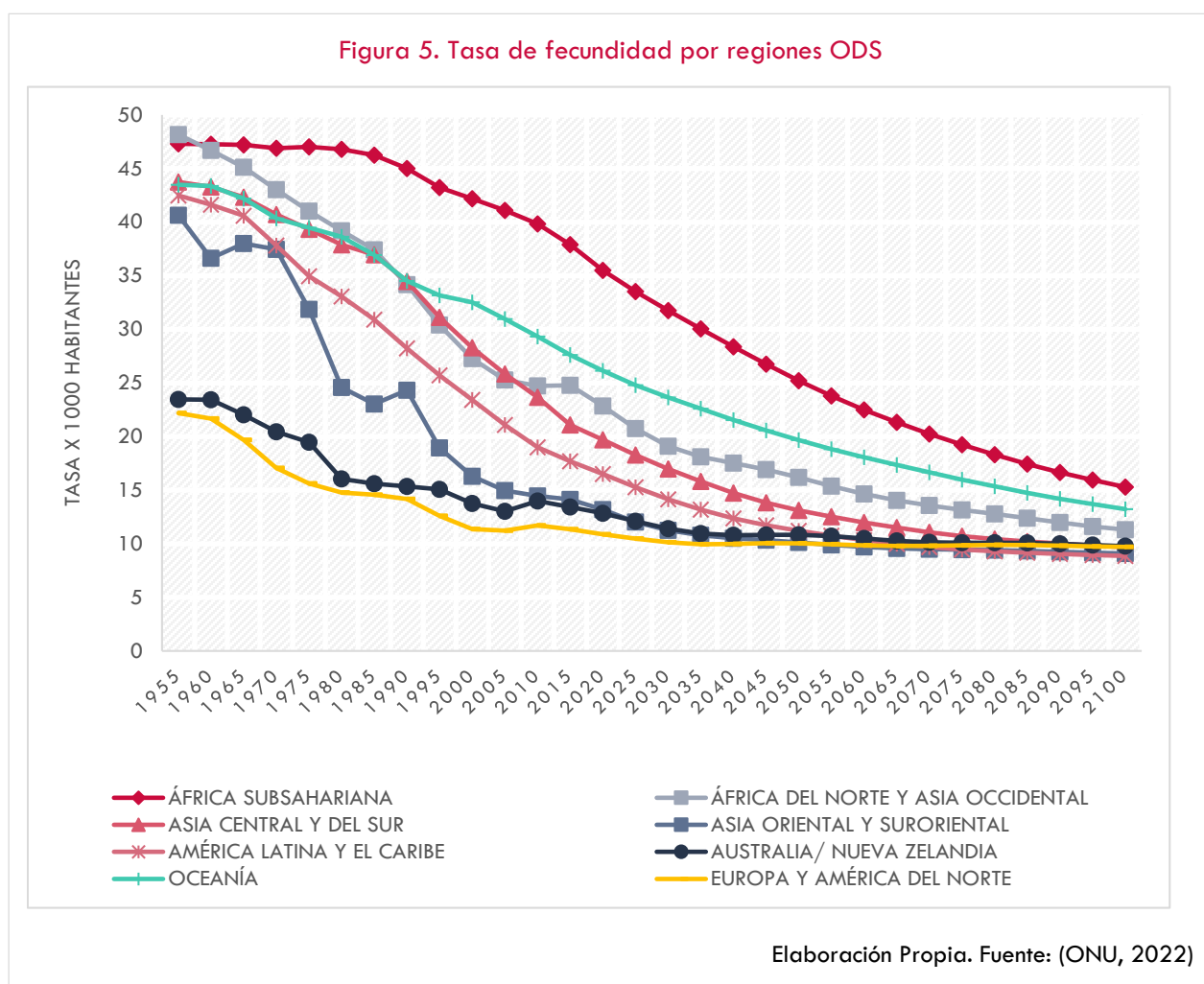
Figura 4. Tasa de mortalidad por regiones ODS



Elaboración Propia. Fuente: (ONU, 2022)

1.1.2 FECUNDIDAD

En términos de transición demográfica, la disminución de la fecundidad es considerada como un punto crucial para que este proceso se haya llevado a cabo y se completara en algunos países. Esto se debe a su impacto directo en la estructura por edades, el tamaño y la composición de la sociedad, provocando que en algunos casos –como en los países desarrollados– se presente una inversión de la pirámide poblacional. La tasa de fecundidad ha pasado de 36.8 nacimientos por cada 1,000 personas vivas en 1950 a 16.7 en 2023 y se prevé que este número disminuya en los próximos años (ONU, 2022). El descenso en esta variable obedeció principalmente a tres aspectos: la disminución de la mortalidad –en especial la infantil– derivada de los avances médicos y de las políticas de salud y saneamiento implementadas; los aspectos biológicos; y al contexto que provocó la transformación de la sociedad (Ver figura 5).



En una sociedad tradicional, el lugar de la producción era la familia [...] Las familias eran extensas para que, así, el cuidado de los niños más pequeños pudiera ser compartido no sólo con los niños mayores sino con otros familiares. Aunado a ello, la educación no constituía un gasto importante, dado que pocos niños asistían a la escuela. De esta manera, los niños contribuían dentro del modelo productivo. Al mismo tiempo, el gran número de hijos se justificaba culturalmente por la religión y la alta probabilidad de fallecimiento de alguno de los hijos. (Coale, 1984, pág. 543)

En este contexto, que se modificó debido a los cambios generados por la industrialización y posterior modernización, se crearon dos dinámicas nuevas en la actividad humana: la pública y la privada. Por un lado, en la pública se incluían la participación laboral remunerada de las mujeres debido al incremento de trabajo en fábricas y oficinas y la apertura en la educación y la revolución de género, las cuales propiciaron la creación de nuevos roles derivados del cambio demográfico, afectando el curso de la vida de las mujeres. Mientras que, en el aspecto privado, se encontraba la disminución en la mortalidad infantil, que se tradujo en familias reducidas y longevas, donde el cuidado de los niños dejó de ser un aspecto fundamentalmente hogareño para pasar a ser una tarea comunitaria, esto influenciado notablemente por el costo de la crianza de los niños (Goldscheider, Bernhardt, & Lappegård, 2015).

En 1950 el número de hijos por mujer era de 4.86; por su parte, en el periodo actual más de la mitad de la población vive en países con 2.31 nacimientos por mujer (ONU, 2022). Debe destacarse que esto fue distinto para cada país: en los países desarrollados la industrialización cambió los comportamientos reproductivos por la presencia de métodos anticonceptivos; en los países en desarrollo se observó que las mejoras en la calidad de vida, educación y salud, incentivaron la formación de nuevas familias, lo que provocó un repunte de la población en estas áreas. No obstante, se debe recalcar que, en años recientes, los países en desarrollo, en especial los latinoamericanos modificaron positivamente su nivel de remplazo, llegando incluso tasas de 1.96 hijos en algunos casos.

Tabla 2. Tasa global de fecundidad por región, 2023

África Subsahariana	4.40
África del Norte y Asia Occidental	2.78
Asia Central y del Sur	2.29
Asia Oriental y Suroriental	1.81
América Latina y el Caribe	1.96
Australia y Nueva Zelandia	1.80
Oceanía	3.27
Europa y América del Norte	1.67

Fuente: (ONU, 2022)

1.1.3 MIGRACIÓN

El cambio de los patrones de mortalidad y fecundidad estimuló el fenómeno migratorio, destacando la emigración a ultramar, la interregional y la de poblaciones rurales a urbanas. Tuvo su auge de 1850 a 1930 y se aceleró con el fin de la Segunda Guerra Mundial, trayendo consigo implicaciones para los países emisores como para los receptores. May (2012) considera que las causas que llevan a la migración se categorizan en los factores de empuje y de atracción. Los primeros son aquellos que provocan la salida del país de origen de la población debido al exceso de esta misma, la falta de oportunidades y baja calidad de vida. Los países de atracción son aquellos en los que la disponibilidad de trabajo y mejor calidad de vida, provocan la llegada de nuevos migrantes. Ya en 2020 el número de migrantes en el mundo ascendía a 272 millones, esto es el 3.5% del total de la población, estas cifras se incrementan con los recientes conflictos armados, escases de recursos, calculando al menos 10 millones más de migrantes en el 2022. De acuerdo con la división regional ODS¹ de las Naciones Unidas, mientras que en las regiones más desarrolladas² la tasa de migrantes asciende a casi 12 por cada 100 habitantes, en las regiones menos desarrolladas³ sólo llega a 2 por cada 100 (ONU, 2019c).

Tabla 3. Proporción de migrantes por región ODS, 2010-2020 (porcentaje)

REGIÓN ODS	2010	2020	DIFERENCIA
Europa	32.0	30.3	-1.7
Norteamérica	23.1	21.6	-1.5
África del Norte y Asia Occidental	14.7	17.9	3.1
África Subsahariana	7.2	8.7	1.5
Asia Central y del Sur	8.9	7.2	-1.6
Asia Oriental y Suroriental	7.1	6.7	-0.4
América Latina y el Caribe	3.7	4.3	0.6
Oceanía	3.2	3.3	0.1
Mundo	100	100	

Fuente: (ONU, 2019c)

¹ Las regiones ODS hacen referencia a países y áreas agrupadas en ocho regiones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible definidas por la División Estadística de las Naciones Unidas, éstas a su vez se dividen en las veintidós subregiones geográficas. Éstas son un cambio metodológico que ha combinado el avance en los ODS con los Códigos Estandarizados por País y Áreas para Usos Estadísticos de la misma División. Éste cambio entra en funciones en 2016 y es la división regional y subregional que ocuparemos en el presente texto. (ONU, 2019b)

² Regiones más desarrolladas hace referencia a Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda y Japón.

³ Regiones menos desarrolladas hace referencia a África, Asia -excluyendo Japón-, América Latina y el Caribe, así como Oceanía -excluyendo a Australia y Nueva Zelanda-.

Este flujo de migrantes ha tenido efectos en ambos países, de origen y receptores:

...1) la emigración redujo la presión demográfica sobre los recursos disponibles y creó las oportunidades de trabajo para aquellos que quedaron rezagados; 2) las remesas de los migrantes contribuyeron al crecimiento, al menos a los niveles local y regional; y 3) cuando los emigrantes regresaron a sus hogares, como generalmente lo hicieron, ellos trajeron consigo niveles altos de capital humano –a diferencia de cuando emigraron–, así como sus ahorros. (Reher, 2011, pág. 16)

Por otra parte, el papel de la migración en la transición demográfica se refleja en la incidencia de la estructura por edades, composición por sexo, nivel educativo, oferta de trabajo y la demanda de bienes y servicios, ya que los migrantes al traer las pautas de fecundidad y condiciones sanitarias de su país de origen, alteran las variables demográficas.

En los flujos migratorios podemos observar dos fenómenos de interés para el análisis de la composición demográfica: el primero de ellos es la existencia de corredores migratorios, desde los cuáles salen y arriban porciones importantes de grupos migratorios; el segundo fenómeno es que el principal destino de los migrantes se encuentra dentro de la misma región de origen. Sobre los corredores migratorios podemos observar en la tabla 4 y las figuras 6 y 7, los movimientos en los corredores y el porcentaje del total que representan:

Tabla 4. Migrantes internacionales en los corredores regionales, 2020

ORIGEN	DESTINO	MILLONES	PORCENTAJE
Europa	Europa	41.9	15.4
América Latina y el Caribe	Norteamérica	26.6	9.8
África del Norte y Asia Occidental	África del Norte y Asia Occidental	18.9	7.0
Asia Central y del Sur	África del Norte y Asia Occidental	18.5	6.8
África Subsahariana	África Subsahariana	18.3	6.7
Total		124.2	45.7

Fuente: (ONU, 2019c)

Figura 6. Los veinte países expulsores de migración, 1990-2020



Fuente: (ONU, 2019a)

Figura 7. Los veinte países receptores de migración, 1990-2020



Fuente: (ONU, 2019a)

1.2 ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

De acuerdo al informe sobre Envejecimiento de la ONU, en este 2022 hay poco más de 776 millones de personas mayores de 65 años. El fenómeno de la longevidad y del crecimiento poblacional suceden en todo el mundo; aunque, como se ha mencionado, de diferente manera en todos los países. En Suecia, por ejemplo, hacia 1890 la probabilidad de llegar a los 65 años era menor al 50%; en tanto que en hoy en día los países desarrollados superan el 90% de probabilidades de alcanzar ese rango de edad.

Esta transformación demográfica en lo individual se traduce en necesidades sociales para un creciente grupo poblacional. Si bien para este quinquenio en los diecisiete países más envejecidos una de cada cinco personas supera los 65 años, esta condición será reinante en 155 países al final del siglo.

En un esfuerzo por explicar lo acontecido en el proceso de envejecimiento y su proyección, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía –CELADE–, perteneciente a la Comisión Económica para América Latina elaboró una clasificación basada en los niveles y evolución de las tasas de fecundidad y la esperanza de vida al nacer –indicadores libres del efecto de la estructura por edades– con el propósito de comparar el proceso de transición demográfica donde se encuentra cada país, así como sus desafíos a los que se enfrentan. Las etapas definidas son: moderada, plena, avanzada y muy avanzada.

Cabe decir que las diferencias observadas entre los países y al interior de cada etapa son atribuibles a su evolución demográfica previa. Pese a que se hayan clasificado en la misma fase de la transición según los niveles de sus tasas globales de fecundidad y de esperanza de vida al nacer, serán más jóvenes los países en los que el descenso de las variables demográficas haya sido reciente; mientras que en aquellos donde se han registrado bajas tasas de fecundidad y de mortalidad más tempranamente y durante periodos más largos, ya muestran envejecimiento (CEPAL, 2008a). Aunque la clasificación dista de ser exacta, es la que para efectos de este trabajo se ha elegido como base para el análisis.

1.2.1 PRIMERA ETAPA: TRANSICIÓN MODERADA

La primera fase corresponde, en estricto sentido, al periodo que precede a la transición demográfica. Se caracteriza, en primer lugar, por altas tasas de mortalidad, las cuales obedecen tanto a situaciones específicas –guerras, hambrunas, epidemias, etc.– como a problemas de orden estructural –desnutrición, falta de higiene, asistencia médica deficiente, etc.–. Asimismo, se registran tasas de fecundidad altas, como resultado de la alta mortalidad infantil y la consecuente necesidad de las familias de garantizar la cantidad de descendientes. Por otro lado, en lo que respecta al crecimiento total de la población, sin tomar en consideración las tasas de migración, este es demasiado bajo o nulo (CEPAL, 2008b). En la actualidad todos los países se han posicionado a partir de la segunda, tercera e incluso cuarta etapas de la transición demográfica y, con ello, han experimentado cambios profundos en sus respectivas poblaciones (Rubenstein, 2014).

1.2.2 SEGUNDA ETAPA: TRANSICIÓN PLENA

Uno de los aspectos principales de la transición demográfica es la caída de la tasa de mortalidad, la cual se derivó de factores como el mejoramiento de las técnicas agrícolas, el desarrollo tecnológico y el progreso en el campo de la medicina. Aunado a ello, en esta etapa está presente una reducción sustancial de la mortalidad infantil (CEPAL, 2008b). Lo anterior trajo consigo un incremento de la esperanza de vida. Este periodo se caracteriza también por el hecho de que las tasas de fecundidad seguían siendo altas y, por ende, el crecimiento poblacional fue registrando cifras más elevadas.

Los países de Europa y Norteamérica entraron a esta etapa alrededor del año 1800, pero en países de Asia, África y América Latina estas características no tuvieron lugar sino hasta 1950. Con la expansión de esta segunda etapa de la transición demográfica, la población mundial creció alrededor de 1.7% anualmente durante la segunda mitad del siglo XX –en comparación con el 0.5% registrado durante el siglo XIX– (Rubenstein, 2014).

1.2.3 TERCERA ETAPA: TRANSICIÓN AVANZADA

Esta fase se caracteriza por una significativa reducción de las tasas de mortalidad y fecundidad. Dentro de las causas de dicha disminución, cabe mencionar que:

1) La supervivencia de los descendientes fue cada vez mayor, debido a que las tasas de mortalidad descendieron. 2) Se extendió la utilización de métodos anticonceptivos. 3) Las mujeres fueron incorporadas tanto en el plano educativo como en el laboral remunerado, lo que pospuso la fecundidad y, eventualmente, la redujo. 4) Se presentaron cambios económicos —en particular, la importancia creciente que adquirieron las grandes ciudades— que erradicaron el deseo —que, en su momento, tuvieron las sociedades tradicionales— de tener familias muy grandes. (Rubenstein, 2014)

Por otro lado, las tasas de mortalidad tienden a mantenerse en un nivel bajo. De esa forma, al mismo tiempo en que las tasas de fecundidad decrecen, el crecimiento poblacional también lo hace. Europa y Norteamérica alcanzaron esta fase durante la primera mitad del siglo XX; mientras que la mayoría de los países de Asia y América Latina lo ha hecho en años recientes. África, por su parte, se sitúa todavía en la segunda etapa de la transición demográfica (Rubenstein, 2014).

1.2.4 CUARTA ETAPA: TRANSICIÓN MUY AVANZADA

Como resultado de las etapas anteriores, algunos países ya han alcanzado una transición demográfica muy avanzada. Esta se caracteriza por tasas muy bajas de mortalidad —aunque esto llegará a modificarse si consideramos el consecuente envejecimiento poblacional— y fecundidad a nivel de reemplazo. Lo que se deriva de ambas características es un envejecimiento significativo de su población, nulo crecimiento poblacional que, incluso, puede ser negativo y podría compensarse gracias a los movimientos migratorios (CEPAL, 2004). Este es el caso de varios países europeos y asiáticos, en los que su población tiende a disminuir en cuanto a crecimiento natural, pero, a su vez, dicha reducción se compensa con migraciones externas (Rubenstein, 2014).

1.3 TRANSICIÓN HACIA EL ENVEJECIMIENTO

Actualmente, somos testigos de una ralentización de la tasa de crecimiento poblacional –aunque en términos reales sigue en expansión– que caracterizó al siglo XX y de los cambios en la distribución por edades asociados a los nuevos desarrollos. Lo anterior resulta de una reducción sostenida de la fecundidad, la cual conlleva un proceso de envejecimiento de la población –que, al mismo tiempo, se verá impactado por el aumento de la esperanza de vida– (ONU, 2005).

Una persona de 65 años en uno de los países desarrollado actualmente puede vivir casi 23 años más. Esta situación a medio siglo habrá aumentado, lo cual se espera como promedio global. En el caso de las mujeres, empero, la estadística sugiere que en promedio sobreviven a los varones 4.8 años, aunque dicha brecha se cerrará también en las tres décadas que siguen (ONU, 2019e).

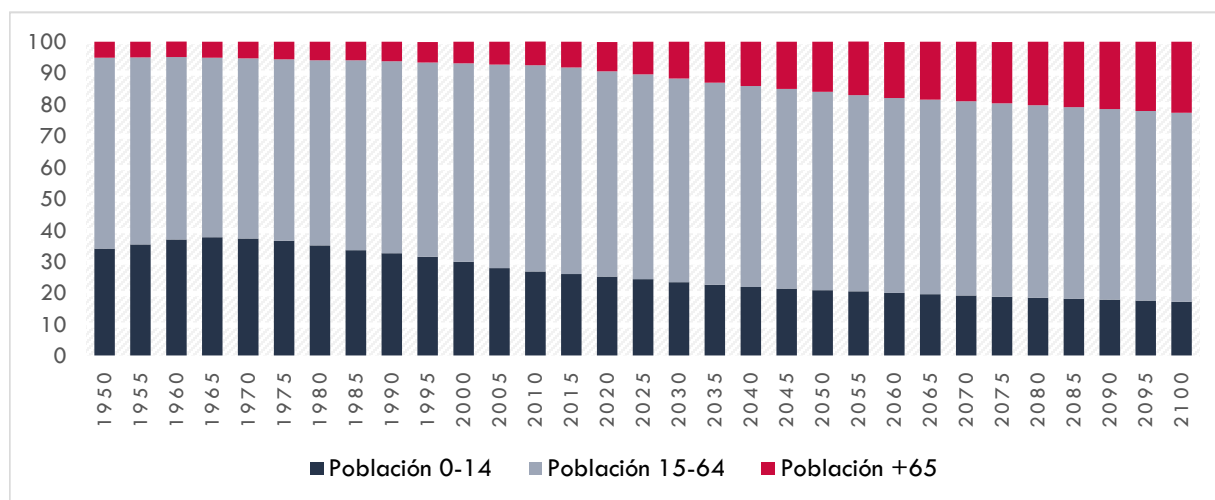
Se debe tener en cuenta que aun cuando la fecundidad haya llegado a niveles de reemplazo o se encuentre debajo de este nivel, no significa que la sociedad haya decrecido; los cambios demográficos que experimentan las poblaciones se reflejan en la estructura por edades (Ver figura 8), que además del nivel de reemplazo de la fecundidad se concentra en las personas en edad reproductiva y de más de 65 años. Ahora bien, la esperanza de vida aumenta a un ritmo lento debido a que ya se han alcanzado niveles altos y las migraciones –aunque masivas–, no alcanzan a reponer la tasa de fecundidad que se estilaba.

Tabla 5. Esperanza de vida por regiones, 2023

Global	73.36
África Subsahariana	61.09
África del Norte y Asia Occidental	73.60
Asia Central y del Sur	71.61
Asia Oriental y Suroriental	77.69
América Latina y el Caribe	75.79
Australia y Nueva Zelanda	83.62
Oceanía	67.98
Europa y América del Norte	79.61

Fuente: (ONU, 2022)

Figura 8. Porcentaje de la población mundial por rango de edad



Elaboración Propia. Fuente: (ONU, 2019b)

Por otro lado, las proyecciones apuntan a que, en las próximas décadas, se presentará un cambio rápido orientado al aumento de las tasas de dependencia de las personas de edad avanzada en los países más industrializados. Por ejemplo, para el caso de la Unión Europea, dicha tasa se duplicará y alcanzará casi el 50% para el año 2050, al mismo tiempo que la población considerada como económicamente activa –de 15 a 64 años– disminuirá 48 millones de aquí a 2050 (Harper, 2011). Con respecto a América Latina y el Caribe, en todos los países de la región, tanto la proporción como el número absoluto de personas de 65 años o más se incrementarán sostenidamente en las próximas décadas:

En términos absolutos, a los 41 millones de personas de edad avanzada existentes en el año 2000 se sumarán 57 millones más entre los años 2000 y 2025 y 85 millones entre 2025 y 2050. Este grupo de la población crece rápidamente y con una fuerza mayor que la población joven. La proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre 2000 y 2050; de ese modo, para esta última fecha, aproximadamente uno de cada cuatro latinoamericanos será adulto mayor. Además, debido al aumento de la longevidad, el peso de las personas más viejas entre los mayores también se incrementará; la población mayor de 75 años pasará de un 2% a un 8% de la población total entre 2000 y 2050. (CEPAL, 2008a, pág. 19)

Sin embargo, como ha sucedido con el proceso mismo de la transición demográfica, los cambios con respecto a la estructura por edades no ocurrirán al mismo tiempo ni a la misma velocidad en todos los países. Aunado a ello, en el ámbito de la definición de políticas públicas, particularmente aquellas relacionadas con el envejecimiento de la población y su impacto en las transferencias intergeneracionales y en la asignación de recursos públicos, esta situación llevará a que los países se replanteen las prioridades y los objetivos de su política social. En virtud de lo anterior, en la siguiente sección se abordará el tema de las políticas públicas que inciden en la transición demográfica.

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

El estudio de las políticas se ha extendido desde hace algunos años entre diversos estudiosos del tema si bien a la fecha no hay una definición establecida, donde podemos encontrar ciertas similitudes entre los conceptos que giran en torno a ella. Mény y Thoenig, Wildavsky y Muller han abonado al campo de las políticas y su definición.

El estudio de las políticas públicas se remonta a 1887 con el entonces presidente de Estados Unidos, Woodrow Wilson, quien gracias a una reforma en materia de administración pública separó explícitamente las decisiones políticas de la ejecución burocrática. Fue así como se combinó “el interés por el estudio de la conducta individual y social con la preocupación por los asuntos públicos, relacionados con reformas políticas, sistemas democráticos, sistemas educativos y bienestar social y económico” (González, 2005, pág. 102 y 103). Años después en 1951, Harold Laswell, publicó un estudio en el cual muestra su preocupación por “utilizar los recursos intelectuales con la 'más sabia economía” (Bulcourn & Cardozo, 2008, pág. 5) generando así conocimientos prácticos que funjan como una mejor herramienta para que las decisiones de las políticas públicas por parte del gobierno se tomen con mayor racionalidad.

Más adelante en las décadas de los setenta y ochenta se genera un crecimiento académico que da cuenta de distintas definiciones de lo que es una política pública y de las figuras, procesos y productos que emanan de ellas. Joan Subirats y otros autores (Subirats, 2008) sugieren que al debate conceptual se han sumado corrientes que estiman el análisis de políticas como un medio para explicar la acción pública; como un medio para comprender su operatividad y lógica de acción; y otras voces que enfoca sus estudios en explicar los resultados de dichas acciones. Conciliando las virtudes conceptuales de sus predecesores proponen una definición que será, para fines de la presente investigación, la que entenderemos como política pública:

[...] una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos -cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendientes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales). (Subirats, 2008)

La definición, si bien compleja, agrupa una serie de elementos constitutivos como lo es la solución de un problema reconocido políticamente como público, que reconoce la necesidad de modificar la conducta de grupos de población específicos ya sea de manera directa o actuando sobre el entorno de dichos grupos. A su vez integra la noción de coherencia al presuponer una base conceptual dentro de un modelo causal que se reflejan como el conjunto de acciones con las que los actores públicos -o bien integrados al sistema político-administrativo- pretenden intervenir mediante actos formales incentivadores y coercitivos.

De la definición anterior podemos resaltar que el Estado no es el único actor, sino que han de relacionarse actores públicos, privados y grupos-objetivo, así como los recursos propios de su condición para crear e implementar estas políticas. El diseño, gestión, lanzamiento, validación, es un producto de la interacción que se da entre la sociedad y el gobierno, lo que permite incluirlo en la agenda gubernamental. Es decir, cursos de acción que van destinados a la solución de problemas, en donde el involucramiento de los actores juega un papel de suma importancia.

Es necesario entender que aun cuando un país tenga una política pública que aborde un tema parecido o similar en otro país, las acciones, la interacción y por consiguiente el resultado de las políticas públicas dependerá del grado de interacción e involucramiento de la esfera pública.

Laswell diferenciaba el conocimiento del proceso y el conocimiento en el proceso de la política, que deben estar presentes en el diseño de una política pública. El primero de ellos, el conocimiento del proceso habla de conocer cómo es la trayectoria de una decisión política, identificando las variables que influyen en ella e identificar la lógica que rige su acción. Las otras, el conocimiento en el proceso supone sumar los datos que resultaron del análisis en el proceso y decisión de la política con propósito de mejorarla. (Aguilar & Lima, 2009)

Para que una política de población se pueda entender como tal es necesario que cumpla con algunas características, si bien éstas no son rígidas o mecánicas, suelen componerse de un desarrollo que va desde el surgimiento de un problema e idealmente se desarrolla hasta que la política produce resultados susceptibles de evaluar. Las mismas deben de estar fundamentadas y tener claros los objetivos que se desean alcanzar, impactando de forma positiva a la sociedad por medio de instrumentos y acciones específicas; ser integrativas, esto es que las acciones, decisiones y actividades tengan coherencia y cohesión entre ellas, lejos de verse como actividades aisladas; tener la capacidad de desplazar los recursos, ya sean económicos, de conocimiento, institucionales, etc., con el fin de obtener resultados y alcanzar los objetivos establecidos; buscar impactar a diversos actores o a la población modificando el contexto o la situación en la que viven. (Aguilar, 2010)

Ahora bien, como mencionamos, la creación de las políticas públicas se basa en una serie de etapas no lineales o consecutivas, se trata más bien de un proceso dinámico, en el que estas se combinan entre sí. Este proceso en concordancia con la definición de política pública elegida se compone de distintas fases, a saber, el surgimiento del problema y su posterior inclusión en la agenda pública, la formulación y decisión del programa de política, su posterior implementación y la evaluación de sus resultados.

En el siguiente esquema se pueden observar las aportaciones de Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne (2008) para explicar el ciclo de una política pública.

Tabla 6. Ciclo de una política pública

TERMINOLOGÍA		CONTENIDO	PRINCIPALES CUESTIONAMIENTOS DEL ANALISTA
(RE)SURGIMIENTO DE UN PROBLEMA	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surgimiento de un problema ▪ Percepción del problema ▪ Definición del problema e identificación de sus causas posibles ▪ Representación del problema ▪ Demanda de acción pública 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo se ha tomado conciencia del problema?
PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIVADOS Y PÚBLICOS			
INCLUSIÓN EN LA AGENDA GUBERNAMENTAL	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección (filtro) de los problemas emergentes ▪ Esquema de formulación del modelo causal ▪ Respuestas de los poderes públicos a los problemas que se reconoce que han de ser objeto de una política 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son los factores que han llevado al Gobierno a actuar ante el problema?
FORMULACIÓN DE ALTERNATIVAS	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición del <<modelo causal>> ▪ Definición de la o las soluciones adaptadas al problema y aceptables ▪ Proceso de contraste entre las soluciones ideales y los medios disponibles ▪ Selección de los instrumentos de acción 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las soluciones propuestas y aceptadas por parte del Gobierno y del Parlamento? ▪ ¿Qué procesos se han seguido para formular dichas soluciones?
DECISIÓN Y ADOPCIÓN DE UN PROGRAMA LEGISLATIVO			
IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de las soluciones seleccionadas ▪ Acciones de los agentes administrativos a cargo de la implementación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se han aplicado las decisiones del Gobierno y el Parlamento?
EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinación de los posibles efectos de la política ▪ Evaluación de la eficacia, de la eficiencia, de la pertinencia de lo realizado respecto al problema inicial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles han sido los efectos directos e indirectos de la política?

Elaboración propia. Fuente: (Subirats, 2008)

1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE INCIDEN EN LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

De acuerdo con John May, el debate sobre políticas poblacionales estuvo enfocado durante la última mitad del siglo pasado en tres cuestiones principales. Primeramente, en el hecho de que las políticas de población de los países en desarrollo habían centrado su atención en la reducción de la fecundidad y de la mortalidad. Como segundo punto, para el caso de los países desarrollados, las políticas que éstos aplicaron incluían también los temas del envejecimiento poblacional, la inmigración y las implicaciones de la fecundidad menor al nivel de reemplazo. Finalmente, se emprendieron esfuerzos para mitigar las consecuencias demográficas, económicas y sociales del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria (May, 2012).

En primer lugar, la alta tasa de fecundidad que tenían los países en vías de desarrollo a mitades del siglo pasado provocó que se abriera el debate en torno a cuáles podrían ser las políticas que ayudaran a que dicha tasa disminuyera. Para hacer frente a ello y tomando de referencia a los países desarrollados se optó por establecer políticas de planificación familiar. Estos programas se adoptaron de maneras distintas, pues mientras que unos promovieron el tener familias más pequeñas, en otros se promovió el uso de métodos anticonceptivos, provocando con ello la oposición de los grupos conservadores en los respectivos países. (Mc Nicoll, Bongaarts, & Churchill, 2012)

No obstante, la rápida disminución de la fecundidad, que hubo en estos países en años posteriores, no sólo se le atribuye al uso de estos programas, se debe en parte a las profundas transformaciones socioeconómicas que se dieron en el mundo entre las que se incluyen la disminución de la mortalidad, la urbanización, la apertura en la educación femenina y el incremento en la fuerza de trabajo por parte de las mujeres. A ello se le suma la importancia que empezaron a tener las implicaciones de la crianza de los hijos, los costos de oportunidad para los padres -sobre todo para las mujeres-, la seguridad económica de los padres en la vejez, entre otros. (Demeny, 2011)

En segundo lugar, en los países desarrollados el nivel de fecundidad por debajo el nivel de remplazo, el envejecimiento y la migración fueron temas en los que estas naciones volcaron su atención. Hay muchos factores que explican por qué las sociedades desarrolladas tienen este nivel de reemplazo tan bajo como lo son: los valores sociales, los patrones económicos, el que las mujeres estudien por mucho más tiempo, las decisiones reproductivas que ellas toman, entre otras. Es por ello que, contrario a los países en vías de desarrollo, el desafío de las políticas que tienen en estos países es ayudar a crear programas que incrementen los niveles de fecundidad. (May, 2012).

Francia fue el primer país que propuso el uso de regulaciones pronatalistas que incentivaran el tener más hijos que incluían: licencia por maternidad, beneficios para los niños, casas más grandes en algunos de los casos, etc. No obstante, estas medidas no han dado los resultados esperados, el aumento en la fecundidad es mínimo comparado con otros países que no han implementado ninguna medida de este tipo. (May, 2012) En el caso de Asia se han empezado a revertir los programas antinatalistas, promoviendo la planificación familiar y las políticas pronatalistas.

No obstante, no es el único reto que enfrentan los países desarrollados, la transición demográfica, aunado a otros factores, provocó un aumento en la proporción de los adultos mayores de 65 años. El aumento de este segmento de la población trae importantes implicaciones no solo para la persona que envejece sino también para los diseñadores de políticas, el gasto público y las políticas familiares. (Mc Nicoll, Bongaarts, & Churchill, 2012)

Dentro de las políticas que inciden en el envejecimiento de una sociedad, se encuentran la población activa, los sistemas de retiro, el incentivar una edad temprana de retiro, aumentar los impuestos a la seguridad social, promover el envejecimiento más saludable, en muchas ocasiones se ha llegado a tener en cuenta la inmigración como una posible solución para los problemas de envejecimiento que enfrentan algunas de los países desarrollados.

Además de lo mencionado anteriormente, el aumento de las personas mayores también plantea problemas médicos, ya que una parte considerable necesitará servicio de cuidados continuo, atención médica constante y ayuda para realizar sus actividades a cierta edad. Sin mencionar la vulnerabilidad a la que están expuestos algunos de ellos, sobre todo las mujeres una vez que su pareja murió, debido a que en muchos casos son amas de casa sin otro ingreso y que dependen de la familia.

Otro de sus temas fue la inmigración pues, aunque dentro de los países en desarrollo algunos grupos no aceptan esta política, se ha visto que los migrantes son importantes para la fuerza de trabajo y el sostenimiento de sus economías. En años recientes, las políticas acerca de la migración se han modificado para evitar la inmigración ilegal, se busca además migrantes más calificados y en muchas ocasiones solo se da un permiso temporal para residir en el país. (May, 2012)

Es importante destacar que, pese a los nuevos retos demográficos y políticos del contexto actual, las políticas de población parecen haber pasado a segundo plano en las prioridades de los Estados. Debe reconocerse que la agenda de las políticas de población resulta más difícil de definir y la financiación de programas de población y planificación familiar es limitada. Esto evidencia, sin duda, la necesidad de planear y ejecutar nuevas políticas públicas que hagan frente a los cambios actuales y futuros de la población mundial.

Para ello es necesario entender que:

[...] el efecto del ajuste sobre las políticas de población tiene que partir del reconocimiento de que cualquier política que pretenda incidir sobre las condiciones de vida de los individuos debe identificar sus raíces estructurales, [...], esto significa entender la dinámica social a través de un sistema en el cual el crecimiento económico y el de población interactúan para definir una estructura social que incorpora o margina a grupos de la población de los beneficios del desarrollo económico. (Welti Chanes, 1998, pág. 24)

A continuación, se describe el desarrollo reciente de los tres tipos de políticas públicas de la clasificación proporcionada por la ONU en el reporte *World Population Policies 2015*, en donde se distinguen políticas relativas a: 1) crecimiento, estructura de edades y distribución de la población; 2) fecundidad, salud reproductiva y planificación familiar; y 3) migración internacional.

1.5.1 POLÍTICAS ORIENTADAS AL CRECIMIENTO, ESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

La fragmentación demográfica de los últimos años ha obligado a los países a crear e implementar diferentes tipos de políticas atendiendo a los problemas poblacionales que presentan. Es en este sentido que, hasta 2015, el 45% de los países más desarrollados tenían políticas destinadas al incremento de la población, caso contrario a los países menos desarrollados donde el 50% se enfocaban en disminuir las altas tasas de crecimiento poblacional (ONU, 2015b).

Una consecuencia inevitable de la transición demográfica y de la evolución a niveles bajos de fecundidad y mortalidad ha sido la evolución en la estructura por edades de la población mundial (ONU, 2015a). Por ello, existen también preocupaciones en torno al crecimiento en el número y proporción de personas mayores en la población de todos los países –con las excepciones de aquellos que estén experimentando un bono demográfico⁴–. Esto se debe principalmente a las implicaciones que el envejecimiento tendrá no sólo en el resto de los grupos de edad sino también en ámbitos como el sector financiero y laboral o en cuestiones cotidianas como la oferta y demanda de bienes y servicios –dentro de los que se incluyen la vivienda, el transporte y la protección social– (ONU, 2015a).

⁴ Define el *momentum* demográfico de incremento de la población económicamente activa.

Hasta 2015, más de la mitad de gobiernos alrededor del mundo consideraban al envejecimiento como una de sus preocupaciones más importantes, sobre todo los países más desarrollados –y en algunos de regiones en desarrollo– donde este proceso ya se ha hecho evidente y seguirá evolucionando en todo el mundo, aunque lo hará con distinta intensidad y en diferentes contextos temporales. Es por ello que diferentes gobiernos a nivel mundial, desde hace algunos años, han implementado una serie de políticas encaminadas a abordar el envejecimiento demográfico.

Un tema central dentro de estas medidas para enfrentar la vejez, es el incremento de la seguridad social⁵ la cual debería, entre otras cosas, encargarse de proporcionar los servicios de salud, así como de recursos económicos cuando no se tiene empleo en la vejez. Sin embargo, el aumento del empleo informal, ante la poca oferta de trabajo formal, así como las malas prestaciones que se ofrecen ha provocado que gran parte de la población adulta no cuente con este tipo de servicios. Dicho problema se agrava en la vejez porque, al no contar con este servicio, es en la familia en quien recae la responsabilidad de cuidar a los adultos mayores. No obstante, debemos de tener en cuenta por un lado que en la actualidad se tienen cada vez menos hijos, lo que reduce la posibilidad de que uno de ellos se haga cargo de los padres durante la vejez. Por otro lado, al ser las mujeres en quienes tiende a recaer esta responsabilidad no se integran a una actividad laboral formal, lo que impacta negativamente en el futuro pues dificulta la posibilidad de recibir una pensión (Welti Chanes, 2013).

Otra de las políticas que han surgido como respuesta a la transición demográfica es el aumento de la edad legal de retiro –política que han adoptado el 32% de los países–, en otras palabras, los años que debe tener una persona para jubilarse. Lo anterior como resultado de la “reforma paramétrica que de manera fundamental significa incrementar la edad de retiro de la actividad laboral para hacerla compatible con los incrementos en la esperanza de vida de la población y aumentar las aportaciones que hacen los trabajadores a los fondos de pensión” (Welti Chanes, 2013, pág. 29).

⁵ Definida en los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo y en los instrumentos de la ONU, como un derecho fundamental.

El aumento de años para el retiro debería estar acompañado de una reforma en la salud pública, en la cual el autocuidado sea una pieza fundamental para ayudar a reducir o retardar las enfermedades crónico degenerativas y les permita a las personas gozar de una buena calidad de vida y alcanzar una pensión en la vejez.

En cuanto al sistema de pensiones, si bien en algunos países se han hecho mejoras –el 58%– y promoción a los servicios privados para el retiro –aproximadamente el 45%– (ONU, 2015b), la mayor parte de ellos y sobre todo en los países en vías de desarrollo los sistemas de pensión son deficientes. Esto debido a que las pensiones de tipo contributivas sólo se asignan a una pequeña parte de los adultos mayores, siendo la mayor parte del tiempo insuficientes para asegurarles una vida digna, lo que obliga a que se recurra a programas asistenciales –pensiones no contributivas– por parte de las personas que no alcanzaron a ahorrar para la vejez. Este tipo de apoyo, además, está ligado a decisiones políticas y evidencia la necesidad de otorgar una pensión universal al llegar a la vejez, la cual cubra las demandas de este segmento de la población (Welti Chanes, 2018).

Por último, en lo que se refiere a incentivar el ahorro para la vejez, pocas son las personas que tienen la capacidad de acumular recursos para el envejecimiento, debido en gran parte a la pobreza en la que se encuentra la mayoría de la población –sobre todo en los países en vías de desarrollo– y que en muchos de los casos los hijos dejan la casa de sus padres a una edad cada vez mayor, por lo cual se frena la capacidad de ahorro. Por otro lado, las personas que consiguen dicha meta lo usan para estudios o medicamentos para dar atención las condiciones de salud.

Ahora bien, contar con seguridad social y prestaciones como la pensión no garantiza que las necesidades de las personas mayores sean cubiertas en su totalidad, debido a que muchas de las políticas tomadas para enfrentar la vejez se concentran en reducir las situaciones de pobreza y no promueven soluciones de fondo, como lo sería resolver problemas de vulnerabilidad a los que se enfrentan los adultos mayores, ejemplo de ello son las discapacidades, los cuidados de salud, etc.

A lo anterior se le agrega la poca generación de empleo para personas mayores y la marginación que sufren. Y aun con todo lo mencionado anteriormente el 32% de los gobiernos del mundo no ha tomado ninguna de estas medidas para el futuro envejecimiento de su población (ONU, 2015b).

Por otro lado, se ha otorgado mayor énfasis a las políticas que se refieren a la distribución de la población, sobre todo las que se enfocan en la migración rural a zonas urbanas, la descentralización de los principales centros urbanos, el reacomodo de áreas protegidas. Y en el caso de los países menos desarrollados el atraso del que son parte las zonas rurales, donde viven más de dos tercios de su población. Cabe mencionar que, a nivel mundial, más del 54% vive en zonas urbanas lo cual ha provocado que se deriven políticas de sustentabilidad para estas zonas, donde haya programas efectivos de infraestructura, un buen acceso a los servicios básicos, por mencionar algunos (ONU, 2015b).

1.5.2 POLÍTICAS ORIENTADAS A LA FECUNDIDAD, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Como se ha señalado anteriormente, mundialmente se presenta una tendencia de descenso en la fecundidad. La mayoría de los países han llegado a una tasa de remplazo de 2.1 hijos por mujer: no obstante, esto cambia dependiendo de la zona geográfica, pues en África y Asia se encuentran los países con más alto nivel de fecundidad –más de 5 hijos por mujer– (ONU, 2015b). Es por ello que las políticas que se enfoquen en la fecundidad dependerán del desarrollo interno y particular de cada país, con el fin de hacer frente a los cambios demográficos que se presentaran en los próximos años.

Como muestra de lo anterior, se tiene que mientras el 63% (ONU, 2015b) de los países más desarrollados tienen políticas para aumentarla –sobre todo en el caso europeo–, las regiones menos desarrolladas, en cambio, pugnan por disminuir el nivel de fecundidad.

Con base en estos datos, las medidas adoptadas para disminuir la fecundidad han consistido en la integración de programas de planificación familiar y de maternidad sin riesgos en los sistemas de atención primaria, el acceso a los servicios de salud reproductiva, la promoción de la responsabilidad de los hombres en salud sexual y reproductiva, entre otras. En contraposición, aquellos países que buscan aumentar los niveles de fecundidad, han instituido medidas como bonos incentivo por cada descendiente, subsidios para el cuidado de los hijos, incentivos fiscales, vivienda subsidiada, horarios de trabajo flexibles y campañas para promover el intercambio de la paternidad y el trabajo doméstico entre los cónyuges (ONU, 2015b).

Otro de los desafíos importantes en el presente escenario demográfico vinculado con la disminución de la fecundidad son las políticas que diferentes gobiernos han implementado para al balance entre la familia y el trabajo. Dentro de estas se encuentran: los bonos para los padres, horarios de trabajo más flexibles, licencias para las madres y los padres, créditos para los hijos dependientes, entre otras. Sin embargo, debe señalarse que en las agendas de algunas regiones –específicamente de aquellas en desarrollo– este tema no ha sido explorado o, en el mejor de los casos, tiene un tratamiento apenas incipiente.

Como aspecto final en este tipo de políticas, se encuentran los esfuerzos en materia de salud sexual y reproductiva. En 2017, el 63% de mujeres en edad reproductiva utilizaba algún métodos anticonceptivo y el 84% de los gobiernos proveía algún apoyo para la planificación familiar (ONU, 2015b). No obstante, todos los países alrededor del mundo tienen ciertas restricciones en cuanto al acceso a servicios anticonceptivos, como la edad mínima para casarse, el estatus marital, el consentimiento de los padres, las píldoras de emergencia y la esterilización en mujeres y hombres. A este respecto, América Latina y el Caribe es la región que más restricciones tiene y, además es aquí donde las tasas de embarazo adolescente siguen siendo altas, lo cual trae como consecuencia complicaciones durante el embarazo y nacimiento, así como un mayor número de muertes infantiles.

Pensando en ello, 91% de los países tiene políticas o programas para prevenir el embarazo adolescente, dentro de las que se encuentran la edad mínima para casarse, la retención y aumento de niñas en la escuela y la promoción de educación sexual en la escuela. Aunado a ello, la mayoría de países han adoptado medidas para reducir la muerte materna y de los recién nacidos, sobretodo en el caso de los países menos desarrollados; lo cual se complementa con las políticas de aborto, que en el 97% de los países hasta 2015 eran permitidos con el fin de salvar la vida de las mujeres. No obstante, ha incrementado la proporción de países que lo aceptan cuando éste ponga en riesgo la salud mental de las mujeres, haya sido por violación o incesto, aunque en los últimos años también se ha tenido en cuenta las razones económicas y sociales. Siendo uno de los mayores problemas los abortos inseguros, sobre todo en el caso de África, América Latina y Oceanía, donde consideraban este problema como un 91%, 82% y 60% respectivamente (ONU, 2015b).

1.5.3 POLÍTICAS ORIENTADAS A LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

En años recientes se han suscitado cambios en el tamaño, dirección y complejidad de la migración tanto en los países de origen como en los receptores. Por ello, las políticas de migración deben formularse atendiendo a esa complejidad; y, de igual manera, se debe analizar el impacto de tales flujos en países de origen y recepción, así como en los mismos migrantes y sus familias.

