

**PROYECTO ENPOVEN:
EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN VENEZUELA.
PANORAMA ACTUAL**

**PANORAMA SOCIAL ACTUAL
DE LAS PERSONAS MAYORES
EN VENEZUELA.**

**Carlos Aponte Blank
Thais Maingon
Julio, 2021**

FICHA TÉCNICA

Proyecto	Monitoreo del acceso a la salud y envejecimiento poblacional en Venezuela: Una mirada panorámica actual
Componente/ Actividad	ENPOVEN: Envejecimiento Poblacional en Venezuela.
Directora del proyecto	Francelia Ruiz
Coordinador de Contenido	Luis Francisco Cabezas
Título del Documento	Panorama de la situación social actual de las personas mayores en Venezuela
Edición	Francelia Ruiz
Investigación	Carlos Aponte María Gabriela Ponce María Di Brienza Thais Maingón Isabelle Sánchez
Diagramación y diseño	Genesis Capote

Este informe es parte del proyecto “ENPOVEN: Envejecimiento Poblacional en Venezuela, una mirada a la panorámica actual”. Su contenido es responsabilidad exclusiva de Convite, A.C.

*Para citar y referenciar este informe
Aponte Blank, C. y Maingon, T. (2021). Panorama de la situación social actual de las personas mayores en Venezuela. Caracas (Venezuela), CONVITE, A.C. [Proyecto ENPOVEN: El envejecimiento poblacional en Venezuela: Panorama actual].*

«© Convite, A.C., [2021]. Reservados todos los derechos».

ÍNDICE

Introducción	4
I. Marco de referencia global: La situación social de las personas mayores en el contexto del envejecimiento poblacional.	7
II. Seguridad alimentaria y personas mayores	11
III. Situación de salud y vejez	17
IV. La pandemia de COVID 19 y personas mayores	28
V. Muertes violentas de personas mayores	33
VI. Ley Orgánica para la protección y atención integral de las adultas y los adultos mayores	44
VII. Las pensiones de vejez como prioridad de la política hacia las personas mayores: un auge volátil (1999-2012) y su disolución (2013-2021)	47
VIII. El cuidado de las personas mayores: uno de los temas prioritarios pendientes	63
IX. Personas mayores y acceso a los servicios públicos: ¿un problema particular subestimado?	68
Consideraciones finales	79
Referencias bibliográficas	82

INTRODUCCIÓN

En este informe se caracteriza de una forma amplia y general, con la limitada información pública que se produce en el país, la situación social actual de las personas mayores en Venezuela, con el objeto de realizar un mapeo acerca de las políticas públicas más urgentes, necesarias y específicas para este grupo etario en el actual contexto socio-político del país. Estas políticas públicas deberán estar enmarcadas dentro del respeto a los derechos humanos de este sector poblacional, así como brindarle las oportunidades necesarias para su desarrollo personal y de protección social para que puedan tener una vida con calidad lo que implica, principalmente, poder tener acceso a los servicios de atención en salud, a una pensión digna y a servicios públicos de calidad.

El panorama general que aquí se presenta, sobre la situación social actual de las personas mayores en Venezuela, se abordará desde un enfoque predominantemente sectorial asociado con los campos de: la salud y nutrición; la caracterización de muertes violentas de personas mayores, en la que se incluyen las muertes ocasionadas por el COVID-19; el estado de la seguridad social, centrado en las llamadas pensiones de vejez; un abordaje genérico sobre el cuidado de las personas mayores; y el acceso de este grupo poblacional a diversos servicios públicos.

El envejecimiento poblacional puede tener diferentes consecuencias en las personas mayores, dependiendo del contexto situacional, económico y de la condición de salud en el que estén inmersas. Este contexto combina las condiciones de vida de los adultos mayores con las políticas públicas que puedan dirigirse hacia este grupo etario. El envejecimiento demográfico puede incidir en que haya una mayor valoración pública de la problemática de los adultos mayores; pero si, como en el caso venezolano, ese proceso tiene un ritmo “demasiado” intenso y si este

se desarrolla en situaciones de empobrecimiento generalizado, de emergencia humanitaria compleja, de desigualdad y ante la ausencia de políticas definidas claramente dirigidas a este sector poblacional, puede dar lugar a desmejoras marcadas en muchas o en casi todas las facetas que forman parte del proceso del envejecimiento y de la situación social específica de las personas mayores.

La población adulto mayor ha sido tradicionalmente muy poco valorada en las políticas públicas y sociales venezolanas. El limitado peso demográfico de este sector poblacional incidió probablemente en esa reducida valoración. Hasta la década de los ochenta del siglo pasado, Venezuela era concebida persistentemente como un país eminentemente joven. Pero, además, la mejora tendencialmente muy marcada de las condiciones sociales y económicas de vida de los venezolanos entre los años 40s y hasta fines de los años 70s del siglo pasado, se expresó también en una mejora genérica de la calidad de vida de los adultos mayores del país, contribuyendo a diluir los problemas particulares y la escasez de políticas públicas específicas para este segmento de la población lo que a la postre contribuyó a posponer, de una forma peligrosa, la atención a las dificultades que afectarían a este grupo poblacional en el futuro.

El incipiente y -luego- sostenido proceso de envejecimiento gradual del país, desde finales del pasado siglo, sufrió una precipitación en los años más recientes y -muy especialmente- desde 2017. Este “episodio” que todavía está en curso, aunque en aparente suspenso, desde el año 2020, como efecto de la pandemia por COVID-19, puede definirse como una coyuntura de “extrema” o “inusual” intensificación del envejecimiento venezolano, tanto si consideramos la experiencia nacional como si repasamos la historia de América Latina en el último siglo.