En el caso de la inmigración, el 61% de los países tiene políticas para mantener el flujo actual de entrada (ONU, 2015b). En los países más desarrollados, el 29% se interesa por aumentar esa proporción, mientras que en los menos desarrollados, el 14% se preocupa por disminuirla (ONU, 2015b). Por esta razón, se han aplicado políticas de integración e inclusión, acceso a la educación, protección médica y enseñanza del idioma, con el fin de proteger los derechos de los migrantes y que haya un desarrollo más incluyente. Por su parte, en los países que se interesan por incrementar el número de inmigrantes –mayormente en el caso de los países más desarrollados– se tienen políticas selectivas, pues en muchos de los casos –77%– se buscan atraer inmigrantes cualificados. Dichas políticas tienen un efecto negativo en los países de origen, ya que invierten en la formación de capital humano que no les reditúa.

A diferencia de la inmigración irregular donde los migrantes se encuentran expuestos a casos de discriminación, explotación, abuso y riesgo de caer en tráfico de personas, los gobiernos optan por deportarlos y en algunos casos arreglar su estatus migratorio; en el caso de la emigración, de los países más desarrollados el 71% contaba con políticas para mantener su nivel de emigración o no intervenían en lo absoluto a diferencia de los países menos desarrollados que no cuentan con ninguna de estas políticas (ONU, 2015b). Esto último se relaciona directamente con el proceso de envejecimiento gradual que ha llevado a estas poblaciones a valerse de nuevas fuentes de trabajo que, además de favorecer la economía interna, contribuyan al cuidado de la población de edad avanzada –brindando los recursos necesarios para la implementación de los programas sociales en beneficio de esta población–.

En el capítulo siguiente se hará una revisión exhaustiva de los estudios internacionales sobre el nivel y las condiciones de envejecimiento, asimismo se propondrá un índice para exponer el momento de transición demográfica en que se encuentra el mundo y, a partir de ello, lograr elegir países cuyas políticas sean susceptibles de comparar.

2. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

La dinámica poblacional ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. El tamaño, la estructura y la distribución espacial de la población se han modificado como consecuencia de los procesos de transición demográfica. Dichos cambios tienen rasgos y características particulares dependiendo de la región y el país de los que se hable. Lo anterior ha abierto paso a una de las preocupaciones más importantes en todo el mundo: el envejecimiento demográfico, el cual se ha acelerado en algunos países y, en unos años, impactará al resto de la población mundial.

Para entender los retos particulares que enfrentan los países en materia de envejecimiento, se hará una revisión de este proceso y de su relación directa con la transición demográfica, la cual se expresa a través de fenómenos como la escasez de fuerza laboral, problemas fiscales o el desabastecimiento de los sistemas de salud y de protección social. A continuación, se explicará el estadio del envejecimiento poblacional en el mundo, su avance a lo largo de este siglo y las proyecciones de dicho proceso.

2.1 ANTECEDENTES

Como se ha señalado anteriormente, la dinámica poblacional se ha enfrentado a un vertiginoso cambio en los últimos años, como resultado de la transición demográfica experimentada en todo el mundo, proceso que se acentuará en los próximos años. A medida que este proceso avanza, el perfil demográfico de la sociedad se modifica, debido principalmente a que los factores inmersos en esta dinámica también lo hacen. Actualmente, el declive en la mortalidad –sobre todo infantil–, el aumento de la esperanza de vida y la caída de la fecundidad –incluso por debajo del nivel de reemplazo en algunos casos–, son algunas de las variables que configuran al paulatino proceso de envejecimiento poblacional.

Los efectos que trae el gradual aumento de la población adulta mayor (por el cual unos países ya han transitado y otros lo harán próximamente) ha provocado que en los últimos años los estudios de vejez y envejecimiento sean un tema medular en la agenda de los países, con el fin de entender y, en su caso, tomar medidas específicas que ayuden a abordar este proceso de forma más integral dentro de la sociedad.

Es importante tener en cuenta que, aunque varios autores han abogado por esclarecer las diferencias entre los términos antes mencionados, es difícil desasociarlos, ya que como lo mencionan Montoya y Montes: “vejez y envejecimiento son dos caras de una misma moneda” (2006, pág. 120) que se contienen y delimitan la una a la otra. Lo anterior, impacta en las teorías (sobre todo las de ciencias sociales) que pretenden explicar este fenómeno, pues si bien tienen como eje a la población envejecida, distan en la relevancia que les otorgan a factores externos como los culturales, sociales, fisiológicos, etc. A continuación, se hará un breve esbozo de algunas de las más importantes que retoma la CEPAL.

- a) *La teoría de la modernización* entrelaza el grado de industrialización de los países con el valor que se le otorga a los adultos mayores. Establece que dentro de los factores presentes en el proceso de modernización se encuentra el aumento de la población envejecida, mayor educación, diferente forma de pensar, menor número de hijos, etc. que al mezclarse impactan directamente en la disminución de la valorización de la vejez (Aranibar, 2001). La simplicidad de sus argumentos ha provocado que se originen una serie de críticas en torno a esta teoría, dado que no toma en cuenta los aspectos sociales, religiosos y culturales que hay dentro de los diferentes países y se enfoca en el pasado cuando las personas tenían mejor estatus social. Esta situación no se aplica en todo el mundo, ya que la modernización no ha llegado al mismo tiempo en todos los países ni trae las mismas consecuencias económicas y de calidad de vida para los adultos mayores. Sin embargo, esta teoría abre la discusión sobre la importancia de la familia y el trabajo para la conformación de la vejez.

- b) *La teoría del labeling o etiquetaje* establece que los adultos mayores responden mejor a un constructo social que a la autoidentificación, es decir, señalar a una persona como senil, dependiente, enferma, etc., condiciona la conducta del individuo y se apropia de estas características, lo cual propicia la modificación de sus roles sociales, estatus y la forma en la que es tratada (Belando Montoro, 2007).

Además, menciona que los adultos mayores interactúan dentro de la sociedad con base en tres factores: la situación económica, el apoyo social y su condición de salud, siendo estos los que los provocan la desvinculación social y no la edad de las personas. A pesar de ello, las generalidades de sus postulados no alcanzan a explicar a fondo el tema de la vejez.

- c) *La teoría del retraimiento o desvinculación* considera que al llegar las personas a la vejez pasan por un proceso en el cual hay una gradual disminución de su participación social, lo que provoca que tenga mayor espacio para sí mismas y su paz interna. Dicho proceso beneficia a las personas que lo rodean, por un lado, en el ámbito laboral permite el cambio a generaciones más jóvenes y más aptas con el proceso de jubilación y, por otro, en el terreno familiar cambian los roles y las responsabilidades (Belando Montoro, 2007).

No obstante, es la normalización de las conductas que deben darse alcanzada la vejez lo que ha traído críticas a esta teoría, debido a que ponen en evidencia la falta de adaptación de los adultos mayores y olvidan las variables culturales, sociales y personales que influyen en el desapego hacia los adultos mayores. Por lo tanto “no hay ninguna razón ‘natural’ que la haga generalizable, eterna e inmutable, ni mucho menos positiva para el bienestar del mayor y su entorno” (Díaz, 2016).

d) *La teoría de la actividad* se opone a lo establecido por la teoría de la desvinculación, pues señala que una buena vejez está acompañada de nuevas actividades o trabajos, pasatiempos, participación en actividades recreativas, etc., que sustituyan los que se tenían antes de la jubilación y que deban ser pagados o útiles para otras personas (Belando Montoro, 2007). Es decir, la creación de espacios o el uso de los ya existentes que permita a este grupo interactuar con la sociedad desde otra esfera sin que haya repercusiones negativas.

Sin embargo, esta teoría se pone en desventaja al no tener en cuenta a las personas dependientes o con limitaciones físicas propias de la edad ni el decrecimiento de los roles sociales, el deterioro de salud y el fallecimiento de amigos o familiares. A esto se une a que no necesariamente al tener más actividades mejor será su adaptación, pues las relaciones ya existentes y la dinámica familiar les producen mayor satisfacción que otras actividades.

e) *La teoría del vaciado de roles* afirma que a lo largo de nuestra vida los roles nos definen tanto social como personalmente y que al llegar a la vejez se pierden los más importantes, cambiando su papel activo por uno pasivo en la sociedad. No obstante, este papel pasivo les puede otorgar una nueva sensación de libertad y ofrecer nuevos roles que de alguna manera los hagan sentir útiles. En contraste, también puede llevarlos a un papel en donde haya una desaparición de los adultos mayores en el plano social.

f) *La Gerontología Crítica* ve a la vejez como una construcción social y no como un problema psicobiológico, lo que lleva a que los factores sociales, económicos, políticos sean los que determinen y condicionen la forma de vida de los adultos mayores. (Aranibar, 2001). Para este enfoque son las sociedades industrializadas las que se encargan de promover ciertos estereotipos en torno a la vejez, ya que, al tener una posición socioeconómica en desventaja, los demás grupos sociales se crean la imagen de dependencia por parte de las personas mayores a las políticas sociales, pues les otorgan una serie de beneficios como pensiones, servicios médicos y otros en condiciones ventajosas y sin necesidad de dar a cambio algo.

De igual manera, esta teoría establece que hay diferencias entre las personas envejecidas, de acuerdo a su condición sexual y generación, que determinan características específicas de los grupos sociales. A pesar de lo anterior esta teoría tiene ciertas limitantes, debido a que analiza a las personas adultas mayores desde afuera, restringiendo el papel de acciones colectivas que podrían influir en estas áreas; además, se da una homogeneización y mucha importancia a factores estructurales y se deja de lado el cambio que hay a través de los años en la relación jubilación-grupo social.

Tabla 7. Contribuciones conceptuales a la Teoría de la vejez

	TEORÍA DE LA MODERNIZACIÓN	TEORÍA DEL ETIQUETAJE	TEORÍA DEL RETRAIMIENTO	TEORÍA DE LA ACTIVIDAD	TEORÍA DEL VACIADO DE ROLES	GERONTOLOGÍA CRÍTICA
FACTORES DE LA VEJEZ	Modernización caracterizada por un mayor grado de industrialización, el aumento de la población envejecida, una mayor educación, el surgimiento de nuevas ideologías, la disminución en el número de hijos que se tienen, entre otros	Interacción de las personas adultas mayores con la sociedad en función de la situación económica, el apoyo social y sus condiciones de salud	Disminución de la participación de la población envejecida en la sociedad	Nuevos espacios o reutilización de los ya existentes para que las personas mayores interactúen con la sociedad	Sustitución de un papel activo en la sociedad por uno de pasividad con nuevas actividades y roles	Factores económicos, sociales y políticos determinantes y condicionantes de la forma de vida de la población envejecida
CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	Enfoque en la reducción de la valoración de las personas adultas mayores	Vejez como constructo social y no como fenómeno de autoidentificación	Cambio en las responsabilidades y roles sociales de cada grupo etario	Vejez como proceso acompañada de nuevas actividades en el entorno social	Pérdida de roles que definen individual y socialmente a las personas mayores	Enfoque en la percepción que tienen otros grupos sociales sobre la población envejecida, en donde se le asignan posiciones y estereotipos
AUTORES	Donald Cowgill y Lowel Holmes (1972)	Vern Bengtson (1973)	Elaine Cumming y William Henry (1961)	Robert Havighurst y Ruth Albrecht (1953)	José Enrique Rodríguez Ibáñez (1979)	Harry Moody (1988)

Elaboración propia.

Si bien estas teorías intentan explicar el fenómeno de la vejez y ayudan a entender el proceso de envejecimiento, las particularidades en sus planteamientos limitan comprenderlo de una forma más integral, teniendo en cuenta la multiplicidad de factores que intervienen en este tema. No obstante, abren paso a la investigación de teorías multidisciplinarias que tomen en cuenta estos factores y enriquezcan su análisis al integrarse a un contexto amplio del envejecimiento.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior es importante realizar un análisis donde la edad sea un elemento constituyente, para lo cual hay que tener en cuenta primero que, aun cuando no existe una definición aceptable de la vejez, esta debe distinguir según Arber y Ginn [citado en (Montoya Arce & Montes de Oca Vargas, 2006) los significados que hay de la edad y las relaciones que hay entre ellos.

La edad cronológica es esencialmente biológica y se refiere al calendario, en otras palabras, el número de años que una persona ha cumplido; esto representa una serie de cambios de acuerdo a su posición en la sociedad, pues muchas de las normas que dan responsabilidades y privilegios depende de ello, como la edad para votar, la edad para jubilarse, la edad mínima para casarte –aunque en algunos casos difieren entre hombres y mujeres–.

La edad social se construye socialmente y hace referencia a las actitudes y conductas adecuadas, las percepciones y la edad atribuida. De esta forma, la edad social marca la pauta para los parámetros sociales, espaciales y temporales, donde se establece la cronología femenina: el tiempo de pérdida de atractivo de las mujeres y el límite del desarrollo de las carreras –de las mujeres antes que de los hombres–, lo que incrementa las desventajas estructurales de acuerdo al sexo biológico. Aun cuando en la actualidad hay pautas más flexibles, las personas con desventaja económica o mala salud se rigen bajo este supuesto, donde la sociedad define a la vejez.

La edad, como proceso de envejecimiento fisiológico, se relaciona con la capacidad funcional y la gradual reducción de densidad ósea, del tono muscular y la fuerza; aunado a alteraciones en la vista, audición y tacto, así como la percepción del mundo y de ellos mismos, los cambios motrices, el aumento de la fatiga, etc., que traen disminución en la autonomía funcional.

Tras revisar las teorías de la vejez y los significados de la edad, podemos establecer la diferencia que hay entre los términos vejez y envejecimiento. El primero de ellos está ligado a la construcción social que tiene cada individuo a partir de una serie de factores involucrados como los sociales, culturales, económicos, políticos, entre otros, donde se destaca el umbral cronológico y fisiológico.

Es decir, es:

El periodo de vida que inicia a los 65 años, siendo este un umbral cronológico absolutamente relativo y dependiente del tiempo, la historia, y en definitiva el momento histórico en se analice en cada sociedad [...] Es considerada generalmente como un proceso fisiológico que empieza con la concepción y que produce cambios a lo largo de toda la vida del individuo (Santos, 1996, pág. 178)

Sin embargo, debemos tener en cuenta que la edad cronológica ha aumentado a lo largo de los años, debido entre otros factores, al aumento de la esperanza de vida y las condiciones de las personas mayores. Ejemplo de ello es que, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento convocada por la ONU y llevada a cabo en Viena en 1982, una persona envejecida era considerada aquella que tenía más de 60 años. Actualmente, en el *World Population Ageing Report*, se considera a una persona adulta mayor como aquella que tiene más de 65 años; estos límites etarios ayudan a los propósitos analíticos para las diferentes investigaciones que se han hecho alrededor del tema.

Mientras que el envejecimiento demográfico se entiende como “un proceso de cambio de la estructura por edad de la población, caracterizado por el aumento en el número y porcentaje de personas en edades avanzadas” (Montoya Arce & Montes de Oca Vargas, 2006). De esta forma, se puede decir que una persona envejece a medida que alcanza o pasa por las diversas etapas del ciclo de vida y gana años, mientras que una población envejecida es aquella donde las cohortes de edades mayores de 65 años aumentan.

Este envejecimiento demográfico, a diferencia del proceso de vejez propio de los individuos, no sigue un ritmo cronológico ni irreversible, pues hay muchos factores y variables que indican para que el envejecimiento o, en todo caso el rejuvenecimiento de la sociedad, se lleve a cabo, entre ellos se distingue: la composición etaria y el crecimiento de esta y la restructuración de variables demográficas como la mortalidad, fecundidad y migración dentro de cada país (CEPAL, 2000).

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, el envejecimiento poblacional es resultado del proceso de transición demográfica que, dicho sea de paso, ha variado en ritmo y temporalidad en todo el mundo. Si bien este proceso se ha hecho presente en los países desarrollados, las tendencias actuales de mortalidad, natalidad y migración apuntan a que este cambio generacional se verá en los próximos años en el resto del mundo; cambio que “apunta en sentido contrario a las anteriores –multiplicación acelerada y rejuvenecimiento de la población–, lo que exige readecuar las instituciones económicas y sociales” (CEPAL, 2000, pág. 26) de acuerdo a las necesidades que tendrá este grupo que ha o adquirirá mayor importancia dentro de la sociedad.

La inseguridad económica, aumento de personas vulnerables, cambios en la estructura familiar, sistemas sociales y de salud ineficientes, desplazamiento de la carga global hacia enfermedades crónicas, modificaciones del ciclo de trabajo y jubilación son algunas de las consecuencias que traerá este gradual aumento de población adulta mayor.

Sin embargo, no sólo hay efectos negativos, dado que el aumento de la esperanza de vida retrasará la vulnerabilidad de este grupo etario y hará que haya una mayor coexistencia entre tres o más generaciones que tendrán mejor solvencia, en algunos casos, que la población joven y que, por el contrario, les ayudará. A esto se le suma que tendrán lugar cambios importantes en el papel de los grupos de población adulta mayor, ya que, a comparación de otros momentos, se dejarán de aislar y estarán conformados por generaciones más alfabetizadas y que realizarán mayores movimientos migratorios (Cardona & Peláez Enrique, 2012).

Las transformaciones en la estructura por edades ocasionadas por los procesos de transición demográfica en el mundo se ven marcadas, principalmente, por la disminución de los porcentajes totales de personas dentro de grupos etarios jóvenes y por el aumento de sus contrapartes de edad más avanzada. De esta manera, se ha configurado el fenómeno de envejecimiento demográfico, aun cuando algunos países todavía mantengan buena parte de su composición juvenil. A este fenómeno se suma una serie de implicaciones en el ámbito económico y social, las cuales deben ser atendidas mediante acciones de política pública que contrarresten cualquier posible afectación a la garantía de servicios sociales para toda la población y a la economía de los grupos de población de mayor edad.

Lo esbozado anteriormente cobra vital importancia, ya que de acuerdo con el reporte *World Population Prospects* de la División de Población de la ONU, de los 8 mil millones de personas que se contabilizaban en noviembre de 2022, se estima que el 9.8% tiene más de 65 años, lo cual corresponde a 776 millones de personas a nivel mundial y representa un crecimiento de más del 40% en lo que va del siglo, incremento que se espera se duplique para 2050, llegando a representar un 16% de la población mundial.

En la región de Europa y Norte América el 18% de la población corresponde al ya mencionado grupo etario, seguido por Australia y Nueva Zelandia con un 15.9% de la población. Lo anterior como resultado de un crecimiento del 4% y 3.7%, respectivamente, en los últimos 18 años. Se cree que, para 2050, en el caso europeo y norteamericano, la población de más de 65 años corresponderá a más de un cuarto de su población total, es decir, habrá una persona mayor por cada cuatro (ONU, 2019b).

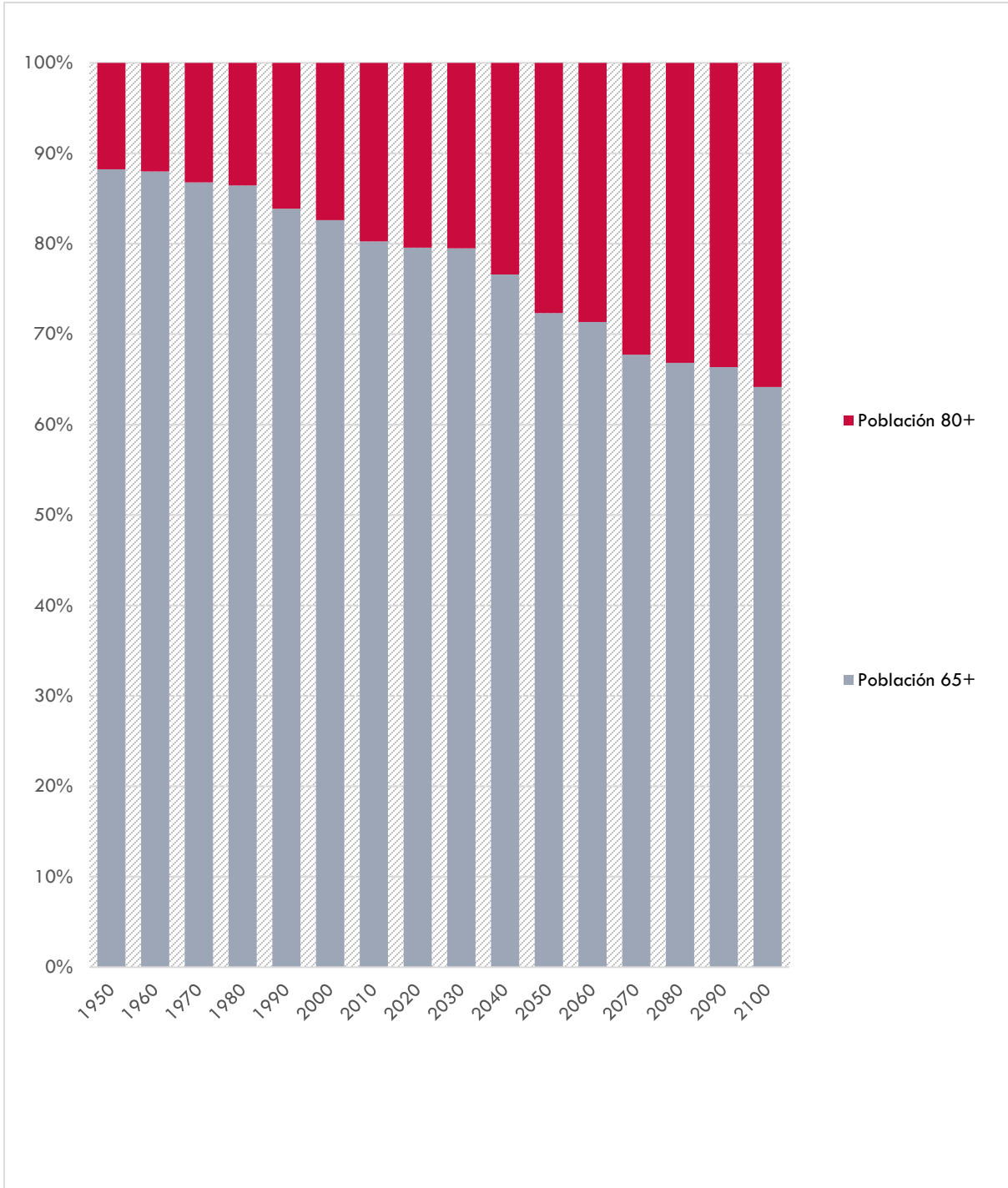
Por otro lado, en las regiones de Asia Oriental y Suroriental, así como de América Latina y el Caribe se prevé que, de acuerdo con la distribución por edades, haya un mayor aumento de personas de más de 65 años, que según las estimaciones pasará del 11.2 y 8.7% al 23.7 y 19% de su población total (ONU, 2019b) respectivamente para mediados de siglo, es decir, duplicará su proporción de personas de edad avanzada en el mismo periodo que los países desarrollados.

En el resto de los ODS, el porcentaje de población de personas mayores a 65 años respecto a su población total es significativamente menor en comparación a las mencionadas anteriormente –6% de la población total dependiendo de la región–, y se espera que dicha proporción se duplique para 2050; no obstante, solo supondrá poco más del 10% de su población en algunos de los casos. Sin embargo, es necesario recalcar que aun cuando –distributivamente hablando– en África Subsahariana las personas de edad representaron 3% en 2019 y alcanzarán un 4.8% en 2050 respecto a su población total, numéricamente es en esta región y en Asia Central y del Sur, donde se espera que dicho grupo etario crezca más rápido que ningún otro, triplicando la población mayor actual que pasará de 31 a 101 millones y de 29 a 95 millones respectivamente (ONU, 2019b).

Ahora bien, es necesario destacar que, aunque Europa y Norte América sea considerada como la región más envejecida –por el porcentaje de personas adultas mayores que tiene respecto a su población total–, es Asia Oriental y Suroriental la región donde numéricamente se centra la mayor parte de este grupo etario con un total de 260 millones de personas de más de 65 años, seguido por Europa y América del Norte con una población total de 200 millones de personas hasta 2020. Se estima que, debido a los patrones de crecimiento, en los próximos 30 años el número de personas de edad avanzada en el mundo aumentará en Asia Oriental y Suroriental llegando a 572 millones, le seguirá Asia Central y del Sur con 328 millones; en ambas se concentra –junto con Europa– el grueso de la población total de más de 65 años, que representará el 77% de la población envejecida total. La región donde hay un número menor de personas de más de 65 años es Oceanía y Australia/Nueva Zelanda, donde para 2050 habrá poco más de 1 y 8 millones respectivamente (ONU, 2019b)

A la par del aumento de personas mayores a los 65 años, se ha dado un sustancial incremento en el grupo que tiene más de 80 años, el cual en los últimos 19 años se ha llegado a duplicar, pasando de 71 a 143 millones de personas en 2020 (Ver figura 9). Para 2050, según las proyecciones de la ONU, dicha proporción se podría triplicar llegando a 426 millones. Se debe destacar que, si bien actualmente el mayor número de personas de edad avanzada se encuentra en Europa y en Estados Unidos, se prevé que, de acuerdo a la dinámica poblacional, dicha proporción cambiará y será Asia Oriental y Suroriental la región que en algunos años tendrá el 41% de dicho grupo etario (ONU, 2019b).

Figura 9. Proporción de la población envejecida



Elaboración Propia. Fuente: (ONU, 2019b)

2.2 ÍNDICES

El rápido proceso de envejecimiento que se ha dado a nivel mundial en los últimos años trajo como resultado que, desde 2018, por primera vez la población de más de 65 años superara a nivel mundial la cantidad de niños menores de 5 años. Desde hace tiempo, algunas organizaciones han creado indicadores relacionados con la población adulta mayor; estos van desde el avance cuantitativo y la seguridad económica hasta la salud y el bienestar de este grupo poblacional.

Dentro de los indicadores que tienen que ver con el aumento cuantitativo de este grupo se encuentra el número de personas mayores, la proporción con respecto a la población total, el ritmo de crecimiento de la población adulta, entre otros. Por su parte, los que se refieren a los aspectos sociodemográficos incluyen distribución geográfica, estado civil, nivel educacional, etcétera.

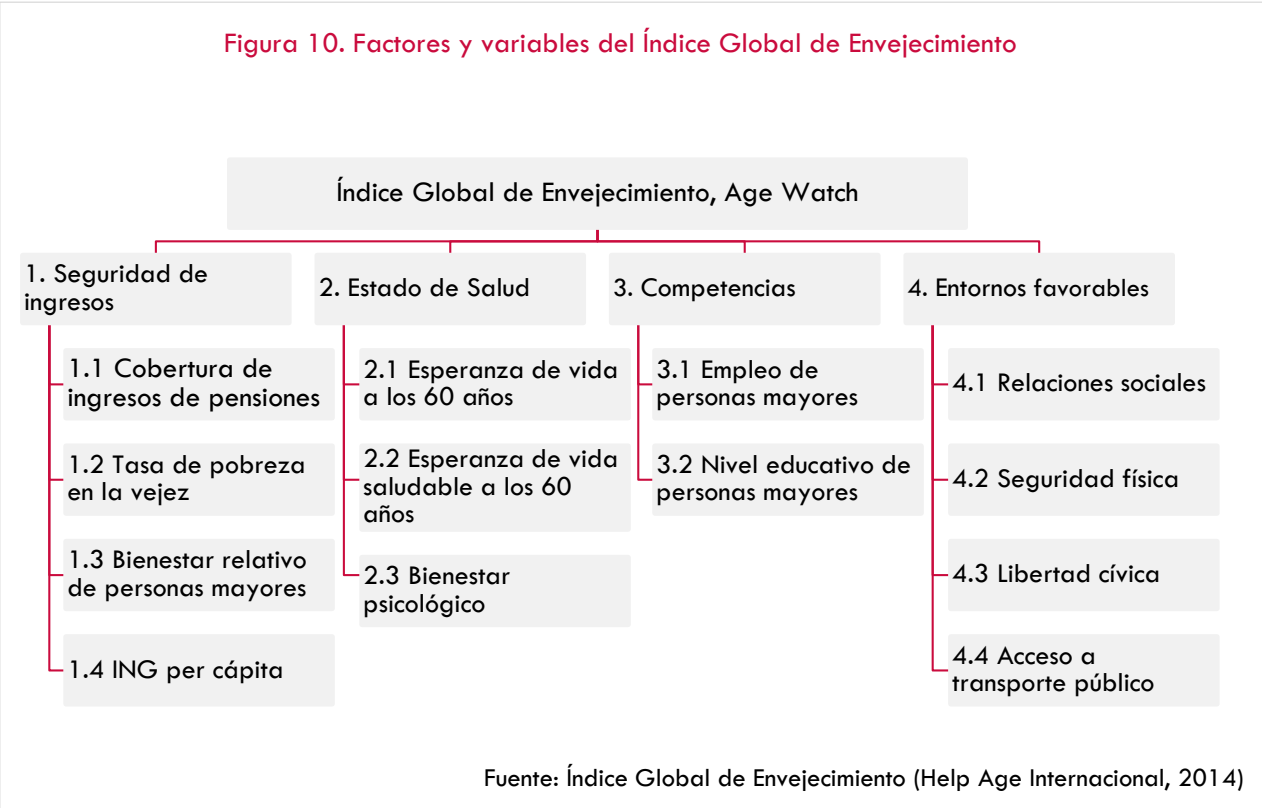
Para el caso de los indicadores acerca de la seguridad económica se encuentran los que tienen que ver con el ámbito laboral –la participación económica, la tasa de empleo, etc.–, la seguridad social y la pobreza en este grupo etario. Finalmente, en el caso de salud y bienestar se encuentran: mortalidad, enfermedades crónicas y mentales, estado nutricional, protección en la salud, entre otros. Algunos de estos indicadores han servido de guía para la configuración de índices alrededor del grupo etario que ocupa a la presente investigación.

2.2.1 ÍNDICE GLOBAL DE ENVEJECIMIENTO

El *Índice Global de Envejecimiento* elaborado por *Help Age International* está constituido por trece indicadores –para 2015– y se obtiene de los datos proporcionados por el Banco Mundial, la Organización Mundial de Salud, la Organización Mundial del Trabajo, entre otras. Este índice tiene como finalidad medir el bienestar de las personas mayores de 60 años, es una “herramienta para medir el progreso y mejorar el impacto de las políticas y prácticas relativas al envejecimiento de la población” (Help Age Internacional, 2014).

Dicho índice clasifica diferentes variables que son claves al momento de evaluar el estado de bienestar de las personas mayores, como son: cobertura de ingresos de pensiones, tasa de pobreza de la vejez, esperanza de vida, bienestar psicológico, empleo en personas mayores, nivel educativo, relaciones sociales, seguridad física, etc. Además, los divide en cuatro factores específicos: seguridad de ingresos, estado de salud, competencias y entornos favorables (Ver figura 10). De cada área se crean valores y promedios y, con ello se conforma un índice general y se establece el rango para cada país.

Figura 10. Factores y variables del Índice Global de Envejecimiento



La falta de información similar en todos los países ha provocado que solo 96 de ellos se encuentren medidos en dicho índice y, aun cuando en estos países se encuentra el 91% de la población mundial (Help Age Internacional, 2014), se han hecho intentos por extender el índice e incluir a los países restantes con el propósito de hacer una comparación más completa y precisa. Otro elemento que salta a la vista es que, a pesar de su análisis exhaustivo en cuanto a calidad de vida, no logra determinar el nivel de envejecimiento que tiene cada país y respecto al mundo.

2.2.2 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO

El *Índice de Envejecimiento* es elaborado por la Comisión Económica para América Latina –CEPAL–, este se obtiene mediante “la razón de personas mayores sobre el total de menos –de 15 años– en una población y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años” (2006b, pág. 28). Es decir, se trata de un índice que muestra la capacidad que tiene una población de renovarse, pues cuantifica la variación que hay entre el crecimiento de la población adulta mayor con respecto a la más joven.

Una primera limitante que se presenta es su reducido número, pues analiza veinte países del continente. Es fácil de replicar, aunque por ser meramente numérico:

[...] no da cuenta del aumento cuantitativo de las personas mayores y de los cambios que se producen en la base de la pirámide poblacional, los cuales dependen fundamentalmente de las tasas de fecundidad y mortalidad infantil. De esta manera, un aumento en el índice de envejecimiento puede significar tanto que las personas están viviendo más años (por lo tanto, aumentan las personas mayores), como que [...] están teniendo menos hijos o ambas. (CEPAL, 2006b, pág. 11)

Este índice, si bien tiene la capacidad de mostrar el envejecimiento de su población, omite otras variables demográficas capaces de dar una idea proyectiva como la tasa de crecimiento, tasa global de fecundidad, entre otras variables que contextualizan necesariamente la tendencia demográfica.

2.2.3 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SOCIETAL –IES–

El Índice de Envejecimiento Societal (IES) es indicador compuesto de tipo sinóptico que define a cada país como la unidad de análisis y describe el grado de envejecimiento que han alcanzado, su objetivo es presentar un panorama del envejecimiento global que permita establecer comparaciones sobre el desempeño de cada país, observar tendencias regionales y abonar al ejercicio comparado de políticas públicas en materia de envejecimiento poblacional.

Este indicador es una representación que pretende resumir el concepto multidimensional del envejecimiento en un índice unidimensional simple al agrupar en cuatro factores –Crecimiento, Proyección, Permanencia y Dependencia-, variables demográficas. Incluye información sobre 201 países agrupados de acuerdo a la propuesta de Naciones Unidas en regiones geográficas, económicas y de desarrollo, misma que se construye a partir de la agregación ponderada de las variables siguiendo la metodología propuesta por Schuschny y Soto (CEPAL, 2009).

La construcción de este índice tiene origen al intentar resolver algunos temas en los índices revisados con anterioridad, esto supone que: 1. Integra en los factores de Permanencia y Dependencia las variables utilizadas en el índice de la CEPAL, la establecida por Naciones Unidas para medir la proporción de personas mayores de 65 años, y la que emplea la Unión Europea que es la tasa de dependencia senil; 2. Incorpora los factores de Crecimiento y Proyección que subsanan la imposibilidad del índice de CEPAL para dar cuenta del aumento cuantitativo de las personas mayores y de la modificación de la pirámide poblacional; 3. Realiza el análisis para los 274 países de los cuáles las Naciones Unidas reporta estadísticas demográficas, con ello supera la muestra de los índices anteriores; 4. Permite reducir la complejidad de la información al resumir distintas dimensiones del envejecimiento; 5. Facilita la comparabilidad entre las unidades de análisis y su evolución; 6. Procura vencer las limitaciones en su diseño y posibles sesgos de confirmación al incorporar el Coeficiente Alfa de Cronbach en el análisis de las variables originales y factores que lo conforman.

2.2.3.1 METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES COMPUESTOS

Dentro de la administración pública hay pocas oportunidades para probar una política sin que esta sea responsable por los resultados no esperados que pudiera generar. La rama de Política Pública Comparada nos señala que podemos observar los resultados que se han obtenido en otros casos. Schuschny y Soto en la Guía Metodológica de Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible, ofrecen un proceso de construcción de un indicador que retoma y resume la metodología de que la OCDE ofrece en el texto *Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and User Guide*. Ambas metodologías son similares y ellas se toman como referencia en el desarrollo a continuación.

Para el tema del envejecimiento se cuenta con una amplia variedad de casos de observación, desde aquellos que aun teniendo población relativamente joven implementa medidas en uno u otro sentido, hasta aquellos cuya población se considera en la tercera o cuarta fase de la transición demográfica y cuyas experiencias de política pueden orientar a otros en su toma de decisiones.

En este sentido, el objetivo de crear un índice de envejecimiento es presentar un panorama global que permita establecer el estado de envejecimiento de cada país, así como sus condiciones demográficas específicas y con esta información abonar al ejercicio comparado de políticas públicas en materia de envejecimiento poblacional. La metodología implementada desarrolla diez pasos que a continuación se describen.

Establecido el marco conceptual en el capitulado anterior, se requiere la selección de indicadores y la manera en que estos se combinan entre sí, para ello la metodología señala la creación de subsistemas a través de una estructura anidada cuya lógica responda a lo estadístico o a la construcción conceptual.

2.2.3.2 SELECCIÓN DE LAS VARIABLES Y DATOS

Las variables que han sido seleccionadas para conformar el indicador responden a la relevancia, calidad y disponibilidad al dominio público, características recomendables en ambas metodologías revisadas. En este sentido la fuente proveedora de recursos estadísticos es la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos de las Naciones Unidas, cuya labor consiste en la recuperación, análisis, normalización y publicación de información estadística en materia poblacional a nivel global. En la construcción del indicador sinóptico, las variables a considerar se agrupan en subsistemas de acuerdo a la aportación que realizan dentro del indicador, obteniendo así un ordenamiento en cuatro factores –subsistemas-:

Tabla 8. Variables y factores que conforman el IES

FACTOR	VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	DEFINICIÓN ESTANDARIZADA
CRECIMIENTO	Tasa de Crecimiento	Porcentaje promedio de crecimiento	Es el cambio promedio del tamaño de la población en un periodo determinado. Se expresa en porcentaje y mide la rapidez con la que la población cambia.
	Esperanza de vida	Años promedio	Es el promedio del número de años que espera vivir una cohorte hipotética de individuos si fueran sujetos toda su vida a la tasa de mortalidad de un periodo determinado.
PROYECCIÓN	Edad Media	Años -mediana-	Es la edad que divide a la población en dos partes de igual tamaño, esto es, hay tantas personas con edades sobre la mediana como las que hay bajo ella.
	Tasa Global de Fecundidad	Número de descendientes hipotéticos por mujer	Es el promedio del número hipotético de descendientes que una cohorte de mujeres tendría a lo largo de su etapa reproductiva si fuera sujeto durante toda su vida a la tasa de crecimiento de un periodo dado; y no estuviera sujeto a la mortalidad. Se expresa en número de descendientes por mujer.
PERMANENCIA	Tasa de personas de 65+	Porcentaje del total de la población que cuenta con 65 años o más	Es el porcentaje del total de la población que cuenta con 65 años o más. Es la medida estandarizada por el sistema de Naciones Unidas y la Unión Europea para describir el envejecimiento.
DEPENDENCIA	Tasa de dependencia senil	Número de dependientes económicos por cada 100 personas en edad laboral.	Es la proporción de la población de 65 años o mayor, respecto al número de personas que hipotéticamente se encuentran en edad laboral (25-64 años).

Elaboración propia. Fuente: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas Información para el quinquenio 2015-2020. (United Nations, 2019)

2.2.3.3 IMPUTACIÓN DE DATOS PERDIDOS

Aun cuando el conjunto de datos de las Naciones Unidas que se utilizó es la fuente más robusta de información demográfica, al no tener información precisa de un número importante de unidades -países- se eliminaron 33 registros de países, protectorados y territorios:

Andorra	Islas Faeroe	Nauru
Anguila	Islas Falkland (Malvinas)	Niue
Bermuda	Islas Marianas	Palau
Caribe Holandés	Islas Marshall	Saint Barthélemy
Dominica	Islas Turks y Caicos	Saint Kitts y Nevis
Gibraltar	Islas Vírgenes Británicas	Saint Maarten
Greenland	Islas Vírgenes (EEUU)	Saint Pierre and Miquelon
Holy See	Islas Wallis y Fortuna	Samoa Americana
Islas Caimán	Liechtenstein	Santa Elena
Islas Cook	Mónaco	Tokelau
Islas del Hombre	Monserrat	Tuvalu

2.2.3.4 ANÁLISIS MULTIVARIADO

De acuerdo a las metodologías revisadas, introducir el análisis multivariado apoyará a otorgar consistencia y fiabilidad a las variables que se han elegido para integrar el indicador. En este sentido se ha aplicado el coeficiente Alfa de Cronbach para indicar cuán bien puede estar representada la información en las seis variables elegidas.

El programa estadístico de apoyo es STATA, *Statistics Data Analysis* 12.1, en el cuál fueron introducidas seis variables para 201 países:

- a. Tasa de crecimiento (tcrec)
- b. Esperanza de vida (espvida)
- c. Edad media (edadm)
- d. Tasa global de fecundidad (hxm)
- e. Porcentaje de la población mayor a 65 años (pp65_)
- f. Tasa de dependencia senil (deps)

El resultado de coeficiente de fiabilidad α es de 0.89 como se muestra en el registro:

Registro 1. de STATA para el Coeficiente Alfa de Cronbach para variables elegidas

Ejercicio para las variables tasa de crecimiento (trec), esperanza de vida (espvida), edad media (edadm), tasa global de fecundidad (hxm), porcentaje de la población mayor a 65 años (pp65_), y tasa de dependencia senil (deps):

```
alpha trec espvida edadm hxm pp65_ deps
```

```
Test scale = mean(unstandardized items)
```

```
Reversed items: trec hxm
```

```
Average interitem covariance: 25.87002
```

```
Number of items in the scale: 6
```

```
Scale reliability coefficient: 0.8905
```

Con este resultado la consistencia interna se considera aceptable y susceptible de proceder en el tratamiento estadístico.

2.2.3.5 PONDERACIÓN Y AGREGACIÓN DE LOS DATOS

Esta es la etapa donde se agrega la información de las variables en el indicador compuesto. Esto ha implicado en un primer lugar la necesidad de establecer el peso de cada factor en el índice antes de entrar de lleno a la metodología de agregación.

En la búsqueda de herramientas que permitieran establecer los pesos de cada factor nos encontramos con que dentro de las metodologías analizadas arriba se encuentran dos modelos ampliamente usados, la ponderación del peso de cada variable en la construcción de los factores, así como en la conformación del IES se realizó mediante el método participativo de ponderación y el establecimiento de pesos equiproporcionales.

Relativo método participativo de ponderación que encontró que las divisiones de Estadística y de Población, ambas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas consideran como medida estándar para medir el envejecimiento la Tasa de Personas de 65 años o más (United Nations, 2015). La Oficina Europea de Estadística, por otro lado, ha estandarizado la medición de la vejez de su población de acuerdo a la tasa de dependencia senil de su población (European Commission, 2008). Otras variables usadas desde el marco académico y que tienen una influencia en el esquema societal de envejecimiento son la tasa de crecimiento, esperanza de vida –para constituir el factor de crecimiento–, así como la edad media y el número de hijos por mujer, variables con las que se crea el factor de proyección y que complementan la visión institucional de Naciones Unidas y la Unión Europea. Respecto al establecimiento de pesos equiproporcionales, la elección del método de análisis se hizo considerando la amplitud de variables y la ponderación de cada uno en la generación del índice de acuerdo a la metodología recomendada por la CEPAL en la Guía Metodológica en lo que respecta al Índice de Desarrollo Humano (CEPAL, 2009, pág. 61).

Así pues, cada factor, bajo el modelo de pesos equiproporcionales tendrá $\frac{1}{4}$ del peso total del IES como se ve a continuación:

Tabla 9. Distribución de pesos equiproporcionales entre factores y variables del IES

FACTOR	PESO EN IES	VARIABLE	PESO EN FACTOR	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
CRECIMIENTO	$\frac{1}{4}$	Tasa de Crecimiento	$\frac{1}{2}$	-3.34 Puerto Rico	4.31 Bahrein
		Esperanza de vida	$\frac{1}{2}$	52.67 República Centroafricana	84.63 China, Hong Kong
PROYECCIÓN	$\frac{1}{4}$	Edad Media	$\frac{1}{2}$	15.04 Niger	47.36 Japón
		Hijos por Mujer	$\frac{1}{2}$	1.11 Corea del Sur	6.95 Niger
PERMANENCIA	$\frac{1}{4}$	Tasa de personas de 65+	1	1.10 Emiratos Árabes Unidos	27.20 Japón
DEPENDENCIA	$\frac{1}{4}$	Tasa de dependencia senil	1	1.30 Emiratos Árabes Unidos	45.33 Japón

IGE: Elaboración propia con datos de DAES, NU
Fuente: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas
Información para el quinquenio 2015-2020. (United Nations, 2019)

Una vez determinados los factores de ponderación se procedió a agregar todas las variables como se muestra en el registro:

Registro 2. de STATA para la generación de factores e Índice de Envejecimiento Societal

Ejercicio para las variables tasa de crecimiento (tcrec), esperanza de vida (espvida), edad media (edadm), tasa global de fecundidad (hxm), porcentaje de la población mayor a 65 años (pp65_), y tasa de dependencia senil (deps):

```
. corr tcrec espvida edadm hxm pp65_ deps
(obs=201)
```

	tcrec	espvida	edadm	hxm	pp65_	deps
Tcrec	1.0000					
Espvida	-0.5640	1.0000				
Edadm	-0.7770	0.8318	1.0000			
Hxm	0.7590	-0.8342	-0.8753	1.0000		
pp65_	-0.7741	0.7307	0.9248	-0.7133	1.0000	
deps	-0.7552	0.7024	0.8961	-0.6670	0.9962	1.0000

```
. egen factor_crecimiento= rsum (tcrec espvida)
```

```
. tab factor_crecimiento
```

factor_ crecimiento	Freq.	Percent	Cum.
...			
...			
85.552	1	0.50	100.00
Total	201	100.00	

```
. gen factor_crecimiento_est= factor_crecimiento/85.552
```

```
. egen factor_proyeccion= rsum (edadm hxm)
```

```
. tab factor_proyeccion
```

factor_ proyección	Freq.	Percent	Cum.
...			
...			
48.7247	1	0.50	100.00
Total	201	100.00	

```
. gen factor_proyeccion_est= factor_proyeccion/48.7247
```

```
. egen factor_permanencia= rsum (pp65_)
```

```
. tab factor_permanencia
```

factor_ permanencia	Freq.	Percent	Cum.
...			
...			
27.2	1	0.50	100.00
Total	201	100.00	

```
. gen factor_permanencia_est= factor_permanencia/27.2
```

```
. egen factor_dependencia= rsum ( deps)
```

```
. tab factor_dependencia
```

factor_ dependencia	Freq.	Percent	Cum.
...			
...			
45.33313	1	0.50	100.00
Total	201	100.00	

```
. gen factor_dependencia_est= factor_dependencia/45.33313
```

```
. alpha factor_crecimiento_est factor_proyeccion_est factor_permanencia_est  
factor_dependencia_est
```

```
Test scale = mean(unstandardized items)
```

```
Average interitem covariance: .0244914
```

```
Number of items in the scale: 4
```

```
Scale reliability coefficient: 0.9262
```

```
. gen IES= ( factor_crecimiento_est*.25)+( factor_proyeccion_est*.25)+  
(factor_permanencia_est*.25)+( factor_dependencia_est*.25)
```

```
. sort IES
```

2.2.3.6 VÍNCULOS A OTROS INDICADORES

Se realizó una tabla donde se asientan los primeros, últimos y resultados icónicos del IES, y el país que ocupan en las variables, así como en el *Global AgeWatch Index* y el Índice de Desarrollo Humano. Se observan coincidencias en la ubicación general de las variables, además que los países más envejecidos suelen al mismo tiempo dotar a su población mayor de una calidad de vida, cercana conceptualmente a los postulados de envejecimiento como una etapa de la vida más que con la asociación de un problema de política pública.

Tabla 10. Resultados icónicos del IES y las variables que lo componen

	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
		Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecundidad	Personas de 65+	Dependencia senil
1	R Centroafricana	Bahrein	R Centroafricana	Niger	Niger	EAU	EAU
2	Chad	Niger	Lesotho	Malí	Somalia	Qatar	Qatar
3	Nigeria	Guinea Ec.	Chad	Chad	RD Congo	Uganda	Omán
4	Sierra Leone	Omán	Sierra Leone	Uganda	Malí	Zambia	Bahrein
5	Uganda	Uganda	Nigeria	Somalia	Chad	Angola	Kuwait
6	Malí	Maldivas	Somalia	Angola	Angola	Burundi	Uganda
7	Angola	Angola	Côte d'Ivoire	RD Congo	Burundi	Kenya	Zambia
8	Zambia	RD Congo	Sudán del Sur	Zambia	Nigeria	Burkina Faso	Kenya
9	Somalia	Burundi	Guinea-Bissau	Burundi	Gambia	Omán	Guinea Ec.
10	Burundi	Chad	Guinea Ec.	Burkina Faso	Burkina Faso	Chad	Burundi
12	Côte d'Ivoire	Tanzania	Camerún	Mozambique	Uganda	Guinea Ec.	Sahara Oc.
13	Burkina Faso	Gambia	Eswatini	Guinea	Tanzania	Malí	Angola
14	Camerún	Zambia	Mozambique	Malawi	Mozambique	Bahrein	Arabia S.
15	Zimbabwe	Mozambique	RD Congo	Gambia	Benin	Tanzania	Burkina Faso
MÉXICO	106	102	110	94	108	108	108
CHILE	138	96	163	132	160	140	139
AUSTRALIA	164	93	194	145	139	161	163
CANADÁ	170	119	185	164	174	169	168
JAPÓN	201	187	200	201	188	201	201
187	Dinamarca	Japón	Malta	Guadalupe	Mauricio	Estonia	Malta
188	Eslovenia	Hungría	Francia	Letonia	Japón	Lituania	Dinamarca
189	España	Serbia	Suecia	Austria	Chipre	Francia	I. Vírgenes
190	Croacia	Portugal	Israel	España	España	Suecia	Croacia
191	Malta	Grecia	Corea del Sur	Croacia	Italia	Malta	Letonia
192	Bulgaria	Ucrania	Islandia	Eslovenia	Hong Kong	Letonia	Francia
193	Suecia	Siria	Islas del Canal	Lituania	Grecia	Martinica	Suecia
194	Francia	Croacia	Australia	Bulgaria	Portugal	Croacia	Martinica
195	Martinica	Rumania	Italia	Hong Kong	Bosnia y Herz.	Bulgaria	Bulgaria
196	Finlandia	Bulgaria	España	Grecia	R Moldova	Finlandia	Alemania
197	Grecia	Bosnia y Herz.	Singapur	Portugal	Puerto Rico	Alemania	Grecia
198	Alemania	Venezuela	Suiza	Alemania	Singapur	Grecia	Portugal
199	Portugal	Letonia	Macao	Martinica	Macao	Portugal	Finlandia
200	Italia	Lituania	Japón	Italia	Taiwán	Italia	Italia
201	Japón	Puerto Rico	Hong Kong	Japón	Corea del Sur	Japón	Japón

A continuación, se presenta para su comparación los mismos países de la tabla anterior y la clasificación en la que se encuentran de acuerdo al *Global AgeWatch Index* y al Índice de Desarrollo Humano. No hay sorpresa al destacar que son los países más envejecidos los que a su vez han pasado por la necesidad de modificar sus sistemas asistenciales para la población envejecida y con ello transitar a un esquema integral. Se observa además un mejor comportamiento algunos países europeos que aún sin aparecer en el listado de los países más envejecidos de acuerdo al IES, se presentan en los primeros lugares para los otros índices con los que trabajamos, tal es el caso de Noruega (1° IDH y 2° GAI) y Suiza (2° IDH y 1° GAI).

Tabla 11. Comparativo entre el IES, Global AgeWatch Index y el IDH

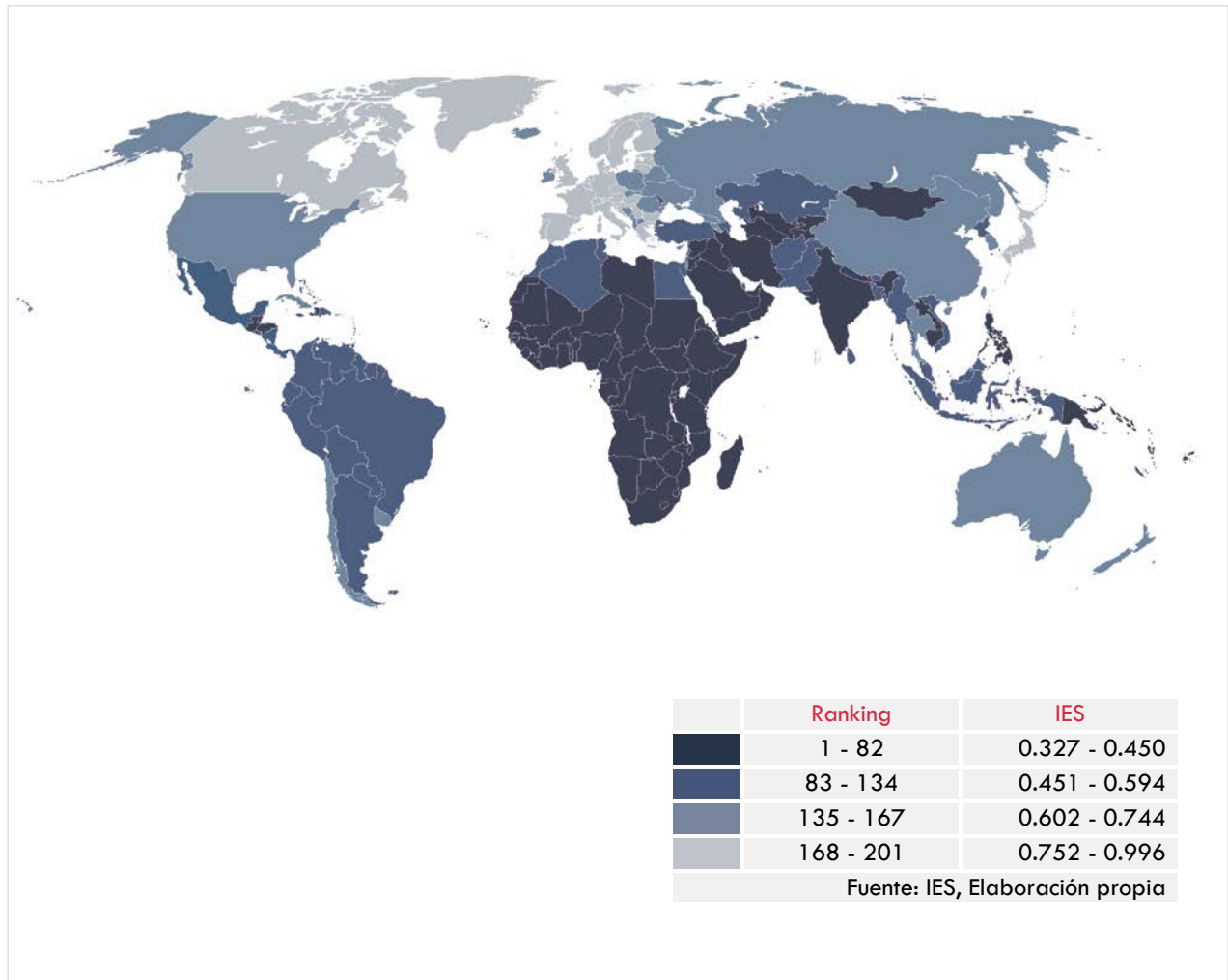
	IES	GLOBAL AGEWATCH INDEX (Global AgeWatch Index, 2015)	ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (PNUD, 2018)
1	R Centroafricana	-	188
2	Chad	-	187
3	Nigeria	83	189
4	Sierra Leone		181
5	Uganda	88	159
6	Malí	-	184
7	Angola	-	149
8	Zambia	90	143
9	Somalia	-	-
10	Burundi	-	185
12	Côte d'Ivoire	-	165
13	Burkina Faso	-	183
14	Camerún	-	150
15	Zimbabwe	-	150
	MÉXICO	106	76
	CHILE	138	42
	AUSTRALIA	164	6
	CANADÁ	170	13
	JAPÓN	201	19
187	Dinamarca	11	11
188	Eslovenia	26	24
189	España	25	25
190	Croacia	61	46
191	Malta	-	28
192	Bulgaria	49	52
193	Suecia	3	8
194	Francia	16	26
195	Martinica	-	-
196	Finlandia	14	12
197	Grecia	79	32
198	Alemania	4	4
199	Portugal	38	40
200	Italia	37	29
201	Japón	8	19

2.2.3.7 VISUALIZACIÓN DEL INDICADOR

Una vez obtenido el índice final y ordenado de manera ascendente para posicionar a los países se procedió a agrupar los resultados en torno a una lista que estima los promedios por regiones, además de listas los factores y variables que los componen para revisar datos específicos.

Más adelante esa tabla se ordenó para la presentación de cada país en lo particular y a la construcción de un mapa que lograra describir dichos valores de manera visual, el mismo se anexa a continuación, así como las tablas completas del Índice de Envejecimiento Societal.

Figura 11. Mapa IES



Lo anterior dio como resultado el Índice de Envejecimiento Societal (Ver tabla 12), el cual proporciona un índice cuyos resultados obtenidos, permiten clasificar el envejecimiento, entre más se acerque el IES a 1, mayor será el envejecimiento societal.

Tabla 12. Índice de Envejecimiento Societal. Resumen

UNIDAD GEOECONÓMICA	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
		Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecundidad	Personas de 65+	Dependencia senil
Países menos desarrollados	0.37	2.33	64.66	19.91	4.00	3.55	6.20
Países de ingreso bajo	0.37	2.56	63.44	18.69	4.52	3.30	6.00
África Subsahariana	0.38	2.65	60.52	18.45	4.72	2.95	5.44
País en desarrollo Sin Litoral	0.41	2.36	65.23	20.01	3.98	3.70	6.49
Países de Ingreso medio alto	0.42	0.68	75.49	34.57	1.90	9.85	14.18
Asia Central y del Sur	0.45	1.21	69.48	26.82	2.41	5.75	8.77
Oceanía	0.45	1.77	66.29	22.84	3.46	4.00	6.58
Regiones menos desarrolladas	0.47	1.26	70.70	28.38	2.59	6.85	10.47
Países de Ingreso Medio	0.48	1.04	71.43	29.94	2.35	7.55	11.31
África del Norte y Asia Occidental	0.48	1.76	73.45	26.44	2.93	5.50	8.63
País insular en Desarrollo	0.53	0.91	72.12	29.60	2.45	8.40	12.81
Global	0.54	1.09	72.28	30.25	2.47	8.75	13.43
Países de ingreso medio bajo	0.54	1.36	68.11	25.98	2.71	5.55	8.63
Asia Oriental y Suroriental	0.56	0.58	76.26	35.76	1.83	10.55	15.10
América Latina y el Caribe	0.56	0.94	75.24	30.05	2.04	8.40	12.50
Países de ingreso alto	0.70	0.47	80.87	40.48	1.67	17.55	26.75
Australia / Nueva Zelandia	0.72	1.21	83.01	37.56	1.84	15.50	23.81
Europa y América del Norte	0.76	0.30	78.53	40.84	1.66	17.50	26.65
Regiones más desarrolladas	0.77	0.26	79.24	41.48	1.64	18.45	28.32

La elaboración de este índice⁶ nos ayudará a tener una idea más clara del avance del envejecimiento demográfico y así estudiarlo y, en su caso, realizar proyecciones a futuro en torno a dicho grupo etario. Además, debido a los factores incluidos se podrán delinear de forma más clara las políticas que se tendrán que implementar de acuerdo a las necesidades de cada país, atendiendo a las repercusiones demográficas, sociales y económicas que traerá dicho grupo etario a la población en general. (Ver anexo de Regiones ODS)

Por ello,

...la adecuación del comportamiento, las innovaciones tecnológicas y los cambios de las políticas e instituciones tienen un potencial considerable para neutralizar las consecuencias negativas y hacer realidad las promisorias oportunidades que se abren, pero su implementación exigirá recursos financieros y un firme liderazgo nacional y mundial. Es improbable que los peores temores asociados con el rápido crecimiento y el envejecimiento de las poblaciones se materialicen, pero se requerirá una gran labor de análisis, debate, adaptación del comportamiento y reforma de las políticas antes de poder afirmarlo con certeza. (Bloom, 2016, pág. 11)

2.3 ESTADIO DE LAS REGIONES ODS

Para tener un acercamiento más preciso a los retos particulares que enfrentan los países en materia de política pública, en este apartado se analiza el estado en que se encuentran regionalmente –mencionando algunos casos específicos– con respecto al proceso de envejecimiento poblacional. Lo anterior debido al impacto mundial que ha tenido el incremento de este grupo poblacional, pues se erige como el más significativo de los cambios demográficos existentes. Cabe destacar que la clasificación que se tomará en cuenta retoma el reporte *World Population Policies*, debido a las características comunes que engloban las regiones establecidas y a que permite entender los rasgos propios de los países, evitando el sesgo que implica el estudio por continentes –dadas las disparidades entre los países que los conforman–.

⁶ Para consultar el Índice en extenso, revisar Anexo IES

2.3.1 ÁFRICA SUBSAHARIANA

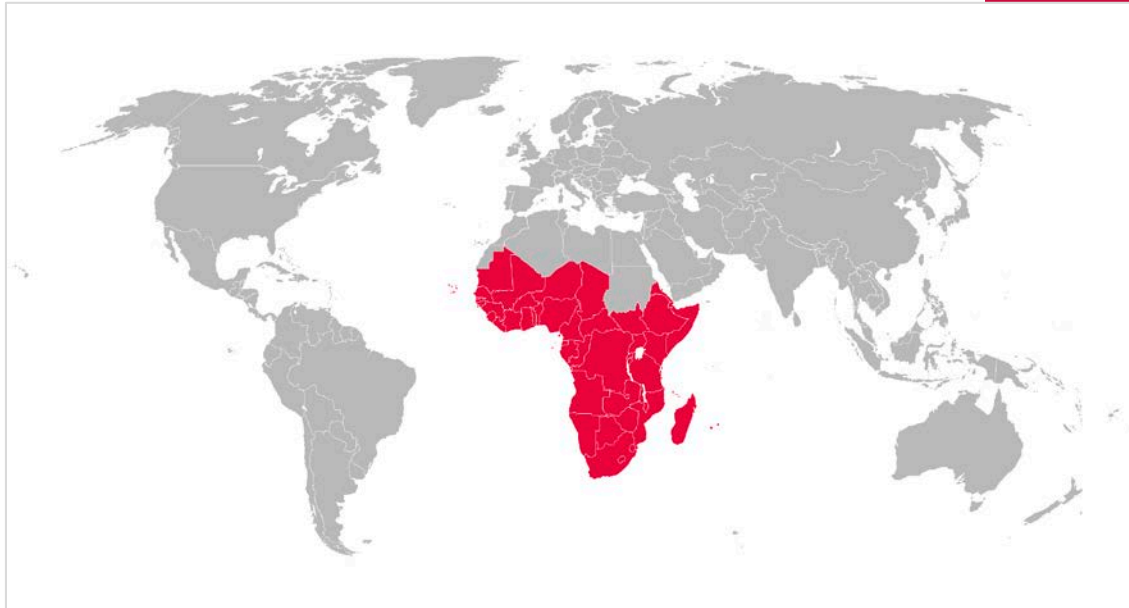


Figura 12. Mapa de África Subsahariana

18.45
Edad Media

4.72
Tasa global de
fecundidad

60.52
Esperanza de vida

31.8
Población de 65+
(Millones)

3.0%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

4.5%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

Según el IES, África Subsahariana es la región más joven de todas. El porcentaje de personas de más de 65 años no supera al 3% de la población total. El grupo de mayor amplitud es el que va de los 15 a los 64 años. La región alberga a los 10 países más jóvenes, entre los que se encuentran la República Centroafricana, Chad y Nigeria. Mientras que los más envejecidos son Mauricio y Reunión que se localizan en la posición 136 y 140 del IES, respectivamente, los cuales distan del promedio al ser la primera de ellas una república parlamentaria asociada a la Mancomunidad Británica de Naciones desde 1968 y la segunda es un departamento de ultramar francés, lo cual explica su disonante demografía respecto a la región.

Ésta región es la más compleja y, aun cuando está expuesta a las mismas tensiones e incertidumbres que otras regiones en el mundo como inestabilidad política, desigualdad, corrupción pobreza, inseguridad alimentaria, Estados fallidos, etc., Es más vulnerable por su diversidad y la complejidad que esta trae aparejada. En la región africana conviven potencias económicas como Nigeria, Sudáfrica o Angola con diez de los países menos desarrollados en el mundo. Si bien en estos países se ha logrado reducir la pobreza, también es una realidad que se ha incrementado la desigualdad en algunos de ellos (Gobierno de España, 2019).

Se espera que, en los próximos años, la proporción de adultos mayores aumente casi un 2%, con lo que llegará a un 4.8% en 2050. Sin embargo, a pesar que las personas de más de 65 años representan un porcentaje muy pequeño a comparación de los otros grupos etarios, es la región donde se espera que haya mayor incremento de población adulta mayor en los próximos años, pues según las estimaciones hechas por la ONU, para 2050 la cantidad de personas de más de 65 años será poco más del triple de lo que es actualmente.

El rápido incremento que se dará en las próximas décadas supondrá un reto importante para el Estado, puesto que se deberá mejorar el sistema de salud, la atención a discapacidades físicas y mentales a largo plazo y numerosas enfermedades crónicas, aumentando con ello la necesidad de cuidados por persona. Para el caso africano, dicha situación representa un problema porque el gasto medio en salud es bajo y, además, los sistemas de atención de la salud en la mayor parte de África son débiles y no pueden abordar adecuadamente los problemas de salud emergentes. Existe también una falta general de sistemas de pensiones de base amplia, mientras que otras redes de seguridad social son escasas.

Cabe destacar que, para el caso sudafricano, las personas de edad avanzada juegan un papel muy importante dentro de la sociedad, ya que son las que se hacen cargo del cuidado de las generaciones más jóvenes la mayor parte del tiempo. Ejemplo de ello son Namibia y Zimbabwe, en donde el 60% de niños huérfanos a causa de los problemas con el VIH/SIDA que hay en la región, quedan a cargo de sus abuelos. En Nairobi y Kenia, debido al ausentismo parental por el trabajo de los padres, más del 30% de mujeres y 20% de hombres mayores se hacen cargo de uno o dos niños aun cuando no tengan lazos sanguíneos (Aboderin & Beard, 2015).

A pesar de la participación de las personas adultas mayores en el cuidado de la población más joven, este grupo etario tiene una gran participación en el mercado laboral, más que la que presentan otras regiones. Mucho de ello se debe a que las pocas o escasas pensiones que reciben no alcanzan para vivir, motivo por el cual se mantienen activos económicamente; además de la responsabilidad de cuidar a los grupos más jóvenes.

De esta manera, África Subsahariana duplica la proporción de personas adultas que trabajan en América Latina, con un 52% la participación de los hombres y en un 33% la de las mujeres, la cual en años recientes ha ido en aumento (ONU, 2016). Cabe precisar que gran parte de esta participación se da, por un lado, en la informalidad y, por otro, en lo referente a la agricultura en pequeña escala. Ejemplos de lo anterior son Kenia y Malawi, donde son los adultos mayores los que toman la decisión de tener una granja (Aboderin & Beard, 2015).

Ahora bien, uno de los retos más importantes a los que se enfrenta esta región tiene que ver con los sistemas de pensiones ineficientes y con poca contribución social –derivada de la gran informalidad en el empleo que existe en los países que la conforman–. Hasta 2017, solamente 22% de las personas en edad adulta recibió una pensión, lo cual posiciona a África con el menor porcentaje a comparación de las otras regiones en el mundo. Esto se debe en gran parte a que sólo algunos países que conforman la región tienen programas de pensión. Entre estos se encuentran Sudáfrica y Cabo Verde, los cuales basan sus programas en un criterio de elegibilidad de acuerdo a los medios con los que contaban; por su parte, Botswana, Lesotho, Namibia, Mauricio, Seychelles y Swazilandia cuentan con programas universales. A los países ya mencionados, en años recientes, se han unido otros como Uganda y Zambia (Guyen & Leite , 2016).

Otro de los desafíos que tiene la región es lo referente a la salud. Existe una falta de infraestructura y poca cobertura de los servicios de salubridad, de la cual se acompaña la poca disponibilidad de tratamientos efectivos contra las enfermedades propias de la tercera edad como lo son las cardiovasculares, deficiencias nutricionales, cirrosis, diabetes, entre otras. En Ghana, por ejemplo, el 96% de personas adultas mayores que presentan hipertensión no cuentan con el tratamiento adecuado para la enfermedad. Asimismo, la desigualdad para brindar el servicio depende de la posición económica, sexo, origen étnico, rural o urbano y, por tanto, provoca que, tal como sucede en el caso sudafricano, las personas mayores hagan poco uso de los servicios de salud que se ofertan a la población –a comparación de los grupos de población más jóvenes– (Aboderin & Beard, 2015).

El bono demográfico que se espera en los siguientes años, como consecuencia –pero no exclusivamente– de los cambios en los patrones de dependencia que mostrarán una disminución en los próximos años, dará una ventana de oportunidad para la creación y ejecución de políticas públicas que, al estar enfocadas en las necesidades específicas de las poblaciones, tendrán que tomar en cuenta la situación de las personas mayores. De esta manera, será posible plantear que los sistemas de salud eliminen las brechas y den soluciones a las problemáticas que poseen hoy en día con miras a ser más efectivos y eficientes.

En general, la situación demográfica en África Subsahariana tiene potencial para el desarrollo económico y social durante las próximas décadas, en tanto las tasas de crecimiento poblacional disminuyan y las tasas de natalidad también lo hagan –como resultado de las decisiones individuales y de pareja en relación con el número de hijos deseado–. Para ello será necesario implementar programas para reducir la tasa de natalidad, como lo es el uso de métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

En esta región, el uso de métodos anticonceptivos es más común en los casos de mujeres que nunca se casaron que en los casos en que sí lo hicieron; sobre todo en África Central y del Este. En países como Congo, Gabón, Libia, Nigeria y Sierra Leona, el uso de métodos anticonceptivos más modernos –como lo es el condón– ha ido en aumento, llegando a casi un 27% en algunos países, y ha disminuido el uso de métodos tradicionales, como en el caso de Costa de Marfil donde ha disminuido su uso de un 32% a un 9% (USAID, 2017).

Dentro de la región existe una movilidad importante en términos migratorios, cabe recordar que 18.3 millones de migrantes forman parte del corredor interno migratorio, es decir que el país destino es de la misma región que del de origen.

2.3.2 ÁFRICA DEL NORTE Y ASIA OCCIDENTAL



Figura 13. Mapa de África del Norte y Asia Occidental

26.44
Edad Media

2.93
Tasa global de
fecundidad

73.45
Esperanza de vida

29.3
Población de 65+
(Millones)

5.7%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

4.17%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

Como región, se localizan dentro del segundo grupo de envejecimiento; sin embargo, países como Armenia, Israel, Chipre y Georgia se encuentran dentro del tercer grupo, ocupando los lugares 135, 142, 146 y 149 respectivamente, lo que los posiciona como los países más viejos dentro de esta región. Yemen, en contraste, se encuentra en el lugar 31. Para esta región, las personas envejecidas tienen un rol social destacado y su cuidado es considerado parte de un deber religioso, por lo que esperan recibir cuidados familiares, aunque cada vez más implican mayores responsabilidades económicas y financieras (UNFPA, 2017). Actualmente representan el 5.7% de la población total de la región, las tendencias indican que para 2050 dicha proporción se duplicará.

En lo que respecta a la planificación familiar, existe un *impasse* cultural relacionado con el rol de las mujeres, pues el incremento en la salud sexual y reproductiva podría ayudar a alcanzar las metas ODS. La intervención que ha tenido el gobierno y algunas ONGs ha ayudado y, en su caso, promovido los derechos individuales de las mujeres y, con ello, la planificación familiar, así como el uso de métodos anticonceptivos, que también ha tenido un aumento en la región, sobre todo el uso de la píldora y la esterilización femenina (UNFPA, 2012).

En cuanto al sistema de cuidados, se extienden dos principales formas. La primera de ellas se ubica el plano informal, en donde la familia se hace cargo del cuidado de las personas en edad avanzada. La segunda tiene que ver con la atención formal, que está a cargo de los auxiliares en enfermería y asistentes de atención domiciliaria, que ofrecen servicios remunerados. Sin embargo, debido a las tradiciones y a la falta de alternativas de cuidado formal por parte del sector público o privado, los cuidados recaen en la familia, lo cual se espera que cambie en los próximos años debido a la inserción cada vez mayor de las mujeres en el sector laboral y a la atención especializada que algunas personas mayores pueden necesitar (UNPFA, 2017).

Ahora bien, a pesar de los altos niveles de ingreso que hay en muchos de los países de la región, la cobertura de la vejez es baja y ninguno de ellos –a excepción de Israel– cuentan con una cobertura universal, aun cuando tienen planes de pensión pública obligatoria. Las repercusiones de esta situación se agravan debido a factores como el alto porcentaje de mano de obra migrante, ausencia de sistemas contributivos, la cobertura extremadamente baja hacia las mujeres o el hecho de que el sector agrícola no está contemplado en las leyes de seguridad social. Cabe destacar que la edad para jubilarse es menor que en la mayoría de los países de la OCDE y que, además, las condiciones que se dan para acceder la jubilación anticipada son favorables e, incluso, en algunos casos se desalientan a las carreras de larga duración (Filgueira & Manzi, 2017). Aun considerando lo anterior, existe una gran participación de personas de más 65 en el sector laboral. Kuwait, Bahréin y Libia son los países donde hay más participación laboral con un 68, 63, y 53% respectivamente; mientras que el más bajo corresponde a Arabia Saudita con un 19%. Y a pesar de que en muchos de estos países hay participación femenina, sigue siendo menor a la que corresponde a los hombres; en este sentido, la mayor participación de mujeres en el trabajo se da en Kuwait con un 45% y, por debajo, Arabia Saudita con un 16% (Filgueira & Manzi, 2017).

El impacto que tendrá el envejecimiento poblacional, obligará que el Estado tome medidas al respecto, las cuales tendrán que adaptarse al contexto sociocultural y religioso en los países conforme a las tendencias de crecimiento. La incorporación de horarios de trabajo más flexible, mayor soporte en el cuidado de las mujeres o reformas en las pensiones serán algunas de los cambios en los que tendrán que pensar los países, pues impactarán directamente en la forma de vida de las personas mayores, además será necesario unir al sector formal con el informal.

2.3.3 ASIA CENTRAL Y DEL SUR



Figura 14. Mapa de Asia Central y del Sur

26.82
Edad Media

2.41
Tasa global de
fecundidad

69.48
Esperanza de vida

119
Población de 65+
(Millones)

6.0%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

16.93%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

Es la segunda región más joven de acuerdo al IES, y pese a que la proporción de personas mayores de 65 años corresponde actualmente a un 6% total de su población, se espera que para 2050, de acuerdo a las proyecciones de la ONU, esa cantidad se duplique y sea la segunda región con más personas de edad avanzada del total mundial. En el caso de Asia Central ha llegado tener comparaciones con Europa en cuanto a su población envejecida y mucho de esto se debe a que sus procesos de transición demográfica son los más antiguos y, por tanto, han lidiado con este problema desde hace tiempo, aun cuando Asia Central se siga viendo como una región con población joven. La emigración de población joven ha provocado que se acelere el proceso de envejecimiento en estas sociedades. Si bien que las sociedades envejezcan no significa que estén destinadas a experimentar un estancamiento o deterioro del nivel de vida, es necesario crear un ambiente que permita incluir a las personas mayores y que se adapte a sus necesidades, en pos de favorecer un envejecimiento activo, saludable y productivo (Bussolo, Koettl , & Sinnott, 2015).

Actualmente, la participación laboral de hombres representa una proporción importante con un 35%; mientras que en el caso de las mujeres sólo llega al 16%. No obstante, se espera que en los próximos años dicha proporción disminuya y que aumente el número de personas jubiladas, lo que traerá preocupaciones fiscales a los gobiernos de los países, pues los grupos etarios jóvenes no serán suficientes para cubrir las necesidades del grupo etario de mayor edad. Es por ello que los gobiernos ha propuesto que las personas de edad avanzada puedan participar más y durante más tiempo en el mercado laboral, situación que debe ser aprovechada por las empresas para que tengan un valor extra en sus empresas (Bussolo, Koettl , & Sinnott, 2015).

Uno de los factores que impulsa dicha medida son las pensiones que hay dentro de la región pues “[...] mientras más del 95% de las personas mayores recibieron una pensión en las regiones desarrolladas, tan sólo el 26% lo hizo en Asia Central y del Sur” (ONU, 2018, pág. 45). Las más afectadas son las mujeres debido a su poca participación en el sector laboral y, sobre todo, en el ámbito formal. Si bien en la mayor parte de los casos las pensiones que se otorgan son contributivas, en el caso de India las pensiones sociales sólo se otorgan a un 20% de la población, debido en gran parte a los criterios de elegibilidad a los cuales se tiene que someter la ciudadanía.

En cuanto a salud reproductiva, la combinación política, la inequidad de género, así como la falta de servicios no han permitido que las mujeres y jóvenes se informen y tenga los medios adecuados. Actualmente muchas niñas son obligadas a contraer matrimonios tempranos y embarazos, motivo por el cual los gobiernos han implementado programas de planificación familiar y anticoncepción; además de educación sexual y servicios reproductivos, incluyendo el aborto y trayendo consigo derechos a las mujeres debido a las cambiantes circunstancias (The David and Lucis Packard Foundations, 2013).

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario que en la región se apliquen una serie de políticas para abordar de la mejor manera el envejecimiento que en los próximos años aumentará; tales políticas deberán optar por un sistema sostenible y equitativo que permita a las personas en edad avanzada tener un estado de estabilidad y bienestar derivado de reformas a los sistemas educativos, de salud, así como a las instituciones de mercado.

2.3.4 ASIA ORIENTAL Y SURORIENTAL



Figura 15. Mapa de Asia Oriental

35.76
Edad Media

1.83
Tasa global de
fecundidad

76.26
Esperanza de vida

260.5
Población de 65+
(Millones)

11.2%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

37.07%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

El crecimiento de la población de más de 65 años que está experimentando la región actualmente es el más rápido en la historia, superando de manera significativa el ritmo de crecimiento de los países europeos. La edad media alcanza a 35.76 años, casi diez más que los países más jóvenes del África Subsahariana.

Otro fenómeno que se observa en la región, es que mientras que el envejecimiento de la pirámide poblacional y la proporción de adultos mayores en Europa tomó 150 años en representar el tamaño actual, en Asia Oriental dicha configuración se ha alcanzado en poco más de 30 años y se espera que siga en aumento, pues según los datos proporcionados por la ONU, para 2050 la población envejecida llegará a 572 millones, lo que representará un 36% del total mundial.

En términos generales, a la par del incremento poblacional se ha dado un rápido crecimiento económico, por lo que la región se ha posicionado como una potencia económica y le ha permitido hacer frente a la pobreza extrema que se vive dentro de algunos de los países que la conforman. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos por eliminar esta condición, la zona experimenta todavía un significativo aumento de la pobreza y desigualdades económicas entre la población adulta mayor (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific [ESCAP], 2017).

Lo anterior depende de la situación de cada país, pues mientras que en Indonesia el 30% de su población envejecida es pobre y en Corea del Sur el 48% se encuentra por debajo de la línea de pobreza; en Mongolia y Tailandia la tasa de pobreza es muy baja (ESCAP, 2017). Cabe destacar que la pobreza se da con más frecuencia entre las mujeres de edad avanzada y las personas habitantes de zonas rurales.

Una de las medidas que han adoptado los países de la región para la erradicación de la pobreza en las personas de más de 65 años ha sido otorgar pensiones. Pese a que en los últimos años este sistema se ha implementado en más países y en algunos de ellos, como en Timor-Leste, desde 2008 se otorga una pensión universal a los ciudadanos de más de sesenta años, existen otros casos contrastantes como son Laos y Camboya en donde sigue habiendo una protección mínima.

En cuanto a la participación laboral, considerando el insuficiente sistema de pensiones que hay en la región, es común que los adultos mayores se ven obligados a trabajar para complementar sus gastos y, de esa forma, mantenerse. La mayor vulneración la sufren las personas mayores en las zonas rurales, donde la tasa de autoempleo es de 90%, con largas jornadas que van de 40 horas o más a la semana para los hombres y 30 o 45 horas en el caso de las mujeres.

Tal es el caso de Indonesia, donde la alta informalidad en el trabajo y el poco desarrollo del sistema de pensiones obligan a que las personas de edad avanzada tengan que trabajar. Esta situación no es tan común en las zonas urbanas, ya que, al centralizar las oportunidades de trabajo formal y por tanto tener un mejor sistema de pensiones, las personas dejan de trabajar a una edad más joven; ejemplo de ello son las mujeres en China, quienes solamente una de tres continúa trabajando pasados los 60 años (Banco Mundial, 2016).

La urgencia de implementar o adecuar este tipo de apoyo se debe al rápido incremento de población mayor que se está dando en los países y que se acentuará en los próximos años. Esta adecuación dependerá en gran parte de las necesidades y características internas de cada país, dado que en algunos casos se tendrá que romper con los modelos tradicionales, abriendo la posibilidad de modificar la edad de retiro –considerando que es cada vez mayor la expectativa de vida–, así como de incluir en estos programas a la población que trabaja en el sector informal.

En lo referente a la salud, al igual que en otras regiones, se necesita hacer adecuaciones para cubrir las necesidades y patologías propias de la edad. El rápido incremento de este grupo etario ha provocado que países como Tailandia y Filipinas empezaran a implementar programas enfocados en los cuidados de las personas mayores y que Singapur, desde 2014, haya implementado la geriatría como una especialidad de los médicos internos (ESCAP, 2017). A pesar de ello, la mayoría de los países necesitan hacer reformas estructurales en esta área, pues no están preparados para hacer frente a los cambios que se avecinan.

Esto debido a que:

En primer lugar, los servicios que se ofertan además de ser ineficientes son caros aunado a la poca prevención de atención primaria y que resulta ser de mala calidad. En un segundo momento, la baja prevención se une a la falta de continuidad en el tratamiento y que en muchas ocasiones la atención médica se busca cuando es demasiado tarde, lo que eleva el costo de la atención. Tercero, la ausencia de atención posterior al alta de los pacientes hace que haya costosas readmisiones de los mismos. Y, por último, el sistema de pagos da como resultado que se den cuidados innecesarios o se proporcionen servicios en exceso. (Banco Mundial, 2016, pág. 15)

Es por ello que se requieren mejoras urgentes, en las cuales se tengan en cuenta las necesidades de la región, en donde se prevea la seguridad farmacéutica, haya mejora en la infraestructura de los países y se cuente con médicos especializados en dichos temas.

Aunado a las reformas en materia de políticas públicas —en cuanto al sistema de pensiones, la salud y la fuerza de trabajo—, se necesitan también reformas con respecto a la planificación familiar y a la salud sexual. Lo anterior con el objetivo de crear un sistema equitativo que integre a todos los grupos poblacionales.

2.3.5 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Figura 16. Mapa de América Latina y el Caribe

30.05
Edad Media

2.04
Tasa global de
fecundidad

75.24
Esperanza de vida

56.4
Población de 65+
(Millones)

8.7%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

8.02%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

Las rápidas transformaciones demográficas que se han suscitado en América Latina en los últimos años han provocado cambios sociales importantes, desde caídas en las tasas de fecundidad y mortalidad hasta la modificación en la estructura por edades. La disparidad en el proceso de transición demográfica provoca que el ritmo de envejecimiento de los países que conforman la región se esté dando en tiempos y formas diferentes:

[...] el envejecimiento impactará no sólo en los aspectos económicos derivados de la menor proporción de población en edad de trabajar, sino también en aspectos sociales, políticos y psicológicos. Este fenómeno debe ser una prioridad de la política pública por dos aristas: por un lado, las necesidades de las personas para envejecer con dignidad, autonomía, libertad y con pleno ejercicio de ciudadanía; y por otra, por la generación de los recursos económicos y sociales para lograr el bienestar de toda su población. (UNFPA, 2017, pág. 14)

Actualmente, América Latina y el Caribe no puede considerarse como una región con envejecimiento avanzado, pues se encuentra lejos de los datos obtenidos para Europa y América del Norte. Por un lado, menos de la mitad de los países –entre ellos Haití, Guatemala, Bolivia y Venezuela– promedian antes de la media del IES; por otro, países como Cuba, Barbados, Uruguay, Puerto Rico superan la misma. No obstante, según las proyecciones de la ONU, se estima un crecimiento de personas mayores a un ritmo sin precedentes para 2050, que será equiparable con la proporción de personas de edad avanzada con que cuentan algunos de los países europeos actualmente.

Uno de los retos más apremiantes a los que se enfrenta la región es el tema del sector salud, es que:

En la actualidad, el 17% del gasto en salud se destina a las personas mayores. Incluso los países con una alta proporción de personas de edad, como la Argentina, Chile, Cuba y el Uruguay, dedican menos del 30% de su gasto en salud a ese segmento. (CEPAL, 2016, pág. 215)

A pesar de esto, dicho gasto no alcanza para proporcionar a la población de más de 65 años una cobertura social; en el mejor de los casos más de la mitad de la población cuenta con este beneficio, en el peor de ellos rebasa por poco el 20%. Cabe mencionar que los sistemas de salud se tendrán que reorientar de acuerdo a las patologías específicas del grupo etario, dando énfasis a las enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades pulmonares, diabetes, etc.

A la par de los cambios en el sector salud, es necesario implementar ajustes para que haya una sociedad igualitaria e incluyente, tanto para las personas de edad como para el resto de la población. Entre ellos se encuentra el sistema de cuidados para atender a las personas mayores, que en la actualidad recae en la familia y, sobre todo, en las mujeres. De hecho, la reducción de cuidadoras no remuneradas –ocasionada por la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral– aunada a la insostenible capacidad de las familias para asumir las responsabilidades de cuidado de adultos mayores supone la redefinición del papel del Estado, el sector privado y la familia, con miras a crear mejores condiciones para dicho grupo.

Otros de los desafíos a los que se debe hacer frente tiene que ver con la seguridad económica de este grupo, pues “Las fuentes de provisión de seguridad económica en la vejez pueden ser diferentes: trabajo, ahorros acumulados, del sistema de seguridad social –jubilación gestionada por el Estado y/o el mercado– e incluso transferencias familiares” (UNFPA, 2017, pág. 21). En cuanto a la participación de las personas de más de 65 años en el mercado laboral, irá cada vez más en aumento, debido a las condiciones donde las pensiones serán menores y tendrá lugar la modificación en la edad de jubilación. Cabe resaltar que la ampliación de este grupo dependerá de la capacidad de las personas empleadoras para eliminar la discriminación y crear espacios adecuados de trabajo, dando como resultado una fuerza laboral diversificada y valor añadido que las personas trabajadoras de edad avanzada puedan aportar. Ejemplo de ello es el caso cubano que desde “diciembre del 2008, permite la recontratación de los trabajadores tras la edad de retiro, lo que ha permitido ‘rescatar’ a decenas de miles de trabajadores, con experiencia, capacidad y salud para ello” (UNFPA, 2017, pág. 26). Mientras que en el caso de Colombia:

[...] se estima que un 25% de la población colombiana mayor de 60 años está trabajando fuera del hogar con un salario fijo [...] (sin embargo) Uno de los problemas más graves del país es la informalidad que afecta al 64% de los trabajadores en Colombia, especialmente en la zona rural y mayormente a las mujeres. (UNFPA, 2017, pág. 27)

En cuanto el sistema de pensiones, es solo una expresión de la desigualdad y pobreza que se vive en la región. “La mayoría de las personas de edad no tienen acceso a pensiones de vejez que les garanticen protección frente a los riesgos de pérdida de ingresos en la edad avanzada” (CEPAL, 2013, pág. 14); las pocas alternativas en el mercado laboral, las discapacidades del grupo y escasas condiciones de seguridad obligan a que la familia actúe como un mecanismo para soportar el peso económico.

En Uruguay, el alto nivel de seguridad social que hay dio como resultado que para 2014 el 83.8% de los varones y el 62% de las mujeres cobraran jubilación. En el caso de Bolivia en 2013 sólo un 16% de personas de edad avanzada tenía un tipo de pensiones, llegando solo al 5% en el caso de las mujeres en áreas rurales (UNFPA, 2017). Ahora bien, la restructuración de políticas no debe de atender únicamente a las necesidades que van a enfrentar los países

con respecto a su población envejecida, sino también a los demás grupos con el fin de crear un buen ambiente y oportunidades para todas las edades. Entre las cuestiones más apremiantes están la salud sexual y reproductiva; además, “la planificación familiar pone énfasis en el papel y la condición de las mujeres, a las que se les considera actores centrales y agentes de cambio” (UNFPA, 2016, pág. 11).

Desde hace algunos años, en gran parte de los países América Latina y del Caribe la tasa de fecundidad ha disminuido, esto se debe en gran parte al uso de métodos anticonceptivos y la adopción de programas de planificación familiar con un enfoque basado en los derechos humanos en donde se hace un énfasis en la libertad de la mujer para elegir. Desafortunadamente, hay un rezago importante por parte de las mujeres indígenas, quienes se encuentran en un contexto de falta de información, poco o nulo acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar escasos, resultando en el nacimiento de un mayor número de hijos a comparación de lo que sucede en las poblaciones urbanas.

Otro gran reto de la región en este tema son los embarazos adolescentes. En México, por ejemplo,

[...] de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el 20.5 por ciento de las mujeres de 12 a 19 años ya ha tenido relaciones sexuales. En este mismo grupo de encuestas, el porcentaje de mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años de edad varía del 39.8 por ciento en Honduras al 53.8 por ciento en Paraguay. (UNFPA, 2016, pág. 29)

Es preciso mencionar que no todas las relaciones sexuales se mantienen de forma segura y que mucho de ello se debe a la desinformación sobre métodos anticonceptivos y riesgos, así como a la renuencia a utilizarlos. Por otro lado, la incidencia de matrimonio a edad temprana y maternidad están estrechamente ligadas, “el porcentaje de niñas que se casan antes de los 18 años en los siguientes países es bastante significativo: República Dominicana –41 por ciento–, Nicaragua –41 por ciento– y Cuba –40 por ciento–” (UNFPA, 2016, pág. 31). Esto se da sobre todo en comunidades indígenas, donde aún es tradición, limitando así la capacidad de elección de las mujeres y, por ende, aumentando el número de abortos.

2.3.6 AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDIA

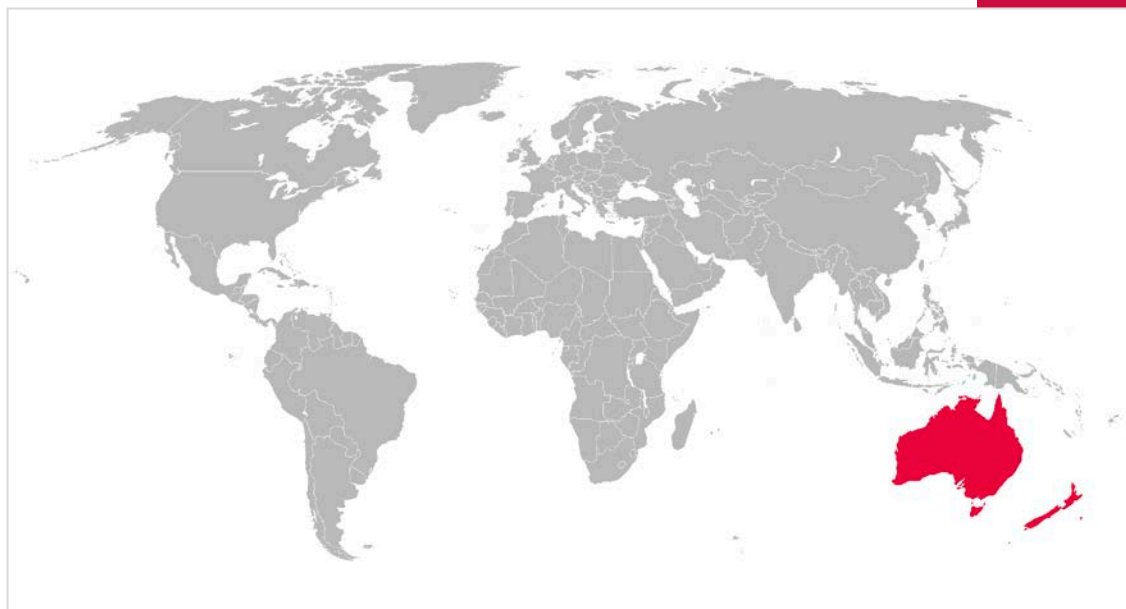


Figura 17. Mapa de Australia y Nueva Zelanda

37.56

Edad Media

1.84

Tasa global de
fecundidad

83.01

Esperanza de vida

4.7

Población de 65+
(Millones)

15.9%

Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

0.67%

Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

Estos países ocupan los lugares 164 y 163, respectivamente en el IES. Además, de acuerdo con el reporte *World Population Policies*, se posiciona como la segunda región más envejecida –tan sólo después de Europa y Norteamérica– cuya población de edad avanzada corresponde a un 15.9% de la población total.

Lo anterior se debe, por una parte, al descenso en la tasa de reemplazo, que pasó de 3.40 a 1.84 hijos por mujer y, por otra, al incremento de la esperanza de vida, pasando de 70 a 83 años en los últimos 60 años. Esto, a su vez, ha ocasionado que los gobiernos de la región se hayan adaptado más rápidamente al aumento de la población de edad avanzada, atendiendo a las demandas y necesidades económicas, sociales y de salubridad de este grupo etario.