A ese respecto, hay que subrayar que la vulnerabilidad específica de la población envejecida implica que ella se resiente más intensamente que muchos otros sectores debido a las desmejoras sociales y económicas, siendo que las repercusiones de estas pueden resultar de una especial gravedad para este grupo poblacional (así como ocurre, en el otro polo de la mayor vulnerabilidad bio/etaria, con los niños menores de 6 años). La disminución de la esperanza de vida en Venezuela que ha reportado el Índice de Desarrollo Humano, desde el 2018, es uno de los muchos alarmantes símbolos de esta situación de emergencia multidimensional en el país, y ello, sobre todo, tratándose de un indicador que solo tiende a declinar en circunstancias extremas de deterioro social y humano.

Para este informe se realizó una investigación descriptiva con fuentes de información primaria, documental y hemerográficas. Una fuente de información primordial corresponde a la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), sobre todo la del periodo 2019-marzo 2020, específicamente en lo relativo a las personas mayores (de 60 años y más). Pero también tendrán relevancia diversas fuentes oficiales y varios de los informes que ha generado CONVITE, especialmente en fecha reciente. Igualmente, se hará una revisión de varios estudios relativos a la situación social del adulto mayor en Venezuela y en América Latina. Vale la pena destacar el interés que tiene para diversos propósitos y, en especial, para una investigación más exhaustiva de diversos temas, el valioso registro de información biblio-hemerográfica preparado por la asistente del proyecto de ENPOVEN, registro que tiene una de sus vetas de información en lo relativo a la situación social de las personas mayores en Venezuela.

I. Marco de referencia global: La situación social de las personas mayores en el contexto del envejecimiento poblacional.

Entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más en el mundo se incrementará en 64%, pasará de 900 millones (12,3%) a más de 1.400 millones de personas. Será el grupo de edad que más crecerá. Europa seguirá siendo el continente más envejecido del mundo. En la región Latinoamericana este proceso se está dando de manera acelerada, pasará de 70 millones de personas mayores a 119 millones durante estas mismas décadas, lo que representa un aumento de 59%. Se estima que para 2050, el número de personas mayores de 60 años y más, a nivel mundial, se duplicará. En 2025, las personas de 60 años y más, será 18,6% de la población total de la región latinoamericana. América Latina y el Caribe es la segunda región del mundo con más rápido crecimiento, en términos del número de personas mayores de 60 años, después de África. Se espera que para 2050 esta franja poblacional llegue a 200 millones de personas. Uno de cada cuatro latinoamericanos será mayor de 60 años en 2050. En Venezuela se observa esta misma tendencia de crecimiento de la población de 60 años y más.

Los estudiosos del tema del envejecimiento, señalan que la región latinoamericana está entrando en una etapa de envejecimiento acelerado, en la mitad de los países, algunos de los cuales corresponden a los más pobres, el proceso de envejecimiento es incipiente y moderado. De seguir la tendencia, se espera que los cambios mayores ocurran en 2030.

Actualmente, 17 países se ubican por debajo de la media de envejecimiento regional. Tres países, Guatemala, Haití y Bolivia, están en la etapa de envejecimiento incipiente. 12 países están en situación moderada de envejecimiento: Belice, Ecuador, Guyana,

1. <https://www.cepal.org/es/enfoques/decenio-envejecimiento-saludable-2020-2030-contexto-la-pandemia-covid-19-pandemias-deberan>; <https://www.who.int/es/initiatives/ageing/decade-of-healthy-ageing>

Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam y Venezuela. En estos países las personas mayores representan entre el 6% y el 15% de la población total. Con envejecimiento moderadamente avanzado se encuentran 10 países: Antigua y Barbuda, Bahamas, Brasil, Costa Rica, Colombia, El Salvador, Granada, Jamaica, San Vicente, Las Granadinas y Santa Lucía. En estos países el porcentaje de población de personas mayores oscila entre 10 y 14% de la población total. 3 países se encuentran en la etapa de envejecimiento avanzado: Argentina, Chile y Trinidad y Tobago; y finalmente Uruguay, Barbados y Cuba están en una etapa de envejecimiento muy avanzado, la proporción de personas mayores en estos tres países es superior al 20% de la población total (V. Huenchuan 2018).

El proceso de envejecimiento poblacional en Latinoamérica es uno de los más acelerados en comparación con otras regiones del mundo. Se estima que, en aproximadamente 20 años, por primera vez, habrá más personas mayores que niños menores de 14 años. Para prepararse para este cambio y transformar el envejecimiento poblacional en una oportunidad para una vida más larga y saludable es necesario que los Estados aceleren el proceso de toma de decisiones en términos de diseño de políticas públicas dirigidas a este sector de la población¹.

Hoy en día el proceso del envejecimiento demográfico, con sus variaciones regionales, tiene repercusiones económicas y sociales lo que hace de este proceso uno de los más importantes de este siglo y esta transición demográfica afectará todos los otros aspectos de la sociedad. En diciembre de 2020, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró los años 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y desplegó estrategias para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad más justa para todas las edades. Llamó a una concertación mundial para que las personas de 60 años y más puedan tener acceso a los recursos básicos necesarios para una vida plena y digna

disminuyendo los numerosos obstáculos que les impide participar plenamente en la sociedad. Se define como envejecimiento saludable al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar de la vejez, para que tengan los atributos que les permita a todas las personas mayores ser y hacer lo que para ellas es importante².

El escenario en el cual está ocurriendo este proceso acelerado de envejecimiento poblacional está caracterizado por la pobreza, la desigualdad, la discriminación, incertidumbre, una migración precipitada en su mayoría de personas entre 19 y 45 años, en medio de una pandemia sobrevenida que puso en evidencia la debilidad y erosión de los sistemas de salud del todo el mundo lo que hace más difícil la planificación de escenarios demográficos para el diseño de políticas públicas que tengan en consideración la integración de los tres aspectos más importantes para este sector de la población: pensiones, atención en salud y cuidados para que esta población pueda contar con autonomía e independencia por más tiempo. Por otro lado, se observa un aumento del porcentaje de hogares de personas mayores que viven solas, esto se ha acentuado en Venezuela con el proceso de migración acelerada y masiva que viene sucediendo en el país desde hace más de una década siendo las áreas rurales las que presentan un mayor porcentaje de hogares unipersonales de personas mayores (V. Huenchuan 2018).

Ello, hace necesario que el Estado elabore y profundice normas y políticas dirigidas a este grupo etario, sobre todo en un escenario donde el país vive una profunda crisis económica, social y política que afecta los derechos humanos de todos, siendo los derechos de las poblaciones vulnerables las que más sufren esta

2. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>; <https://www.mayoresudp.org/la-decada-del-envejecimiento-saludable-2021-2030-una-nueva-iniciativa-de-naciones-unidas/>

privación. Además, si bien la pandemia afecta biológicamente a toda la población, el mayor impacto negativo lo recibe el segmento de las personas mayores los que probablemente sufran consecuencias graves y más aún las consecuencias podrían ser fatales en aquellos con prevalencia de enfermedades crónicas previas.



II. Seguridad alimentaria y personas mayores

El concepto de seguridad alimentaria fue instituido por primera vez durante la Cumbre Mundial de Alimentación celebrada en Roma en 1996 y establece que la seguridad alimentaria se da cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos. Es una situación en la cual todas las personas pueden satisfacer sus necesidades alimenticias para desarrollar una vida saludable. Cuando hay una ingestión insuficiente de alimentos, transitoria, estacional o crónica se habla de inseguridad alimentaria³.

La pandemia por COVID-19 en Venezuela, por un lado, potencia la crisis multidimensional, profundizando las desigualdades ya existentes en la sociedad. El régimen aprovecha esta situación para fortalecer sus rasgos autoritarios, incrementar la represión, censurar medios de comunicación, y ejecutar políticas públicas regresivas que descuidan a las grandes mayorías vulnerando los derechos humanos. Por el otro lado, aumenta de manera dramática la inseguridad alimentaria ya que impacta directamente sobre los mercados locales de trabajo y en la producción de alimentos y otros productos y servicios, disminuye la disponibilidad de alimentos y aumentan sus precios. Se reportan, no solo en el país, sino a nivel mundial, una pérdida de ingresos y las remesas se han visto fuertemente reducidas por esta causa, lo que impacta negativamente la adquisición de alimentos. A ello se le suma la depreciación monetaria y la hiperinflación que hacen que aumenten los costos de los alimentos importados, entre otros rublos. Esta situación se desmejora aún más con la escasez de combustible que restringe

3. Cumbre Mundial de Alimentación 1996/ <http://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/en/>

la circulación y limita la distribución de los alimentos causando un acceso limitado a los insumos agrícolas para la producción afectando especialmente los alimentos perecederos de mayor valor nutritivo⁴.

Ello dificulta el acceso a alimentos de manera oportuna, en cantidades necesarias y de calidad para toda la población, pero este acceso alimentario es mucho más difícil para la población de las personas mayores, lo que los hace más vulnerables a estar en situación de inseguridad alimentaria, en estado de malnutrición e inclusive en desnutrición.

El programa de distribución de alimentos, mejor conocido como cajas o bolsas CLAP, funciona a nivel local, sectorial o casa por casa y subsidia alimentos considerados de primera necesidad y en su mayoría son productos alimenticios importados de México, Brasil y Turquía. Desde 2016, la cuestión social se reduce a este programa y desde enero de 2017, se complementa con las transferencias monetarias que realiza el ejecutivo a través de la plataforma virtual patria.org y el carnet de la patria.

La logística de la distribución se hace a través de las organizaciones locales, comunales o comunitarias y en un principio las entregas eran mensuales, con el tiempo estas entregas se han vuelto erráticas. Aponte (2020) señala que cada bolsa o caja CLAP tenía previsto contener aproximadamente 16 kilos distribuidos entre 7 y 12 productos alimenticios. Con el tiempo la tendencia ha sido hacia la reducción de los productos en cuanto a su peso. Entre los productos que contienen estas cajas están harina de maíz, pasta, arroz, leguminosas (caraotas, lentejas) azúcar, leche en polvo, aceite vegetal, con menos frecuencia latas de atún o sardinas. Es evidente la preeminencia de los carbohidratos por sobre las proteínas y los vegetales, ello contribuye a que la mayoría de los sectores pobres y vulnerables estén subnutridos, malnutridos y con sobrepeso.

4. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/775981606955884100/pdf/Responding-to-the-Emerging-Food-Security-Crisis.pdf>

En cuanto a la cobertura y número de beneficiarios y frecuencia de este programa, los datos que registra la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) para 2017, es que el 87 % de los hogares recibió en alguna ocasión una caja/bolsa CLAP, y para el 2018 esta cifra subió a 95 %. Solo 41 % recibió estas cajas mensualmente, 15 % con una frecuencia bimensual, y 43 % con ninguna periodicidad. Entre noviembre 2019 y marzo 2020 el promedio de recepción de las cajas de alimentos CLAP fue de 45 días. El promedio de miembros por familia que se beneficia de este programa es de 4 personas (ENCOVI 2018/2019-2020).

Por otro lado, el programa CLAP, con todas sus deficiencias, resulta una ayuda significativa para el complemento de la alimentación de una gran parte de las familias de menores recursos y más aún en medio de la situación socioeconómica por la que está atravesando el país desde 2017, y ello podría explicar la aceptación y las altas cifras de registros en la plataforma patria.org.