Aun considerando que la estructura demográfica de ambos países presenta similitudes importantes, los requerimientos de seguridad social precisan de un análisis específico para ambos casos de las variables o factores de riesgo para la salud de las personas de edad avanzada en aras de elaborar políticas públicas integrales (Kowal, Tower, & Byles, 2014). “El sistema de salud de Australia obtuvo en el ranking de *Help Age* el lugar 32 de 191 países mientras que el de Nueva Zelandia estuvo posicionado en el lugar 41” (Kowal, Tower, & Byles, 2014). En este escenario entra en juego, por ejemplo, el flujo migratorio de personal especializado en medicina originario de Nueva Zelandia a Australia –gracias a la existencia de mejores condiciones laborales–, dando como resultado la presencia de un sistema de salud con mejor atención para su población (Kowal, Tower, & Byles, 2014).

Con respecto al tipo de enfermedades a las cuales debe hacer frente la región, se encuentran enfermedades crónicas no transmisibles que incluyen cáncer, enfermedades metabólicas, nutricionales y de los sistemas circulatorio, endócrino y genitourinario (Kowal, Tower, & Byles, 2014). Para el caso neozelandés, los retos a afrontar traerán aparejadas mayores complicaciones debido, por un lado, a que habrá un porcentaje mayor de personas de edad avanzada que requieran la atención médica de estas condiciones y, por otro, a que será necesaria una redistribución del gasto público con el objetivo de enfocarlo en el sector salud.

En el sistema de pensiones ambos países poseen diferencias en sus programas con respecto a los países de Asia y del Pacífico. Esto se debe a que los primeros tuvieron un desarrollo económico importante previo a otros países y, por tanto, cuentan con sistemas más estables de pensiones. Nueva Zelandia otorga cobertura total tanto a personas que trabajaron durante su etapa productiva como a las que no lo hicieron; el único criterio de elegibilidad es la edad de más de 65 años. A pesar de ello, Nueva Zelandia destina el 4.9% de su Producto Interno Bruto –PIB–, dato que contrasta de forma importante con lo que destinan algunos países de la OCDE –donde el país que más destina lo hace con un 7.9% de su PIB–. (Filgueira & Manzi, 2017).

El caso de Australia en este último indicador es todavía más bajo, pues destina tan solo el 2.2% al sistema de pensiones y, con ello, cubre al 83% de la población envejecida. Lo anterior se da a través de un sistema de pensión mixto, que une un programa público con uno privado. En el caso del privado, las personas empleadoras deben destinar un 9.25% del salario a cuentas individuales y, así, al llegar a la edad de jubilación, las personas que trabajaron deciden si reciben el monto global o una anualidad. En relación con el programa público, se deben cumplir ciertos criterios de elegibilidad y casi el 72% de personas que envejecen pueden ser acreedoras a dicho beneficio, ya que no es incompatible con su contraparte privada. (Filgueira & Manzi, 2017).

Por otro lado, Australia ha adquirido diversos compromisos encaminados a la protección de los derechos sexuales y reproductivos y posee políticas públicas centradas en aspectos individuales de la salud en este ámbito. No obstante, de acuerdo con algunos estudios, se ha demostrado que dichas políticas carecen todavía de un enfoque de género que contemple la toma de decisiones en cuanto a métodos anticonceptivos tanto de mujeres como de hombres y la concientización sobre paternidad y maternidad responsables. A esto deben sumarse los esfuerzos por mejorar y garantizar la atención de todas las personas “independientemente de su lugar de residencia, edad, orientación sexual, estado financiero y antecedentes religiosos y culturales” (Australian Women’s Health Network, 2019, pág. 4).

En Nueva Zelandia:

Han habido logros importantes en cuanto a salud sexual y reproductiva, particularmente entre la población joven [...]. Por ejemplo, la tasa de embarazo adolescente en Nueva Zelandia es la mitad de lo que era en 2008 y hoy es de 16 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Las personas jóvenes en Nueva Zelandia hoy son más propensas a postergar la actividad sexual. Estos cambios se alinean con las tendencias internacionales. Sin embargo, Nueva Zelandia todavía cuenta con una de las tasas más altas de embarazo adolescente entre los países de la OCDE. (Family Plannig National Oficce, 2017, pág. 5)

En contraposición, los datos sobre la población que padece enfermedades de transmisión sexual han mostrado pocos cambios, lo cual denota la necesidad de emprender esfuerzos focalizados a aquellos aspectos cuya mejoría sea baja o nula. En este sentido, el parlamento neozelandés propuso algunas acciones tanto para detectar como para ejecutar soluciones a los problemas que aquejan a su población. Dentro de ellas se encuentra el fomento a la discusión entre la población sobre los derechos, la equidad y la salud en términos sexuales y reproductivos; evaluación del impacto que tienen factores como la discriminación, el nivel educativo y la pobreza sobre la inequidad sexual y reproductiva; otorgamiento de financiamiento correspondiente para garantizar que personas menores de 25 años tengan acceso a consultas de salud sexual y reproductiva gratuitas; y poner a disposición de la población múltiples opciones anticonceptivas (Family Plannig National Oficce, 2017).

2.3.7 OCEANÍA

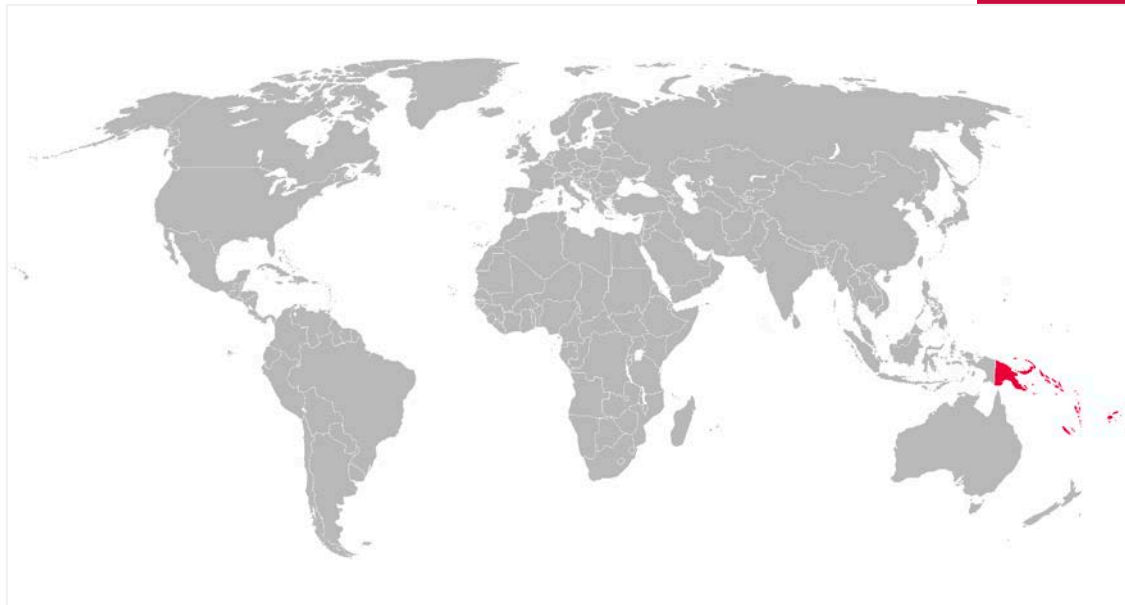


Figura 18. Mapa de Oceanía

22.84
Edad Media

3.46
Tasa global de
fecundidad

66.29
Esperanza de vida

.5
Población de 65+
(Millones)

4.2%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

0.07%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

Es la región menos poblada del planeta, los países que la componen se encuentran dispersos dentro de los grupos más jóvenes dentro el IES. El país más joven de ellos es Papua Nueva Guinea, quien ostenta el lugar 44, mientras que el más viejo es Guam ostentando la posición 130. Según las proyecciones hechas por la ONU, para 2050 se espera que el tamaño de su población envejecida casi triplique su proporción actual de 504 mil personas.

El envejecimiento demográfico no es una prioridad para los países de la región. Muestra de ello es que en tres países de la región no cuentan con un plan específico en la materia: Islas Salomón, Tonga y Tuvalu. Por su parte, Fiji es el único que ha implementado políticas de envejecimiento – tanto de seguridad social como de pensiones–, estas no se han implementado adecuadamente por falta de presupuesto en el país y, aun cuando existe un programa que proporciona un pago mensual, son pocas las personas inscritas. Mientras que, en el caso de Papúa Nueva Guinea, por mencionar otro ejemplo, el sistema de salud es ineficiente y la descentralización ha llevado a la fragmentación de responsabilidades, roles y financiamiento. (Anderson & Irava, 2017)

Con respecto al gasto en salud de los países de la región:

Todos los países de ingresos medios bajos en el Pacífico superan el promedio mundial [...]. Samoa, por ejemplo, tiene un gasto total en salud de 301 dólares per cápita, más de tres veces el promedio de países de ingresos medios bajos de 90 dólares per cápita. (Anderson & Irava, 2017, pág. 195)

A estas cifras se suman los rápidos crecimientos del gasto público total en salud desde el 2000: en Vanuatu pasó del 10 al 18%, en los Estados Federados de Micronesia del 11 al 21% y en Palau el 12 al 18% (Anderson & Irava, 2017). Con este panorama, es posible discernir que el hecho de que el gasto público en salud sea alto en los países de esta región, permitirá que estos puedan hacer frente al impacto económico y social del envejecimiento demográfico. La mayoría de los países que conforman la región no cuentan con un programa enfocado en las pensiones para las personas de más de 65 años –exceptuando a Fiji y Samoa–. Fiji establece un programa contributivo a las personas que hayan trabajado de 15 a 55 años en el sector formal; mientras que Samoa, por una lado, establece la pensión por retiro para las personas de más de 55 años que hayan trabajado y, por otro, basa su ayuda en el Fondo Nacional de Previsión, dicho beneficio se otorga a personas con más de 65 años (ESCAP, 2017).

Finalmente, en cuanto a salud sexual y reproductiva, la región todavía no proporciona servicios integrales y requieren de mayor inversión para contar con programas públicos más eficientes. Para lograrlo, estos países deben resolver la falta de coordinación y comunicación de los inversionistas, la poca voluntad política, las limitaciones en la capacitación de la fuerza laboral y la deficiente comunicación con sus poblaciones rurales (Chetty & Faleatua, 2015).

2.3.8 EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE

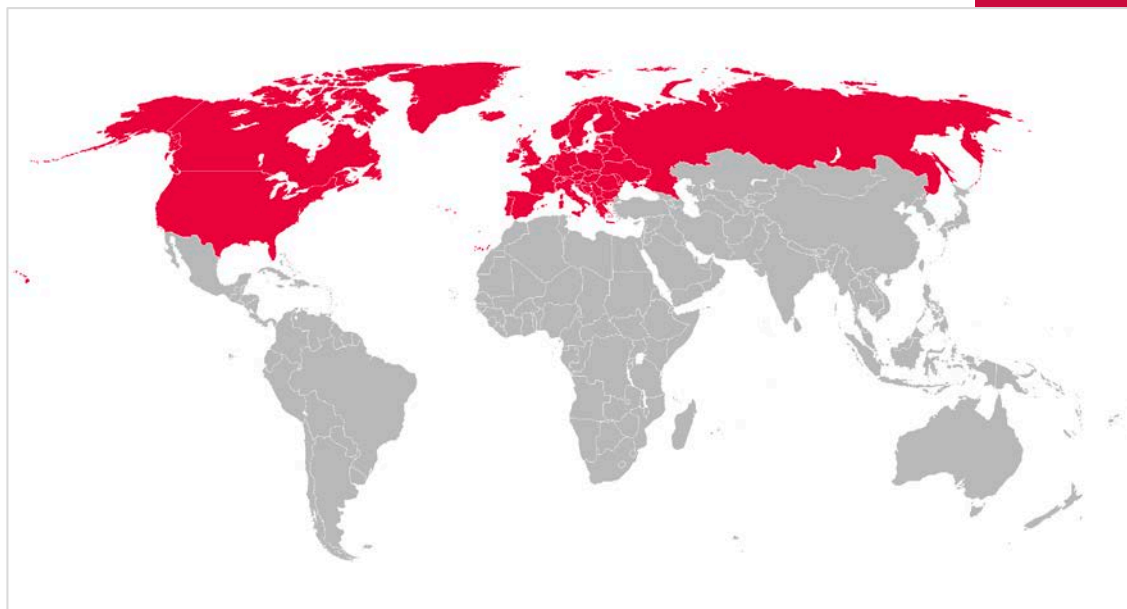


Figura 19. Mapa de Europa y América del Norte

40.84
Edad Media

1.66
Tasa global de
fecundidad

78.53
Esperanza de vida

200.3
Población de 65+
(Millones)

18%
Proporción de
personas de 65+
respecto a la región

28.50%
Proporción de
personas de 65+
respecto al mundo

De acuerdo al IES, es la región más envejecida de todas y los países que la conforman se encuentran, en su mayoría, en la última etapa de la transición demográfica. Dentro de los países más envejecidos se encuentran Grecia, Alemania, Portugal e Italia. El resto de los países están en el tercer grupo de envejecimiento a excepción de la República de Moldova, que se posiciona en el lugar 133 y, con ello, es el país más joven de todos.

En cuanto a la calidad de vida, la poca prevención que se tiene en algunos países –sobre todo en el caso europeo– ha provocado que haya un incremento en los problemas cardiovasculares y el aumento de cáncer en la población envejecida, sin embargo, con el paso de los años estos problemas han ido en detrimento y actualmente causan un gasto mayor en la familia de las personas que los cuidan debido a sus altos costos. En el caso de Estados Unidos, el principal problema al que se enfrentan es la tasa de obesidad que se presenta en el grupo, además de las enfermedades crónicas típicas de la edad como lo son hipertensión, artritis, enfermedades del corazón y diabetes.

Ahora bien, debido a su experiencia con el envejecimiento, Europa es la región que cuenta con sistemas de pensiones más consolidados y que pueden servir de ejemplo a otras latitudes del mundo. El reto más importante será lograr la sostenibilidad de dicho sistema y, al mismo tiempo, procurar la cobertura integral de las personas vulnerables (Filgueira & Manzi, 2017).

Si bien la implementación de los distintos sistemas por los que ha optado Europa ha permitido a la región lidiar con desafíos demográficos y lograr una cobertura bastante amplia, hay diferencias importantes entre los países que la conforman. Algunos de ellos, como Italia, Grecia o España, no llegan al 60% de la protección; Alemania y Austria se acercan al 80%; y Francia y Finlandia –junto con algunos países más– tienen una cobertura completa. Uno de los factores que influye para que esto sea así son las reformas que se han hecho en cada uno de los sistemas adoptados, tales como el ajuste de los sistemas contributivos para ganar sostenibilidad (Filgueira & Manzi, 2017).

En lo referente a Canadá y Estados Unidos, al igual que en Europa, los problemas de sostenibilidad de las pensiones son un tema a atender, debido a las tendencias demográficas y sobre todo al aumento de personas mayores. Se observan problemas con la cobertura y la tasa de reemplazo para las personas de más altos ingresos. En medio de estas problemáticas, el sistema no contributivo de pensiones que se aplica en Canadá ayuda a que el 26% de su población esté cubierto –situación que no pasa en Estados Unidos–. Además, la pobreza de la vejez que hay en los dos países –7% y 20% respectivamente– obliga a replantear la forma en la que se otorgan los beneficios a la gente mayor (Filgueira & Manzi, 2017).

Hay que considerar que la participación de dicho grupo etario en el mercado laboral se ha incrementado en los últimos años, sobre todo en Norteamérica, que pasó de 17% en el 2000 al 23% en 2015 en el caso de los hombres y de 9% a 14% para el mismo periodo en las mujeres. En Europa hubo un mayor incremento en la participación femenina con un 2% más que en 2010 que fue de 4%. Esto se debe a que Europa ha tratado de abrir nuevos mercados enfocados en las necesidades de la población envejecida y ha usado su experiencia y productividad en favor de la empresa en la cual laboren con el fin de contrarrestar el efecto negativo que trae el envejecimiento a la economía de los países (UNDESA, 2017).

En cuanto a la salud sexual y reproductiva en esta región, se ha extendido el uso de los métodos anticonceptivos desde hace unos años, llegando a un uso de casi el 70% para el caso de Europa y un 74% para Norteamérica y sobre todo el uso de métodos modernos como el uso del condón, la esterilización femenina, etc. Ha sido en esta región también donde los programas de planificación familiar se usan para prevenir el embarazo adolescente, lo cual se ha logrado a través del empoderamiento femenino que se ha tenido en esos países, la cada vez más participación laboral y el uso de los derechos para decidir sobre sus cuerpos.

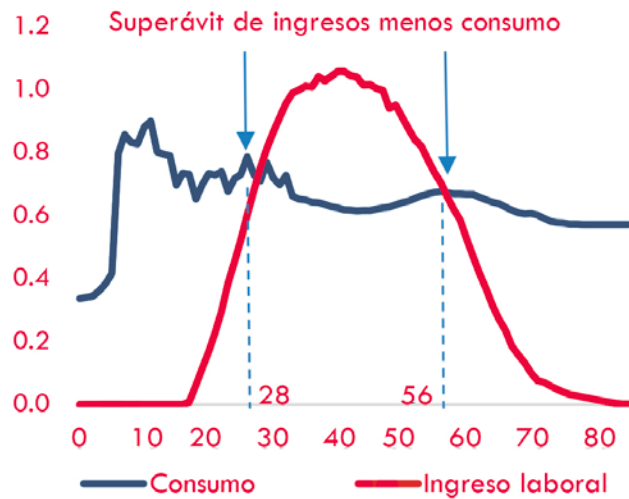
En el caso de Europa y Canadá, por ejemplo, una de las medidas que se ha tomado para contrarrestar el envejecimiento ha sido tener políticas que promuevan el tener hijos en las parejas, mediante apoyos y programas enfocados en dicho proceso —se les da ayuda durante el embarazo y bonos—. Otra medida ha sido la atracción de los inmigrantes ofreciéndoles oportunidades de empleo; sin embargo, en la mayoría de países se busca que estos migrantes estén altamente cualificados y tengan cierta preparación.

La experiencia que ha tenido esta región con respecto al envejecimiento de la población ha sido y será referencia para muchos países alrededor del mundo en los que dicho proceso aún no se ha tomado en cuenta. Las buenas prácticas y políticas encaminadas a la integración de las personas mayores en la sociedad darán pauta para que otros países las tomen de referencia. Sin embargo, será necesario adecuarlas a las necesidades específicas de cada región, principalmente en los aspectos cultural y social, esto con el fin de que este grupo etario tenga en los próximos años una participación más activa y mejor calidad de vida; además de que los gobiernos puedan cubrir las necesidades propias de la edad sin descuidar a los otros sectores de la población.

2.4 SUSTENTO EN LA VEJEZ

El *Ciclo de Vida Económico* es una característica universal que comprende la relación entre el consumo que una persona realiza a lo largo de su vida y sus ingresos laborales. En ese sentido se entiende que durante la niñez se recibe el sustento de parte de la familia y conforme se inicia la vida laboral se alcanza un estadio de independencia económica al existir un superávit en la diferencia de los ingresos laborales respecto al consumo. Después de los 65 años, el consumo puede disminuir, permanecer estable o incrementarse de acuerdo a las condiciones institucionales y las necesidades de consumo (Ver figura 20).

Figura 20. Relación de consumo e ingresos laborales, Corea 2012



Fuente: (ONU, 2019e)

Para mantener un nivel de consumo dado, “en principio se cuentan con las siguientes opciones: trabajar; percibir ingresos derivados de activos; recibir apoyo económico de familiares; y recibir apoyo de programas públicos como pensiones, seguro social y otros programas de bienestar” (ONU, 2019e, pág. 16). La relación de esos ingresos con el entramado institucional ha sido ampliamente abordada por el sistema de *Cuentas Nacionales de Transferencias*, propuesta elaborada por la organización *National Transfer Accounts Project* y la ONU quienes postulan sobre el tipo de ingresos arriba descritos, una categorización para 29 países donde describen el consumo de personas mayores a 65 años ubicadas en cuatro grupos de acuerdo al origen principal de los mismos (Ver tabla 13).

Tabla 13. Categorización de Cuentas Nacionales de Transferencias NTAP/ONU

<p>INGRESOS POR TRANSFERENCIAS PÚBLICAS El consumo es primordialmente financiado por transferencias públicas. Este sistema se encuentra en Europa y América Latina.</p>	<p>INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVOS El financiamiento depende principalmente del ingreso derivado de activos. Se desarrolla en países en Asia del Sur y Suroriental.</p>
<p>BALANCE DUAL En este Sistema las personas mayores basan sus ingresos en los derivados de activos, así como en transferencias públicas o privadas. Ejemplo de ello se encuentran en Australia, México, España, Reino Unido, Estados Unidos de América, Jamaica y Singapur.</p>	<p>BALANCE INTEGRAL Este arreglo implica la obtención de recursos de las cuatro fuentes previstas, es decir: transferencias públicas, privadas, activos y un salario. Este sistema es aplicado en Asia Oriental.</p>

Fuente: (ONU, 2019e)

En los países donde impera el ingreso por transferencias públicas la contribución de las mismas al consumo supera para los casos de Chile y Uruguay el 50% y alcanza el 100% en el caso de Suecia. En Europa, ciudadanos de Austria, Alemania, Francia, Finlandia, Hungría e Italia obtienen de este medio caso el 70% de su ingreso en la vejez. Para el caso latinoamericano, se alcanza por estos ingresos casi dos terceras partes del consumo, así es para países como Costa Rica, Ecuador y Perú. Este sistema hoy en día ya recibe y continuará recibiendo en los próximos años presión debido al incremento del grupo etario de 65 años o más, que doblando la proporción actual del 18 a 34% en 2050. El reporte *World Population Ageing 2019* sostiene que deberán tomarse medidas tales como el aumento de impuestos y la modificación a la edad de retiro como medidas mínimas para evitar la presión (Mason & Lee, 2001).

En el segundo grupo donde predominan los ingresos derivados de activos, a pesar de contar con subsidios estatales, se entiende que la fuente primaria de recursos son los ingresos derivados de activos; esto se da cuando los individuos ahorran y acumulan bienes para financiar su retiro. Como se menciona en la tabla 10, este fenómeno se presenta ampliamente en Asia del Sur y Suroriental en países como Camboya, India, Indonesia, Filipinas y Tailandia; o el Salvador y Sudáfrica en otras regiones (Mason & Lee, 2001).

Para el modelo de financiamiento, Mason y Lee encuentran que las necesidades de este grupo se duplicarán, pasando de un 8 a un 17% en 2050. En este rubro se suelen combinar los ingresos con ahorro y modestas transferencias gubernamentales, mismas que deberán ser fortalecidas además de instar al ahorro y a generar bienes de consumo para la vejez (ONU, 2019e).

La modalidad de financiamiento de balance dual se observa en el caso de países como Australia, México, España, Reino Unido y Estados Unidos (ONU, 2019e), en los que existe un balance en dos rubros principales: los ingresos derivados de activos y las transferencias públicas. En dicha modalidad, los activos juegan un papel preponderante ya que las transferencias públicas existen de forma complementaria. En este rubro, el salario por trabajo activo se está volviendo un apoyo, considerando que las transferencias de balance dual proyectan un incremento de 12% en 2019 a 21% en cuanto a ingresos por activos y de 10% a 19% en 2050 (ONU, 2019e) por transferencias públicas. Este sistema deberá estimular reformas que cambien impuestos por un sistema de pensiones más robusto y medidas como el incremento en la edad de retiro.

El último de los grupos se entiende como el más sano, pues reparte la responsabilidad del consumo entre los cuatro sistemas de financiamiento. En él, la familia funciona como sustento de las medidas institucionales. La población envejecida en Corea o Taiwán en promedio ven un cuarto de su consumo financiado por la familia, en China es ligeramente menor la proporción, alcanzando el 14% (ONU, 2019e). Además de las transferencias privadas, que en el caso de Filipinas y Camboya se acercan a un quinto del consumo. Los países en este modelo continuarán apoyándose en las cuatro fuentes de recursos, ya que aunque la población envejecida aumente, la presión sobre el origen del financiamiento será repartida (Mason & Lee, 2001).

En este capítulo abordamos la situación de envejecimiento global con una propuesta para su categorización; posteriormente se ha revisado exhaustivamente la condición de cada región, también se ha analizado el tema del financiamiento al consumo en la vejez. Con esto en mente, el capítulo siguiente versará sobre la comparación de la política pública para la transición demográfica de cuatro países representativos de distintas regiones, todos ellos con un grado de envejecimiento avanzado y que en distinta bibliografía aparecen como casos exitosos en algunos puntos de su política pública respecto al envejecimiento de su población.

3. POLÍTICA PÚBLICA COMPARADA. ESTUDIOS DE CASO

La creación del Índice de Envejecimiento Societal permitió hacer un diagnóstico de la población envejecida que conforma cada país. Sin embargo, las variables cuantificables o numéricas que se tomaron en cuenta para su elaboración no permiten entender y analizar a profundidad el tema del envejecimiento que se está suscitando alrededor del mundo. Por ello, los resultados obtenidos en la investigación estadística, se acompañarán con un ejercicio cualitativo que sirva para establecer relaciones causales entre las variables y, posteriormente, aplicarlas a una realidad concreta (Bulcourf & Cardozo, 2008), siendo este espacio donde se inserta el método comparado aplicado a las políticas públicas.

Lo anterior permitirá determinar las semejanzas y diferencias entre los contextos espaciales o temporales analizados, también distinguir los patrones de comportamiento –y los cambios en los mismos– que una determinada variable posee en la realidad estudiada. De esta forma, se tendrá una mejor comprensión tanto de los países con respecto a los cuales se compara el entorno propio –permitiendo la detección de experiencias exitosas que podrían adaptarse y aplicarse al contexto inmediato– como del entorno desde el que se realiza el estudio –lo cual se traduce en la identificación de las fortalezas y debilidades que, a nivel interno, se presentan en la formulación y ejecución de las políticas públicas– (Piscoff Varas & Monje Reyes, 2003).

Es por ello que el presente capítulo aborda, en primera instancia, el surgimiento de los estudios de Política Pública Comparada. En segundo lugar, como parte de la metodología de los estudios comparados, también se identifica la aplicabilidad del *Diseño de Sistemas Más Similares –DSMS–* como estrategia de investigación. Posteriormente, se incluye la descripción del método de selección de los países entre los cuales se realizará la comparación de políticas públicas de población enfocadas a afrontar el impacto del proceso de envejecimiento y de aquellas dirigidas a los grupos de edad avanzada. Por último, se incluyen los perfiles de los cuatro países seleccionados en cuanto a las políticas antes señaladas, para finalmente hacer una comparación entre ellas.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS COMPARADAS

Durante el mismo contexto temporal en que Laswell formuló su propuesta de estudio de las políticas públicas, se presentaron avances en lo relativo a la Política Comparada. Los primeros trabajos de este estilo fueron elaborados por Robert Dahl, Samuel Huntington y David Apter. Pablo Bulcourf y Nelson Cardoso (2008), quienes señalan que el Enfoque Comparado puede considerarse como campo y como método. En el primer caso, se engloban los análisis –que pueden consistir en la mera recopilación de datos o en las generalizaciones inferidas de esos datos– sobre fenómenos similares en diversos espacios, regiones, países o zonas de un mismo país. Por otro lado, como método, el Enfoque Comparado consiste en la corroboración o confrontación empírica de hipótesis, generalizaciones o teorías, utilizando la comparación.

Ahora bien, en cuanto a la pertinencia de los estudios basados en el Enfoque Comparativo de Políticas Públicas cabe mencionar que dentro de las ciencias sociales, podemos encontrar problemáticas que no pueden abordarse completamente por los métodos histórico o estadístico (Bulcourf & Cardozo, 2008). En el presente estudio, si bien se toma como referencia la parte histórica de los fenómenos involucrados y se interpreta la información que proporcionan diversos tipos de indicadores demográficos, merece la pena considerar lo que Grau y Mateos proponen sobre cómo entender el análisis comparado, que es “una perspectiva de análisis propia que pretende explicar las similitudes y diferencias observadas; es decir, pretende buscar variables explicativas que den cuenta de las diferencias entre políticas públicas” (2002, pág. 2).

Una de las principales razones por las cuales se considera oportuna la utilización de este enfoque es debido a que fortalece la capacidad analítica al evaluar experiencias de políticas públicas en diversos niveles geográficos y periodos históricos. Con miras a lograr tal evaluación, se incluyen elementos de diversos campos que expliquen la evolución de las políticas y cómo ha sido el rol de las organizaciones y los actores involucrados en contextos determinados. Aunado a ello, y siguiendo el orden de ideas de Grau y Mateos (2002), existe una búsqueda de relaciones causales entre los fenómenos involucrados, basada en hipótesis previas que señalan diferentes variables consideradas relevantes en cuanto a origen, proceso, resultados e impactos de las políticas. Así, se intentará explicar las diferencias y semejanzas entre las políticas estudiadas.

La inclusión de todos estos elementos en el análisis no sólo incrementará la validez de las reflexiones obtenidas, sino que permitirá dar cuenta de las condiciones de persistencia y evolución de cuestiones relevantes para el estudio. Al mismo tiempo, será posible observar las acciones del Estado derivadas de vínculos mutuos entre actores estatales y sociales y, finalmente, indagar en la relación existente entre Estado y sociedad –en donde el principal modo de intervención por parte de aquél es la política pública– (Bulcourf & Cardozo, 2008).

Uno de los aspectos cruciales para el estudio de Políticas Públicas Comparadas es el de la pertinencia de la aplicación de una u otra estrategias de investigación. De acuerdo con Carsten Anckar, existen tres aspectos a considerar para lograr determinar qué estrategia es la más adecuada para una investigación: “1) si las interacciones entre variables se estudian en un nivel sistémico o subsistémico; 2) si se hace uso de la deducción o la inducción; y 3) si se opera con una variable dependiente que cambia o se mantiene constante” (Anckar, 2008, pág. 392). De aspectos se obtienen los rasgos generales la estrategia incluida a continuación.

En el Diseño de Sistemas Más Similares,

Se comparan dos o más sistemas que comparten demasiadas similitudes, pero que, al mismo tiempo, difieren en relación con el fenómeno –cuyos efectos son los que se pretende evaluar–. De igual forma, cabe distinguir entre una aplicación pura de esta estrategia y una aplicación más flexible de la misma. En el primer caso, la selección realizada es de países que son similares en un número de variables de control y distintos en relación con la variable independiente. Por su parte, una aplicación flexible del DSMS implicaría seleccionar países que parecen ser similares en muchas características de fondo, pero en donde el investigador nunca relaciona sistemáticamente los casos en todas las variables de control relevantes. (Anckar, 2008, pág. 390).

La utilidad del DSMS se refleja principalmente en aquellos casos cuyas variables de interés se posicionen en un nivel sistémico y, por tanto, aspectos relativos a otros niveles no sean considerados (Anckar, 2008). En suma, la clave al momento de plantear un estudio comparativo de políticas públicas es la apertura a las diferentes realidades y la consideración de la mayor cantidad de elementos para determinar causales entre fenómenos. Lo anterior favorecerá un acercamiento a buenas prácticas de los estudios de caso.

3.2 ESTUDIOS DE CASO

Mediante el DSMS se examinarán cuatro países como estudio de caso. La selección de los países se hizo primero por representatividad regional, se eliminaron los países más jóvenes que México, las economías petrolizadas, isleñas y el último filtro se hizo conforme a la disponibilidad de información. A continuación, se presenta un perfil de cada uno de los países antes de hacer un ejercicio comparativo.

3.2.1 CHILE

Según las zonas establecidas por la ODS, se posiciona en la región de América y el Caribe. Su superficie es de 756,945 km², administrativamente se divide en 15 regiones y 56 provincias y 346 comunas. Que al 2022 tiene una población total de 19 millones 250 mil habitantes, según de la ONU. De acuerdo con el Índice de Envejecimiento Societal, se posiciona dentro del segundo grupo de países envejecidos, ocupando el lugar 138. Cabe precisar, además, que los adultos mayores representan el 12% de su actual población total, con poco más de 2 millones de personas.

El envejecimiento demográfico ha estado presente en Chile desde 1975 y se acentúa a partir del año 2000, muestra de ello fue que en 2018 la población adulta mayor representó el doble en relación al promedio nacional y al de personas menores de 60 años (Ortega Gonzalez, 2018). El envejecimiento para Chile representa una problemática que se ha ido agravando y se estima que para el 2025 el porcentaje de personas envejecidas se encuentre arriba del 20% del total de la población (ONU, 2019b).

Para este país, el envejecimiento poblacional deber ser la ruta para la implementación de mecanismos de inclusión e integración que salvaguarden la calidad de vida. En la pirámide poblacional para 1975 el 37 % estaba conformado por menores de 15 años y el 7.9% eran mayores 60 años; mientras que para 2050 se prevé que únicamente el 18% serán jóvenes y el 57% serán personas adultas de entre 15 y 59 años y, finalmente, el 25% se conformará por adultos mayores de 60 años (Cerdeña, 2008).

Se encuentra en un momento coyuntural: su población se encuentra envejeciendo de manera acelerada y se aproximan nuevos retos para la implementación de políticas públicas, principalmente, de aquellas relacionadas con la prevención de enfermedades. La Organización Mundial de la Salud –OMS–, invita a instaurar políticas de prevención con el objetivo de tener una población que gocé de una buena calidad de vida durante la vejez. Es importante que las personas adultas mayores permanezcan activas y en condiciones de salud óptimas, evitando que estas condiciones dependan del nivel de ingreso que perciban o se conceptualicen como lujos a los que sólo un sector de la población pueda tener acceso (Condeza , y otros, 2016).

Las políticas para abordar el envejecimiento deben ser implementadas en el marco de proyectos de inclusión. Dentro de ellas, debe incluirse la promoción de actividades fuera de casa que permitan desarrollar habilidades psicosociales propias de los adultos mayores, hacer que el entorno social no se vuelva un factor determinante en su desenvolvimiento y la consecución de buena calidad de vida (Condeza , y otros, 2016).

El envejecimiento en Latinoamérica es un gran reto, si pensamos que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre los años 2000 y 2050, y uno de cada cuatro latinoamericanos será adulto mayor. El caso de Chile no es muy distinto, ya que se estima que en el año 2050 tendrá una población adulta mayor superior al 28% y que, junto al incremento de la esperanza de vida y la disminución de los menores de 15 años, significará un envejecimiento poblacional de dimensiones considerables. (Osorio, Torrejón, & Anigstein, 2011, pág. 63)

En el tema de las enfermedades y morbilidades, Chile trabaja bajo las recomendaciones que determinan la OCDE y la Comisión Europea. El objetivo es implementar programas de prevención que deriven en cuidados a largo plazo a través de los Ministerios de Salud –MINSAL– y de Desarrollo Social –MDS–, realizando estudios generales de salud para detectar los principales padecimientos y posteriormente, realizar acciones concretas como por ejemplo hacer entrega de lentes ópticos, sillas de ruedas, bastones o cualquier artículo de movilidad para personas mayores. Considerando lo anterior, el gobierno chileno destina partidas presupuestales elevadas para el sistema de cuidados a largo plazo y considera que la inversión inicial puede resultar costosa, pero a largo plazo los padecimientos del adulto mayor serán un tema únicamente de vivir bajo una cultura de prevención y autocuidado.

La cultura de la prevención debe ser una medida que adopten todos los países sin importar el nivel de desarrollo, dado que los adultos mayores deben permanecer activos con potencial a vivir en condiciones adecuadas. Una de las estrategias que Chile busca ejecutar es promover el uso de las Tecnologías de la información –TIC–, brindando a las personas adultas mayores herramientas digitales para comunicarse a través de las diferentes plataformas.

Aunado a lo anterior, se creó el sistema de comunicación en salud para adultos mayores y sus redes de apoyo, bajo el apoyo del Programa Fondef. Lo anterior con el propósito de desarrollar un prototipo de sistema de comunicación preventivo para el uso por parte de personas mayores de 60 años y hacerlas partícipes de las ventajas de puede generar la comunicación digital (Condeza , y otros, 2016). La implementación de estas medidas que incorporen el uso de las tecnologías facilita la creación de redes de apoyo con familiares y amigos que se encuentran incluso en otro país; genera vías de comunicación con seres queridos; acerca a las personas a sitios web con temas de prevención de enfermedades y autocuidado; brinda la posibilidad de conocer nuevas personas con gustos afines y con quienes puedan realizar actividades fuera de casa. En este sentido, la comunicación virtual puede convertirse en una herramienta útil para los cuidados a largo plazo, ya que invita de manera directa a tener una vida llena de acciones preventivas. Las enfermedades mentales no serán erradicadas, pero Chile trabaja con miras a prevenirlas y a acercar a los adultos mayores a una vida plena sin reclusión o exclusión social.

Otro tema de relevancia es el sistema de pensiones, el cual es una pieza clave para hacer frente al porcentaje de personas adultas mayores que viven solas, aquellas cuyos hogares se componen únicamente de otros adultos mayores o quienes simplemente se encuentran desatendidos por sus respectivas familias. Ante esos casos, el gobierno emprende esfuerzos intentando hacer frente a los efectos de la transición demográfica que enfrenta. Es así que el sistema de pensiones ostenta características positivas como un sistema de capitalización de manera individual, es decir, no se encuentra determinado por el sistema financiero y su funcionamiento es seguro.

Durante la vida laboral se invita de manera directa a participar en un esquema de ahorro, sin embargo, para las personas que recién ingresan a la categoría de población adulta mayor dicha medida resulta insuficiente, pues las cotizaciones de seguridad son bajas y las personas que realizan actividades de remuneración independiente no pueden cotizar. Asimismo, la cultura del ahorro no puede llevarse a cabo debido a que la esperanza de vida se incrementó y el envejecimiento de igual manera, es decir, o la población ahorra o dispone de capital para sobrevivir día a día. Finalmente, el ahorro voluntario suele verse condicionado por el nivel de ingreso.

Con ello, la reforma de 2008 creó el sistema de pensiones solidarias como un nuevo pilar del sistema de pensiones. En éste, el Estado financia prestaciones que se integran con el sistema contributivo, la pensión básica solidaria y el aporte previsional solidario –para aliviar la pobreza en la vejez y en caso de invalidez—. La reforma avanzó además en una serie de aspectos adicionales que transformaron el sistema de pensiones. (Benavides, 2018)

La reforma llegó a modificar sin derogar el sistema de capitalización individual que regía en Chile desde 1980 y presenta las siguientes características: nuevo sistema de pensiones solidarias, nueva institucionalidad al sistema de previsión, cobertura a trabajadores jóvenes y trabajadores independientes. Fue promulgada con acciones adicionales como: medidas de género que hacían acreedores a los beneficiarios a un bono por hijo nacido vivo; el acceso al seguro de sobrevivencia e invalidez; la obligatoriedad de acceso a cotizaciones para trabajadores independientes; acciones de inversión y reestructuración en el sistema público.

Los objetivos centrales del sistema de pensiones chileno incluyen el ahorro voluntario y obligatorio, aliviar la pobreza que se enfrenta en la vejez y crear programas sociales para otorgar remuneraciones a personas que nunca cotizaron o que su pensión es de ingreso bajo. Además, en cuanto a cuidados a largo plazo, el sistema y la cultura de ahorro debe tener características similares, ya que la etapa activa del trabajador es vital para definir cómo serán sus condiciones de vida en la vejez. Por ello, se debe trabajar en disminuir el índice de desempleo y los efectos de crisis económicas y de elaborar reformas laborales que incluyan un sistema de ahorro más eficiente para los trabajadores.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema de pensiones son los bajos índices de cotizaciones: alrededor del 30% de los nuevos pensionados entre 2007 y 2014 únicamente realizó cotizaciones por 5 años o menos y tan sólo el 23% lo hizo por 25 años (Benavides, 2018).

Por otro lado, la esperanza de vida es de 65 años (ONU, 2019b) con incrementos desde inicios de los años ochenta de 4.5 años para hombres y casi 5 años para mujeres, y la edad de retiro efectiva es de 65 años para hombres y mujeres. La Administradora de Fondos de Pensiones – AFP– administra y otorga prestaciones de acuerdo a lo establecido por la ley y su función principal es gestionar cuentas de afiliados, fondos de pensión y otros beneficios. De igual manera, la AFP brinda asesoría a las personas afiliadas.

Como ya se ha revisado, aun cuando ha habido avances significativos respecto a la prevención de enfermedades y calidad de vida de personas adultas mayores, Chile enfrenta un desafío importante en el sistema de pensiones, lo que implica que se vuelva un tema prioritario para el gobierno. En 2017 el número de pensionados ya superaba los 110,000 (Benavides, 2018) y la tasa de estimación expresaba que esta cifra aumentaría un 7% en un futuro próximo. El escenario ideal es que el país trabaje en la instauración de un esquema de ahorro privado para la jubilación en la etapa activa con tasas de cotización de acuerdo al nivel de ingreso percibido, sin dejar de lado la implementación de políticas de equidad de género en el sistema de pensiones para evitar que las mujeres se encuentren en situación vulnerable o precaria en la vejez.

Ahora bien, es necesario puntualizar que Chile considera fundamental, además de contar con políticas públicas que hagan frente a las necesidades del envejecimiento a través de un sistema de salud óptimo y un sistema de pensiones o ahorro voluntario, debe ejercer la toma de decisiones en la implementación de nuevos instrumentos de conocimiento para la creación de medicamentos, leyes, partidas presupuestales en fondos de subsidios y programas sociales que otorguen alternativas para afrontar la vejez con buena calidad de vida.

Para lograrlo, cuenta con el Servicio Nacional del Adulto Mayor –SENAMA–, iniciando funciones en 2003. Cabe señalar que se trata de un organismo público descentralizado, goza de personalidad jurídica y se encuentra a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. La calidad de vida en la vejez es el eje rector del SENAMA, dando apertura a nuevos conceptos y actividades como: envejecimiento activo, envejecimiento positivo, derechos humanos de las personas mayores y maltrato estructural a adultos mayores. El envejecimiento comienza a generar un parteaguas que dará paso a la instauración y fortalecimiento de una visión positiva en donde los adultos mayores puedan tener una mayor participación e integración en la sociedad. De igual manera, el SENAMA fomenta la participación social de los adultos mayores y transita incluso en dirección a un cambio cultural que busca proteger y garantizar los derechos humanos de los mismos. La creación de programas sociales ha permitido el acceso a espacios de esparcimiento y recreación con miras a generar redes de apoyo. Dentro de los programas se incluye el Voluntariado País de Mayores, en el cual los adultos mayores de 60 años comparten su conocimiento empírico a niños y niñas que viven en un contexto de vulnerabilidad dentro del sistema de protección social; los voluntarios desarrollan un plan de trabajo acorde a las necesidades de cada uno de ellos, reforzando una perspectiva incluyente para los adultos mayores y fortaleciendo las relaciones intergeneracionales.

Algunos programas también ofrecen servicios de vivienda o campañas de sensibilización para el buen trato al adulto mayor, evitando caer en acciones de violencia, depresión o daño psicológico. Con la implementación de programas sociales al servicio y atención al adulto mayor, el gobierno chileno busca generar una pauta para evitar relacionar de manera inmediata el concepto vejez o adultos mayores con enfermedades, abandono, vulnerabilidad y exclusión.

Los desafíos que supone el envejecimiento de la población van desde los niveles locales hasta las instancias internacionales. En esto consiste el cumplimiento de los objetivos y metas de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, los cuales se centran en garantizar la vida saludable y el bienestar de todas las personas; reducir la desigualdad en y entre los países; potenciar y promover la inclusión social, económica y política de las personas, independiente de su edad; lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles, sin barreras de acceso, y promotoras de la participación social. Esto no será posible sin considerar el fenómeno del envejecimiento poblacional y, mucho menos, si los esfuerzos se realizan de forma aislada y descoordinada. (SENAMA, 2017, pág. 2)

Conscientes del desafío que implica el envejecimiento, a través de SENAMA, el país trabaja en el nuevo enfoque de envejecimiento positivo que es conceptualizado como un derecho humano. Crear una perspectiva de envejecimiento positivo permite que los mayores sean incluidos en las políticas sociales y se conviertan en personas clave en la sociedad con la finalidad de construir nuevas formas y maneras de envejecer. Se busca, además, que las nuevas generaciones —gracias a la educación— planifiquen y programen sus vidas con la firme convicción de que la vejez no llegará a ser una limitación mientras exista este tipo de proyectos.

Tanto la sociedad como el Estado pretenden generar nuevos servicios y espacios para adultos mayores. El Estado planea proveer de infraestructura, que puede ir desde rampas de fácil acceso, hasta centros para realizar actividades recreativas y de esparcimiento; así como brindar un sistema de salud accesible y un sistema de jubilación viable para los diferentes sectores ocupacionales. A su vez, teniendo en consideración las perspectivas financiera y económica, se fomenta la cultura del ahorro, el empleo formal, la contribución de impuestos; todos estos elementos coadyuvarán en la construcción de políticas públicas encargadas de crear fuentes de empleo, inversión y sistemas de salud que puedan costear los desafíos de la vejez. El Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el SENAMA han creado políticas como el Programa de Envejecimiento Activo en 2013, el Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados en 2016, el Plan Nacional de Demencias en 2017 entre otros (Riveros , y otros, 2017).

El país se encuentra en un proceso de transición hacia una nueva conceptualización de la vejez con perspectiva incluyente y enfocada en garantizar un óptimo estado de bienestar tanto mental y físico como social, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud —OMS—. El camino hacia las nuevas políticas sociales acompañadas de los esfuerzos del SENAMA se encuentra guiado por la integración y el fomento al autocuidado de los adultos mayores para que, así, Chile se convierta en un referente en cuanto a calidad de vida en la vejez. (OTIC del Comercio, 2016)

En cuanto al tema migratorio, Chile se ha convertido en un país de destino para los migrantes con datos relevantes como: 1) la mayor parte de la composición de migrantes corresponde a las mujeres y 2) algunos de los elementos de atracción a los migrantes son la estabilidad social, económica y política. De hecho, en los últimos años se estima que los índices de migración representan un 2% de la población total y resalta que algunos de los migrantes son principalmente de Colombia, Argentina y Perú.