El programa de transferencias monetarias o bonos sociales gubernamentales que se reciben según población registrada y seleccionada, a través de la plataforma patria.org se inició, a finales de 2017 y son definidos como complemento al programa CLAP.

Según Aponte (2019), para septiembre de 2018 un 75 % de los adultos venezolanos estaba inscrito en esta plataforma, es decir que estaban registrados en esta plataforma porque tenían carnet de la patria. 91% de los hogares tenía al menos 1 miembro afiliado al programa CLAP lo que permite el acceso a las transferencias monetarias que se realizan a través de esta plataforma. Al respecto, España señala que 45 % del ingreso de los hogares en situación de pobreza extrema proviene de estos bonos sociales. El 33% de los ingresos de los hogares no pobres proviene de estas transferencias gubernamentales. El subsidio de las cajas CLAP

se complementa con las transferencias monetarias gubernamentales que son importantes para las familias de menores recursos aun cuando son insuficientes para la adquisición de la canasta básica alimenticia (Figueroa, Tal Cual, 7 de julio 2020).

A partir de 2017, momento en que se inicia la hiperinflación en Venezuela, habiendo sido el país declarado en emergencia humanitaria compleja desde 2015, las misiones pierden relevancia y cobertura. Es cuando adquiere importancia las transferencias monetarias y la distribución de los alimentos subsidiados a través de los CLAP. Desde 2018 hasta 2020 aumenta en número los bonos sociales, aunque ello no tiene mayor impacto en la disminución de la pobreza (Figueroa, Tal Cual, 7 de julio 2020).

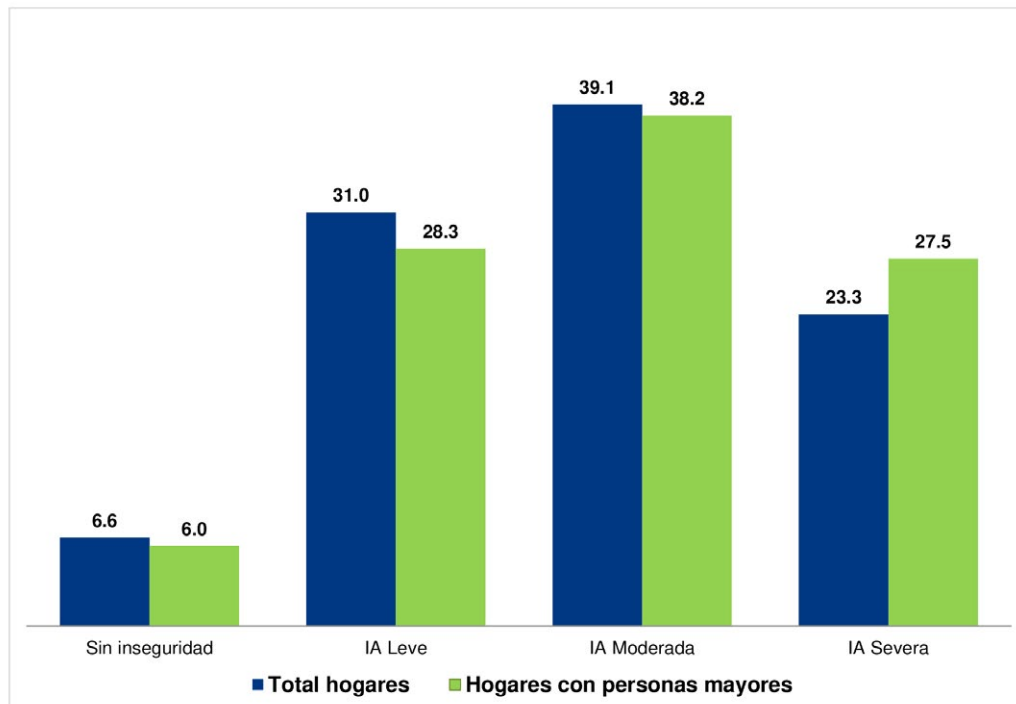
Estos bonos siguen hasta hoy día, expandiéndose y diversificándose. Aponte (2019), distingue 4 clases bonos: de protección social, de atención social, de apoyo económico y especiales. Estas transferencias monetarias, la mayoría de las veces superan el salario mínimo, y como señala Aponte: “El empobrecimiento de los venezolanos desde 2013 ha sido más que extremo; difícilmente haya otro caso semejante de retroceso del ingreso nacional y laboral de la población en América Latina desde inicios del s. XX, deterioro que -como vemos-en poco compensan los bonos sociales.” (p. 12).

Los datos de inseguridad alimentaria de las personas mayores (ENVOVI 2019/2020⁵), no expresan diferencias significativas entre el total de los hogares en comparación con los hogares con personas mayores que no presentaron inseguridad alimentaria. Se aprecia, sin embargo, un porcentaje ligeramente mayor de inseguridad alimentaria severa en los hogares con personas mayores.

5. Para la medición de la inseguridad alimentaria, la ENCOVI utilizó una adaptación de la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria, conocida por sus siglas ELCSA. Detalles de esta Escala en: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), (2012). Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual De Uso Y Aplicaciones. Comité Científico de la ELCSA. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-i3065s.pdf>.

Se observa que el total de los hogares presenta cifras de inseguridad alimentaria leve y moderada ligeramente superiores en comparación con los hogares con personas mayores (v. Gráfico 1).

Gráfico 1
Escala de seguridad alimentaria en hogares con personas mayores



Fuente: ENCOVI 2019/2020

Un estado nutricional deteriorado es un factor de riesgo que podría ocasionar muertes tempranas en las personas mayores, la intervención nutricional oportuna ha demostrado que mejora muy rápidamente el estado nutricional y de salud de las personas mayores malnutridos o con riesgos de desnutrición.