Para dar respuesta a la migración, en Chile se instauran en un marco de lineamientos y creó el Consejo Nacional de Política Migratoria con una perspectiva de derechos humanos para las personas extranjeras en los rubros de seguridad social y laboral. Los derechos y obligaciones del proyecto de ley garantizan el acceso a la educación por parte de extranjeros residentes en el país bajo las mismas condiciones que un ciudadano nacional. De igual forma, otorga el derecho a la reunificación familiar a extranjeros residentes en el país. Si bien la garantía de estos derechos constituye un paso importante en materia migratoria, el gobierno chileno requiere dedicar mayores esfuerzos en la adecuación de sus políticas públicas y en la atención de retos como brindar un alojamiento con un trato justo a los migrantes, integrarlos de manera legal y convertirlos en ciudadanos capaces de realizar aportaciones positivas.

El Consejo, con miras a la creación de una nueva política migratoria, ha buscado crear nuevas categorías migratorias y lo concerniente a la autorización para obtener residencia temporal o la residencia definitiva. La finalidad radica en la idea de combatir el tráfico de migrantes y el ingreso irregular al país; evitando ese tipo de conflictos es posible erradicar las sanciones penales migratorias. Otra de las medidas que implementó el gobierno fue la reformulación de los tipos de visado enfocados en migrantes que solicitan un permiso de trabajo por 12 meses o visa temporal con orientación internacional. Las medidas implementadas para la creación de una política de migración se han realizado con la firme intención de legitimar el ingreso de migrantes, evitando generar una crisis humanitaria y consiguiendo trabajar con perspectiva de integración multicultural. (Torres, 2019)

3.2.2 AUSTRALIA

Su nombre oficial es *Commonwealth of Australia*. Según las zonas establecidas por los ODS, se posiciona en la región de Australia y Nueva Zelandia. Su superficie es de 7,692,024 km², administrativamente está dividida en seis estados y dos territorios federados; cuenta al 2022 con una población total de 26 millones 69 mil habitantes según los datos proporcionados por la ONU.

Según el IES, se encuentra dentro del segundo grupo de países más envejecidos, ocupando el lugar 164 dentro de esta lista. De acuerdo con los datos proporcionados por la ONU, los adultos mayores representan el 15.9% de su actual población total, con poco más de 4 millones de personas en ese rango de edad. Sin embargo, según las proyecciones, se espera que para 2050 esa proporción cambie y llegue a un 23% de su población (ONU, 2019b).

Australia no cuenta con una política específica relacionada con el crecimiento poblacional. A pesar de ello, es posible detectar ciertos elementos dentro de otros rubros de política pública que tienen un impacto directo en dicho crecimiento. Además, el envejecimiento poblacional se convirtió en un tema de interés público y una preocupación de suma importancia desde la década de 1980, puesto que para ese momento ya se perfilaban tendencias demográficas distintas a las de los 30 años previos como la mortalidad o la esperanza de vida (McDonald, 2019).

En términos generales, Australia ha presentado una reducción de la mortalidad de su población. Para lograrlo, ha incrementado considerablemente el gasto gubernamental en servicios de salud, pasando de un 9.041% del PIB en 2007 al 10.023% en 2016 (Banco Mundial, 2019). Dicho aumento se expresa en la implementación de campañas de salud (Australian Government, 2019b) dirigidas a diferentes grupos de la población, dentro de las cuales se incluyen:

1. *BreastScreen Australia*. Este programa busca reducir la enfermedad y muerte a causa del cáncer de mama a través de la detección temprana; está enfocado en mujeres de 40 años o más a quienes se les realiza de manera gratuita cada dos años una mamografía.
2. *Don't make smokes your story*. La campaña proporciona a las personas fumadoras información sobre el impacto que tiene el cigarro en la salud y los beneficios que trae consigo dejar de fumar.
3. *Drug help*. Tiene como objetivo proveer a las personas que han caído en adicciones por drogas y a las personas en su entorno de recursos de ayuda.
4. *Healthy produce*. Ofrece a la población información sobre la importancia del consumo de alimentos saludables, la seguridad alimentaria y la producción de alimentos por temporada que tiene Australia.
5. *National Immunisation Program*. Esta campaña tiene como propósito fomentar la vacunación de la infancia, brindando a padres o personas tutoras/cuidadoras hechos sobre las vacunas e información sobre por qué y cómo inmunizar a infantes.
6. *Pharmaceutical Benefits Scheme –PBS–*. Con este programa el gobierno australiano subsidia medicamentos, reduciendo su costo un 89%. Lo anterior posibilita el tratamiento de pacientes con padecimientos crónicos, la prevención del desarrollo de enfermedades graves y reduce la necesidad de visitas médicas por parte de la población.

Además, el gobierno australiano dentro de sus estrategias da prioridad al financiamiento del sistema de salud *Medicare*; servicios de atención primaria; servicios de salud mental; financiamiento de hospitales; formación, distribución y gestión de la fuerza laboral encargada de la atención a la salud; respuesta a emergencias; financiamiento a la investigación médica; financiamiento, regulación y seguimiento de actividades de cuidado a personas de edad avanzada; y apoyo al deporte y la actividad física de la población en general.

Con el propósito de hacer frente al impacto del envejecimiento demográfico, Australia ha optado por incrementar paulatinamente la edad de retiro de 65 a 67 años (Ver tabla 14).

En lo que respecta a las contribuciones destinadas a la seguridad social por parte de las personas que trabajan, cabe resaltar que para el caso australiano estas son inexistentes (OECD, 2019). Por otro lado, con respecto al sistema de pensiones australiano, este:

Tabla 14. Modificaciones en la edad de retiro, Australia

Periodo de nacimiento de la persona	Edad de pensión	Fecha de cambio en la edad de pensión
1 ero de julio, 1952 31 de diciembre, 1953	65 años, 6 meses	1 ero julio, 2017
1 ero de enero, 1954 30 de junio, 1955	66 años	1 ero de julio 2019
1 ero de julio, 1955 31 de diciembre, 1956	66 años, 6 meses	1 ero julio, 2021
1 ero de enero, 1957 En adelante	67 años	1 ero julio, 2023
Fuente: (Australian Government, s.f.a)		

[...] tiene tres componentes: una pensión de edad evaluada por recursos financiada a través de ingresos fiscales generales; la garantía de jubilación, una contribución obligatoria del empleador a los ahorros privados de jubilación de los empleados; y contribuciones voluntarias de jubilación y otros ahorros privados. (OECD, 2017, pág. 2)

La contraparte privada de este sistema está compuesta por tres tipos de contribuciones: las obligatorias ocupacionales –compuestas por fondos de jubilación corporativos, fondos de jubilación de la industria y fondos de jubilación del sector público–, las obligatorias personales –compuestas por fondos minoristas, pequeños fondos de la Autoridad Australiana de Regulación Prudencial y los fondos autogestivos de jubilación– y las voluntarias personales (OECD, 2015).

Existe también la pensión de viudez B –cuya vigencia concluyó en el mes de marzo de 2020–, dirigida a mujeres mayores que perdieron el apoyo financiero de una pareja por muerte, separación o divorcio y que no califican para el pago de crianza. No obstante, gracias al incremento en la participación de las mujeres en la fuerza laboral, el 20 de marzo de 1997 se concedió la última pensión de viudez B (Australian Government, 2019e). Otro caso similar a este es el de la pensión de esposa, dirigida a mujeres que no califican para la pensión de edad por derecho propio, que desde el 1 de julio de 1995 no cuenta con nuevas subvenciones otorgadas para este efecto.

Australia cuenta con políticas públicas enfocadas en brindar apoyo directo a familias con hijos, ya sea en forma de pagos en efectivo; medidas fiscales diseñadas para modificar ingresos o dar ayuda básica en esta materia; asistencia con costos de crianza de los hijos; licencias de maternidad y paternidad; ayuda con costos de vivienda y atención médica; y otras concesiones (Australian Government, 2019a). De manera específica, los apoyos que se otorgan a las familias con hijos pueden comprender:

1. Beneficio Tributario Familiar –parte A–. Se trata de un pago que relaciona el número y la edad de los hijos en la familia.
2. Beneficio Tributario Familiar –parte B–. Funge como apoyo adicional a familias y padres solteros.
3. Beneficio de Cuidado Infantil y Reembolso de Cuidado Infantil. Es una ayuda que se otorga a las familias para la crianza y cuidado de los hijos.
4. Bono de bebés. Se apoya a las familias tras el nacimiento o adopción de hijos.
5. Subsidio de inmunización por maternidad. Fomenta la inmunización de niños de 18 a 24 meses.
6. Otros apoyos. Incluyen asistencia de alquiler, subsidio de nacimiento múltiple –para el nacimiento de trillizos o más hijos) y suplemento de familia numerosa –para el tercer hijo y los siguientes– (Australian Government, 2019a).

Ahora bien, el apoyo que se otorga a los padres solteros y en pareja consiste, entre otras cosas, en un pago de manutención –destinado sólo a un miembro de la pareja hasta que su hijo menor cumpla 6 años para parejas y de 8 años para padres solteros con posibilidad de recibir otro pago atendiendo a una evaluación de su elegibilidad en caso de requerir de nueva cuenta esa ayuda (Australian Government, 2019a).

En relación con el cuidado infantil, cabe señalar que:

[...] se paga por las horas de cuidado utilizadas en el cuidado de niños aprobado o registrado. La tasa máxima –\$3.37 AUD por hora para infantes que aún no están en la escuela– se aplica a aquellos con un ingreso familiar inferior a \$35, 478 AUD o que reciben pagos de manutención de ingresos. (Australian Government, 2019a)

Por su parte, el bono de bebés se otorga a:

[...] un padre/madre del bebé; familias que cuidan a un niño recién nacido dentro de las 13 semanas posteriores al nacimiento del niño y que es probable que lo cuiden durante no menos de 13 semanas; y familias que tienen un niño confinado a su cuidado para adopción antes de que el niño tenga dos años de edad. (Australian Government, 2019a)

Australia no cuenta con licencias remuneradas para efectos de maternidad o paternidad; sin embargo, los trabajadores pueden tomar hasta 52 semanas de licencia no remunerada tras el nacimiento o adopción de un niño. Para complementar este apoyo, los padres pueden contar también con un paquete de beneficios que van desde proporcionar acceso a educación gratuita a niños en edad escolar, facturación de servicios médicos básicos y tarjetas de concesión de servicios a bajo costo.

Adicionalmente, algunos de los programas y servicios que ofrece el gobierno de Australia para apoyar a las familias y contribuir al bienestar de la niñez son los siguientes:

1. *Child Support Scheme*. Se introdujo en el año de 1988 y busca ofrecer a la infancia un nivel apropiado de apoyo financiero de padres que hayan realizado su separación. La evaluación de los pagos se realiza en función de una fórmula administrativa que atiende al ingreso combinado de los padres, la cantidad de autosuficiencia de los ingresos de los padres y los costos de crianza (Australian Government, 2019d).
2. Actividades y servicios de la *Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse*. La Comisión fue establecida en 2013 y se encarga de revisar asuntos relacionados con abuso sexual infantil en organizaciones e instituciones y observa la respuesta de estas ante tales casos. Las personas comisionadas para esta labor investigan cómo las instituciones y sus sistemas fallaron y cuáles son las prácticas adecuadas para dar respuesta al caso específico de abuso infantil. Asimismo, se busca dar apoyo y justicia de la mejor manera para las personas involucradas (Australian Government, 2019d).

3. *Commonwealth redress scheme for survivors of institutional child sexual abuse*. Este esquema reconoce que muchas niñas y niños fueron sexualmente abusados en instituciones australianas; reconoce el daño causado; responsabiliza a las instituciones; y coadyuva a que las personas afectadas tengan acceso a servicios de terapia psicológica; respuesta personal y directa a sus casos; y apoyo financiero.
4. *Protecting Australia's Children*. Se compone de dos estrategias: el Marco Nacional para la Protección de la Niñez Australiana 2009-2020 y el Cuarto Plan de Acción 2018-2020. El primero de ellos tiene un enfoque nacional para proteger a la niñez australiana expuesta a abusos y negligencia. Por su parte, el segundo busca mejorar la situación de la niñez en el marco de los sistemas de protección infantil y contribuir a la estabilidad de los hogares provistos para la niñez en estos casos.
5. *Towards Independent Adulthood Trial*. Es una iniciativa que se encuentra bajo el Tercer Plan de Acción del Marco Nacional para la Protección de la Niñez Australiana 2009-2020 que tiene como objetivo ayudar a la juventud en cuidados fuera del hogar a prosperar hasta la edad adulta. Asimismo, evalúa la efectividad de los servicios de apoyo integral para jóvenes que están en transición de la atención fuera del hogar a través de un servicio intensivo de administración de casos, acceso prioritario a servicios financiados por el gobierno y recursos en línea. Dentro de los rubros en los que se enfoca esta iniciativa se encuentran: educación, formación y empleo; vivienda; salud; asuntos legales; identidad y cultura; relaciones sociales y redes de apoyo; seguridad financiera; y habilidades para la vida.

En lo que respecta a las medidas que Australia lleva a cabo en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se tiene en primer lugar que la edad para contraer matrimonio de forma legal es de 18 años –aunque también una corte puede aprobar el matrimonio si una de las partes tiene a partir de 16 años– (Australian Government, s.f.b). Aunado a ello, el gobierno australiano ha emprendido esfuerzos importantes para lograr un mayor ingreso y permanencia de niñas en el entorno escolar. En el año de 1969 tan sólo el 24% de niñas permanecían en la escuela secundaria, lo que contrasta con el dato correspondiente a 2018 que es del 89%. De hecho, la proporción de niñas en el entorno escolar ha rebasado la de sus pares masculinos con una proporción del 81% (Australian Bureau of Statistics, 2019).

Con respecto a la anticoncepción, Australia ejecuta acciones para informar y dar acceso a métodos anticonceptivos a su población. Particular atención merecen manuales (Family Planning NSW) en entornos locales dirigidos a jóvenes de 14 a 24 años, en los cuales se brindan datos relevantes sobre la anticoncepción; métodos anticonceptivos; ventajas, desventajas y efectos secundarios de utilizar cada uno de ellos; la elección de métodos de anticoncepción; la relevancia de tener sexo seguro; cómo se puede tener acceso a estos métodos; y la existencia de información confidencial y privada en relación con estos temas.

En cuanto a política pública sobre migración, el Departamento de Asuntos Internos de Australia cuenta con un programa diseñado para conseguir resultados de índole social y económica. Se establece de manera anual y posee un límite máximo de plazas disponibles; para el periodo 2019-2020, dicha cifra es de 160, 000 y se divide de acuerdo a lo siguiente (Australian Government, 2019c):

1. *Habilidad.* Se busca lograr mayor capacidad productiva de la economía y satisfacer las necesidades de determinadas habilidades en el mercado laboral. Las plazas de esta categoría constituyen el 69.5% del total del programa y son 108, 682.
2. *Familia.* La categoría permite que ciudadanos australianos se reúnan con familiares del extranjero y puedan tener algunos canales para conseguir la ciudadanía. Las plazas constituyen el 30.5% del total del programa y se traducen en 47, 732 lugares.
3. *Elegibilidad especial.* Atiende a las circunstancias particulares de algunos casos como los que se refieren a residentes permanentes que regresan al país tras haber estado fuera del mismo. Las plazas de esta categoría son 236.
4. *Programa de educación.* Está dirigido a estudiantes provenientes del extranjero.
5. *Programa humanitario y de refugiados.* Es parte de los esfuerzos internacionales para proteger a los refugiados, dar respuesta a las necesidades humanitarias y proveer apoyo especializado. Se complementa con el Programa de Apoyo Comunitario, mediante el cual negocios, comunidades y personas australianas pueden apoyar a las personas en necesidad humanitaria a reubicarse en el país. (Australian Government, 2019c):

3.2.3 CANADÁ

Conforme a las zonas establecidas por los ODS, se posiciona en la región de Europa y América del Norte. Su superficie es de 9,984,670 km², administrativamente está dividida en 10 provincias y tres territorios; y cuenta con una población total de 38 millones 388 mil habitantes hasta 2022, según los datos proporcionados por la ONU. Según el IES, se encuentra dentro del tercer grupo de países más envejecidos, ocupando el lugar 170 dentro de esta lista. De acuerdo con los datos proporcionados por la ONU, los adultos mayores representan el 18% de su actual población total con poco más de 6 millones de personas. Sin embargo, según las proyecciones de la ONU, se espera que para 2050 esta proporción cambie y llegue a un 25% de su población.

Como resultado de estas proyecciones, el gobierno canadiense ha desarrollado una serie de programas para insertar a los adultos mayores dentro de la sociedad como personas que aún pueden aportar y para evitar que, como consecuencia de un retiro a temprana edad, se vean en condiciones de exclusión social. *New Horizons for Seniors Program*, implementado desde 2004, tiene como objetivo impulsar a los adultos mayores para tener un rol activo dentro de la sociedad canadiense, mediante el desarrollo de proyectos a través de inversión que les permitan compartir su conocimiento y habilidades con la comunidad y obtener a cambio un apoyo económico. El programa se complementa con otras políticas públicas de apoyos a adultos mayores como lo son algunos sistemas de pensiones (Government of Canada, 2020c).

De igual manera, Canadá ha experimentado una desaceleración en el crecimiento de su mano de obra debido al envejecimiento poblacional, lo que ha obligado al gobierno a tomar acciones que consideren a esta población dentro de la fuerza de trabajo. Según la OCDE para el 2018 sólo el 66.7% de su población total se encontraba dentro del indicador de edad para trabajar –de 20 a 64 años–.

El país busca, además, reducir la brecha de oportunidades para asegurar un buen ingreso a través de pensiones durante el retiro. Uno de los ejemplos de acciones para lograrlo es el programa implementado en 2007, *The Targeted Initiative for Older Workers*, que busca apoyar a la población entre 55 y 64 años para que se reintegre a la fuerza laboral, dependiendo de los proyectos que las provincias y territorios desarrollen, y que permite a las personas beneficiarias mejorar sus habilidades en un amplio rango de áreas –incluyendo la familiarización con las nuevas tecnologías–. (Government of Canada, 2020b). Este programa no fue renovado por la administración del Primer Ministro Trudeau, (FP Analytics, 2019a) sino que se combinó con dos iniciativas existentes –*the Canada Jobs Fund* y *the Labour Market Agreement for Persons with Disabilities*– y se creó un acuerdo de desarrollo de la fuerza de trabajo, mediante el cual se asegura el desarrollo de programas de capacitación, apoyos de desempleo, orientación vocacional y desarrollo de proyectos para sectores específicos de la población.

El gobierno ha incrementado los esfuerzos para comprender las implicaciones que la población envejecida tendrá sobre las necesidades y costos dentro del servicio de salud. Este último es conocido como *Medicare* o *Canada Health*, no es un sistema universal para todo el país sino que se divide en 13 planes para las provincias y territorios, dependiendo de las necesidades de la población así como de las políticas de cada provincia (Government of Canada, 2002)), las cuales brindan servicios complementarios de cobertura sanitaria a los distintos grupos etarios – como los adultos mayores– como: servicios dentales, servicios de optometría, medicamentos prescritos, servicios de ambulancia y servicios que apoyan el cuidado en el hogar (Government of Canada, 2020a, pág. 13). En este sentido, los principales retos para mejorar las condiciones de vida de las personas adultas mayores son, por ejemplo, las caídas –que representaban en 2002 el 62% (Government of Canada, 2020a, pág. 14) de los casos de hospitalización dentro de este sector de la población–, las discapacidades, emergencias médicas, abuso y maltrato, centros de retiro y programas de cuidados.

En el tema específico de los programas de cuidados, el gobierno canadiense ha buscado su mejora así como la implementación de nuevos programas, tal es el caso de *AgeWell Network – Aging Gracefully across Environments Using Technology to Support Wellness, Engagement and Long Life NCE Inc.*—, creada en 2015 a través del programa *Federal Networks of Centres of Excellence –NCE–* y que está dedicada a la creación de productos, tecnologías y servicios que benefician tanto a la población envejecida como a sus cuidadores gracias a investigaciones y desarrollos realizados por diversas universidades, el sector privado, gobierno y organizaciones sin lucro (Age-Well, 2018). Asimismo, ha buscado fortalecer los centros comunitarios y ha promovido el autocuidado y las actividades de los cuidadores particulares; todo esto para procurar no saturar los servicios de salud.

Aun cuando se espera que la proporción de población adulta aumente en comparación con los nacimientos, no existe como tal una intervención en el crecimiento poblacional a través de políticas directas que influyan en el equilibrio de este sector, a pesar de tener un alto nivel de preocupación sobre este sector en específico, ya que se han creado varios programas para atender las necesidades básicas de los denominados seniors. La mayor preocupación radica en el sistema de pensiones, dado que la gran mayoría de la generación de los *Baby Boomers* cumple con los requisitos para integrarse a los diversos programas existentes, lo que podría representar una afectación al sistema económico. Se estima que tres cuartas partes del ingreso (Health Canada, 2002) de las personas mayores provienen del sistema público de ingresos para el retiro –tanto privadas como de programas federales—. Los principales programas de pensiones contributivas son: *Canada Pension Plan –CPP–* y *Old Age Security –OAS–*, pero además existen otros programas de los cuales la persona puede verse beneficiada, como el *Guaranteed Income Supplement –GIS–* y el *Spouse’s Allowance* y también existen planes y sistemas privados de pensiones (Government of Canada, 2019a). Para ser beneficiario del CPP de acuerdo con el Gobierno de Canadá (2019a) se debe contar con al menos 65 años cumplidos para recibir todos los beneficios. Este programa cubre: retiro, supervivencia, muerte y discapacidad. Cuenta también con cláusulas especiales para aquellas personas que redujeron sus ingresos por un tiempo determinado por la crianza de niños pequeños y hay beneficios para infantes, cónyuges y matrimonios de derecho consuetudinario. Es posible, incluso, solicitarlo desde los 60 años con una reducción en el beneficio adquirido.

Cabe destacar que desde 2012 se han hecho modificaciones en el programa: ahora las personas pueden realizar la solicitud con 70 años cumplidos para aumentar el beneficio a través del *Post Retirement Benefit –PRB–* (Government of Canada, s.f.), que incrementa el monto de pensión a recibir hasta en un 42%, lo que permite que las personas adultas mayores realicen una mejor planeación sobre su retiro y sus ahorros para la pensión. Asimismo, es posible realizar la solicitud del beneficio sin que las personas contribuyentes reduzcan sus ingresos o ya no se encontrarán trabajando, esto en beneficio a las aportaciones a su pensión.

El OAS, por su parte, es un sistema complementario instaurado desde 1927 y que ha sufrido varias modificaciones a través de los años, por ejemplo, en 1952 se pagaba una cuota universal mensual de 40 dólares canadienses (Drake, Tom, 2019) al mes para las personas adultas mayores de 70 años o más que hubieran residido por al menos 20 años en Canadá. En 1965 se modificó la edad mínima de solicitud de 70 a 65 años, actualmente los requisitos para solicitar el beneficio son tener una edad mínima de 65 años o más y al menos 10 años de residencia en Canadá. Si los ingresos de la pensión de OAS son bajos se puede aplicar al GIS; además, si se recibe este apoyo, la persona beneficiaria puede solicitar un apoyo adicional para su cónyuge siempre y cuando se encuentre dentro del rango de los 60 a los 64 años de edad.

De igual manera, el gobierno ha buscado extender los beneficios a los programas de retiro no sólo a nivel federal, sino a nivel local, lo cual se traduce en que dependiendo de la provincia donde se radique hay una oferta de beneficios complementarios y de reducciones tributarias. A nivel internacional también se ha buscado la cooperación a través de los *International Social Security Agreements –ISSA–* con países que ofrezcan programas de pensión similares a los canadienses para que las personas puedan seguir aportando a las cuotas de retiro sin la necesidad de estar en Canadá. Los últimos acuerdos firmados fueron con Bulgaria, Serbia e India, pero se tienen acuerdos con más de 30 países (Government of Canada, 2019a).

Existe además una pensión privada, la cual se compone de impuestos diferidos de los ahorros para el retiro registrados en los planes de pensiones de los empleadores –RPP’s– y de los planes de ahorros individuales –RRSP’s–, los cuales buscan promover el ahorro para el retiro de los canadienses.

Aunado a los programas de pensiones contributivas, el gobierno ha introducido una serie de medidas tributarias que reducen el pago de impuestos a los adultos mayores, significando una mayor cuota de beneficio en programas como el *Age Credit*, el *Pension Income Tax Credit* y el programa que permite dividir el ingreso de la pensión con la pareja (Tang, 2017).

Aunque podría pensarse que con el aumento de la población envejecida en el país el Gobierno Canadiense ha puesto recientemente en marcha la implementación de una serie de políticas que benefician y motivan a las parejas a tener hijos sin que esto afecte su carrera laboral, la realidad es que estas políticas fueron promovidas desde hace varios años, teniendo algunas mejoras en años recientes.

Aun con el aumento de la población envejecida en el país, el Gobierno Canadiense ha promovido pocas políticas que beneficien y motiven a las parejas a tener hijos sin que se vea afectada su carrera laboral, las cuales han tenido algunas mejoras en años recientes. Algunas de las políticas implementadas son (UNICEF, 2019):

1. *Licencia de maternidad*. Brinda 15 semanas de beneficios de maternidad aplicados a madres biológicas, 35 semanas de beneficios para padres y 5 semanas de beneficios de paternidad aplicados al padre o segundo padre para dar un total de 55 semanas, para las cuales se debe haber trabajado un 55% de las semanas trabajadas del ajuste anual máximo, esto quiere decir que al menos debe contar con 600 horas en las últimas 52 semanas que puede extenderse hasta 61 semanas con un permiso por ausencia para el padre de 8 semanas con una tasa del 33%.
2. *Licencia de paternidad*. Recientemente se introdujo una opción a nivel nacional de licencia por ausencia que brinda 5 semanas de uso exclusivo con una tasa de remuneración al 55% o 8 semanas con una tasa más baja de remuneración al 33%, ya que la licencia de paternidad con pago por ausencia si era aplicable en Quebec desde 2006.

3. *Subsidio tributario*. Existen varios programas de apoyo que el Gobierno Canadiense brinda a sus ciudadanos. Uno de ellos es para un familiar que dependa del solicitante del programa siempre y cuando haya vivido con esa persona y no tuviera apoyo de su pareja, no necesariamente debe ser un hijo como tal, pero de igual modo es aplicable en este caso.
4. Aunado a ello existe un programa llamado *Line 214 – Child Care Expenses* (Government of Canada, 2019a) que busca apoyar con la devolución de las cuotas por el cuidado de un menor a los padres siempre y cuando tengan un ingreso neto de 11,809 dólares canadienses o menor a esa cantidad. Dicho programa apoya en la devolución de las cuotas pagadas a guarderías, enfermeras, escuelas por gastos de cuidado extra, campamentos y escuelas de actividades recreativas; así como algunas otras cuotas que sean aplicables a gastos por cuidado infantil. Asimismo, dependiendo la provincia de residencia, se pueden acceder a otros apoyos o beneficios.
5. *Horario de trabajo flexible*. Desde 1960, el Gobierno Canadiense se preocupó por dar forma a algunos acuerdos que permitieran horarios flexibles para los trabajadores en beneficio de la ciudad, del empleado y del empleador; y de este modo propiciar la participación de la mujer en el mercado laboral, mejorar la tasa de empleo e incidir en la reducción de costos. No obstante, fue hasta inicios de la década de 1980 cuando el tema del balance entre el trabajo y la familia formó parte importante de la agenda política, por lo que los acuerdos en la flexibilidad del horario comenzaron a ser adoptados por más empleadores para permitir a los ciudadanos pasar tiempo con sus familias, cubrir responsabilidades personales y formar parte de la vida diaria en comunidad.
6. En la actualidad, existen varios tipos de acuerdos que se emplean como parte de un tema de derechos humanos. Entre ellos se encuentra: el permiso de alterar el horario de trabajo de manera permanente o temporal, el número de horas trabajadas en el lugar, la posibilidad de hacer home office la mayor parte del tiempo y solo presentarse a reuniones importantes, trabajar por más horas durante un tiempo determinado para cambiar por un día libre, retirarse antes del área de trabajo, cambio de horarios, entre otros.

7. *Guarderías subsidiadas.* Hay tres tipos de sistemas de guardería que los padres canadienses prefieren para el cuidado de sus hijos: los centros de guarderías, las estancias infantiles y las niñeras privadas. (Government of Canada, 2014)

8. En Canadá hay un programa universal de cuidados con cuotas bajas, el cual ha sido un éxito y servido de ejemplo para el resto del mundo, ya que ha incrementado la tasa de participación de mujeres jóvenes en la fuerza de trabajo –quienes temen dejar de lado sus responsabilidades familiares para poder desarrollar una carrera exitosa–. El modelo comenzó hace 20 años con una cuota de \$3.81, en 2004 fue incrementada de \$3 a \$5.33 por día y actualmente se paga una cuota de \$6 al día, que sigue siendo asequible para las familias canadienses.

En cuanto a las políticas referentes a la educación sexual, las familias suelen ser la fuente primaria, que es complementada con los programas ejecutados en escuelas –sobre todo en los niveles medio y superior–. La sexualidad es un tema normalizado dentro de las familias canadienses, quienes entienden que al proporcionar información oportuna a las niñas, niños y adolescentes, los preparan para: erradicar los tratos discriminatorios hacia personas con distinta orientación sexual, evitar relaciones violentas, saber a qué se refiere el consentimiento, erradicar la cultura de la violación, saber dónde y cómo se realiza un aborto, aceptar sus cuerpos, construir madurez emocional y conocer mejor su identidad de género.

Aun cuando en 1969 todos los anticonceptivos se legalizaron, permitiendo tener un control sobre los embarazos, así como protección contra las enfermedades de transmisión sexual, no fue un camino sencillo pues se tuvieron que derribar muchas ideas erróneas. En 1892 una ley federal fue aprobada en el Código Criminal haciendo que la venta o la promoción de anticonceptivos fuera ilegal en Canadá, motivo por el cual varias mujeres intervinieron en este sector (Liu & Fisher, 2002). Tal como lo hizo Elizabeth Bagshaw quien estableció la primera clínica de planificación familiar en Ontario en 1932, dos años después, Alvin Ratz Kaufman fundó el *Parents' Information Bureau* en 1935, mediante el cual se distribuía información sobre control natal y enviaba enfermeras a los hogares para regalar a las familias anticonceptivos.

Tiempo después de la contratación de Dorothea Palmer –quién fue culpada por la difusión de información sobre anticonceptivos– lograron hacer de la promoción del juicio un gran movimiento en apoyo del movimiento de anticonceptivos. Para 1960, las pastillas anticonceptivas podían usarse siempre y cuando un doctor la proscribiera por razones terapéuticas. Finalmente, la Asociación Médica Canadiense reconoció la importancia de los anticonceptivos en la salud, así como las ventajas de la planificación familiar.

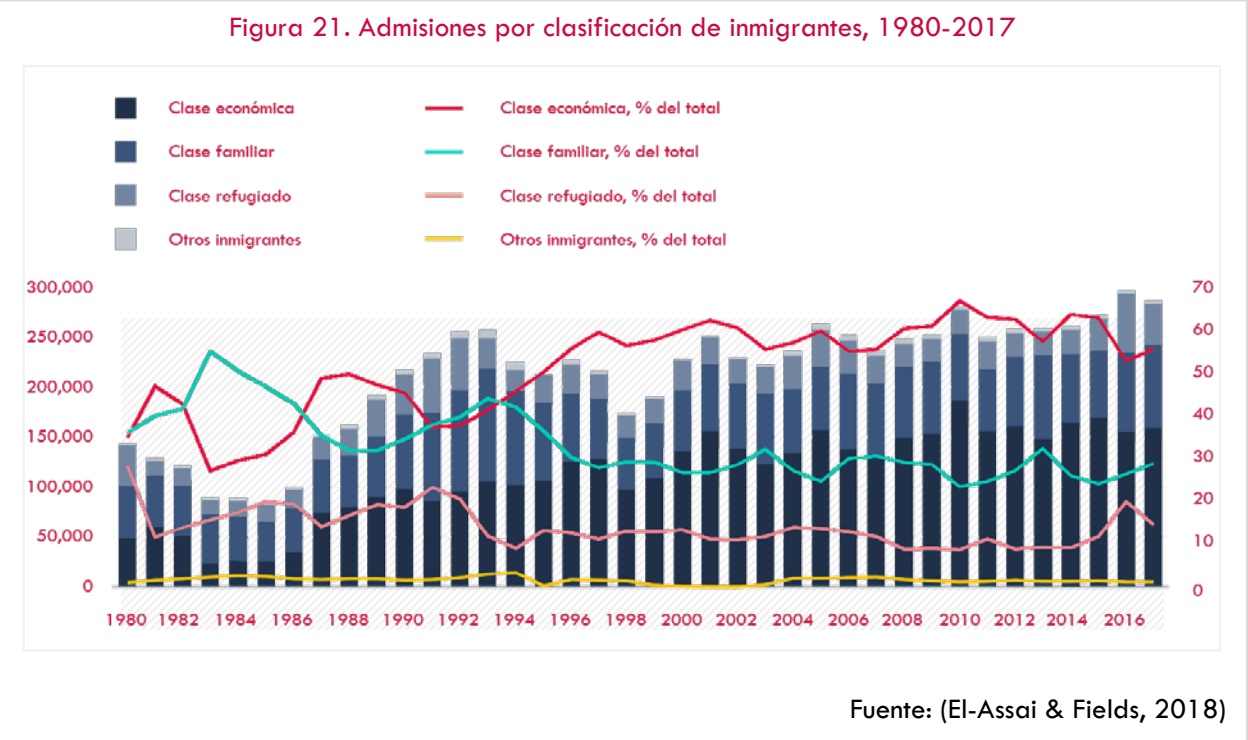
El acceso a los anticonceptivos es reconocido como un derecho humano básico, por lo que actualmente existen diversas opciones de anticonceptivos disponibles y autorizadas para usar en Canadá. Dentro de tales opciones se encuentran (SOGC, 2016):

1. Métodos hormonales como la pastilla de control, el parche, los anticonceptivos inyectables, el sistema intrauterino o el anillo
2. Métodos de barrera como los condones, el capuchón cervical, la esponja anticonceptiva, los diafragmas y los espermicidas
3. Métodos permanentes como las ligaduras de las trompas de Falopio o la vasectomía
4. Métodos de emergencia

Además, el gobierno canadiense apoya a diversas instituciones u organizaciones internacionales que buscan la implementación de un sistema de planificación familiar en todos los países; así como la prevención de la violencia de género y la promoción del aborto seguro y legal. Mediante la inversión de \$104.4 millones repartidos entre las siguientes instituciones: *International Planned Parenthood Federation*, *Population Services International*, *Marie Stopes International*, Fondo de Población de la ONU, *Oxfam Canada*, *BBC Media Action*, y otras, apoya proyectos que aseguren la integración de los derechos sexuales y reproductivos en el sistema nacional de salud (Government of Canada, 2019a).

Por otro lado, la política que ha implementado Canadá en cuanto al tema migración ha buscado el equilibrio de su población. Actualmente, la migración constituye el 71% del crecimiento de la población y forma parte del 90% del crecimiento de la fuerza de trabajo (El-Assai & Fields, 2018). Se espera que para 2034, el número de muertes exceda la cantidad de nacimientos por lo que los inmigrantes representarían el 100% del crecimiento de la población. En un mundo sin migración, se estima que para 2040, 26.9% de la población tendría al menos 65 años (Ver figura 21).

Figura 21. Admisiones por clasificación de inmigrantes, 1980-2017



Fuente: (El-Assai & Fields, 2018)

La edad promedio de los inmigrantes es 7 años más joven con respecto al resto de la población, lo que representa una ventana de oportunidad para el crecimiento poblacional y económico. De hecho, en un escenario donde no hubiera migración en Canadá, el crecimiento económico potencial se reduciría de 1.9% anual a 1.3% (El-Assai & Fields, 2018)

Los flujos migratorios que llegan a Canadá, ingresan con diferentes propósitos al país. En fechas recientes la cantidad de migrantes que va buscando refugio representa un 12% de las admisiones anuales, pero el flujo migratorio con mayor grueso es el de la población que ingresa por trabajo el cual representa un 67% de las admisiones anuales. Aunado a ello, desde 1994, Canadá ha priorizado las admisiones de la clase económica para ayudar al desarrollo que el mercado laboral requiere. Por lo anterior, es importante que los migrantes estén especializados en el campo laboral al que quieren acceder en Canadá. En promedio, los migrantes están mejor preparados que la población nativa canadiense (El-Assai & Fields, 2018).

Para una mejor integración de este sector en la población, el Gobierno ofrece clases de idiomas son ningún costo con los programas: *Language Instruction for Newcomers to Canada –LIN–* y *Cours de langue pour les immigrants au Canada –CLIC–*. Asimismo, existe un portal que brinda varias herramientas para que los migrantes puedan realizar consultas sin costo.

Con el objetivo de certificar la educación que cada migrante recibió en su país de origen, el Gobierno Canadiense ha implementado un sistema que facilita el proceso a las personas desde antes de emigrar. Primero se debe aplicar al *Federal Skilled Worker Program –FSWP–*, mediante el cual se realiza una validación de los títulos y grados académicos obtenidos para revisar si son equivalentes a las credenciales requeridas en Canadá (Ferrer , Garnett, & W. Craig, 2014). El *Canadian Information Centre for International Credentials* se encarga de procesar y validar los documentos de los migrantes y brinda información sobre programas educativos en el país, así como de la evaluación requerida para ciertos centros de trabajo (Government of Canada, 2019b).

Antes de emigrar a Canadá, se recomienda realizar el siguiente procedimiento para encontrar una oferta de trabajo adecuada al perfil del migrante: que primero creen un perfil en *Job Market Report*, se identifiquen en un perfil ocupacional, comparen las certificaciones requeridas para el puesto a desempeñar, contacten a un cuerpo regulatorio para entregar los documentos solicitados y sean procesados, consulten a una agencia de evaluación y, tomando en cuenta el reporte que se genere, mejoren su grado académico o habilidades para buscar una oferta de trabajo formal.

El tema migratorio no es algo que Canadá se tome a la ligera, por lo que la protección de los ciudadanos es vital; existe el *Immigration and Refugee Protection Act*, que es la base jurídica que fundamenta la protección de los migrantes en el país. En ella se menciona la importancia de enriquecer y permitir la entrada de migrantes al país en beneficio de toda la sociedad canadiense; de igual manera, habla de la protección e importancia de las personas migrantes que están buscando aplicar para una solicitud de reconocimiento de la condición de refugiado. Esta parte del sistema es un punto fundamental, ya que, a través del mismo, demuestra su compromiso con el esfuerzo internacional para proveer ayuda humanitaria internacional. (Minister of Justice, 2020)

Aunado a ello, cabe mencionar que el gobierno canadiense impulsa a su ciudadanía a salir del país y radicar en otras partes del mundo, sin emprender esfuerzos para el retorno a su país de origen; por el contrario, ha desarrollado una serie de acuerdos y tratados internacionales para beneficiar la estancia o permanencia en los países receptores.

3.2.4 JAPÓN

Conforme a las zonas establecidas por los ODS, se posiciona en la región de Asia Oriental y Suroriental. Su superficie es de 377, 915 km²; administrativamente el país está dividido en 47 prefecturas y cuenta con una población total de 125 millones 585 mil habitantes hasta 2022, según los datos proporcionados por la ONU.

Según el IES, se encuentra dentro del primer grupo de países más envejecidos, ocupando el lugar 201 dentro de esta lista, lo que lo convierte en el país más viejo de todos. De acuerdo con los datos proporcionados por la ONU, los adultos mayores representan actualmente el 28% de su población total con poco más de 35 millones 523 mil personas en ese rango de edad; sin embargo, según las proyecciones de la ONU, se espera que para 2050 esa proporción cambie, llegando a representar un 38% de su población.

Japón está atravesando por una severa crisis de fecundidad con cifras que han ido cayendo desde finales de 1970; durante el 2019 se registraron 518,590 (Zaugg & Kobayashi, 2019) nacimientos mientras que en 2018 hubo 918,397 nacimientos. Esta caída está sucediendo más pronto de lo que esperaba el gobierno, por lo que ha comenzado a implementar ciertas medidas para aumentar esta tasa: de acuerdo con *The Economist Intelligence Unit* (2018), el gobierno se ha puesto la meta de aumentar la población a una tasa de 1.8% mediante la aplicación de políticas que beneficien el desarrollo de la familia enfocadas al aumento de embarazos, cuidado infantil, equilibrio entre trabajo y vida personal y desarrollo de la juventud.

El gobierno japonés tiene una tarea muy importante al intentar cambiar tradiciones que actualmente contrastan con la urgencia del desarrollo poblacional, como el papel que tiene la mujer dentro de la sociedad, la necesidad de primero casarse para después formar una familia y la adaptación de un modelo tradicional a la vida actual. Si bien el envejecimiento en este país se suscitó años atrás –debido en gran parte al incremento de la expectativa de vida y las altas bajas de fecundidad que maneja–, dicho fenómeno ha traído consigo un crecimiento negativo de la población y ha provocado que en los últimos años haya una preocupación creciente en torno a la estructura y dinámica de la población japonesa.

Lo anterior se debe a que algunas proyecciones han llegado a estimar que, de seguir con el ritmo de crecimiento actual, la población japonesa podría extinguirse en las próximas décadas. No obstante, no sólo se tiene una preocupación latente por las bajas tasas de natalidad, sino la pobreza que acarreará entre las personas mayores, pues los gastos recaerán en rubros como la alimentación. Aunado a ello, se dará una disminución progresiva en los ingresos destinados al mantenimiento de los fondos de pensiones y la seguridad social y, por consiguiente, la economía será más débil (Yakupitiyage, 2019).

El gobierno japonés se ha preocupado por implementar políticas públicas para responder a las necesidades de este sector de la población, pero ha fallado en identificarlas. En 2006 se realizó el cuestionario *Kihon*, que buscaba identificar a personas de alto riesgo para inscribirlas en un programa de atención y prevención de enfermedades; basado en los resultados obtenidos, sólo el 5% de la población total envejecida se había identificado como beneficiaria de estos programas.

En 2014, en el mismo ejercicio se obtuvo un porcentaje menor: 0.8% de la población se había unido a los programas de prevención cuando se tiene un estimado de 41.5% de la población registrada para tomar consultas regulares. Se cree que la baja participación se debe a la falta de incentivos para participar, así como a las dificultades personales para trasladarse por parte de este sector (Tsuji, Kondo, Kondo, Aida, & Takagi, 2018)

El gobierno japonés buscó incorporar a más personas a sus programas sociales tomando en cuenta la importancia de la comunidad:

En 2015, mediante la reforma de la Ley del Seguro de cuidado a largo plazo (*Longterm Care Insurance Act*). Esta ley se centra en la atención basada en la comunidad y en los determinantes sociales de la salud. La ley y los planes del gobierno para la prevención de los cuidados a largo plazo se inspiran en una intervención de participación social llamada *ikoino saron*, que reúne salones para personas mayores de 65 años. (Tsuji, Kondo, Kondo, Aida, & Takagi, 2018)

Como se mencionó anteriormente, Japón es el país más envejecido del mundo, esto se debe principalmente a la alta esperanza de vida que su población posee y a las bajas tasas de fecundidad que maneja y que producen un crecimiento negativo. Además, la preocupación del gobierno japonés por la estructura etaria ha provocado que se tomen distintas políticas al respecto encaminadas a aumentar la tasa de nacimientos y mantener la calidad de vida de la población envejecida.

En cuanto a las políticas enfocadas en la familia y el balance laboral, se han establecido 6 semanas de licencia antes del nacimiento –otorgadas a las trabajadoras que así lo solicitan– y 8 semanas después –de carácter obligatorio–. Además, se establece que las madres pueden regresar al trabajo en la semana 6 sólo si el médico otorga el permiso correspondiente; después de ese periodo pueden aplicar a la licencia de cuidado de niños que extiende el permiso hasta que el infante cumpla un año de edad –con opción a seis meses más si se presenta un caso especial–, conforme a la Ley de Licencia de Cuidado Infantil y Cuidado Familiar (Newsletter, 2017).

Ahora bien, la población envejecida quiere mantenerse activa como fuerza laboral en el país, por lo que el gobierno japonés ha adoptado una serie de medidas para incrementar su participación, las cuales van desde la reforma a la edad de retiro –de 65 años actualmente a más de 70– hasta brindar apoyo a este sector de la población para que pueda encontrar trabajo u otorgar un monto mayor de pensión. Desafortunadamente, existe una brecha entre las necesidades del mercado laboral y las habilidades ofrecidas por la población envejecida, lo que dificulta la inserción de los mismos en el actividades laborales (FP Analytics, 2019b).

El gobierno japonés ha implementado programas de trabajo para adultos mayores desde 2003 con el *Silver Human Resource Center –SHRC–*, que existía desde 1974, mediante el cual se brinda apoyo a este sector a través de capacitaciones gratuitas con la cooperación de varias asociaciones, empresas e instituciones públicas, y además les proporciona ayuda para encontrar trabajo de acuerdo a su experiencia previa (Weiss, Bass, Heimovik , & Oka , 2005).

Con respecto al sistema público de pensiones, se puede resaltar que:

[...] es gestionado como un sistema de apoyo intergeneracional, es decir, la actual generación realiza contribuciones al sistema y, así, se proporcionan fondos de pensiones a personas mayores. Otra característica del sistema es que las personas pueden recibir beneficios por el resto de su vida, con ajustes realizados para compensar el aumento de los salarios y el precio de los bienes. (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014, pág. 25)

La implementación del sistema de pensiones y de seguro médico comenzó desde antes de la Segunda Guerra Mundial y fue hasta el año de 1961 cuando se consiguió la cobertura universal de pensiones y seguro de salud, trayendo consigo un incremento rápido de la esperanza de vida durante este periodo (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014).

En 1973 inició el programa del cuidado de salud gratuito para las personas mayores; no obstante, conforme pasó el tiempo y se dio un crecimiento importante de la población mayor, se fueron incrementando los costos de los cuidados de este grupo etario. Como respuesta, en 1983 se promulgó la Ley de Salud para Personas Mayores, la cual establecía una tasa de copago. Aunado al incremento en los costos en salud, se fue gestando otro problema importante relacionado con las personas de edad avanzada: la hospitalización por largos periodos de tiempo y las difíciles condiciones para proveer de un tratamiento y cuidado en el entorno del hogar. Una de las medidas para sortear los efectos de esta situación fue la creación de facilidades no hospitalarias a través de una estrategia de salud y bienestar para las personas de edad avanzada denominada *Gold Plan*. Además, se promulgó el Acta del Seguro de Cuidados a Largo Plazo (Campbell, 2014).