Podría ser que esta situación haya empeorado con el transcurso de la pandemia, el confinamiento, la escasez pronunciada de gasolina y gasoil, el continuo ascenso de la hiperinflación, bajo crecimiento productivo, entre otros aspectos.

A continuación, referiremos los resultados de la Encuesta de Evaluación de condiciones de vida de las personas mayores, realizada por CONVITE (mayo 2021), que tuvo como objetivo realizar un diagnóstico sobre las condiciones de vida, de salud y de detección de necesidades prioritarias de la población adulta mayor. Este estudio encuestó a 1202 personas mayores, residentes en 5 entidades federales del país: Apure, Guárico, Mérida, Trujillo y Zulia. Cabe destacar algunos de los hallazgos que tienen que ver con la seguridad alimentaria de las personas mayores.

Al preguntarle a los encuestados si han reducido sus porciones de comida, 42% respondió que la mayoría de las veces ha reducido su porción de comida y 38% respondió que algunas veces si redujo las porciones de comida. El 56% (673 personas) respondió realizar tres comidas, 32% (384) dos comidas, 9% más de 3 comidas y 3% solo una comida.

En cuanto a la información sobre el programa CLAP, 36% de los encuestados respondió que lo recibe trimestralmente, 28% nunca lo ha recibido. 59% contestó que los productos de las cajas CLAP le duran menos de 15 días, 28% 15 días y 13% un mes.

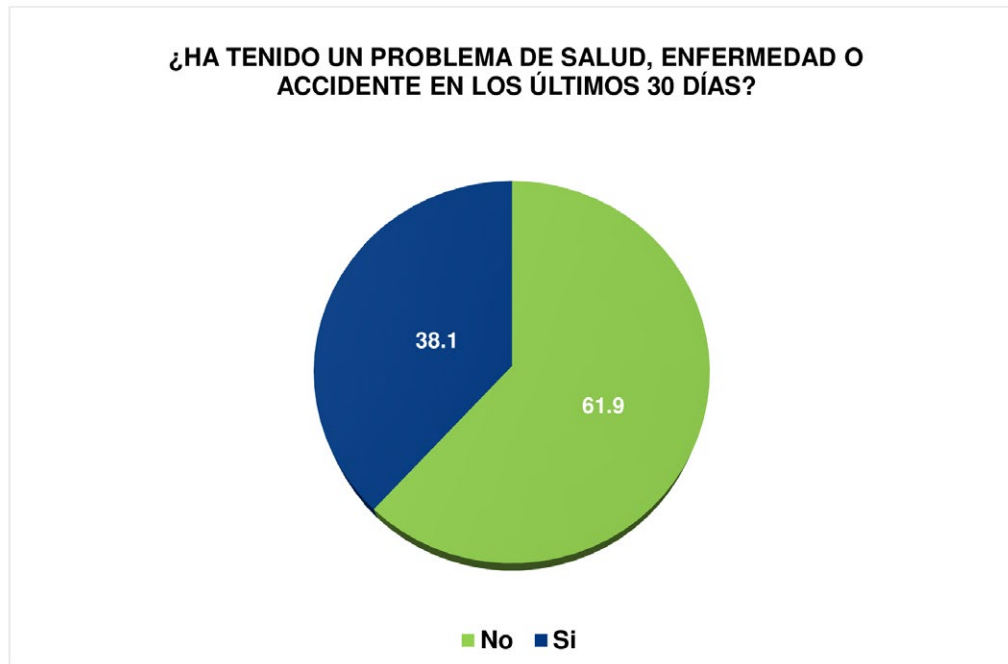


III. Situación de salud y vejez

En el proceso de envejecimiento es muy importante la calidad de vida, los estilos y formas de vida, entre otros aspectos conducen a aumentar las oportunidades para que las personas mayores puedan tener una vida saludable, más años de independencia y autonomía, prevenir la aparición de enfermedades propias de la vejez y agregar más años de vida con calidad. Por otro lado, la población de personas mayores es muy diversa, así como lo son los cambios asociados al proceso de envejecimiento, los cambios sociales, fisiológicos y psicológicos. Estos cambios y otros exigen cambios en las estructuras de los sistemas y servicios de salud para poder responder adecuada y oportunamente a las necesidades de este segmento de la población.

El envejecimiento saludable no solo significa una vejez sin enfermedades crónicas, tampoco significa que la vejez justifica la pérdida de la salud. Sin embargo, muchas personas mayores presentan enfermedades crónicas, experimentan situaciones sociales y familiares dolorosas, otras padecen enfermedades mentales asociadas al proceso de envejecimiento. Por lo anterior, las personas mayores necesitan tener acceso a una atención de salud integral y a estrategias que les brinden la oportunidad de seguir desarrollando sus capacidades para que puedan seguir teniendo una vida digna y de calidad.