En 2004, se realizó una reforma al sistema que buscó controlar el aumento de los costos de los seguros asumidos por la generación económicamente activa y estableció un límite a los mismos. Posteriormente, en 2012, las contribuciones a las pensiones por parte del gobierno japonés se establecieron de forma permanente a la mitad (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014). La contraparte privada del sistema de pensiones se compone de aportaciones voluntarias.

Sin embargo, una de las preocupaciones del gobierno es el aislamiento de las personas mayores como resultado de la urbanización del país, lo que muchas veces deviene en *kodokushi* o muerte solitaria. Esta situación trae consigo, a su vez, una serie de problemas sociales como lo son el aumento de personas mayores con depresión o de suicidios. En 2009 tan sólo en Tokio 2,869 personas mayores murieron solas en sus hogares; y, por ello, se implementó a partir de 2013 el programa *Watchover Service*, el cual consiste en brindar apoyo a las personas mayores a través de los trabajadores postales y sus oficinas, monitoreando la salud de estas personas e informando a sus familiares. En 2015 el programa se extendió a todo el país y, además, se hizo una colaboración con IBM y Apple, empresas que donaron equipos para que las personas mayores pudieran agendar sus visitas y permanecer en contacto con sus familiares (FP Analytics, 2019b).

Teniendo esto en mente, el gobierno japonés creó en 2013 un plan de salud llamado *Healthy Japan 21*, el cual se implementará hasta 2022 y tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población en general (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014) –a pesar de la crisis de fecundidad y del envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades– a través de:

1. Extensión de la expectativa de vida saludable y disminución de la disparidad de salud
2. Prevención del comienzo y progresión de los estilos de vida relacionados con enfermedades crónico-degenerativas
3. Mantenimiento y mejoras de funciones para establecer vida social a través de programas
4. Establecimiento de un entorno social donde el individuo saludable es protegido y apoyado
5. Mejoramiento del entorno social y de los estilos de vida a través de la promoción de buenos hábitos nutricionales, dietas, actividad física, ejercicio y salud bucal

Asimismo, destacan las siguientes metas para la población adulta mayor:

Tabla 15. Metas para la población adulta mayor Japón

INDICADORES	DATOS	METAS
Restricción del aumento de los seguros de cuidados a largo plazo de los usuarios	4,520,000 (2012)	6,570,000 (2025)
Incremento en la tasa de identificación de las personas mayores con alto riesgo de bajas en la función cognitiva	0.9% (2009)	10% (2022)
Incremento en el porcentaje de las personas que conocen de los síndromes del aparato locomotor	17.3% (2012)	80% (2022)
Restricción en el incremento de la desnutrición	17.4% (2010)	22% (2022)
Disminución de las personas con dolores de espalda o pies	Hombres 218 Mujeres 291 (2010)	Hombres 200 Mujeres 260 (2022)
Promoción de la participación social	Porcentaje de personas involucradas en cualquier tipo de actividades comunitarias: Hombres 64.0% Mujeres 55.1% (2008)	80% (2022)

Fuente: (Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, 2014)

A pesar de las problemáticas detectadas, se considera que la población japonesa es de las más saludables en el mundo y, también, de las más longevas. Por tanto, el gobierno se ha preocupado por implementar políticas públicas que busquen el bienestar de la población envejecida.

Con respecto al sistema de cuidados, históricamente, el cuidado de los adultos mayores en un hogar era responsabilidad del hijo mayor y se centraba en el cuidado de los hombres, haciendo que las mujeres fungieran como apoyo en las tareas del hogar. Desafortunadamente, el rápido envejecimiento de la población está haciendo que esta tarea se complique cada vez más, pues ha habido un aumento de adultos mayores cuidando adultos mayores: hijos de 60 años se encuentren cuidando a sus padres (Hotta, 2003).

En cuanto a la política de fecundidad, en 1990 se establecieron políticas familiares que abogaban por la disminución de las tasas de fecundidad. Para 2011, se instituyeron políticas encaminadas a equilibrar la vida personal y laboral, el embarazo, parto y crianza, enfocados en el desarrollo de los hijos. Sin embargo, las iniciativas más recientes, en 2016 y 2017, tienen como objetivo incentivar la tasa de fecundidad y a través de ellas se propusieron políticas para que el matrimonio pueda darse desde edad temprana, haya un cuidado infantil en todos los hogares, se cuente con horarios más flexibles en el ámbito laboral, etc. (The Economist Intelligence Unit, 2018)

Respecto al matrimonio, los factores que han influido para que este se lleve a cabo a edades más tardías o no se lleve a cabo son las siguientes [Ogawa, 2007, como se citó en (Raikhola & Kuroki , 2009)]:

1. Las mujeres han tenido mayor acceso a la educación.
2. Ha incrementado masivamente el número de mujeres que trabajan y ganan un salario.
3. Disminución en la tasa de matrimonios arreglados
4. Dificultad de la población joven para independizarse de sus padres
5. Incremento del sexo pre-marital

El gobierno japonés se enfrenta a una nueva fase en donde mujeres independientes buscan desarrollar sus carreras profesionales, por lo cual es importante dar respuesta con políticas que apoyen este desarrollo –sin que frene en el deseo de tener hijos–.

Para el caso de la licencia de los padres, Japón se posiciona como el país que otorga más semanas para el cuidado de los niños y se puede extender hasta que el infante cumpla el primer año sin que el empleador pueda rechazar la solicitud de este permiso. Ahora bien, cabe destacar que, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres, la ley no establece ningún reglamento acerca del pago a los trabajadores, motivo por el cual el seguro social proporciona algunos beneficios que les permitan subsanar el déficit; además, durante este periodo no se paga la prima que corresponde al seguro de pensión social, seguro de salud y cuidados de enfermería (Newsletter, 2017).

Para ayudar a cubrir los gastos del nacimiento, a las mujeres se les otorga una ayuda que consta de 420,000 yenes; este apoyo se llama *Childbirth and Childcare Lump-sum Grant* y se proporciona siempre y cuando estén aseguradas en algún programa. Sin embargo, en el caso de que el bebé nazca con parálisis cerebral, el Sistema de Compensación Obstétrica de Japón, pagará 30 millones de yenes, de los cuales 6 millones serán en una suma global y 24 millones en cuotas pagadas durante un año (Retailing, 2019).

En Japón, el subsidio para niños se llama *Jido Teate* y se otorga a las personas que tengan un hijo de 15 años hasta el 31 de marzo y que se encuentre en tercer grado de secundaria o menos. Según la OCDE (2018) la cantidad se otorga dependiendo del grado de estudios en que se encuentre el infante, quedando de la siguiente manera: 15,000 yenes para los menores de 3 años, 10,000 yenes de los 3 años a la finalización de la escuela elemental y 10,000 yenes para los que se encuentran en la secundaria. De igual manera, se cuenta con un subsidio de manutención infantil o *Jido Ikusei Teate*, el cual se divide en dos: padres solteros –a quienes se otorgan 13,500 yenes por hijo– y niños con discapacidades –otorgando 15,500 yenes en estos casos–.

Con respecto a las medidas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, en primer lugar, la edad mínima para casarse según la ley japonesa es de 18 años para los hombres y 16 en el caso de las mujeres –siempre y cuando las personas que cuenten con menos de 20 años tengan la aprobación de sus padres–. Se establece también que personas extranjeras tienen que cubrir la edad legal en su respectivo país para poder casarse dentro de Japón (Japan, U.S Army, 2018).

En cuanto a la salud sexual, Japón pugna por que se dé una educación sexual acorde a las etapas de desarrollo de cada grupo de edad, empezando desde el kínder y manteniéndose hasta la preparatoria; sin embargo, esta medida no se ha traducido en la efectividad de la instrucción impartida en la escuela (Ishiwata, 2011).

En cuanto a la planificación familiar, existe una asociación que desde 1954 ha trabajado con el gobierno para orientar a las personas en este tema (Federation, 2019) y, si bien se ha logrado a la reducción de las muertes infantiles, falta ejecutar mayores esfuerzos por aumentar el número de nacimientos. De hecho, Japón se enfrenta a un problema generalizado de infertilidad en la población cada vez más serio a causa de tabúes que no permiten que la población tenga pleno desarrollo sexual. Se estima que los adolescentes están comenzando a ser sexualmente activos sin necesariamente estar casados, ya que la edad promedio para casarse ha aumentado siendo 30.1 años para hombres y 28.3 años para mujeres (Saotome, 2010), –aun cuando inician su vida sexual entre los 18 y 24 años de edad–.

Adicionalmente, hasta 2010 la población no tenía mucho conocimiento sobre los métodos anticonceptivos básicos. En general, la población se mantiene hermética ante las medidas de control materno: no existe el acceso a la píldora de aborto y si se requiere realizar este procedimiento, sólo puede realizarse en caso de que la vida de la madre corra peligro; además requiere del permiso del padre para realizarse (Mascetti, s.f.).

Una de las soluciones más rápidas para detener el envejecimiento de la población japonesa sería permitir el incremento de los flujos migratorios en el país, lo cual no serviría como una medida para disminuir el promedio de edad, sino que ayudaría a cubrir los espacios disponibles dentro del mercado laboral. A pesar de todas las ventajas que se pueden adquirir de esta política, el gobierno japonés se resiste a abrir sus fronteras.

Menos del 2% (Jack, 2016) de la población total de Japón se compone de migrantes, ya que el gobierno ha aplicado fuertes políticas de cierre de fronteras atendiendo a una posición nacionalista, argumentando que permitir el ingreso de personas extranjeras aumentaría la inseguridad y reforzando el deseo de permanecer como un país de una sola raza (Kyodo, 2005).

La idea de incorporar extranjeros dentro de la población tradicionalmente ha sido rechazada hasta por las propias comunidades nativas; el hecho de que el país sea una isla arraigó la idea aislacionista en la cultura de tal suerte que cualquiera que entrara o saliera del país podía ser castigado con la muerte.

Contrastando con lo anterior, cabe decir que el país no tiene la capacidad poblacional requerida para cubrir la oferta de trabajos disponibles: en mayo de 2018 había 160 trabajos por cada 100 trabajadores. El gobierno se está enfocando en la apertura de plazas para migrar en trabajos que impliquen mano de obra doméstica, ya que estas plazas no quieren ser ocupadas por las personas jóvenes y no pueden ser ocupadas por personas mayores debido tanto a la naturaleza de las actividades que deben realizarse como a las políticas de contratación de las propias empresas. Es por ello que se reformó el esquema de residencias, reduciendo el tiempo mínimo de elegibilidad de 5 años a sólo 1 año de estancia (Parsons & Gilmour, 2018).

Actualmente, se estima que radican aproximadamente 1.28 millones (Lufkin, 2018) de trabajadores extranjeros en todo Japón. El problema al que se enfrenta el gobierno es que la población japonesa está disminuyendo rápidamente y este es otro factor que provoca que se reconfiguren las políticas que facilitarían la apertura de las fronteras a los flujos migratorios. Este detalle hace que la población sea mucho más cerrada en cuanto a la aceptación de extranjeros en la sociedad. Lo anterior presiona al gobierno para que desarrolle programas o políticas de integración. Dichas acciones deben implementarse de manera urgente, pues se estima que, si se aplicaran medidas de total apertura migratoria a partir de 2020, se comenzaría a disminuir el grado de envejecimiento en la población hasta 2050.

De acuerdo con la BBC, en 2018 el primer ministro Shinzo Abe declaró que le gustaría implementar una política migratoria para aceptar a 350,000 trabajadores extranjeros dentro del país en un plazo de 5 años –implementándose en 2019 y terminando en 2025–, provocando una gran controversia dentro del país (BBC, 2018). Con estos programas existe la preocupación generalizada de que los trabajadores inmigrantes que pudieran llegar abarroten las ciudades, dejando olvidadas las comunidades rurales donde son más necesitados (MPI, 2020).

3.3 COMPARATIVO TIPOLOGICO DE POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO

Los cuatro países estudiados en el apartado anterior han sido objeto de una descripción minuciosa, a continuación, se hará una comparación de dichos países utilizando el modelo de Diseño de Sistemas más Similares, en el cual se utilizarán categorías comunes con el fin de obtener un panorama amplio y medible. El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU propone una tipología que engloba la opinión y postura de los países en materia de política poblacional. De hecho, en el capítulo primero mencionamos las políticas que son parte del análisis de la transición demográfica, mismas que se utilizarán como categorías en este apartado para el análisis comparado.

La primera observación se refiere a que todos los países se encuentran en la segunda mitad de la transición demográfica según el IES. Chile, Australia, Canadá y Japón según el *Global AgeWatch Index* mantienen una calidad de vida alta para su población envejecida, cuyas posiciones los sitúan en el primer cuarto del índice.

Los cuatro países realizan transferencias públicas mediante el sistema de pensiones: Japón realiza las mismas de forma intergeneracional, donde las generaciones más jóvenes aportan contribuciones a fondos de pensiones para generaciones de edad más avanzada. Canadá por otra parte mantiene un sistema de ahorro del trabajador, aunque el Estado subsidia programas de apoyo para ayudar con el financiamiento. Australia tiene una sección pública, en él se suman ingresos fiscales generales, aportaciones del 9.5% del salario de los empleados y una parte de contribuciones voluntarias; la parte privada se conforma con contribuciones obligatorias que incluyen fondos corporativos y personales –autogestivos de jubilación—. Chile por último tiene un esquema de ahorro voluntario, aunque con las nuevas reformas han implementado una modalidad en la que el Estado subsidia con aportaciones adicionales las pensiones más bajas (Ver tabla 16).

Tabla 16. Categorías generales de envejecimiento y CTN				
	AUSTRALIA	CANADÁ	CHILE	JAPÓN
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SOCIETAL	164/201	170/201	138/201	201/201
GLOBAL AGEWATCH INDEX	17/96	5/96	21/96	8/96
CUENTAS NACIONALES DE TRANSFERENCIAS	Balance Dual	Transferencias públicas	Transferencias públicas	Transferencias públicas

Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2015b) (ONU, 2019d) (Global AgeWatch Index, 2015)

Tres de los países no tienen políticas de intervención frente al crecimiento de su población, lo anterior puede explicarse ya que en el caso de Japón sí la tiene, pues es el país más envejecido. En el caso canadiense, no existe una urgencia por implementar políticas reactivas, dado que desde finales de la década de los noventa incorporó la visión de la asimilación de la población envejecida mediante políticas preventivas.

Japón, aun siendo el país más envejecido no ha implementado políticas integrales; si el día de hoy abriera su política para recibir migrantes internacionales, tardaría treinta años en aminorar el estado de envejecimiento severo, aun así, es poco probable que abriera sus fronteras ya que por temas culturales se observa que favorecen la idea de incrementar a 70 años la edad de retiro.

Para Australia y Chile el tema de envejecimiento sobresale, pero no es prioritario en la atención, es decir, existen políticas aisladas, pero no acciones conjuntas que garanticen la calidad de vida, el nivel de consumo y la salud de la población envejecida. En Chile las medidas que se establecen no son de observancia obligatoria ni tienen el nivel de ley general, sólo fungen como programas de tipo preventivo (Ver tabla 17).

Tabla 17. Políticas de crecimiento, estructura y distribución				
	AUSTRALIA	CANADÁ	CHILE	JAPÓN
VISIÓN DEL CRECIMIENTO	Satisfactorio, 2011	Demasiado bajo, 2011	Satisfactorio, 2011	Demasiado bajo, 2011
POLÍTICA DE CRECIMIENTO	No intervención, 2015	No intervención, 2015	No intervención, 2015	Elevar, 2015
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE EL TAMAÑO DE LA PEA	Preocupación menor, 2011	Preocupación mayor, 2011	No es una preocupación, 2011	Preocupación mayor, 2011
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	Preocupación mayor, 2015	Preocupación mayor, 2015	Preocupación mayor, 2015	Preocupación mayor, 2015
MEDIDAS ADOPTADAS PARA ENFRENTAR EL ENVEJECIMIENTO ¹	1,2,3,4 2015	Ninguna 2015	3,4 2015	1,2 2015

¹ Medidas adoptadas para enfrentar el envejecimiento [en los últimos cinco años]: (1) elevar la edad mínima de retiro; (2) elevar la contribución de los trabajadores en seguridad social; (3) elevar o introducir pensiones no contributarias para personas envejecidas; (4) promoción de esquemas de ahorro privado para el retiro.

Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2015b) (ONU, 2019d)

Chile es un país sumamente conservador que no ha permitido los avances en educación sexual o de población, la ley de Planificación Familiar tiene ciento dos años de su promulgación, es obsoleta y, a pesar de ello, se encuentra vigente. Dejan de observar los derechos de género adquiridos en el siglo pasado y presente, así como la dinámica actual, fue hasta 2002 que permitieron por ley el derecho de continuar con sus estudios a jóvenes embarazadas. Por lo general, el destino de los beneficios es para la familia como núcleo básico social, observando poco a las personas como individuos o que no se han consolidado como familia; ejemplo de ello es que los jóvenes no reciben atención u orientación de corte médica y sexual si no están acompañados de sus padres o tutores.

Australia ha entendido la ventaja de incentivar el crecimiento familiar, esto con apoyos y beneficios tanto para madres y padres solteros como familiares: bonos por nacimiento o nacimientos múltiples y subsidios especiales a familias numerosas (Ver tabla 18 y figuras 22 y 23).

De este modo, no sólo existe la preocupación por el crecimiento, sino que existe un seguimiento para que sean niños sanos, educados y a salvo de abusos. Es notable que incentiva el crecimiento familiar, combate el embarazo adolescente con políticas, programas y educación obligatoria, respetando la privacidad adolescente y garantizando la protección de datos médicos personales inclusive para su familia próxima.

Por cuanto al caso japonés, desde la parte cultural hay un gran recelo a establecer de manera formal políticas que intervengan en la vida privada y sexual de los individuos. La educación sexual es casi nula y se ha normalizado el uso de anticonceptivos con parejas estables antes que con parejas temporales; esto ha incrementado las infecciones de transmisión sexual y también culturalmente se obliga a llevar a término un embarazo, en caso de optar por un aborto se requiere el consentimiento de la pareja y tiene costo.

Es remarcable que en 50 años no se ha modificado la tasa de uso de anticonceptivos debido a la poca apertura con respecto al tema. En contraste, en Canadá la política progresista ha normalizado a nivel cultural e institucional la educación sexual desde pequeños, no sólo con información de corte biológico, sino incluso psicosocial.

Tabla 18. Fecundidad, salud reproductiva y planificación familiar

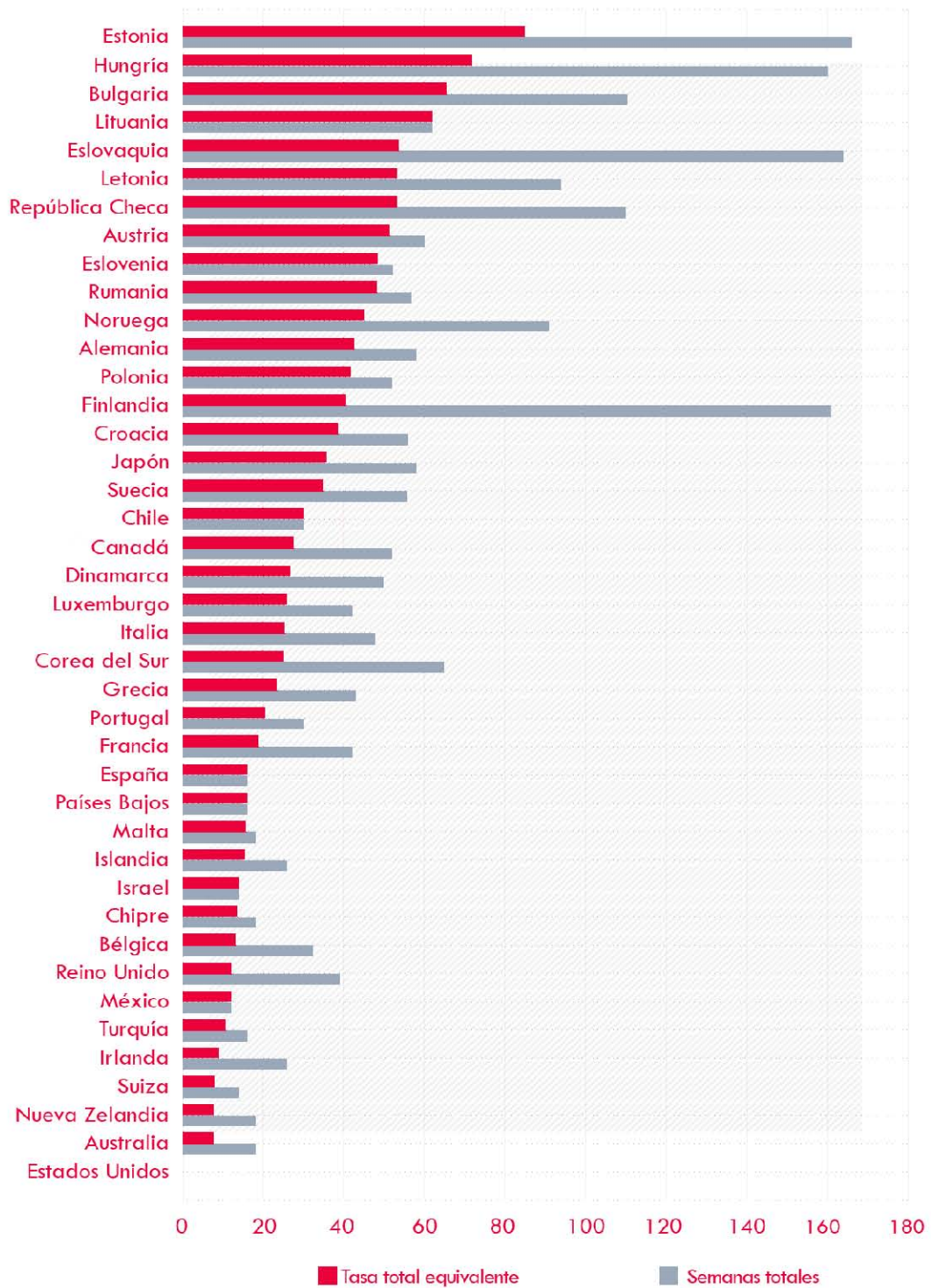
	AUSTRALIA	CANADÁ	CHILE	JAPÓN
VISIÓN DEL NIVEL DE FECUNDIDAD	Muy Baja, 2011	Demasiado bajo, 2011	Satisfactorio, 2011	Muy Baja, 2011
POLÍTICA SOBRE EL NIVEL DE FECUNDIDAD	Elevar, 2011	No intervención, 2015	Elevar, 2015	Elevar, 2015
MEDIDAS ADOPTADAS PARA EL BALANCE FAMILIAR Y LABORAL ¹	1,2,3,5,6,7,8 2015	1,3,5,6,7,8 2015	1,2,3,4,5,8 2015	1,3,5,6,7,8 2015
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Preocupación menor, 2011	Preocupación menor, 2013	Preocupación mayor, 2013	No es una preocupación, 2015
POLÍTICAS PARA REDUCIR EL EMBARAZO ADOLESCENTE	Si, 2011	Si, 2013	Si, 2013	No, 2013
APOYO GUBERNAMENTAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Soporte Indirecto, 2015	Soporte Indirecto, 2015	Soporte Directo, 2015	Soporte Indirecto, 2015
POLÍTICA RESTRICTIVA SOBRE SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS ²	Ninguna, 2015	Ninguna, 2015	Ninguna, 2015	Ninguna, 2015

¹ Medidas adoptadas para el balance familiar y laboral: (1) seguridad laboral en la licencia de maternidad (con o sin pago); (2) seguridad laboral en la licencia de paternidad (con o sin pago); (3) licencia paternal para trabajar desde casa y cuidar a los hijos (con o sin pago); (4) Bono único por nacimiento; (5) Subsidios por hijo o familia; (6) Descuentos fiscales por infante dependiente; (7) horario flexible o de medio tiempo para la madre y padre; (8) subsidios al cuidado infantil.

² Política restrictiva sobre servicios anticonceptivos (1) edad mínima; (2) estado civil; (3) consentimiento parental (para los menores de edad); (4) pastillas de emergencia; (5) esterilización de la mujer; (6) esterilización del hombre.

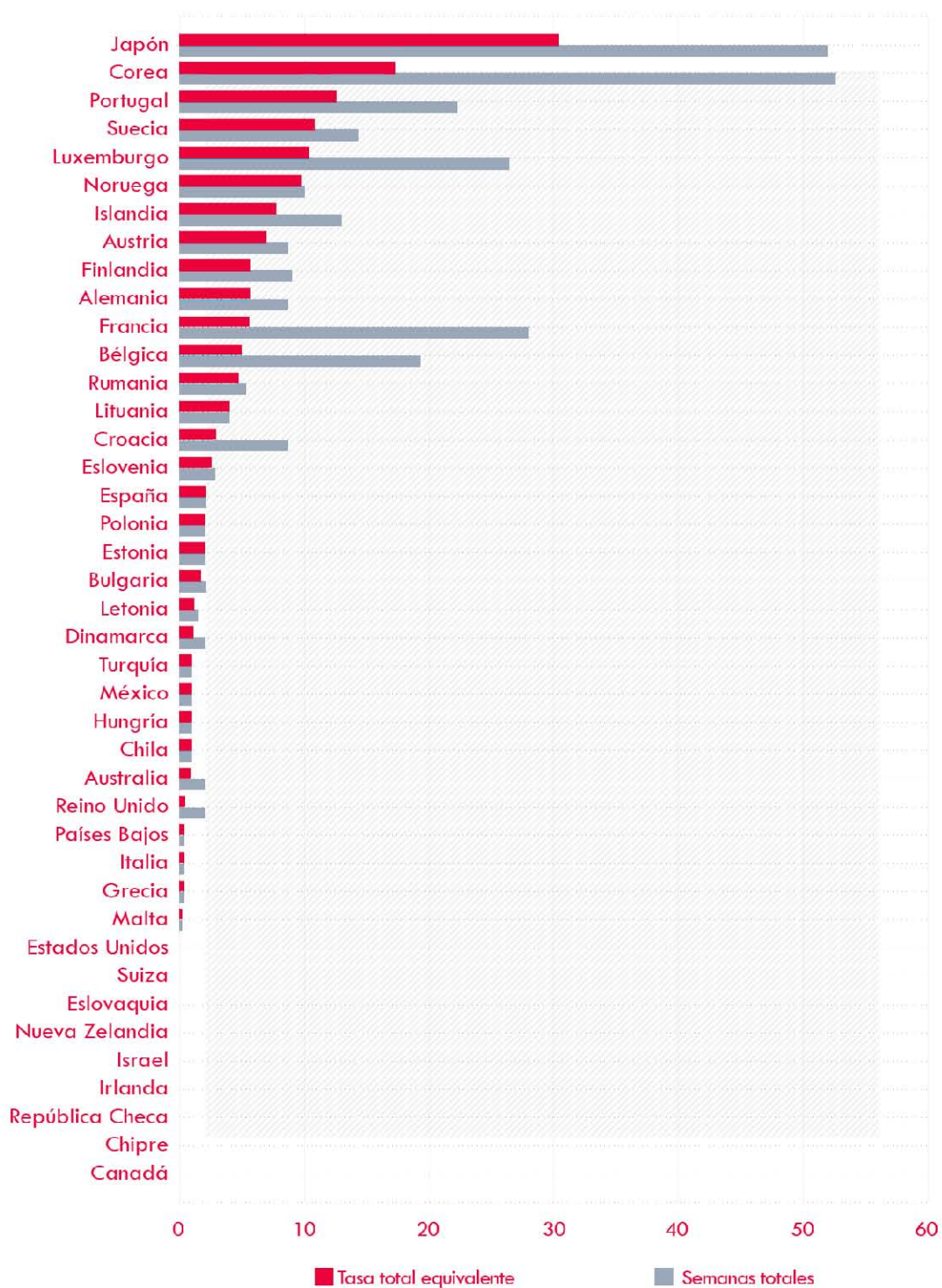
Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2015b) (ONU, 2019d)

Figura 22. Licencia materna en países OCDE, 2016



Fuente: (UNICEF, 2019)

Figura 23. Licencia paterna en países OCDE, 2016



Fuente: (UNICEF, 2019)

Canadá tiene una política que promueve la entrada de migrantes internacionales altamente calificados y Australia comparte esta política; no así Chile y Japón. En el caso de los países latinoamericanos la realidad migratoria se ha impuesto a la normatividad, por ejemplo, la ley chilena que regula este tema sigue vigente desde 1975, aunque se han realizado actualizaciones para permitir la protección y el paso de migrantes por sus territorios. (Ver tabla 19).

Tabla 19. Migración internacional				
	AUSTRALIA	CANADÁ	CHILE	JAPÓN
VISIÓN SOBRE LA MIGRACIÓN	Satisfactorio, 2011	Satisfactorio, 2011	Satisfactorio, 2011	Satisfactorio, 2011
POLÍTICA SOBRE LA MIGRACIÓN	Mantener, 2015	Mantener, 2015	Mantener, 2015	Mantener, 2015
JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE MIGRACIÓN ACTUAL ¹	2,3,4 2015	3,4 2015	3 015	3 2015
POLÍTICA PARA TRABAJADORES DE ALTO CAPITAL CULTURAL	Mantener, 2015	Mantener, 2015	Mantener, 2015	Elevar, 2015
POLÍTICA DE INTEGRACIÓN A NO NACIONALES	Si, 2013	Si, 2013	Si, 2013	No, 2013
MEDIDAS PARA LA INTEGRACIÓN DE INMIGRANTES ²	1,2,3 2015	1,2,3 2015	2,3 2015	Ninguna 2015
POLÍTICA DE NATURALIZACIÓN	Si, 2013	Si, 2013	Si, 2013	Si, 2013
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE LA INMIGRACIÓN IRREGULAR	Preocupación mayor, 2011	Preocupación menor, 2011	Preocupación menor, 2011	Preocupación mayor, 2011
MEDIDAS PARA LA INMIGRACIÓN IRREGULAR ³	1,2 2015	1,2,3 2015	1,2,3 2015	1,2 2015
VISIÓN DE LA EMIGRACIÓN	Satisfactorio, 2011	Satisfactorio, 2011	Satisfactorio, 2011	Satisfactorio, 2011
POLÍTICA DE EMIGRACIÓN	No hay política oficial, 2015	No intervención, 2015	Mantener, 2015	No intervención, 2015
POLÍTICA PARA INCENTIVAR EL RETORNO DE CIUDADANOS	No, 2015	No, 2015	Si, 2015	No, 2015

¹ Justificación de la política de migración actual: (1) para contrarrestar la disminución de la población a largo plazo; (2) para enfrentar el envejecimiento poblacional; (3) para satisfacer las demandas laborales en ciertos sectores de la economía; (4) para salvaguardar las oportunidades de empleo para nacionales.

² Medidas para la integración de inmigrantes: (1) capacitación en habilidades lingüísticas; (2) transferencia de capacidades profesionales; (3) protección contra la discriminación.

³ Medidas para la inmigración irregular: (1) sanciones para empleadores de migrantes en situación irregular; (2) multas, detención o deportación de migrantes en situación irregular; (3) regularización del estatus legal bajo un esquema condicional.

Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2015b) (ONU, 2019d)

4. BUENAS PRÁCTICAS Y ACERCAMIENTO AL ESCENARIO MEXICANO

Conviene recordar que desde el capítulo primero hemos revisado tres categorías de políticas públicas que la ONU ha creado en el reporte bianual *World Population Policies*, mismas categorías que en la sección anterior han sido desglosadas y que clasifican la actuación y percepción de los países estudio de caso que hemos trabajado. Así, hemos establecido las acciones de Chile, Australia, Canadá y Japón respecto al crecimiento, estructura de edades y distribución de la población; fecundidad, salud reproductiva y planificación familiar; y migración internacional. Destacando principalmente en lo que dentro de la primera categoría corresponde a políticas dirigidas directamente a la prevención y atención de la población envejecida. Al respecto haremos primero un breve repaso por la condición mexicana respecto a las políticas de nuestro interés, para contrastar después las mejores prácticas con el caso de México.

4.1 EL CASO MEXICANO

Se posiciona en la región de América Latina y el Caribe. Su superficie es de 1, 972, 550 km², administrativamente está dividida en 32 entidades federales y cuenta con una población total de 131 millones 563 mil habitantes hasta el 2022, según los datos proporcionados por la ONU. De acuerdo al IES, se encuentra dentro del tercer grupo de países más envejecidos, ocupando el lugar 106 dentro de esta lista. Los adultos mayores representan el 7.4% de su población total, con poco más de 9 millones 462 mil de personas en ese rango de edad; según las proyecciones de la ONU, se espera que para 2050 esa proporción cambie llegando a representar el 17% de la población, es decir, más del doble del actual (ONU, 2019c).

En México se han formulado diferentes leyes y normas, la Primera y Segunda Ley de Población de 1936 y 1947, atendían la necesidad de aumentar población, por lo que se enfocaban en el crecimiento natural de la población y, poco después, en la aceptación de migrantes. Lo anterior se logró mediante la reducción del nivel de mortalidad, mejora de las condiciones de salud de madres e hijos, poco control anticonceptivo, etc.

En 1974 se promulgó la tercera Ley de Población, la cual cambió la perspectiva acerca del crecimiento demográfico, pues optó por la planificación y reducción familiar. Debido a que las proyecciones hechas en ese momento indicaban que, de seguir con ese ritmo de crecimiento, para el 2000 México se enfrentaría a un problema de exceso poblacional; con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población se estableció un rumbo distinto, lo que culminó con la creación del Consejo Nacional de Población –CONAPO–, el cual se encarga de la planificación demográfica del país.

Este cambio descansa según Zabala de Cosío (1990) en 4 principios fundamentales:

1. Elaborar una política de población integrada al desarrollo económico y social del país.
2. Promover los derechos individuales para decidir el número de hijos que se desea tener. Además, establece como obligación del Estado el proporcionar información sobre la planificación familiar, así como garantizar la libertad e igualdad.
3. Garantiza la protección de las familias, en donde se incluye la educación, bienestar físico y social.
4. Promover la igualdad de género ante la ley.

Esta política estuvo acompañada de planes sexenales, programas de planificación familiar y programas orientados a la educación sexual. Si bien la tasa de fecundidad disminuyó de 5.33 en 1975 a 2.29 hijos por mujer en 2010 (ONU, 2019b), no existió el cambio estructural que se necesitaba, pues aún con la reducción del número de integrantes por familia la mejora económica que se prometió a la población no fue alcanzada. En adición, esta reducción se logró también gracias a la migración interna, así como la internacional –en especial a Estados Unidos–. A pesar de las reformas que se han hecho de esta Ley, los instrumentos actuales siguen siendo insuficientes para cubrir las nuevas necesidades demográficas, como la elevada tasa de fecundidad adolescente, las marcadas desigualdades sociales, el envejecimiento, la migración interna e internacional, entre otros; retos a los que aún no se encuentra preparado para afrontar, pues no se tienen ni las medidas ni los instrumentos necesarios para tal efecto.

Actualmente, el país comienza el periodo de madurez demográfica, no obstante, la preocupación por el envejecimiento ha estado presente desde finales del siglo pasado, sobre todo en la condición de vida que tendrían las personas mayores y que son consideradas un grupo vulnerable. Por ello, a finales de la década de los setenta se creó el Instituto Nacional de la Senectud –ISEN–. A pesar de ello, el corto alcance que tuvo el programa debido a los escasos recursos financieros, técnicos, humanos con los que contaban obligó en primer lugar a cambiarlo de instancia, pasó del Sector Salud al de Desarrollo Social y, posteriormente, a su reforma y la creación del Instituto de las Personas Adultas Mayores –INAPAM– en 2002, a partir de la promulgación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

No obstante,

[...] hasta el momento el Estado es el único que ha definido el problema, en un principio desde un enfoque de pobreza e integración social, para el cual la respuesta ha girado en torno a brindar servicios de asistencia social. Sin embargo, el avance en el enfoque de las políticas de vejez a nivel internacional, ha puesto el énfasis en los derechos humanos de todos los ciudadanos y en la necesidad de que las sociedades sean amigables e incluyentes.

Este nuevo enfoque está obligando a las instituciones a proponer políticas cada vez más amplias, que (..) requieren la participación de otros actores interesados en el tema como los institutos de investigación y las instituciones académicas, que cuentan con personal con los conocimientos relacionados con el proceso de envejecimiento, la etapa de la vejez y la problemática de los adultos mayores, con ello se podrá dar soporte a las acciones; otro actor fundamental son las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones privadas dedicadas a brindar servicios a la vejez, que tienen un conocimiento empírico de los problemas asociados con la vejez y su repercusión en la familia y la comunidad. (Razo-González, 2004, pág. 85)

El próximo aumento poblacional de personas de más de 65 años ha generado preocupación, y que se tomen diferentes medidas para abordar el envejecimiento. Una de ellas se refiere al aumento de la edad mínima para el retiro, la cual cambia dependiendo del sistema al que se pertenezca. En el caso del sector privado, para acceder a una jubilación completa la edad es de 65 años y, con la reforma de 1997 en la Ley del Seguro Social, se necesitaba tener al menos 500 semanas cotizadas; sin embargo, es posible retirarse a partir de los 60 años con una penalización de 5 puntos porcentuales por cada año de retiro anticipado.

Para las personas que trabajan en el sector público, aunque la edad no funge como parámetro clave al momento del retiro, según la Ley del ISSSTE de 2007, el requisito de edad aumentará cada 2 años hasta llegar a la edad de 60 años en 2028, un nivel muy por debajo de la tasa mundial.

Por su parte, el sistema de pensiones de tipo contributivo en México se da en dos esquemas de seguridad social: el que es proporcionado por el Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS– para los trabajadores del sector privado y el que proporciona el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –ISSSTE–. Cada uno tiene una aportación obligatoria para el financiamiento de retiro, cesantía y vejez. En el caso del IMSS, la contribución obligatoria es del 6.5%, del cual 1.25% lo pone en empleado, 3.150% la empresa para cesantía y vejez y 2.0% para el retiro, y un 0.225% el Gobierno Federal. Mientras que en el caso del ISSSTE, hasta 2017 el 6.125% lo ponía el empleado, 5.165% las dependencias y se le sumaba un 5.5% del salario mínimo, y se actualiza trimestralmente (CONSAR, 2018).

En cuanto a las pensiones del tipo no contributivo, el primer programa federal inició en 2007, debido a la popularidad y cobertura mediática que tuvo la implementación de un programa de este tipo en la Ciudad de México en 2001 y que se extendió en otros estados de la república. Este programa recibió el nombre de 70 y más, ya que este fue uno de los requisitos indispensables para que se otorgara dicho beneficio, el cual otorgaba una transferencia de 1,000 pesos bimestrales –500 mensuales– a adultos mayores en localidades de menos de 2,500 habitantes (Juárez, 2018).

La expansión del programa en los años siguientes hizo que en 2013 requiriera una reestructuración –debido al cambio de administración–, en donde se bajó la edad mínima para acceder a este beneficio –65 años– y dentro de las condiciones para obtenerlo se incluyó no tener otro tipo de pensión; el monto de este apoyo fue de 580 pesos mensuales a partir de 2015 (OECD, 2016). No obstante, con el cambio de gobierno en 2018, el nombre del programa cambió a *Bienestar de las Personas Adultas Mayores* y se otorga en términos generales a personas adultas mayores de 68 años. El monto que reciben es de 1,275 pesos mensuales, los cuales son entregados bimestralmente (Secretaría de Bienestar , 2019).

Dado que en México ha cambiado el sistema de pensiones en los últimos años, se volvió necesario implementar nuevas formas de promover el ahorro privado para la jubilación. De hecho, fue hasta 2005 cuando los trabajadores independientes pudieron ahorrar en una *Administradora de Fondos para el Retiro –AFORE–*; sin embargo, la desinformación y la desconfianza han provocado que los trabajadores mexicanos no tengan previsión sobre su retiro.

Los retos a los que se enfrentará el país en los próximos años ha provocado que el Gobierno estimule el ahorro voluntario tanto para las personas que aún cuentan con un esquema de pensión como para las que no, como una forma de subsanar el déficit que se presentará en los próximos años. Entre las opciones para fomentar el ahorro se encuentran: las contribuciones complementarias, las contribuciones voluntarias de largo plazo y las contribuciones de cuentas especiales (OECD, 2016), es decir, las que escoge el trabajador de acuerdo a sus posibilidades.

En materia de planificación familiar, no hay una política especial para la fecundidad y, a pesar de ello, en los últimos años se ha abogado por su disminución, tal como ha quedado reflejado en los programas de planificación familiar y anticoncepción, la Ley General de Población, entre otros. Además, ha habido una apertura con respecto al uso de anticonceptivos para su regulación, así como el creciente involucramiento de los hombres en la planificación familiar.

En lo referente a las medidas de la familia y el balance laboral, en la Ley del Trabajo el artículo 170 establece que las madres trabajadoras tendrán un descanso de seis semanas antes y seis semanas después del parto. Lo anterior debe de cubrir con ciertos requerimientos para que el permiso sea posible como son la solicitud de la trabajadora, la autorización del médico, etc. Menciona también los casos especiales como la adopción, en los cuales se recibirá un sueldo íntegro. Asimismo, en el periodo de lactancia se darán dos reposos extraordinarios por día de media hora para alimentar a los hijos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019).

Para el caso de los hombres, en el artículo 132 fracción XXVII bis de la misma Ley se establece como obligación del empleador otorgar una licencia de cinco días a los hombres por el nacimiento de sus hijos o la adopción de un niño (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2019). Lo anterior dista del periodo que les es otorgado a las madres que se encuentran en la misma situación y ha provocado que en los últimos años se hayan presentado diferentes iniciativas para ampliar la duración de dicha licencia. No está por demás mencionar que ambos periodos de licencia son considerablemente bajos respecto a otros países de la OCDE.

Hasta 2018 se avaló un permiso laboral para que los padres puedan participar en la educación escolar de sus hijos, pues hay en el país una arraigada creencia patriarcal de que esta responsabilidad es de las madres. Dicha reforma promueve la flexibilidad de la jornada laboral y que los trabajadores no estén obligados a reponer las horas destinadas para ese fin, siempre y cuando se pueda acreditar el uso adecuado de ese permiso. (Senado de la República , 2018).

En 2019 se dio por terminado el programa de Estancias Infantiles, las cuales operaban desde 2007 y se reemplazó por el programa de *Bienestar de las Niñas y los Niños, de Madres Trabajadoras*, en el cual se entregará el apoyo directamente a la madre, padre solo o tutor con el fin de eliminar a los intermediarios y que no haya corrupción en el proceso. El monto que percibirán los padres como ayuda es de 1,600 pesos bimestrales para los niños y niñas de 1 año de edad hasta un día de cumplir 4 años, por un máximo de 3 hijos hogar; y de 3,600 pesos por niños o niñas con discapacidad (Martinez, 2019). Aunque este programa de transferencias es justificado desde el argumento de la corrupción y la eliminación de intermediarios, la realidad es que la medida ha sido especialmente difícil para los hogares uniparentales en particular para aquellos encabezados por mujeres, quienes con 800 pesos mensuales ven limitada –cuando no imposibilitada– la tarea de contratar cuidados para sus hijos y generalmente buscan apoyo familiar, donde la generación que las antecede suele absorber las tareas de cuidados en la figura de sus abuelas y abuelos.

En cuanto al matrimonio infantil, uno de los temas que componen el rubro de *Fecundidad, salud reproductiva y planificación familiar*, ha tomado cada vez más relevancia, pues se ha logrado que en *Códigos Civiles y Familiares* de los distintos estados que componen el país se prohíban los matrimonios antes de los 18 años, como se establece en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en su artículo 45. Veintidós estados establecen la edad mínima para casarse de 18 años para mujeres y hombres sin excepción y dispensa. En ocho estados también los 18 años son la edad mínima, pero establecen que habrá excepciones y dispensas por causas graves y justificadas; mientras que Campeche y Chihuahua establecen el rango de edad de 16 años para el caso de los hombres y 14 para las mujeres (Senado de la República , 2018).

Lo anterior representa un reto para México, dado que a pesar de lo establecido en las leyes en 2015, “se casaron más de 35,000 niñas y adolescentes, lo que lo posicionó en el noveno lugar mundial y cuarto dentro de la región latinoamericana” (Brucio, 2017) además hay una incidencia de 30 veces en las niñas que con menos de 15 años se casan a comparación de los niños, en el caso de los adolescentes de 15 a 17 años

En el artículo 58 sección VIII de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, se establece que se deberá “promover la educación sexual integral conforme a su edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez de las niñas, niños y adolescentes” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018, pág. 56). Sin embargo, en un estudio publicado por el Centro de Investigación en Salud Poblacional concluyó que durante la primaria muy pocos estudiantes recibieron algún tipo de educación sexual en la secundaria y, por su parte, entre una quinta parte y la mitad de los niños confirmaron recibir algún tipo de contenido relacionado con la salud sexual reproductiva; esta tasa descendió en los estudiantes de educación media superior. El estudio menciona también que los temas que más se abordaron son los referentes al uso de condón, prevención del embarazo y protección contra el VIH; mientras que los que menos se tocan tienen que ver con las relaciones y el placer (Rojas , y otros, 2016). Esto muestra que, a pesar de las leyes, en el país no se cuenta con un programa sólido de Educación Sexual Integral –ESI– y carece tanto de contenidos integrales como de métodos de enseñanza que promuevan actitudes y habilidades para el ejercicio integral y eficaz de la sexualidad durante las diferentes etapas de la vida. Será necesaria, además, formación docente con el fin de abordar estos temas de manera competente (Rojas , y otros, 2016).

Por otro lado, la importancia de la planificación familiar en México quedó plasmada en la Ley General de Población de 1970, en la cual se abogaba por la disminución de las tasas de fecundidad; con el paso de los años se orientó a mejorar la salud materno-infantil y después a asegurar los derechos sexuales y reproductivos. Con la finalidad de apoyar esta práctica, en 2013 se publicó un programa de acción en específico, denominado *Planificación familiar y anticoncepción*, el cual comprendía el periodo presidencial de 2012 a 2018. En él se destacaban tres objetivos principales: incrementar el servicio activo de este tipo de programas y de la anticoncepción; mejorar la calidad de atención; atender las necesidades en esta materia en grupos especiales; incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en este proceso (Gobierno de México, 2014).