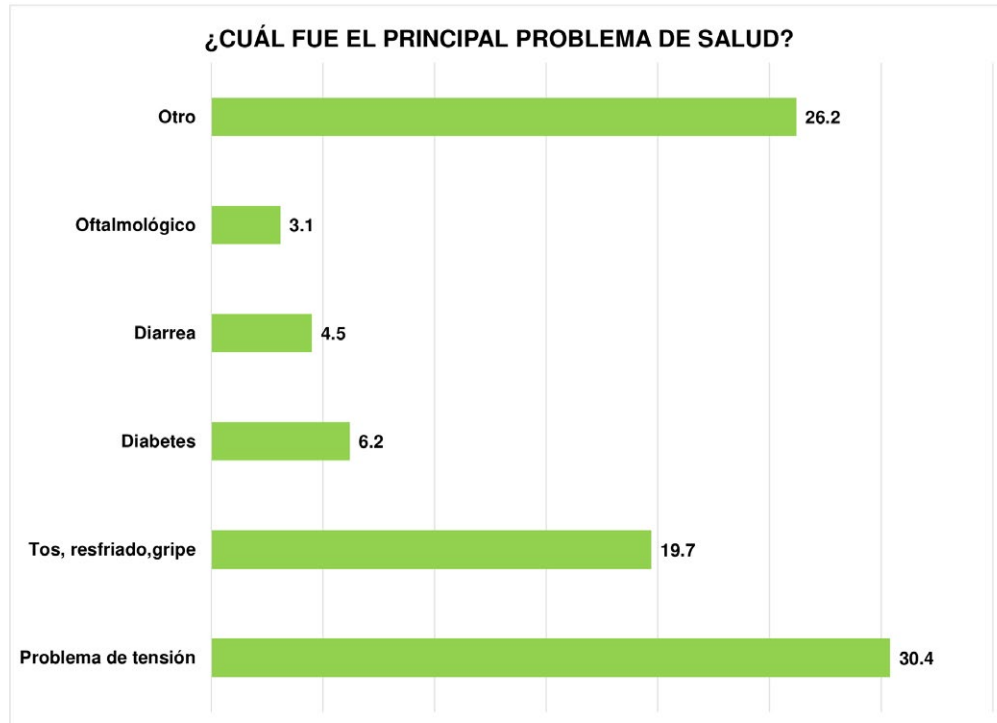
Gráfico 2



Fuente: ENCOVI 2019/2020

Las mediciones correspondientes a las condiciones de la situación de salud del segmento de la población compuesto por personas mayores entrevistadas por la ENCOVI 2019/20 muestran que 62% respondió que tuvo algún problema de salud en los últimos 30 días (v. Gráfico 2).

Gráfico 3

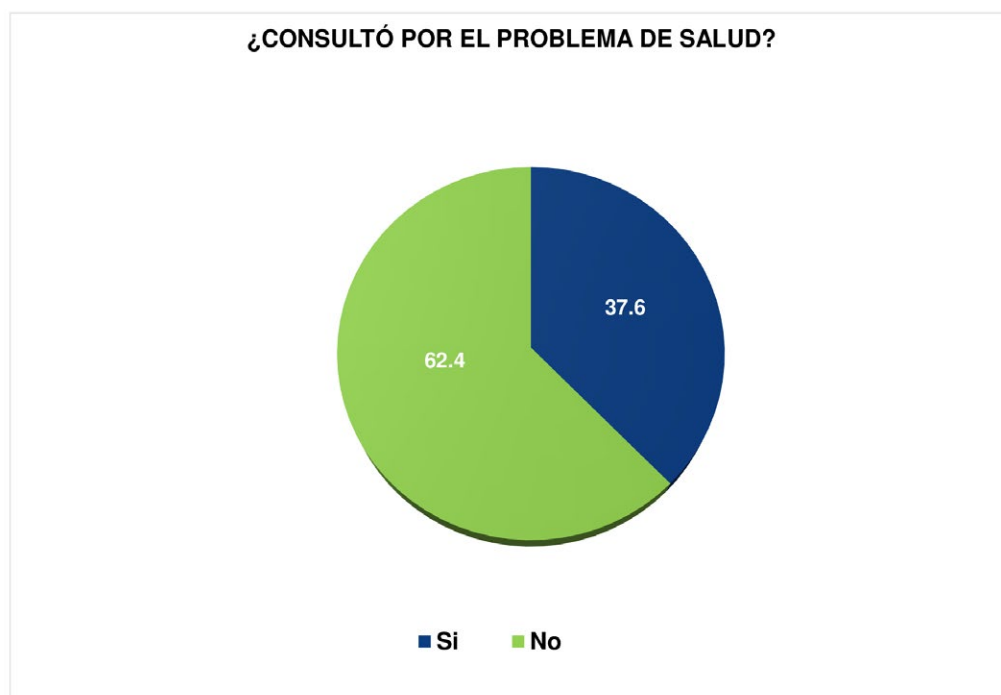


Fuente: ENCOVI 2019/2020

El 30% de los entrevistados respondió haber tenido problemas de tensión, el 26% manifestó haber tenido complicaciones con las vías respiratorias (tos, gripe y resfriados). Sin embargo, 26 % respondió que había tenido otros tipos problemas de salud que no fueron especificados (v. Gráfico 3).

Dentro del grupo que respondió haber tenido problemas de salud, 38% dijo haberlo consultado con un médico, o en una farmacia o fue a un centro de atención de salud (v. Gráfico 4).

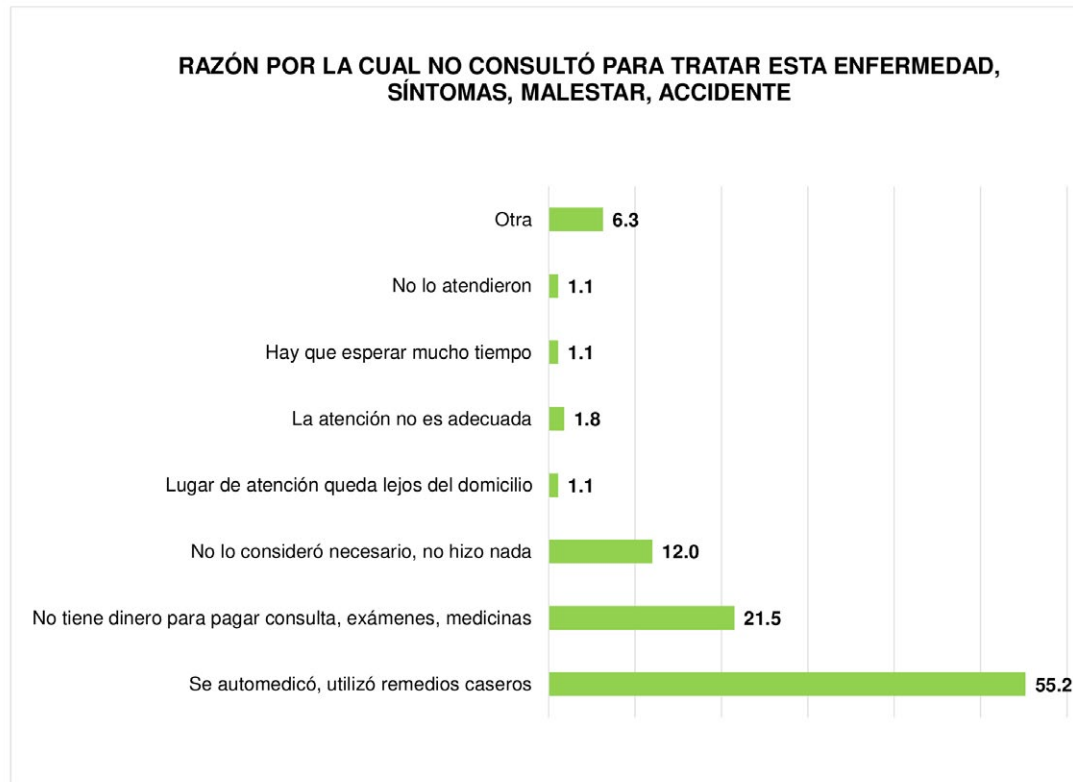
Gráfico 4



Fuente: ENCOVI 2019/2020

Las personas mayores que tuvieron algún problema de salud y respondieron que no acudieron a un médico o no fueron a ningún centro de salud para ser atendidos, manifestaron que la principal razón de ello fue la automedicación (55%). 22% dijo no tener dinero para pagar la consulta médica, los exámenes requeridos y las medicinas necesarias para curar sus dolencias (v. Gráfico 5).

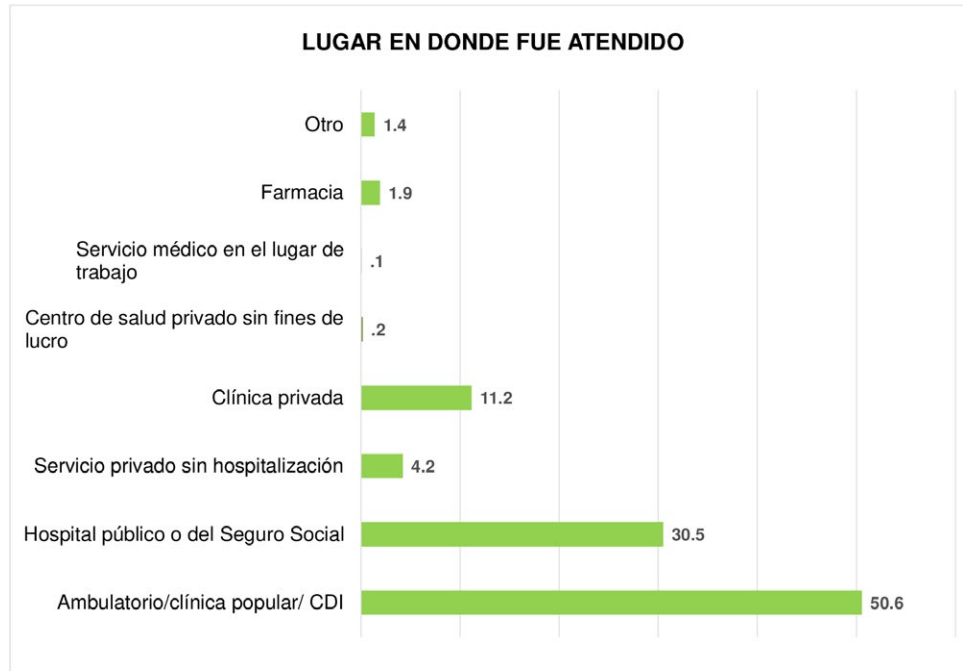
Gráfico 5



Fuente: ENCOVI 2019/2020

51% de las personas mayores que respondieron que si consultaron su problema de salud acudiendo a un ambulatorio, clínica popular o a un Centro de Diagnóstico Integral (CDI). 31% fue a un hospital público y 11% a una clínica privada (v. Gráfico 6).