Actualmente, no hay una política que restrinja los servicios de anticoncepción en el país, esto se debe a que tanto la Ley General de Población como la Norma Oficial Mexicana y la Constitución establecen que la anticoncepción de emergencia, así como los condones femeninos, estarán disponibles para la población general ya que en sus derechos se encuentra disfrutar de una vida sana, responsable y placentera (Billings, Rosas , & Gasman, 2004).

En el último rubro, referente a política de migratoria, ésta se encuentra dentro de la Ley de Migración publicada en 2011 y en el Título Cuarto se establecen las disposiciones, restricciones, condiciones y requisitos del movimiento internacional de personas y las estancias de extranjeros en el territorio nacional. Aunque en 2017, la Secretaría de Gobernación declaraba que en México sólo el 0.8% de la población total correspondía a migrantes internacionales, en los últimos años este porcentaje ha ido incrementando ya que México es considerado un país de paso en el trayecto migrante hacia Estados Unidos. La dura política de este último país, ha generado que, en ciertas zonas del sureste, así como la frontera norte se creen cinturones de tolerancia donde los migrantes se asientan en algunos casos de forma temporal y en otros de manera definitiva.

Ahora bien, aunque en la Constitución y otros tratados internacionales se reconoce que las personas migrantes son titulares de todos los derechos y, por lo tanto, se prohíbe la discriminación basada en el origen, estableciendo la promoción, protección y garantía de los derechos humanos de todas las personas (CONAPRED, 2012), la realidad dista mucho de ser así. Pese a que el gobierno ha “promovido medidas para lograrlo, varias organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, la CNDH y comisiones estatales de derechos humanos siguen documentando violaciones a los derechos de las personas migrantes, en especial las que transitan por México” (SEGOB, 2017).

En cuanto a las políticas para fomentar el retorno de ciudadanos a México, ha habido diversos programas como lo es *Programa Paisano* que, con la finalidad de proporcionar una atención integral a los connacionales que visitan México, establece estrategias de seguridad, orientación y atención para las personas que entran o transitan por el territorio nacional, sobre todo en los periodos vacaciones. Este programa es parte del Instituto Nacional de Migración (*Programa Paisano*, 2019).

Otro de ellos es el programa *Somos mexicanos* que se implementa por el mismo Instituto y que actualmente representa la principal estrategia para asistir a los mexicanos repatriados. Para fortalecer este programa se creó un Fondo de Apoyo a Migrantes, con la finalidad de apoyar a trabajadores migrantes en retorno y que, de esta manera, puedan encontrar una ocupación en el mercado formal, generen ingresos, etc. No obstante, estos programas tienen poca prioridad presupuestal que restringe el tamaño de la población que puede ser beneficiada (Jacobo & Cárdenas, 2018).

Ambos programas hablan de una política general de repatriación pues, aunque la población económicamente activa en México aún es un grupo robusto en la pirámide poblacional, lo cierto es que ésta se concentra en las ciudades, abandonando las actividades económicas primarias por aquellas de servicios. En nuestro caso la distribución del trabajo es inequitativa y las acciones de apoyo al campo escasas y limitadas a transferencias condicionadas antes que a programas técnicos.

4.2 BUENAS PRÁCTICAS INTERNACIONALES, HACIA DÓNDE VIRAR

Las tablas que a continuación se presentan, así como las que retoman cada variable para los estudios de caso, revelan los datos correspondientes que las Naciones Unidas reportan para el caso mexicano, así como las mejores prácticas internacionales de los países que antes examinamos.

Tabla 20. Categorías generales de envejecimiento y CNTs (2015)		
	MÉXICO	MEJOR PRÁCTICA
ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SOCIETAL	106/121	-
GLOBAL AGEWATCH INDEX	33/96	Canadá 5/96
CUENTAS NACIONALES DE TRANSFERENCIAS	Balance Dual	Transferencias públicas

Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2015b) (ONU, 2019d) (Global AgeWatch Index, 2015)

Tabla 21. Políticas de crecimiento, estructura y distribución		
	MÉXICO	MEJOR PRÁCTICA
VISIÓN DEL CRECIMIENTO	Satisfactorio	-
POLÍTICA DE CRECIMIENTO	Mantener	-
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE EL TAMAÑO DE LA PEA	Preocupación mayor	Australia, Canadá y Japón Preocupación mayor
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	Preocupación mayor	Chile, Australia, Canadá y Japón Preocupación mayor
MEDIDAS ADOPTADAS PARA ENFRENTAR EL ENVEJECIMIENTO ¹	2,3,4	Australia 1,2,3,4, 2015

¹ Medidas adoptadas para enfrentar el envejecimiento [en los últimos cinco años]: (1) elevar la edad mínima de retiro; (2) elevar la contribución de los trabajadores en seguridad social; (3) elevar o introducir pensiones no contributivas para personas envejecidas; (4) promoción de esquemas de ahorro privado para el retiro.

Tabla 22. Fecundidad, Salud Reproductiva Y Planificación Familiar

	MÉXICO	MEJOR PRÁCTICA
VISIÓN DEL NIVEL DE FECUNDIDAD	Satisfactorio	-
POLÍTICA SOBRE EL NIVEL DE FECUNDIDAD	Disminuir	En todos los casos la visión es elevar al menos a la tasa de reemplazo
MEDIDAS ADOPTADAS PARA EL BALANCE FAMILIAR Y LABORAL ¹	1,2,3,7,8	1. Todos 2. Chile y Australia 3. Todos 4. Chile 5. Todos. México no. 6. Australia, Canadá y Japón. México no. 7. Australia Canadá y Japón 8. Todos
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Preocupación mayor	Para Australia y Canadá se consideran preocupaciones menores
POLÍTICAS PARA REDUCIR EL EMBARAZO ADOLESCENTE	Si	Chile, Australia y Canadá si tienen políticas para reducir el embarazo adolescente
APOYO GUBERNAMENTAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Soporte Directo	Australia, Canadá y Japón proponen soporte indirecto.
POLÍTICA RESTRICTIVA SOBRE SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS ²	3	Ningún país, salvo México, restringe el acceso a servicios anticonceptivos.

¹ Medidas adoptadas para el balance familiar y laboral: (1) seguridad laboral en la licencia de maternidad (con o sin pago); (2) seguridad laboral en la licencia de paternidad (con o sin pago); (3) licencia paternal para trabajar desde casa y cuidar a los hijos (con o sin pago); (4) Bono único por nacimiento; (5) Subsidios por hijo o familia; (6) Descuentos fiscales por infante dependiente; (7) horario flexible o de medio tiempo para la madre y padre; (8) subsidios al cuidado infantil.

² Política restrictiva sobre servicios anticonceptivos (1) edad mínima; (2) estado civil; (3) consentimiento parental (para los menores de edad); (4) pastillas de emergencia; (5) esterilización de la mujer; (6) esterilización del hombre.

Tabla 23. Migración internacional

	MÉXICO	MEJOR PRÁCTICA
VISIÓN SOBRE LA MIGRACIÓN	Satisfactorio, 2011	-
POLÍTICA SOBRE LA MIGRACIÓN	Mantener, 2015	-
JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE MIGRACIÓN ACTUAL ¹	3 2015	Sólo Australia contempla su política como una medida para enfrentar el envejecimiento poblacional
POLÍTICA PARA TRABAJADORES DE ALTO CAPITAL CULTURAL	Elevar, 2015	Japón Elevar, 2015
POLÍTICA DE INTEGRACIÓN A NO NACIONALES	Si, 2013	Chile, Australia y Canadá Si, 2013
MEDIDAS PARA LA INTEGRACIÓN DE INMIGRANTES ²	1,3 2015	Chile, Australia y Canadá contemplan transferencias de capacidades profesionales. México no.
POLÍTICA DE NATURALIZACIÓN	Si, 2013	Si, 2013
NIVEL DE PREOCUPACIÓN SOBRE LA INMIGRACIÓN IRREGULAR	Preocupación mayor, 2011	-
MEDIDAS PARA LA INMIGRACIÓN IRREGULAR ³	1,2 2015	Chile y Canadá integran a sus medidas, la regularización del estatus legal bajo un esquema condicional.
VISIÓN DE LA EMIGRACIÓN	Muy Alto, 2011	En todos los casos resulta satisfactorio, salvo en México.
POLÍTICA DE EMIGRACIÓN	Baja, 2015	-
POLÍTICA PARA INCENTIVAR EL RETORNO DE CIUDADANOS	Si, 2015	Sólo Chile comparte una política de retorno como México.

¹ Justificación de la política de migración actual: (1) para contrarrestar la disminución de la población a largo plazo; (2) para enfrentar el envejecimiento poblacional; (3) para satisfacer las demandas laborales en ciertos sectores de la economía; (4) para salvaguardar las oportunidades de empleo para nacionales.

² Medidas para la integración de inmigrantes: (1) capacitación en habilidades lingüísticas; (2) transferencia de capacidades profesionales; (3) protección contra la discriminación.

³ Medidas para la inmigración irregular: (1) sanciones para empleadores de migrantes en situación irregular; (2) multas, detención o deportación de migrantes en situación irregular; (3) regularización del estatus legal bajo un esquema condicional.

Elaboración propia. Fuente: (ONU, 2015b) (ONU, 2019d)

Es evidente que el envejecimiento en México aún no está en etapas tan avanzadas como las de sus contrapartes, no deja de ser llamativo que para el 2020 el porcentaje de adultos mayores de 65 años era de 7.6% y que para el 2050 esta cifra alcanzará el 17% y seguirá así hasta 2100, donde una tercera parte del total de la población serán adultos mayores con un 31%. (ONU, 2022). Este incremento tendrá impactos en el sistema de salud; la organización de las familias y los hogares; la carga del trabajo de cuidados, que en nuestro país recae principalmente en las mujeres; y los arreglos económicos para financiar la demanda de bienes y consumo.

Respecto a este último rubro, en México:

[...] una tercera parte de la población adulta mayor trabaja para el mercado laboral, con marcadas diferencias entre mujeres y hombres, 19.4% de ellas y 50.8% de ellos. La participación en actividades económicas se reduce conforme aumenta la edad, sin embargo, se observa que dos de cada diez hombres adultos mayores de 80 años y más continúan económicamente activos, lo mismo que 4.7% de las mujeres de esas edades. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015)

A la continuada actividad laboral de personas mayores se suma una condición de vulnerabilidad por género en las mujeres, quienes en el trabajo de cuidados no remunerado se concentra el 62.8% de ellas.

La condición en la que vive actualmente este grupo etario no es la más prometedora, en lo que concierne al retiro y a los arreglos para mantenerse durante ese periodo, México reporta un estado de Balance dual, que como mencionamos consiste en que las personas mayores basan sus ingresos en los derivados de activos, así como en transferencias públicas o privadas. Empero, de acuerdo al Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en México las transferencias netas a las personas mayores son negativas. Es decir, las personas mayores prestan mayor apoyo económico a sus hijos y nietos del que reciben. (ONU, 2022)

Si esta situación se mantiene en nuestro país, el sistema de financiamiento de balance dual que persiste, incrementaría la presión al sistema económico, pues al aumentar la población y por tanto la demanda de activos que requiere, crecería proporcionalmente la carga al sistema de pensiones, servicios de salud e infraestructura, todo ello recayendo en los contribuyentes.

En las lecciones básicas que podemos aprender de los estudios de caso encontramos:

1. La transversalización del envejecimiento con temas de salud, vivienda, educación, trabajo, pensiones, género y desarrollo.
2. Canadá ha establecido un sistema universal de salud y distintos programas preventivos que lo acompañan, en el caso mexicano, aunque se habla de una cobertura universal, los servicios son deficientes, particularmente aquellos que se encuentran en provincia y dan atención a grupos vulnerables.
3. Si bien es una medida impopular, la modificación progresiva en la edad de retiro ha sido implementada en varios países con el argumento del aumento de la esperanza de vida y la presión que se ejerce sobre las generaciones económicamente activas. Este aumento deberá de empatarse con reformas en la salud pública, haciendo del autocuidado y prevención los ejes que ayuden a alcanzar na calidad de vida alta.
4. México tiene un sistema de ahorro mixto donde hay una parte proporcional que pone el Estado, otra el empleador y otra como trabajador, sin embargo, las mejores prácticas suman a estas transferencias el modelo de Balance Integral comprendiendo recursos públicos, privados (ahorro voluntario), activos y un salario. Chile en adición implementa aportaciones adicionales para los trabajadores con las pensiones más bajas.
5. Existe una mayor supervisión y límites a las comisiones y altibajos de las cuentas de ahorro con privados. Así las instituciones financieras otorgan mayor certeza de los ahorros. En adición existen opciones que permiten, al momento de la jubilación, retirar la totalidad de los fondos o establecer pagos mensuales.
6. Uno de los cambios más importantes fue la prevención. En Japón, Canadá y Chile hubo un fenómeno preventivo, no sólo de inversión en infraestructura adecuada a personas mayores de edad, sino incluso de creación de profesiones especializadas en el tratamiento gerontológico y de cuidados al adulto mayor. En su momento se financió la conversión de centros hospitalarios especializados en Neonatología para transformarlos en centros Geriátricos.

7. En materia de salud sexual y reproductiva, Canadá asegura las mejores prácticas al normalizar e institucionalizar la educación sexual desde niños. En México tenemos un atraso cultural, además las políticas sexenales no han logrado vencer un tabú que no es atendido de manera integral y donde queda pendiente el tema de equidad de género. Lo anterior se observa, por ejemplo, en los límites de edad para contraer matrimonio, si bien en 22 estados se permite a partir de los 18 para ambos sexos, en 8 se pueden casar antes de los 18 si lo dicta un juez y en Campeche y Chihuahua se establece que pueden casarse los hombres desde los 16 y las mujeres desde los 14 sin consentimiento parental, aunque existen estas restricciones, en 2015 se casaron más de 35 mil niñas y adolescentes, lo que posiciona a México en el noveno lugar mundial y cuarto latinoamericano, esto es, hay una incidencia 30 veces mayor para matrimonios de niñas de menos de quince años que para varones de ese mismo grupo etario; y de seis veces en el caso de los adolescentes que van de 15 a 17.
8. Canadá y Australia comparten una política que promueve a entrada de migrantes internacionales, no así nuestro país, que ha definido sus políticas en la medida en la que éstas empatan con los objetivos migratorios de Estados Unidos.

Este texto es sólo una mirada a la transición demográfica y en envejecimiento que viene para cada sociedad. Si bien los textos difieren en la magnitud del problema, todos coinciden en que, de proseguir con muchas de las políticas actuales, no sólo no se alcanzarán a cubrir la totalidad de los derechos de las personas mayores, sino que estarán en mayor vulnerabilidad que en la que se encuentran hoy. Y su incremento sólo habrá de aumentar la presión en la economía de los países. Es un tema que reviste de importancia desde lo económico, social, político y humanitario que deberá ser atendido tarde o temprano.

CONCLUSIONES

Con todo y estar enfrentando como humanidad la pandemia de mayores proporciones que recuerden las generaciones vivas, la población mundial ha rebasado los 8 mil millones y aunque en estamos creciendo a tasas más lentas que en el siglo pasado, en términos reales alcanzaremos casi los 10 mil millones en las siguientes ocho décadas. Las regiones donde se observará con mayor claridad el incremento de la población es en las regiones en desarrollo y particularmente en países menos desarrollados, ejemplo de ello son los países que registrarán el mayor crecimiento: India, China, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, Etiopía, Tanzania, Indonesia, Egipto y Estados Unidos de América.

Para la región de África Subsahariana este crecimiento significa el aumento en más de mil millones de personas en las próximas tres décadas, esa suma significa casi la mitad del crecimiento total global y esa población se estima continúe su ampliación hacia 2100, el resto de las regiones verá su auge y declive antes del fin de siglo. En el caso de los cuarenta y siete países menos desarrollados, así como las Islas Pequeñas en Desarrollo su población crecerá a mayor velocidad, algunos de ellos duplicando incluso su población en los siguientes treinta años. Esto generará una presión adicional que debe ser considerada en la formulación de políticas que aprovechen en crecimiento poblacional antes que el mismo los supere.

Globalmente, el paulatino decrecimiento de la fecundidad y el aumento de la longevidad generalizado suponen el envejecimiento de la población virtualmente en todas las sociedades del mundo. Para este año hay 703 millones de personas mayores de 65 años, así la expansión de la población sumada a su envejecimiento supone aprovechar según el caso las oportunidades demográficas a través de la inversión en capital humano y la creación de oportunidades de empleo productivo; y para las sociedades que se encuentran más avanzadas en la transición demográfica, éstas deberán asegurar los programas necesarios para asegurar la calidad de vida, así como un esquema de financiamiento al consumo de personas mayores, lo suficientemente equilibrado en sus fuentes de ingreso para soportar la presión de un sistema que tenderá a aumentar la base de personas mayores de 65 años e incluso de la población superenvejecida de más de 80 años.

La manera en que cada país enfrente el envejecimiento dependerá de la voluntad política, la disponibilidad de recursos y flexibilidad fiscal que recaude y destine a programas redistributivos y de equidad. De ello dependerá el resultado societal de bienestar o presión.

Tres factores afectarán de manera significativa el resultado mencionado: el primero de ellos es el desarrollo urbano fuera de las ciudades, lo cual tendrá un efecto en el acceso a los recursos, generación de nuevos mercados, empleo, sostenibilidad y desahogo de las megalópolis; Un segundo rubro lo hará la mejora en las condiciones de equidad respecto al género, esto es, promover la equidad de género en el empleo formal compensará la reducción de la PEA por el envejecimiento. Políticas que refuercen la participación de la mujer en el escenario laboral y la toma de decisiones, la flexibilización del empleo y fomento de las tareas compartidas de crianza serán fundamentales en este proceso; por último, la aceptación de la migración como un fenómeno que acompaña a la humanidad y la oportunidad que supone su contribución a los países expulsores y receptores de migrantes. Hacerle frente al tema migratorio y sus temas ríspidos como la pobreza, insalubridad y la falta de acceso a un trabajo digno. Una planeación responsable integrará necesariamente los flujos migratorios.

Cada región tiene sus retos y particularidades. Para el África Subsahariana el reto será el balance entre el incremento de la población al doble y el ineficiente sistema de pensiones, cuya poca contribución social deriva en un esquema de ingresos en la vejez por transferencias públicas cuya cobertura no supera el 22% de la población retirada. La región África del Norte y Asia Occidental, por otro lado, a pesar de los niveles altos de ingresos, la cobertura de la vejez es baja debido al alto porcentaje de trabajadores migrantes, a la escasez de sistemas de ahorro y a la baja tasa de empleo femenil.

La condición de Asia Central y del Sur es la escasa cobertura de seguridad social que llega tan sólo al 26% del grupo en cuestión, a penas arriba que en la región subsahariana. Las más afectadas en ello son más mujeres debido a su poca participación en el sector laboral y sobre todo en el ámbito formal. Para el caso de Asia Oriental y Suroriental, el sistema de pensiones resulta también insuficiente, lo cual ha orillado a la población envejecida rural a autoemplearse, esta cifra alcanza al 90% del grupo etario. La generación de activos, así como el fortalecimiento de la cobertura a grupos rurales y vulnerables es el reto a alcanzar en la región.

América Latina y el Caribe sigue en algunos sentidos de las carencias de otras regiones, la cobertura de seguridad social es baja en muchos países y esta condición se agudiza con la baja proporción de gasto destinado al rubro. Para alcanzar a financiar el consumo, los adultos mayores tienden a ingresar al mercado laboral que se encuentra sumamente estigmatizado y en el que existen barreras y discriminación para las personas de edad avanzada, en este tema América Latina y Caribe tienen una oportunidad de abrir el abanico de opciones laborales en condiciones formales y dignas. Recordemos que en la mayoría de los países de ingreso medio y bajo, el financiamiento para el consumo en la vejez se compone de transferencias familiares y activos ahorrados, el fortalecimiento de estos y la paulatina migración hacia un esquema balanceado donde las transferencias públicas y el ingreso por trabajo digno sean introducidos aliviará la presión y beneficiará a la población envejecida.

Para las pequeñas islas en Oceanía el envejecimiento demográfico aún no es una prioridad. A diferencia de Australia y Nueva Zelandia para los cuales el tema del envejecimiento está presente hace años con un sistema de financiamiento de balance dual, es decir a través de transferencias públicas y privadas. Australia es considerado un país con políticas robustas que tendrán que ir adecuándose conforme lo requiera su población. En este mismo sentido está la situación de Europa y América del Norte, quienes son los pioneros en temas de envejecimiento y que modelan el mejor sistema asistencial para su población envejecida, sin embargo, el modelo de transferencias públicas se verá presionado conforme aumenta la proporción de mayores de 65 años, en este sentido se ha recomendado revisar el aumento de impuestos y la modificación de la edad de retiro aumentándola un par de años como medidas mínimas para desahogar la presión al sistema.

Los retos globales incluyen eliminar la discriminación relacionada a la edad, las barreras discriminatorias en el empleo formal, el aseguramiento al acceso a protección social por los sectores más vulnerables, facilitar el acceso al microcrédito, incentivar el autoempleo y con particular importancia promover el ahorro durante la vida para asegurar la independencia económica en la vejez. Habrán de introducirse las reformas necesarias para incrementar la edad de retiro conforme aumenta la esperanza de vida por un lado y por el otro fortalecer la cobertura de salud universal con un acceso equitativo a la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, así como a la prevención de aquellas crónicas, evitando o dilatando su aparición en la vida adulta y de edad avanzada.

Respecto al ejercicio comparativo resulta evidente que una mejor condición económica o apremiante condición demográfica como la japonesa no han sido determinantes en el bienestar o en la planeación de los adultos mayores. Los casos paradigmáticos y modelo para nuestro país son Australia y Canadá, particularmente en el sentido de planeación y de integración de los grupos vulnerables como parte cotidiana y no como excepción.

Queda pendiente para una investigación futura dos temas que encontramos de gran interés, el modelo de Análisis de Cuentas de Transferencias Nacionales y su aplicación para observar el ciclo de vida económico de la población y por otro lado la actitud que un país como el nuestro debe adoptar frente a un escenario de envejecimiento donde hoy una de cada cuatro mujeres mayores de cuarenta años son cuidadoras no remuneradas y esta cifra llegará a una de cada dos en 2050. México tiene pendiente la inclusión del género y el envejecimiento como condición dada dentro de cada sector y política que devenga a futuro.



ANEXO REGIONES ODS

Los datos usados a lo largo del texto se han clasificado de acuerdo al planteamiento que hace la ONU en su Composición Geográfica para evaluar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): presenta una categoría geográfica de regiones y macroregiones que luego agrupa en bajo regiones objetivo, es decir, en aquellas que comparten características y metas dentro de los ODS. Presentamos así una lista con los 231 países con los que se elaboró la matriz de datos, de la cuál 201 fueron los agregados al Índice de Envejecimiento Societal. Junto a ellos se encuentran las columnas de la región ODS y subregión. En términos de desarrollo y económicos están también los datos que corresponden a la región más desarrollada y menos desarrollada; así como tres categorías en las que se subdividen las regiones menos desarrolladas, que son: país menos desarrollado; en desarrollo insular; y en desarrollo sin litoral. Por último, se agregan las columnas de ingresos, con las categorías que propone el Banco Mundial de Ingresos Altos – \$12,376 o más–; Ingresos medios que se subdividen en Ingresos medio altos –\$3996-\$12,375– e Ingresos Medio Bajos –\$1,026-\$3,995–; así como por Ingresos Bajos –\$1,025 o menos–.

Ranking IES	País	Región ODS	Subregión	Región más o menos desarrollada	País menos desarrollado	Condiciones del país en desarrollo	Ingresos
10	Burundi	África subsahariana	África Oriental	-	•	Sin Litoral	Bajos
32	Comoros			-	•	Isla	Medio bajos
61	Djibouti			-	•		Medio bajos
46	Eritrea			-	•		Bajos
43	Etiopía			-	•	Sin Litoral	Bajos
24	Kenya			-			Medio bajos
35	Madagascar			-	•		Bajos
18	Malawi			-	•	Sin Litoral	Bajos
136	Mauricio			-		Isla	Medio altos
67	Mayotte			-			-
16	Mozambique			-	•		Bajos
140	Reunión			-			-
40	Rwanda			-	•	Sin Litoral	Bajos
115	Seychelles			-		Isla	Altos
9	Somalia			-	•		Bajos
17	Sudán del Sur			-	•	Sin Litoral	Bajos
5	Uganda			-	•	Sin Litoral	Bajos
27	Tanzania			-	•		Bajos
8	Zambia	-	•	Sin Litoral	Medio bajos		
15	Zimbabwe	-		Sin Litoral	Medio bajos		

Ranking IES	País	Región ODS	Subregión	Región más o menos desarrollada	País menos desarrollado	Condiciones del país en desarrollo	Ingresos		
7	Angola	África subsahariana	África Central	-	•		Medio bajos		
14	Camerún			-				Medio bajos	
1	Rep. Centroatricana			-	•	Sin Litoral	Bajos		
2	Chad			-	•	Sin Litoral	Bajos		
28	Congo			-			Medio bajos		
25	Rep. Dem. del Congo			-	•		Bajos		
26	Guinea Ecuatorial			-			Medio altos		
47	Gabón			-			Medio altos		
39	Santo Tomé y Príncipe			-	•	Isla	Medio bajos		
59	Botswana			-		Sin Litoral	Medio altos		
30	Lesotho			-	•	Sin Litoral	Medio bajos		
38	Namibia		-			Medio altos			
41	Sudáfrica		-			Medio altos			
66	Eswatini		-		Sin Litoral	Medio bajos			
29	Benín		-	•		Bajos			
13	Burkina Faso		-	•	Sin Litoral	Bajos			
77	Cabo Verde		-		Isla	Medio bajos			
12	Côte d'Ivoire		-			Medio bajos			
19	Gambia		-	•		Bajos			
34	Ghana		-			Medio bajos			
20	Guinea		-	•		Bajos			
11	Guinea-Bissau		-	•	Isla	Bajos			
33	Liberia		-	•		Bajos			
6	Malí		-	•	Sin Litoral	Bajos			
36	Mauritania		-	•		Medio bajos			
21	Niger		-	•	Sin Litoral	Bajos			
3	Nigeria		-			Medio bajos			
37	Senegal		-	•		Medio bajos			
4	Sierra Leone		-	•		Bajos			
22	Togo		-	•		Bajos			
104	Argelia		África del Norte y Asia Occidental	África del Norte	-			Medio altos	
87	Egipto				-				Medio bajos
80	Libia				-				Medio altos
109	Marruecos	-						Medio bajos	
42	Sudán	-			•		Medio bajos		
121	Túnez	-					Medio bajos		
58	Sahara Occidental	-					-	-	
135	Armenia	-				Sin Litoral	Medio altos		
101	Azerbaiyán	-				Sin Litoral	Medio altos		
85	Bahrein	-				Isla	Altos		
146	Chipre	-					Altos		
149	Georgia	-		Asia Occidental	-		Medio altos		
45	Iraq	-					Medio altos		
142	Israel	-					Altos		
62	Jordania	-					Medio altos		
89	Kuwait	-					Altos		

Ranking IES	País	Región ODS	Subregión	Región más o menos desarrollada	País menos desarrollado	Condiciones del país en desarrollo	Ingresos		
110	Líbano	África del Norte y Asia Occidental	Asia Occidental	-			Medio altos		
79	Omán			-			Altos		
68	Qatar			-			Altos		
82	Arabia Saudita			-			Altos		
49	Palestina			-			Medio bajos		
63	Siria			-			Bajos		
120	Turquía			-			Medio altos		
60	Emiratos Árabes Unidos			-			Altos		
31	Yemen			-		•	Bajos		
112	Kazajstán			Asia Central y del Sur	Asia Central	-		Sin Litoral	Medio altos
73	Kirguistán	-				Sin Litoral	Medio bajos		
48	Tayikistán	-				Sin Litoral	Bajos		
65	Turkmenistán	-				Sin Litoral	Medio altos		
75	Uzbekistán	-				Sin Litoral	Medio bajos		
23	Afganistán	-			•	Sin Litoral	Bajos		
83	Bangladesh	-			•		Medio bajos		
92	Bhután	-			•	Sin Litoral	Medio bajos		
93	India	-					Medio bajos		
105	Irán	-	Asia del Sur		-			Medio altos	
90	Maldivas	-				Isla	Medio altos		
74	Nepal	-			•	Sin Litoral	Bajos		
56	Pakistán	-						Medio bajos	
132	Sri Lanka	-						Medio altos	
137	China	Asia Oriental y Suroriental	Asia Oriental		-			Medio altos	
172	China, Hong Kong SAR				-				Altos
139	China, Macao SAR				-				Altos
154	China, Taiwán				-				Altos
126	Corea del Norte				-				Bajos
201	Japón			+				Altos	
71	Mongolia			-			Sin Litoral	Medio bajos	
158	Corea del Sur			-				Altos	
95	Brunei Darussalam			-				Altos	
64	Camboya			-		•		Medio bajos	
94	Indonesia		-				Medio bajos		
52	Laos		-		•	Sin Litoral	Medio bajos		
103	Malasia		-				Medio altos		
84	Myanmar		-		•		Medio bajos		
76	Filipinas		-	Sudeste asiático	-			Medio bajos	
143	Singapur		-			Isla	Altos		
141	Tailandia		-					Medio altos	
57	Timor-Leste	-		•	Isla	Medio bajos			
113	Viet Nam	-					Medio bajos		

Ranking IES	País	Región ODS	Subregión	Región más o menos desarrollada	País menos desarrollado	Condiciones del país en desarrollo	Ingresos	
125	Anguila	América Latina y el Caribe	Caribe	-		Isla	-	
	Antigua y Barbuda			-		Isla	Altos	
147	Aruba			-		Isla	Altos	
111	Bahamas			-		Isla	Altos	
162	Barbados			-		Isla	Altos	
	Islas Vírgenes Británicas			-		Isla	Altos	
	Cayman Islands			-		Isla	Altos	
160	Cuba			-		Isla	Medio altos	
167	Curaçao			-		Isla	Altos	
	Dominica			-		Isla	Medio altos	
102	República Dominicana			-		Isla	Medio altos	
123	Granada			-		Isla	Medio altos	
177	Guadalupe			-		Isla	-	
55	Haití			-		•	Isla	Bajos
116	Jamaica			-		Isla	Medio altos	
195	Martinica			-		Isla	-	
	Montserrat			-		Isla		
174	Puerto Rico			-		Isla	Altos	
	Saint-Barthélemy			-			-	
	Saint Kitts y Nevis			-		Isla	Altos	
128	Santa Lucía			-		Isla	Medio altos	
124	San Vicente y las Granadinas			-		Isla	Medio altos	
	Sint Maarten			-		Isla	Altos	
131	Trinidad y Tobago			-		Isla	Altos	
	Islas Turks y Caicos			-		Isla	Altos	
186	Islas Vírgenes			-		Isla	Altos	
78	Belice			-	Centroamérica		Isla	Medio altos
129	Costa Rica			-				Medio altos
108	El Salvador			-				Medio bajos
70	Guatemala			-				Medio altos
72	Honduras			-				Medio bajos
106	México			-				Medio altos
88	Nicaragua			-				Medio bajos
117	Panamá	-				Altos		
134	Argentina	-	Sudamérica			Medio altos		
98	Bolivia	-			Sin Litoral	Medio bajos		
122	Brasil	-				Medio altos		
138	Chile	-				Altos		
118	Colombia	-				Medio altos		
107	Ecuador	-				Medio altos		
96	Guyana Francesa	-				-		
91	Guyana	-				Isla	Medio altos	
97	Paraguay	-				Sin Litoral	Medio altos	
114	Perú	-					Medio altos	
99	Suriname	-				Isla	Medio altos	
150	Uruguay	-					Altos	
100	Venezuela	-				Medio altos		

Ranking IES	País	Región ODS	Subregión	Región más o menos desarrollada	País menos desarrollado	Condiciones del país en desarrollo	Ingresos	
164	Australia	Australia y Nueva Zelandia	Australia y Nueva Zelandia	+			Altos	
163	Nueva Zelandia		Australia y Nueva Zelandia	+			Altos	
81	Fiji	Oceanía	Melanesia	-		Isla	Medio altos	
127	Nueva Caledonia			-		Isla	Altos	
44	Papua Nueva Guinea			-		Isla	Medio bajos	
54	Islas Salomón			-	•	Isla	Medio bajos	
51	Vanuatu			-	•	Isla	Medio bajos	
130	Guam			-		Isla	Altos	
53	Kiribati		-	Micronesia	-	•	Isla	Medio bajos
	Islas Marshall		-			Isla	Medio altos	
50	Micronesia		-			Isla	Medio bajos	
	Nauru		-			Isla	Medio altos	
	Islas Marianas del Norte		-			Isla	Altos	
	Palau		-			Isla	Altos	
	Samoa Americana		-	Polinesia	-		Isla	Medio altos
	Islas Cook		-			Isla	-	
119	Polinesia Francesa		-			Isla	Altos	
	Niue		-			Isla	-	
69	Samoa		-			Isla	Medio altos	
	Tokelau		-				-	
86	Tonga		-		-		Isla	Medio altos
	Tuvalu		-		-	•	Isla	Medio altos
	Islas Wallis y Fortuna	-		-			-	
153	Belarús	Europa y América del Norte	Europa Oriental	+			Medio altos	
192	Bulgaria			+				Medio altos
178	República Checa			+				Altos
175	Hungría			+				Altos
166	Polonia			+				Altos
133	República de Moldova			+			Sin Litoral	Medio bajos
171	Rumania			+				Medio altos
148	Federación de Rusia			+				Medio altos
157	Eslovaquia			+				Altos
159	Ucrania			+				Medio bajos
173	Islas del Canal		+	Norte de Europa				Altos
187	Dinamarca		+					Altos
183	Estonia		+					Altos
	Islas Faroe		+					Altos
196	Finlandia		+					Altos
156	Islandia		+					Altos
151	Irlanda		+					Altos
	Isla del Hombre		+					Altos
185	Letonia		+					Altos
180	Lituania		+					Altos
168	Noruega	+				Altos		
193	Suecia	+				Altos		
176	Reino Unido	+				Altos		

Ranking IES	País	Región ODS	Subregión	Región más o menos desarrollada	País menos desarrollado	Condiciones del país en desarrollo	Ingresos
144	Albania	Europa y América del Norte	Sur de Europa	+			Medio altos
	Andorra			+			Altos
165	Bosnia y Herzegovina			+			Medio altos
190	Croacia			+			Altos
	Gibraltar			+			Altos
197	Grecia			+			Altos
	Santa Sede			+			-
200	Italia			+			Altos
191	Malta			+			Altos
152	Montenegro			+			Medio altos
145	Macedonia del Norte			+		Sin Litoral	Medio altos
199	Portugal			+			Altos
	San Marino			+			Altos
169	Serbia			+			Medio altos
188	Eslovenia			+			Altos
189	España		+			Altos	
182	Austria		Europa Occidental	+			Altos
179	Bélgica			+			Altos
194	Francia			+			Altos
198	Alemania			+			Altos
	Liechtenstein			+			Altos
155	Luxemburgo			+			Altos
	Mónaco			+			Altos
184	Países Bajos			+			Altos
181	Suiza			+			Altos
	Bermuda			+		Isla	Altos
170	Canadá		Norteamérica	+			Altos
	Groenlandia			+			Altos
	San Pierre y Miquelon			+			-
161	Estados Unidos de América			+			Altos

ANEXO ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO SOCIETAL

	Unidad geoeconómica * Países isleños ** Países sin acceso al mar	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
			Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecondidad	Personas de 65+	Dependencia senil
GLOBAL		0.540	1.09	72.28	30.25	2.47	8.75	13.43
REGIONES MÁS DESARROLLADAS		0.770	0.26	79.24	41.48	1.64	18.45	28.32
REGIONES MENOS DESARROLLADAS		0.474	1.26	70.70	28.38	2.59	6.85	10.47
Países menos desarrollados		0.379	2.33	64.66	19.91	4.00	3.55	6.20
País en desarrollo sin litoral		0.418	2.36	65.23	20.01	3.98	3.70	6.49
País insular en desarrollo		0.535	0.91	72.12	29.60	2.45	8.40	12.81
PAÍSES DE INGRESO ALTOS		0.702	0.47	80.87	40.48	1.67	17.55	26.75
PAÍSES DE INGRESO MEDIO		0.488	1.04	71.43	29.94	2.35	7.55	11.31
Países de ingreso medio alto		0.427	0.68	75.49	34.57	1.90	9.85	14.18
Países de ingreso medio bajo		0.541	1.36	68.11	25.98	2.71	5.55	8.63
PAÍSES DE INGRESO BAJO		0.373	2.56	63.44	18.69	4.52	3.30	6.00
ODS ÁFRICA SUBSAHARIANA		0.382	2.65	60.52	18.45	4.72	2.95	5.44
ODS ÁFRICA DEL NORTE Y ASIA OCCIDENTAL		0.483	1.76	73.45	26.44	2.93	5.50	8.63
ODS ASIA CENTRAL Y DEL SUR		0.455	1.21	69.48	26.82	2.41	5.75	8.77
ODS ASIA ORIENTAL Y SURORIENTAL		0.567	0.58	76.26	35.76	1.83	10.55	15.10
ODS AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE		0.569	0.94	75.24	30.05	2.04	8.40	12.50
ODS AUSTRALIA / NUEVA ZELANDIA		0.721	1.21	83.01	37.56	1.84	15.50	23.81
ODS OCEANÍA		0.458	1.77	66.29	22.84	3.46	4.00	6.58
ODS EUROPA Y AMÉRICA DEL NORTE		0.767	0.30	78.53	40.84	1.66	17.50	26.65
ÁFRICA		0.392	2.51	62.66	40.48	4.44	3.45	6.16
África Oriental		0.404	2.67	64.15	18.29	4.43	2.85	5.25
África Central		0.358	3.05	59.36	17.17	5.53	2.80	5.34
África del Sur		0.398	1.39	63.28	26.42	2.50	5.15	7.89
África Occidental		0.364	2.67	57.32	18.04	5.18	2.80	5.20
África del Norte		0.465	1.91	72.27	25.17	3.25	5.50	8.90
ASIA		0.509	0.92	73.28	29.94	2.15	8.20	12.06
Asia Occidental		0.490	1.64	74.57	27.49	2.65	5.50	8.40
Asia Central y del Sur		0.455	1.21	69.48	26.82	2.41	5.75	8.77
Asia Central		0.446	1.64	71.64	26.95	2.75	5.00	7.69
Asia del Sur		0.460	1.20	69.39	26.81	2.40	5.80	8.81
Asia Oriental		0.673	0.40	77.76	38.52	1.65	12.10	17.14
Sudeste asiático		0.490	1.05	72.46	29.50	2.22	6.55	9.70
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE		0.569	0.94	75.24	30.05	2.04	8.40	12.50
Caribe		0.637	0.42	72.53	31.01	2.20	10.00	15.31
Centroamérica		0.487	1.23	74.91	27.36	2.23	6.85	10.48
Sudamérica		0.530	0.87	75.63	31.10	1.95	8.80	13.03
OCEANÍA		0.458	1.37	78.44	32.47	2.36	12.25	19.09
Australia/Nueva Zelandia		0.721	1.21	83.01	37.56	1.84	15.50	23.81
Melanesia		0.444	1.89	65.39	22.46	3.53	3.75	6.15
Micronesia		0.464	0.97	73.14	26.17	2.86	6.20	9.74
Polinesia		0.477	0.50	74.73	27.03	2.76	6.80	10.70
EUROPA		0.768	0.12	78.33	41.99	1.61	18.35	27.92
Europa Oriental		0.725	-0.09	73.75	40.13	1.66	15.80	23.43
Norte de Europa		0.779	0.52	81.02	40.49	1.75	18.50	28.91
Sur de Europa		0.778	-0.11	82.07	44.51	1.37	20.60	31.65
Europa Occidental		0.797	0.42	81.72	43.69	1.68	20.25	31.61
NORTEAMÉRICA		0.734	0.65	79.15	38.24	1.75	15.80	24.03

Regiones geográficas, económicas y de desarrollo

	Unidad geoeconómica * Países isleños ** Países sin acceso al mar	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
			Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecundidad	Personas de 65+	Dependencia senil
1	República Centroafricana**	0.327	1.45	52.67	17.33	4.75	2.80	5.33
2	Chad**	0.329	3.04	53.80	16.26	5.80	2.45	4.91
3	Nigeria	0.339	2.59	54.18	17.96	5.42	2.70	5.12
4	Sierra Leone	0.341	2.13	54.07	19.07	4.32	2.95	5.29
5	Uganda**	0.342	3.59	62.76	16.31	5.01	1.95	3.79
6	Malí**	0.344	2.99	58.71	16.16	5.92	2.50	5.01
7	Angola	0.345	3.29	60.54	16.53	5.55	2.25	4.38
8	Zambia**	0.346	2.93	63.26	17.15	4.66	2.10	3.97
9	Somalia	0.348	2.83	56.94	16.45	6.12	2.85	5.64
10	Burundi**	0.348	3.15	61.03	17.23	5.45	2.25	4.27
11	Guinea-Bissau*	0.349	2.50	57.82	18.64	4.51	2.80	5.06
12	Côte d'Ivoire	0.349	2.55	57.25	18.59	4.68	2.85	5.15
13	Burkina Faso**	0.349	2.87	60.92	17.29	5.23	2.40	4.58
14	Camerún	0.350	2.61	58.77	18.45	4.60	2.70	4.98
15	Zimbabwe**	0.352	1.46	60.83	18.54	3.63	2.90	5.34
16	Mozambique	0.355	2.90	60.05	17.36	4.89	2.90	5.50
17	Sudán del Sur**	0.356	0.87	57.43	18.74	4.74	3.40	6.18
18	Malawi**	0.357	2.66	63.43	17.64	4.25	2.60	4.95
19	Gambia	0.357	2.94	61.54	17.68	5.25	2.60	4.88
20	Guinea	0.358	2.77	61.04	17.58	4.74	2.95	5.50
21	Niger**	0.359	3.82	61.80	15.04	6.95	2.60	5.44
22	Togo	0.359	2.45	60.53	19.07	4.35	2.85	5.12
23	Afganistán**	0.359	2.47	64.28	17.80	4.56	2.55	4.74
24	Kenya	0.361	2.32	66.18	19.50	3.52	2.30	3.99
25	República Democrática del Congo	0.363	3.22	60.21	16.88	5.96	3.00	5.93
26	Guinea Ecuatorial	0.363	3.66	58.25	22.23	4.55	2.45	4.07
27	Tanzania	0.365	2.97	64.84	17.78	4.92	2.55	4.86
28	Congo	0.367	2.56	64.16	19.07	4.45	2.70	4.79
29	Benin	0.370	2.73	61.30	18.51	4.87	3.25	6.00
30	Eswatini**	0.370	0.99	59.31	20.21	3.03	4.00	6.90
31	Yemen	0.374	2.37	66.03	19.68	3.84	2.85	4.99
32	Comoros*	0.374	2.24	63.98	20.04	4.24	3.00	5.22
33	Liberia	0.375	2.46	63.60	19.09	4.35	3.25	5.85
34	Ghana	0.377	2.19	63.65	21.12	3.89	3.05	5.18
35	Madagascar	0.378	2.67	66.49	19.16	4.11	2.95	5.28
36	Mauritania	0.382	2.78	64.61	19.87	4.59	3.15	5.54
37	Senegal	0.383	2.77	67.47	18.29	4.65	3.10	5.73
38	Lesotho**	0.383	0.79	53.51	23.52	3.16	4.85	7.82
39	Santo Tomé y Príncipe*	0.384	1.89	70.05	18.43	4.35	2.95	5.40
40	Rwanda**	0.385	2.61	68.44	19.74	4.10	2.90	5.09
41	Namibia	0.385	1.86	63.02	21.47	3.42	3.65	6.16
42	Sudán	0.386	2.39	64.95	19.28	4.43	3.55	6.38
43	Etiopía**	0.386	2.62	65.97	18.90	4.30	3.50	6.30
44	Papua Nueva Guinea*	0.387	1.97	64.15	21.98	3.59	3.40	5.62
45	Iraq	0.398	2.46	70.37	20.51	3.68	3.25	5.62
46	Eritrea	0.401	1.18	65.74	19.20	4.10	4.45	8.24
47	Gabón	0.402	2.67	66.06	22.43	4.00	3.55	6.00
48	Tayikistán**	0.402	2.41	70.77	22.23	3.61	3.05	5.08
49	Palestina	0.403	2.38	73.82	20.11	3.67	3.10	5.39
50	Micronesia*	0.407	1.10	67.70	23.60	3.08	3.90	6.11

	Unidad geoeconómica * Países isleños ** Países sin acceso al mar	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
			Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecundidad	Personas de 65+	Dependencia senil
51	Vanuatu*	0.408	2.49	70.25	20.93	3.80	3.65	6.37
52	Laos**	0.409	1.53	67.44	23.59	2.70	4.05	6.40
53	Kiribati*	0.409	1.48	67.99	22.68	3.58	3.90	6.41
54	Islas Salomón*	0.413	2.60	72.77	19.74	4.44	3.60	6.40
55	Haití*	0.413	1.28	63.52	23.37	2.96	4.90	7.95
56	Pakistán	0.413	2.05	67.02	22.28	3.55	4.30	7.18
57	Timor-Leste*	0.414	1.94	69.15	20.19	4.10	4.35	7.55
58	Sahara Occidental	0.416	2.54	69.86	27.59	2.41	2.95	4.29
59	Botswana**	0.419	2.07	69.10	23.51	2.89	4.15	6.77
60	Emiratos Árabes Unidos	0.423	1.31	77.75	32.62	1.42	1.10	1.30
61	Djibouti	0.425	1.56	66.54	25.79	2.76	4.50	6.86
62	Jordania	0.425	1.93	74.33	22.95	2.77	3.90	6.24
63	Siria	0.427	-0.56	71.32	24.62	2.84	4.45	6.96
64	Camboya	0.427	1.49	69.44	24.79	2.52	4.50	6.98
65	Turkmenistán**	0.431	1.61	67.98	26.29	2.79	4.45	6.81
66	Sudáfrica	0.433	1.37	63.62	26.99	2.41	5.25	8.02
67	Mayotte	0.435	2.56	79.35	19.54	3.73	4.00	7.11
68	Qatar	0.435	2.32	80.02	31.86	1.88	1.35	1.58
69	Samoa*	0.435	0.50	73.11	21.39	3.90	4.80	8.38
70	Guatemala	0.437	1.95	73.94	22.07	2.90	4.75	7.89
71	Mongolia**	0.437	1.79	69.55	27.63	2.90	4.10	6.21
72	Honduras	0.440	1.67	74.99	23.43	2.49	4.65	7.35
73	Kirguistán**	0.441	1.81	71.18	25.55	3.00	4.50	7.15
74	Nepal**	0.442	1.51	70.31	23.43	1.93	5.65	8.99
75	Uzbekistán**	0.442	1.58	71.53	26.99	2.43	4.45	6.61
76	Filipinas	0.443	1.41	71.04	24.88	2.58	5.05	7.92
77	Cabo Verde*	0.444	1.16	72.70	26.34	2.29	4.65	7.01
78	Belice*	0.444	1.94	74.37	24.57	2.32	4.70	7.29
79	Omán	0.445	3.59	77.53	29.80	2.93	2.40	3.18
80	Libia	0.447	1.36	72.70	27.97	2.25	4.35	6.51
81	Fiji*	0.449	0.63	67.27	27.44	2.79	5.40	8.28
82	Arabia Saudita	0.450	1.86	74.90	30.89	2.34	3.25	4.56
83	Bangladesh	0.451	1.05	72.15	26.65	2.05	5.15	7.73
84	Myanmar	0.452	0.65	66.76	28.22	2.17	5.70	8.42
85	Bahrein*	0.452	4.31	77.10	31.81	2.00	2.50	3.19
86	Tonga*	0.452	0.95	70.74	22.17	3.58	5.95	10.19
87	Egipto	0.453	2.03	71.74	24.44	3.33	5.20	8.53
88	Nicaragua	0.457	1.25	74.15	25.55	2.42	5.25	8.09
89	Kuwait	0.460	2.15	75.33	35.15	2.10	2.55	3.39
90	Maldivas*	0.461	3.45	78.47	29.25	1.88	3.75	4.97
91	Guyana*	0.463	0.49	69.71	25.83	2.47	6.35	9.78
92	Bhután**	0.463	1.17	71.28	26.94	2.00	5.95	8.80
93	India	0.465	1.04	69.27	27.60	2.24	6.10	9.14
94	Indonesia	0.475	1.14	71.41	29.14	2.32	5.85	8.63
95	Brunei Darussalam	0.475	1.06	75.66	31.10	1.85	4.85	6.70
96	Guyana Francesa	0.476	2.70	79.73	24.92	3.36	5.00	7.94
97	Paraguay**	0.477	1.29	74.08	25.50	2.45	6.35	9.91
98	Bolivia**	0.483	1.43	71.08	24.84	2.75	7.15	11.56
99	Suriname*	0.491	0.96	71.49	28.43	2.43	6.85	10.44
100	Venezuela	0.492	-1.13	72.13	28.47	2.28	7.20	11.03

	Unidad geoeconómica * Países isleños ** Países sin acceso al mar	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
			Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecundidad	Personas de 65+	Dependencia senil
101	Azerbaiyán**	0.493	1.05	72.81	31.32	2.08	6.20	8.85
102	República Dominicana*	0.495	1.07	73.81	27.23	2.36	7.00	10.82
103	Malasia	0.499	1.34	75.93	29.22	2.01	6.60	9.51
104	Argelia	0.501	1.98	76.59	27.99	3.05	6.30	9.88
105	Irán	0.502	1.36	76.35	30.83	2.15	6.20	8.91
106	México	0.505	1.13	74.98	28.42	2.14	7.15	10.85
107	Ecuador	0.507	1.69	76.70	27.21	2.44	7.10	10.97
108	El Salvador	0.508	0.50	72.99	26.62	2.05	8.25	12.75
109	Marruecos	0.509	1.26	76.33	28.72	2.42	7.00	10.63
110	Líbano	0.511	0.88	78.82	28.60	2.09	6.90	10.37
111	Bahamas*	0.512	0.99	73.73	31.55	1.76	7.20	10.31
112	Kazajstán**	0.516	1.33	73.23	30.04	2.76	7.35	11.36
113	Viet Nam	0.520	0.98	75.27	31.50	2.06	7.30	10.44
114	Perú	0.530	1.58	76.41	29.24	2.27	8.00	12.22
115	Seychelles*	0.532	0.70	73.29	33.50	2.46	7.65	11.12
116	Jamaica*	0.535	0.48	74.33	29.88	1.99	8.80	13.08
117	Panamá	0.538	1.67	78.24	29.04	2.47	8.05	12.42
118	Colombia	0.539	1.37	77.02	30.39	1.82	8.40	12.27
119	Polinesia Francesa*	0.545	0.56	77.38	32.53	1.95	8.15	11.84
120	Turquía	0.546	1.43	77.31	30.71	2.08	8.45	12.61
121	Túnez	0.546	1.11	76.41	32.07	2.20	8.30	12.23
122	Brasil	0.549	0.78	75.56	32.42	1.74	8.80	12.64
123	Granada*	0.553	0.53	72.39	31.27	2.07	9.70	14.50
124	San Vicente y las Granadinas*	0.554	0.50	72.36	32.25	1.90	9.55	14.16
125	Antigua y Barbuda*	0.558	0.91	76.82	33.27	2.00	8.75	12.67
126	Corea del Norte	0.562	0.47	71.96	34.73	1.91	9.50	13.61
127	Nueva Caledonia*	0.564	1.04	77.28	32.81	1.97	9.05	13.33
128	Santa Lucía*	0.568	0.76	75.99	33.44	1.44	9.75	13.68
129	Costa Rica	0.575	0.99	80.00	32.36	1.76	9.50	13.72
130	Guam*	0.576	0.84	79.77	30.73	2.32	9.70	14.79
131	Trinidad y Tobago*	0.586	0.42	73.31	35.01	1.73	10.60	15.35
132	Sri Lanka	0.588	0.48	76.73	33.11	2.21	10.30	15.76
133	República de Moldova**	0.592	-0.18	71.68	36.60	1.26	11.25	15.50
134	Argentina	0.594	0.96	76.45	31.02	2.27	11.05	17.23
135	Armenia**	0.602	0.26	74.87	34.60	1.76	11.35	16.64
136	Mauricio*	0.605	0.20	74.76	36.51	1.39	11.25	15.90
137	China	0.607	0.46	76.62	37.56	1.69	10.65	14.94
138	Chile	0.620	1.24	79.96	34.59	1.65	11.40	16.63
139	China, Macao SAR	0.623	1.51	84.04	38.41	1.20	10.30	13.58
140	Reunión	0.632	0.73	80.03	35.20	2.27	11.50	17.72
141	Tailandia	0.633	0.31	76.83	38.98	1.53	11.80	16.61
142	Israel	0.635	1.63	82.74	30.36	3.04	11.80	19.60
143	Singapur*	0.647	0.90	83.39	40.97	1.21	11.20	14.75
144	Albania	0.656	-0.09	78.38	35.65	1.62	13.65	19.99
145	Macedonia del Norte**	0.656	0.04	75.60	38.29	1.50	13.50	19.32
146	Chipre	0.663	0.78	80.75	36.10	1.34	13.60	19.57
147	Aruba*	0.672	0.46	76.08	40.56	1.90	13.35	19.51
148	Federación de Rusia	0.674	0.13	72.29	39.12	1.82	14.55	21.47
149	Georgia	0.680	-0.18	73.52	37.98	2.06	14.80	22.58
150	Uruguay	0.682	0.36	77.70	35.39	1.98	14.80	22.92

	Unidad geoeconómica * Países isleños ** Países sin acceso al mar	IES	CRECIMIENTO		PROYECCIÓN		PERMANENCIA	DEPENDENCIA
			Tasa de crecimiento	Esperanza de Vida	Edad Media	Tasa global de fecundidad	Personas de 65+	Dependencia senil
151	Irlanda	0.687	1.19	82.05	37.37	1.84	13.70	21.07
152	Montenegro	0.687	0.04	76.65	38.23	1.75	14.80	22.09
153	Belarús	0.690	0.02	74.49	39.93	1.71	14.95	21.91
154	China, Taiwán	0.690	0.22	80.19	41.09	1.15	14.15	19.57
155	Luxemburgo	0.698	1.99	82.00	39.50	1.45	14.20	20.32
156	Islandia	0.700	0.66	82.77	36.74	1.77	14.65	22.42
157	Eslovaquia	0.704	0.09	77.31	40.21	1.50	15.35	22.26
158	Corea del Sur	0.706	0.18	82.77	42.26	1.11	14.35	19.78
159	Ucrania	0.706	-0.54	71.82	40.59	1.44	16.30	23.98
160	Cuba*	0.709	0.00	78.69	41.50	1.62	14.95	21.79
161	Estados Unidos de América	0.711	0.62	78.81	37.94	1.78	15.60	23.86
162	Barbados*	0.718	0.14	79.02	39.75	1.62	15.70	23.51
163	Nueva Zelandia	0.720	0.88	82.06	37.62	1.90	15.50	23.95
164	Australia	0.723	1.27	83.20	37.55	1.83	15.55	23.78
165	Bosnia y Herzegovina	0.723	-0.89	77.18	41.89	1.27	16.20	23.56
166	Polonia	0.744	-0.10	78.46	40.70	1.42	17.20	25.52
167	Curaçao*	0.744	0.53	78.63	41.22	1.76	16.50	25.57
168	Noruega	0.752	0.83	82.18	39.50	1.68	16.90	25.84
169	Serbia	0.755	-0.32	75.77	41.06	1.46	18.05	27.21
170	Canadá	0.758	0.93	82.22	40.76	1.53	17.10	25.50
171	Rumania	0.761	-0.70	75.83	42.21	1.62	18.10	27.30
172	China, Hong Kong SAR	0.765	0.85	84.63	43.99	1.33	16.70	23.47
173	Islas del Canal	0.767	1.00	82.84	42.08	1.50	17.20	25.45
174	Puerto Rico*	0.769	-3.34	79.85	41.25	1.22	18.40	28.69
175	Hungría	0.778	-0.24	76.63	42.51	1.49	18.85	28.24
176	Reino Unido	0.781	0.61	81.15	40.24	1.75	18.35	28.59
177	Guadalupe*	0.793	-0.01	81.84	42.81	2.17	17.95	28.68
178	República Checa	0.793	0.20	79.15	42.32	1.64	19.05	29.16
179	Bélgica	0.794	0.53	81.39	41.63	1.71	18.70	29.10
180	Lituania	0.797	-1.48	75.65	43.86	1.67	19.65	30.13
181	Suiza	0.797	0.85	83.56	42.63	1.54	18.55	27.87
182	Austria	0.802	0.74	81.35	43.35	1.53	19.00	28.52
183	Estonia	0.802	0.17	78.46	42.00	1.59	19.60	30.60
184	Países Bajos	0.804	0.23	82.06	42.69	1.66	18.95	29.30
185	Letonia	0.805	-1.15	75.05	43.29	1.72	20.10	31.38
186	Islas Vírgenes*	0.806	-0.10	80.32	41.92	2.05	19.00	31.07
187	Dinamarca	0.811	0.36	80.68	41.95	1.76	19.60	30.72
188	Eslovenia	0.811	0.08	81.08	43.78	1.60	19.35	29.55
189	España	0.813	0.04	83.36	43.67	1.33	19.30	29.25
190	Croacia	0.816	-0.61	78.25	43.70	1.45	20.25	31.08
191	Malta	0.817	0.37	82.29	41.83	1.45	20.05	30.61
192	Bulgaria	0.818	-0.71	74.85	43.99	1.56	20.75	32.04
193	Suecia	0.822	0.67	82.57	40.98	1.85	19.95	31.92
194	Francia	0.824	0.25	82.46	41.79	1.85	19.85	31.89
195	Martinica*	0.848	-0.17	82.27	46.01	1.88	20.25	32.03
196	Finlandia	0.852	0.22	81.64	42.79	1.53	21.40	34.29
197	Grecia	0.856	-0.45	81.98	44.45	1.30	21.55	33.50
198	Alemania	0.861	0.48	81.10	45.82	1.59	21.45	33.03
199	Portugal	0.862	-0.33	81.75	45.03	1.29	21.80	33.68
200	Italia	0.890	-0.04	83.28	46.32	1.33	22.60	35.35
201	Japón	0.996	-0.24	84.43	47.36	1.37	27.20	45.33

REFERENCIAS

- Aboderin, I. A., & Beard, J. R. (2015). Older people's health in sub-Saharan Africa, 385(9968): e9-e11. (Lancet, Editor) doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0)
- African Development Bank Group. (2012). Briefing Notes for AfDB's Long-Term Strategy. Africa's Demographic Trends. African Development Bank Group.
- Age-Well. (2018). The Future of Technology and Aging Research in Canada. Canada: Age-Well.
- Aguilar, C., & Lima, M. (2009). ¿qué son y para qué sirven las políticas públicas? Contribuciones a las Ciencias Sociales.
- Aguilar, L. (2010). Política Pública. Siglo XXI Editores: Ciudad de México.
- Amoateng, A., & Richter, L. (2007). Social and economic context of families and households in South Africa. En A. Amoateng, & L. Richter, Families and households in post-apartheid South Africa. Cape Town: HSRC Press.
- Anckar, C. (2008). On the Applicability of the Most Similar Systems Design and the Most Different Systems Design in Comparative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11, 389-401.
- Anderson, I., & Irava, W. (2017). The Implications of Aging on the Health Systems of the Pacific Islands: Challenges and Opportunities,. Taylor & Francis.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL.
- Arc Centre of Excellence in Population Ageing Research. (2013). Asia in the ageing century: Part I-Population Trends. Arc Centre of Excellence in Population Ageing Research.
- Armas, M. A., & Gómez, G. R. (julio-diciembre de 2016). La evolución demográfica cubana: una mirada desde las teorías transicionales. ¿Dónde estamos? *Novedades en población*, 1-13.
- Australian Bureau of Statistics. (2017). Australian Bureau of Statistics. Recuperado el 03 de junio de 2017, de <http://www.abs.gov.au/>
- Australian Bureau of Statistics. (2019). Obtenido de More girls than boys staying in school: recuperada en octubre 2019 <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4221.0Media%20Release502018?opendocument&tabname=Summary&prodno=4221.0&issue=2018&num=&view=>
- Australian Government. (2001). National Strategy for an Ageing Australia. Canberra: Australian Government.
- Australian Government. (2004). Australia's Demographic Challenges. Canberra: Australian Government.
- Australian Government. (2015). Population Estimates and Projections. Sydney: Australian Government.
- Australian Government. (2019a). Australian Institute of Family Studies. Obtenido de Fertility and family policy in Australia: recuperada en octubre 2019 <https://aifs.gov.au/publications/archived/96>
- Australian Government. (2019b). Department of Health. Obtenido de Campaigns: Consultada en octubre 2019 <https://campaigns.health.gov.au>
- Australian Government. (2019c). Department of Home Affairs. Obtenido de Migration program planning levels: recuperada en octubre 2019 <https://immi.homeaffairs.gov.au/what-we-do/migration-program-planning-levels>
- Australian Government. (2019d). Department of Social Services. Obtenido de Families and Children: recuperada en octubre 2019 <https://www.dss.gov.au/families-and-children>
- Australian Government. (2019e). Department of Social Services. Obtenido de Seniors: Consultado en octubre 2019 <https://www.oecd.org/daf/fin/private-pensions/tax-treatment-pension-plans-country-profiles.pdf>

- Australian Government. (s.f.a). Age requirements. Age pension. Obtenido de Seniors: <https://www.dss.gov.au/seniors/benefits-payments/age-pension>
- Australian Government. (s.f.b). Attorney-General's Department. Obtenido de Getting married: <https://www.ag.gov.au/FamiliesAndMarriage/Marriage/Pages/Getting-married.aspx>
- Australian Women's Health Network. (2019). Women and sexual and reproductive health. AWHN Publication.
- Banco Mundial. (2015a). Esperanza de vida al nacer, total (años). Recuperado el 04 de mayo de 2017, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- Banco Mundial. (2015b). Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer). Recuperado el 04 de mayo de 2017, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>
- Banco Mundial. (2015c). Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas). Recuperado el 04 de mayo de 2017, de Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CDRT.IN?locations=AU&view=chart>
- Banco Mundial. (2015d). Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
- Banco Mundial. (2015e). Tasa de mortalidad, bebés (por cada 1.000 nacidos vivos). Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN>
- Banco Mundial. (2016). Live Longer and Prosper, Aging in East Asia and Pacific. Washington. DC: World Bank.
- Banco Mundial. (2019). Data. Obtenido de Current Expenditure (%of GDP): Consultado en octubre 2019 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- BBC. (10 de Diciembre de 2018). More seniors, more foreigners: How Japan is changing. Obtenido de <https://www.bbc.com/worklife/article/20181210-more-seniors-more-foreigners-how-japan-is-rapidly-changing>
- Belando Montoro, M. (2007). modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e Persoas Maiores*, 77-94.
- Benavides, P. y. (octubre de 2018). Pensiones en Chile: Antecedentes y contornos para una reforma urgente. *Temas de la Agenda Pública*, 13(107).
- Berlin Institute for Population and Development. (2011). *Africa's Demographic Challenges. How a young population can make development possible*. Berlin: Berlin Institute for Population and Development.
- Bertranou, F. (2005). Envejecimiento de la población y los sistemas de protección social en América Latina. En *Consecuencias económicas y sociales del cambio en la estructura de edades*. Ciudad de México: División de Población de las Naciones Unidas y Consejo Nacional de Población de México.
- Billings, D., Rosas, F., & Gasman, N. (2004). En México, sí se puede ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. México: Jesús García.
- Bleha, B., Földházi, E., & Šprocha, B. (2014). *Population projections for Hungary and Slovakia at national, regional and local levels*. Bratislava: INFOSTAT; Hungarian Demographic Research Institute.
- Blöndal, S., & Scarpetta, S. (1998). *The Retirement Decision in OECD Countries*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Bloom, D. E. (marzo de 2016). Convulsión demográfica. *Finanzas & Desarrollo*, 6-11.
- Bohnert, N., Chagnon, J., & Dion, P. (2015). *Population Projections for Canada (2013 to 2063), Provinces and Territories (2013 to 2038)*. Statistics Canada.

- Bongaarts, J., & Bulatao, R. (1999). Completing the Demographic Transition. *Population and Development Review*, 25(3), 515-529.
- Brazilian Institute of Geography and Statistics. (2012). Brazil National Household Sample Survey 2012. Rio de Janeiro: Brazilian Institute of Geography and Statistics.
- Brucio, M. R. (2017). Queremos niñas, no esposas. *TODAS suplemento Mensual*, 28.
- Bulcourf, P., & Cardozo, N. (octubre de 2008). ¿Por qué comparar políticas públicas? *Revista Latinoamericana de Política Comparada*, 1-49.
- Bussolo, M., Koettl, J., & Sinnott, E. (2015). *Golden Aging. Prospects for Healthy, Active and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*. Washington: World Bank Group.
- Cabrero Mendoza, E. (2000). Usos y costumbres en la hechura de las políticas públicas en México. Límites de las 'policy sciences' en contextos cultural y políticamente diferentes. *Gestión y Política Pública*, IX (2).
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. México.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2019). *Ley Federal del Trabajo*. México.
- Campbell, J. (2014). *Long-Term Care Insurance Comes To Japan*. New York: Internacional Longevity Center. doi:10.1057/9781137402639_2
- Cardona, D., & Peláez Enrique. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 335-348.
- CEPAL. (2000). *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad*. Santiago de Chile: CEPAL. Obtenido de 02.
- CEPAL. (2004). *La Dinámica Demográfica en América Latina*. Santiago de Chile: CELADE.
- CEPAL. (2006a). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2006b). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2008a). *Tendencias Demográficas y Protección Social en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- CEPAL. (2008b). *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santo Domingo: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2009). *Guía metodológica: Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. German Agency for Technical Cooperation, CEPAL.
- CEPAL. (2009a). *Guía metodológica: Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. German Agency for Technical Cooperation, CEPAL.
- CEPAL. (Abril de 2009b). *Proyección de Población*. CEPAL.
- CEPAL. (2010). *Demographic trends in Latin America*. CEPAL.
- CEPAL. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe*. Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2015). *Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina 2015*. Santiago: Naciones Unidas.
- Cerda, R. (2008). *Cambios demográficos y sus impactos en Chile*. *Estudios Púlicas* (110).
- Chetty, T., & Faleatua, R. (2015). *Keeping it under the mat: The struggle for sexual and reproductive rights in the Pacific Island region*. Cairo: DAWN Regional Advocacy Tool.
- Cincotta, R. (25 de August de 2010). *The Future of Sub-Saharan Africa's Tentative Fertility Decline*. (W. Center, Ed.) Washington DC.
- Coale, A. (1984). The Demographic Transition. *The Pakistan Development Review*, 23(4), 531-552.
- CONAPRED. (2012). *Proteger los derechos humanos de las personas migrantes: reto múltiple del Estado*. México: CONAPRED.

- Condeza, A., Bastias, G., Valdivia, G., Cheix, C., Barrios, X., Rojas, R., . . . Fernández, F. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. *Cuadernos INFO* (38), 85-104. doi:10.7764/cdi.38.964
- CONSAR. (2018). *Las pensiones en México y en el Mundo*. México: Gobierno de México.
- Das Neves, J. S., & Schneider, S. (1 de diciembre de 2014). *Brazilian Demographic Transition and the Strategic Role of Youth*. *Espace Population Sociétés*, 1-23.
- Davanzo, J., Dogo, H., & Grammich, C. (2011). *Demographic Trends, Policy Influences, and Economic Effects in China and India Through 2025*. National Security Research Division. RAND Corporation.
- Delivorias, A., & Sabbati, G. (2015). EU demographic indicators. Situation, trends and potential challenges. *European Parliamentary Research Service*.
- Demeny, P. (2011). *Population Policy and the Demographic Transition: Performance, Prospects, and Options*. *Population and development review*.
- Demography Division. (2016). *Canadian Demographics at a Glance*. Minister of Industry.
- Department of Family and Community Services. (2001). *Australia's fertility rate: trends and issues*. Canberra: Department of Family and Community Services.
- Department of Statistics of Malaysia. (2016). *Population Projection, Malaysia, 2010-2040*. Putrajaya: Department of Statistics of Malaysia.
- Díaz, L. R. (2016). Los paralogismos de la vejez. 125-140.
- Directorate-General for Research and Innovation. (2014). *Population ageing in Europe. Facts, implications and policies*. Brussels: European Commission.
- Drake, Tom. (2019). *Maple Money*. Obtenido de What is OAS? An overview of the Old Age Security Pension: <https://maplemoney.com/oas-old-age-security/>
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific [ESCAP]. (2017). *Population Ageing in East and North-East Asia*. Incheon: United Nations.
- El-Assai, K., & Fields, D. (2018). *Canada 2040. No immigration versus more immigration*. Ottawa: The Conference Board of Canada.
- ESCAP. (2017). *Addressing the Challenges of Population Ageing in Asia and the Pacific*. Bangkok : United Nations.
- ESCAP. (2017). *Ageing in Asia and the Pacific: Overview*. United Nations.
- European Commission. (2008). *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*. EUROSTAT.
- Family Planning National Office. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights in New Zealand*. Phone: New Zealand.
- Family Planning NSW. (s.f.). *What suits me? Reproductive & Sexual Health*. Obtenido de https://www.fpnsw.org.au/sites/default/files/assets/What_Suits_Me_2017.pdf
- Federation of Canadian Municipalities. (2013). *Canada's aging population. The municipal role in Canada's demographic shift*. Ottawa: Federation of Canadian Municipalities.
- Federation, I. P. (consultado en octubre de 2019). *Japan Family Planning Association, Inc*. Obtenido de <https://www.ippf.org/about-us/member-associations/japan>
- Fernández Pérez, J. L., & Herce San Miguel, J. A. (2009). *Los retos socio-económicos del envejecimiento en España*. Madrid: Afi Consultores de las Administraciones Públicas.
- Ferrer, A., Garnett, P., & W. Craig, R. (2014). *New Directions in Immigration Policy: Canada's Evolving Approach to the Selection of Economic Immigrants*. Canada: The Institute for the Study of Labor (IZA).
- Figuroa, E. (2012). *Política Pública de educación sexual en Chile: Actores y tensión entre el derecho a la información vs. la libertad de elección*. *Revista Chilena de Administración Pública* (19), 105-131.
- Filgueira, F., & Manzi, P. (2017). *Pension and income transfers for old age*. Santiago: United Nations.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío*. Nueva York: Fondo de Población de Naciones Unidas, Naciones Unidas.
- FP Analytics. (2019a). *The Aging Readiness & Competitiveness Report Canada*. Canada. Obtenido de <https://arc.aarpinternational.org/countries/canada>
- FP Analytics. (2019b). *The Aging Readiness & Competitiveness Report Japan*. FP Analytics. Obtenido de <https://arc.aarpinternational.org/countries/japan>
- GAPMINDER. (recuperado en junio 2019 de 2019). *Gapminder*. Obtenido de [Data: https://www.gapminder.org/data/](https://www.gapminder.org/data/)
- Gapminder Org. (2016). *Material gratuito*. Obtenido de <https://www.gapminder.org/>
- García González, J. M. (2015). *Las transformaciones de la longevidad en España de 1910 a 2009*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Giorguli, S. (2009). *Demografía y economía en el México de hoy*. En CONAPO, *Las Políticas de Población en México. Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012* (págs. 267-270). Consejo Nacional de Población.
- Global AgeWatch Index. (2015). *Global AgeWatch Index 2015, Executive Report*. Obtenido de <http://globalagewatch.org/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>
- Gobierno de Chile. (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Obtenido de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/politica-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva-.pdf
- Gobierno de España. (2019). *III Plan África*. Dirección General de Comunicación e Información Diplomática.
- Gobierno de México. (2014). *Planificación Familiar y Anticoncepción*. México: Secretaría de Salud.
- Goldscheider, F., Bernhardt, E., & Lappegård, T. (2015). *The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior*. *Population and Development Review*, 41(2), 207-239.
- González Tachiquín, M. (2005). *El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina*. *Quid Iuris*, 2, 99-118.
- González, T. M. (2005). *El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina*. *Quid Iuris*, 2, 99-118.
- Goujon, A., & K. C., S. (2009). *Pasado, presente y futuro de las tendencias demográficas en España*. En J. Vallés Ferrer, O. Fernández Amador, M. Á. Caraballo Pou, & F. Estapé Rodríguez, *Economía española* (págs. 75-86). España: McGraw-Hill.
- Government of Canada. (2002). *Addressing the challenges and opportunities of ageing in Canada*. Canada.
- Government of Canada. (2014). *Child care in Canada*. Canada: Minister of Industry.
- Government of Canada. (2019). *Canada Pension Plan*. Obtenido de <https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp.html>
- Government of Canada. (2019a). *Employment and Social Development Canada*. Obtenido de recuperado en octubre 2019 <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/government-income-benefits.html>
- Government of Canada. (2019b). *Immigration and citizenship*. Obtenido de recuperado en octubre 2019 <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/new-immigrants/prepare-life-canada/prepare-work/credential-assessment.html>
- Government of Canada. (2020a). *Canada Health Act Annual Report 2018-2019*. Canada: Health Canada.
- Government of Canada. (2020b). *Funding: Employment Assistance for Older Workers*. Obtenido de Recuperado en junio 2020 <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/training-agreements/older-workers.html>

- Government of Canada. (2020c). New Horizons for Seniors Program. Obtenido de Employment and Social Development Canada: Recuperada junio 2020
<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/new-horizons-seniors.html>
- Government of Canada. (s.f.). Canada Pension Plan Post-Retirement Benefit. Obtenido de <https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp/cpp-post-retirement.html>
- Grau, M., & Mateos, A. (2002). Análisis de políticas públicas en España: enfoques y casos. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Groth, H. (2009). Switzerland and its Demography. World Demographic Association.
- Grupo Mileno . (2017). Queremos niñas, no esposas. Complemento editorial Todas.
- Gutiérrez, A. M. (2016). Política de educación sexual en Chile: un camino sinuoso. XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile.
- Guyen, M. U., & Leite, P. (2016). Benefits and Costs of Social Pensions. *Social Protection & labor*, 48.
- Guzmán, J., Rodríguez, J., Martínez, J., Contreras, J., & González, D. (2006). The demography of Latin America and the Caribbean since 1950. *Population*, 61(5/6), 519-576.
- Harper, S. (2011). Demographic Transition: Positioning the Age-structural Change Perspective. *Population Ageing*, 2.
- Health Canada. (2002). Canada Aging Population. Interdepartmental Committee on Ageing and Senior Issues.
- Help Age Internacional. (2014). Global Age Watch. Obtenido de <https://www.helpage.org/global-agewatch/about/about-global-agewatch/#domains>
- Herrera Ponce, M. S. (2007). Individualización social y cambios demográficos: ¿hacia una segunda transición demográfica? Madrid: Siglo XXI.
- Hosman, I., Karsch, M., Klingholz, R., Köhncke, Y., Kröhnert, S., Pietschmann, C., & Sütterlin, S. (2008). *Europe's Demographic Future*. Berlin: Berlin-Institute for Population and Development.
- Hotta, C. (2003). *Issues Related to the Task and Role of Home Care Workers*. Tokyo: The Japan Institute of Labor Policy and Training.
- Hugo, G. (2001). A century of population change in Australia. En *Year book Australia 2001* (págs. 169-210). Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Hugo, G. (2014). *The demographic facts of ageing in Australia: Patterns of growth*. Adelaide: Australian Population and Migration Centre.
- Hussain, A., Cassen, R., & Dyson, T. (2006). *Demographic Transition in Asia and its Consequences*. Institute of Development Studies. Institute of Development Studies.
- ICMER. (2003). Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2008). *Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad*. San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Proyección de Población*. Recuperado el 07 de julio de 2017, de Instituto Nacional de Estadística y Censos. Costa Rica: <http://www.inec.go.cr/>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2008). Chile: *Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020. País y Regiones*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas. Chile.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. México.
- Ishiwata, C. (2011). *Sexual Health Education for School Children in Japan: The timing and contents*.
- Jack, D. (2016). *The Issue of Japan's Aging Population*. Law School International Immersion Program Papers, No. 8.

- Jacobo, M., & Cárdenas, N. (2018). Los retornados: ¿Cómo responder a la diversidad de migrantes mexicanos que regresan de Estados Unidos? México: CIDE.
- Jacobsen, L., Kent, M., Lee, M., & Mather, M. (February de 2011). America's Aging Population. *Population Bulletin*, 66(1), 1-16.
- Jaime, F., Dofour, G., Alessandro, M., & Amaya, P. (2013). *Introducción al Análisis de Políticas Públicas*. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Japan, U.S Army. (2018). *Marriage in Japan*. Camp Zama Legal Assistance Office.
- Johnson Hanks, J. (2008). Demographic Transitions and Modernity. *Annual Review of Anthropology*, 37, 301-315.
- Juárez, L. (2018). Pensiones No Contributivas en México. *Revista de Economía Pública Local*, 80-98.
- Kirk, D. (1996). Demographic Transition Theory. *Population Studies*, 50(3), 361-387.
- Kowal, P., Tower, A., & Byles, J. (2014). Ageing across the Tasman Sea: the demographics and health of older adults in Australia and New Zealand. Geneva: Public Health Association of Australia the demographics and health of older adults in Australia and New Zealand.
- Krockenberger, M. (2015). *Population growth in Australia*. The Australia Institute. The Australia Institute.
- Kyodo. (2005). The Japan Times news. Obtenido de <https://www.japantimes.co.jp/news/2005/10/18/national/aso-says-japan-is-nation-of-one-race/#.XbkaSOhKhPb>
- Lahera, E. (1999). *Introducción a las políticas públicas*. CEPAL.
- Lanzieri, G. (2008). Population in Europe 2007: first results. *Statistics in focus*(81), 11.
- Lee, R. (2003). The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190.
- Lesthaeghe, R. (2010). *The Unfolding Story of the Second Demographic Transition*. Michigan: Population Studies Center.
- Liu, K., & Fisher, W. (2002). *Canadian Physician's Role in Contraception*. Canada: Women's health.
- Liu, Y., & Westelius, N. (2016). The Impact of Demographics on Productivity and Inflation in Japan. International Monetary Fund.
- Lufkin, B. (2018). BBC. Obtenido de Worklife: <https://www.bbc.com/worklife/article/20181210-more-seniors-more-foreigners-how-japan-is-rapidly-changing>
- Martínez, G. (2019). Once Noticias. Obtenido de <https://oncenoticias.tv/nota/a-partir-de-ahora-apoyos-para-guarderias-seran-entregados-directamente-a-padres-de-familia>
- Mascetti, J. (s.f.). Savvy Tokio. Obtenido de <https://savvytokyo.com/abortion-in-japan/>
- Mason, A., & Lee, R. (2001). Intergenerational Transfers and the Older Population. En M. a. Hayward, *Future Directions for the Demography of Ageing* (págs. 187-214). Washington: The National Academic Press.
- May, J. F. (2012). *World Population Policies*. New York: Springer.
- Mc Nicoll, G., Bongaarts, J., & Churchill, E. (2012). *Population and public policy: Essays in Honor of Paul Demeny*. New York: Population Council.
- McDonald, P. (2010). *Australia's Population Policy*. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- McDonald, P. (2019). University of Melbourne. Obtenido de Consultado en octubre 2019 <https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/how-does-australia-manage-population-growth>
- Mendoza, C. (2018). Migración y movilidad de los trabajadores cualificados extranjeros en las empresas en México. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15-47.
- Minister of Justice. (2020). *Immigration and Refugee Protection Act*. Canada: Minister of Justice.
- Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. (2014). *Report of the Study Group for Japan's International Contribution to 'Active Aging'*. International Affairs Division.

- MINSAL. (2018). Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Chile: Gobierno de Chile.
- Montoya Arce, J., & Montes de Oca Vargas, H. (2006). Envejecimiento poblacional en el Estado de México: situación actual y perspectivas futuras. Scielo, 117-146.
- MPI. (20 de febrero de 2020). Japan's Labor Migration Reforms: Breaking with the Past? Obtenido de <https://www.migrationpolicy.org/article/japan-labor-migration-reforms-breaking-past>
- Naohiro, O. (2007). Paper prepared for the International Symposium on Social Policy in Asia. Tokyo.
- Newsletter, A. (2017). Extension of Period for Childcare Leave. Tokyo : Japan Payroll Guide .
- OECD. (2008). Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and User Guide. París. .
- OECD. (2015). The tax treatment of funded private pension plans. OECD and EU country profiles. Obtenido de <https://www.oecd.org/daf/fin/private-pensions/tax-treatment-pension-plans-country-profiles.pdf>
- OECD. (2016). Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México. México: OECD.
- OECD. (2017). Pensions at a Glance 2017: Country Profiles - Australia. Obtenido de <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2017-country-profile-Australia.pdf>
- OECD. (2018). The OECD tax-benefit model for Japan Description of policy rules for 2018. OECD.
- OECD. (2019). Taxing Wages - Australia. Centre for Tax Policy and Administration. Obtenido de <http://www.oecd.org/tax/tax-policy/taxing-wages-australia.pdf>
- OECD. (2008). Handbook on Constructing Composite Indicators. Methodology and User Guide.
- OIJ. (2012). Juventud y Bono demográfico en Iberoamérica. CEPAL.
- ONU. (1999). Long-Range World Population Projections, Based on the 1998 Revision. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- ONU. (2004). La situación demográfica en el mundo. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York: Naciones Unidas.
- ONU. (2005). The Diversity of Changing Population Age Structures in the World. Department of Economic and Social Affairs. Ciudad de México: United Nations.
- ONU. (2009). Population Ageing in the Pacific Islands: A Situation Analysis. Population Found. Suva: United Nations.
- ONU. (2013). Measuring and Analysing the Generational Economy: National Transfer Accounts Manual. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- ONU. (2015a). World Population Ageing. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- ONU. (2015b). World Population Policies 2015. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- ONU. (2015c). World Population Prospects: The 2015 Revision. Department of Economic and Social Affairs. United Nations.
- ONU. (2016). International Migration. Population Division. Recuperado el 2016, de Department of Economic and Social Affairs: <http://www.un.org/en/development/desa/population/index.shtml>
- ONU. (2016). Sub-Saharan Africa's growing population of older persons. Department of Economic and Social Affairs. United Nations.
- ONU. (2018). Promoting Inclusion through Social Protection. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- ONU. (2019a). Department of Economic and Social Affairs. Obtenido de International Migration: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>

- ONU. (2019b). Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. Obtenido de World Population Prospects 2019: <https://population.un.org/wpp/>
- ONU. (2019c). Population Facts 19/4. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- ONU. (2019d). Report on Government Views and Policies. Department of Economic and Social Affairs. United Nations.
- ONU. (2019e). World Population Ageing 2019. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- ONU. (2019f). World Population Prospects 2019: Highlights. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- ONU. (2022). Population Division, World Population Prospects: The 2022 Revision. Obtenido de UN Population Division Data Portal: <https://population.un.org/dataportal/home>
- ONU. (2022a). Manual de cuentas nacionales de transferencia. Medición y análisis de la economía generacional. Santiago: DAES, CEPAL, CELADE.
- Organización Iberoamericana de Juventud [OIJ]. (2012). Juventud y Bono demográfico en Iberoamérica. CEPAL, Naciones Unidas.
- Ortega González, D. (2018). Envejecimiento y trato hacia las personas mayores en Chile: una ruta de la desigualdad persistente. *Sophia Austral* (22), 223-246.
- Osorio, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad- Universidad de Chile* N. 24, 61-75.
- OTIC del Comercio, S. y. (2016). Mercado laboral, adulto mayor y personas próximas a jubilar en Chile: Línea Base y Recomendaciones de Diseño Programático para los Sectores Comercio, Servicios y Turismo, con foco en Mujeres. Facultad de Administración y Economía, 111.
- Parliament of Australia. (2017). Migration to Australia: a quick guide to the statistics. Recuperado el 03 de junio de 2017, de: http://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/
- Parsons, A., & Gilmour, S. (2018). An evaluation of fertility- and migration-based policy responses to Japan's ageing population. Tokyo: Department of Global Health Policy.
- Pincus, J., & Hugo, G. (2012). A Greater Australia: Population, policies and governance. Melbourne: Committee for Economic Development of Australia.
- Piscoff Varas, C., & Monje Reyes, P. (2003). Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública (pág. 13). Panamá: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- PNUD. (2018). Human Development Reports. Obtenido de <http://hdr.undp.org/en/data>
- Productivity Commission. (2013). An Ageing Australia: Preparing for the Future. Melbourne: Australian Government.
- Programa Paisano. (17 de junio de 2019). Gob.mx. Obtenido de <https://www.gob.mx/paisano/articulos/arranca-el-operativo-del-programa-paisano-de-verano-2019>
- Raikhola, P., & Kuroki, Y. (2009). Aging and Elderly Care Practice in Japan: Main Issues, Policy and Program Perspective; What Lessons can be Learned from Japanese Experiences? *Japon: JOUR*. doi:<https://doi.org/10.3126/dsaj.v3i0.2781>
- Rallu, J.-L. (September de 2010). The Demography of Oceania from the 1950s to the 2000s. A Summary of Changes and a Statistical Assesment. *Population*, 9-116.
- Razo-González, A. M. (2004). La política pública de vejez en México. *Revista CONAMED*, 78-85.
- Reher, D. (2011). Economic and Social Implications of the Demographic Transition. En R. Lee, & D. Reher, *Demographic Transition and Its Consequences* (págs. 11-33). New York: Population Council.
- Retailing, F. (2019). Childbirth and Childcare Lump-sum Grant is provided to help cover childbirth expenses. Obtenido de http://www.fr-kenpo.or.jp/eng/member/02_life/203/20301.html#sanka

- Reuters, S. S. (17 de 02 de 2018). Made for minds. Obtenido de <https://www.dw.com/en/top-stories/s-9097>
- Riveros, C., Rodríguez, P., Palomo, R., Alvear, S., Fernández, M., & Arenas, Á. (2017). El maltrato estructural a personas mayores en Chile y la necesidad de formular un índice multidimensional. *Universum*, 163-176.
- Robila, M. (2014). *Handbook of Family Policies Across the Globe*. New York: Springer.
- Rojas, R., de Catro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Bravermant, A., & Uribe, P. (2016). Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. México: Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rubenstein, J. (2014). *The Cultural Landscape: An Introduction to Human Geography*. Oxford, Ohio: Pearson.
- Saad, P., Miller, T., Martínez, C., & Holz, M. (2012). Juventud y Bono demográfico en Iberoamérica. Madrid, España: CEPAL, UNPFA y OIJ.
- Santos, d. C. (1996). Envejecimiento demográfico: diferencias por género. *Reis*, 177-190.
- Saotome, T. (2010). *The Reality of Sexuality for Teenage Girls in Japan*. Department of Obstetrics Gynecology.
- Savic, D. (12 de agosto de 2013). Australia's ageing population. Deloitte.
- Secretaría de Bienestar. (11 de febrero de 2019). Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. Obtenido de <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>
- SEGOB. (2017). *Personas migrantes*. México: CONAPRED.
- Senado de la República. (2018). *Mirada Legislativa*. México.
- Senado de la República. (11 de diciembre de 2018). Senado de la República: Coordinación de Comunicación Social. Obtenido de <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/43120-avalan-permiso-laboral-para-que-padres-participen-en-la-educacion-escolar-de-sus-hijos.html>
- SENAMA. (2005). Definición y Tipificación del maltrato al adulto mayor, en Chile. Chile: Gobierno de Chile.
- SENAMA. (2017). *Envejecimiento Positivo en Chile*. Chile: Gobierno de Chile.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). *Políticas Públicas para las Personas Mayores en Chile*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Shrestha, L., & Heisler, E. (2011). *The Changing Demographic Profile of the United States*. Congressional Research Service. Congressional Research Service.
- SOGC. (2016). *Contraception . Canada : The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*.
- Statistics Canada. (01 de abril de 2017). Quarterly population estimate. Recuperado el 03 de junio de 2017, de Statistics Canada: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/170615/dq170615c-eng.htm?HPA=1&indid=4098-1&indgeo=0>
- Statistics Estonia. (2017). *Population Projections*. Recuperado el 16 de junio de 2017, de Statistics Estonia: <https://www.stat.ee/29910>
- Statistics Korea. (2015). *Population Trends and Projections of the World and Korea*. Statistics Korea.
- Subirats, J. K. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Sunkel, G. (2006). *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Políticas Sociales (120).
- Superintendencia de Seguridad Social. (2016). *Protección a la maternidad en Chile: Evolución del Permiso Postnatal Parental a cinco años de su implementación*. Intendencia de Beneficios Sociales. Departamento de Regímenes Previsionales y Asistenciales.
- Tang, L. (2017). *Canada's Public Pension System Made Simple*. Canada: LMT Press.
- The Conference Board of Canada. (2015). *Federal Policy Action to Support the Health Care Needs of Canada's Ageing Population*. Ottawa: The Conference Board of Canada.
- The Economist Intelligence Unit. (2018). *Fertile ground How can Japan raise its fertility rate?* The Economist Intelligence Unit Ltd.

- Thévenon, O. (septiembre de 2008). Les politiques familiales des pays développés: des modèles contrastés. *Population & Sociétés*, 4.
- Tilly, C. (1978). *Historical Studies of Changing Fertility*. New Jersey: Princeton University Press.
- Torres, L. (2019). La integración de los migrantes en Chile. *Asimilación y retórica multiculturalista. Migraciones Internacionales*, 10.
- Tsuji, T., Kondo, K., Kondo, N., Aida, J., & Takagi, D. (2018). Development of a risk assessment scale predicting incident functional disability among older people: Japan Gerontological Evaluation Study. *Geriatr Gerontol Int*.
- UNDESA. (2017). *Population ageing and sustainable development*. ONU.
- UNESCO. (2012). *Situación Educativa de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- UNESCO. (2014). *UNESCO Education Strategy 2014-2021*. Paris: UNESCO.
- UNFPA. (2012). *Women's Need for Family Planning in Arab Countries*. ONU: United Nations.
- UNFPA. (2016). *Población, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe*. Panamá: Naciones Unidas.
- UNFPA. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Naciones Unidas.
- UNICEF. (2012). *Botswana: Statistics*. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de https://www.unicef.org/infobycountry/botswana_statistics.html
- UNICEF. (2019). *Family-friendly policies in rich countries. How Canada compares*. Toronto: UNICEF Canada.
- United Nations. (2015). *World Population Ageing*. Population Division. New York: United Nations.
- United Nations. (2019). *World Population Prospects*. DESA. UN. Obtenido de population.un.org/wpp/
- UNPFA. (2017). *Ageing in the Arab Region: Statistical Trends and Policy Perspectives*. Department of Economic and Social Affairs. Cairo: United Nations.
- USAID. (2017). *Women's marital statusv contraceptive use, and unmet need in sub-saharan Africa, Latin America, and the Caribbean*. Maryland: United Agency .
- Villalobos Dintrans, P. (2017). *Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE*. *Panama Salud Pública*, 47.
- Weiss, R., Bass, S., Heimovitk, H., & Oka, M. (2005). *Japan's silver human resource centers and participant well-being*. *J Cross Cult Gerontol*.
- Welti Chanes, C. (1997). *Demografía I*. Santiago de Chile: Programa Latinoamericano de Actividades de Población, UNAM.
- Welti Chanes, C. (1998). *Las políticas de ajuste estructural y las políticas de población con referencia a los procesos de envejecimiento*. *Papeles de Población*, 23-29.
- Welti Chanes, C. (julio-septiembre de 2013). *Política social y envejecimiento*. *Papeles de Población*, 19(77), 25-59.
- Welti Chanes, C. (2018). *El Estado, la familia, y el mercado. Arreglos institucionales para entender las necesidades generadas por el envejecimiento demográfico*. *Papeles de Población*, 9-41.
- World Bank. (1998). *World Development Indicators*. Washington, DC: World Bank.
- Yakupitiyage, T. (23 de octubre de 2019). *Inter Press Service. Obtenido de Japón en riesgo por crisis de fertilidad: <http://www.ipsnoticias.net/2018/04/japon-riesgo-crisis-fertilidad/>*
- Zaugg, J., & Kobayashi, C. (9 de oct de 2019). *CCN WORLD. Obtenido de <https://edition.cnn.com/2019/10/08/asia/japan-fertility-intl-hnk-scli/index.html>*
- Zavala de Cosío, M. (1990). *Políticas de población en México*. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 52, No. 1, La Población de México en los años ochenta., 15-32.