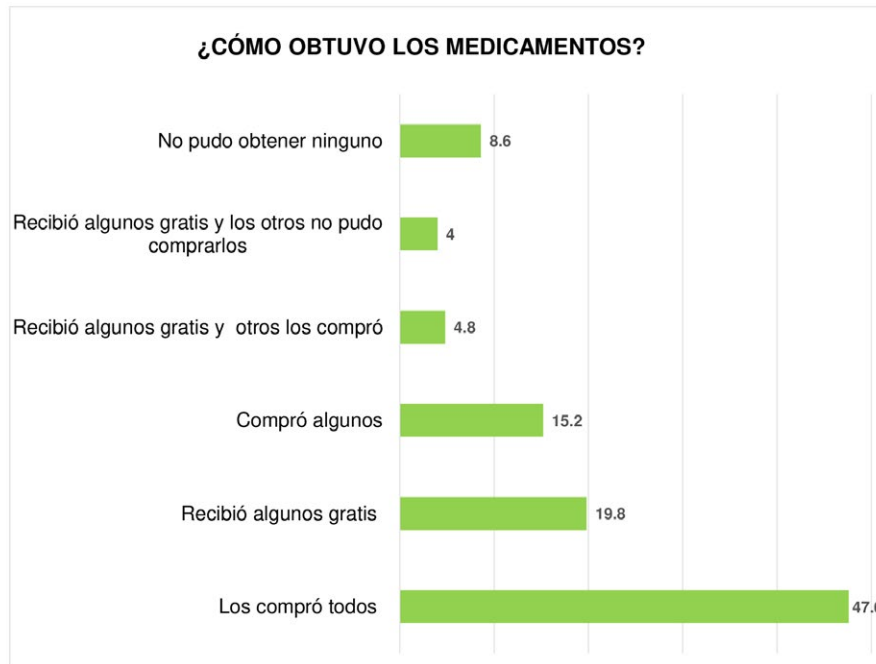
Gráfico 6



Fuente: ENCOVI 2019/2020

En cuanto a la forma de obtención de los medicamentos, 48% de los encuestados dijo que los compró todos, 20% los recibió gratis a través de alguno de los programas de donación de medicinas de las alcaldías, de la administración nacional o a través de fundaciones sociales. 15% solo pudo comprar algunos y 9% no pudo obtener ninguna de las medicinas que necesitaba para poder curar o aliviar su dolencia (v. Gráfico 7).

Gráfico 7



Fuente: ENCOVI 2019/2020

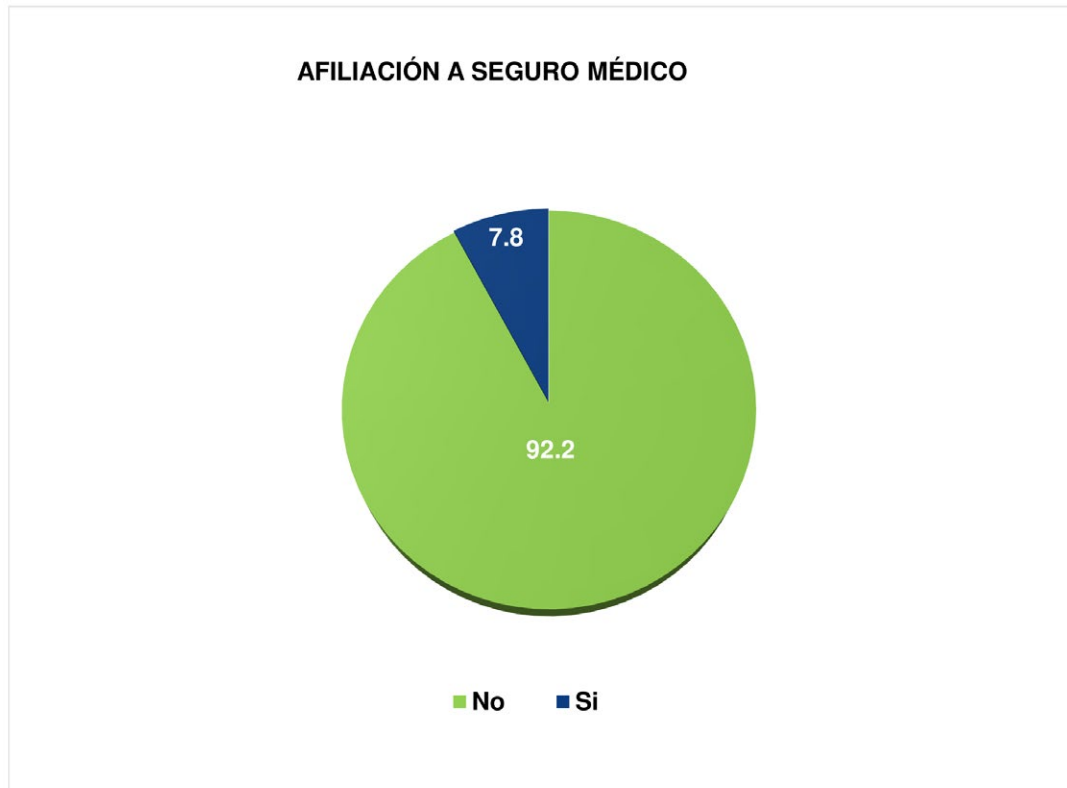
En la 58ava Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra entre el 16 y el 25 de mayo de 2005 se instó a los Estados Miembros a que elaboraran, aplicaran y evaluaran políticas y programas que promuevan un envejecimiento activo y saludable y el mayor grado posible de salud y bienestar para personas de edad avanzada. Asimismo, insistió en la financiación sostenible de la salud, una cobertura universal y seguro social de enfermedad. En la necesidad de velar por que los sistemas de financiación de salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud, con objeto de repartir el riesgo dentro de la población y evitar que las personas mayores incurran en gastos sanitarios desastrosos o caigan en la pobreza por haber requerido atención de salud⁶.

6. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/23058>/<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28125?locale-attribute=es>

El gasto privado para el pago de seguros de salud de la población de 60 años y más son muy costosos ya que requieren mayor atención por la morbilidad a la que están expuestos por razones de la edad. En todo caso, el acceso a seguros de salud para todas las edades ha venido cayendo drásticamente por motivos de los altos costos, la hiperinflación, el aumento de las cifras de pobreza, entre otros aspectos. Según los resultados de la ENCOVI 2014 la población sin seguro de salud era 51%, en 2015 subió a 53%. Para 2016 subió 10 puntos porcentuales y se ubicó en 63% de la población que no contaba con un seguro de salud. Estas cifras siguieron creciendo y alcanzaron en 2017, según los resultados de la ENCOVI de ese año, el 68% la cantidad de personas desamparadas de atención médica, 7 de cada 10 venezolanos no cuentan con un seguro de atención en salud. Para el 2018 la ENCOVI reportó que 73% no tenían seguro y para el siguiente el siguiente año esta cifra subió a 95%.

No sorprende que el 92% de las personas mayores entrevistadas respondieran que no cuentan con un seguro médico como muestra el gráfico 8.

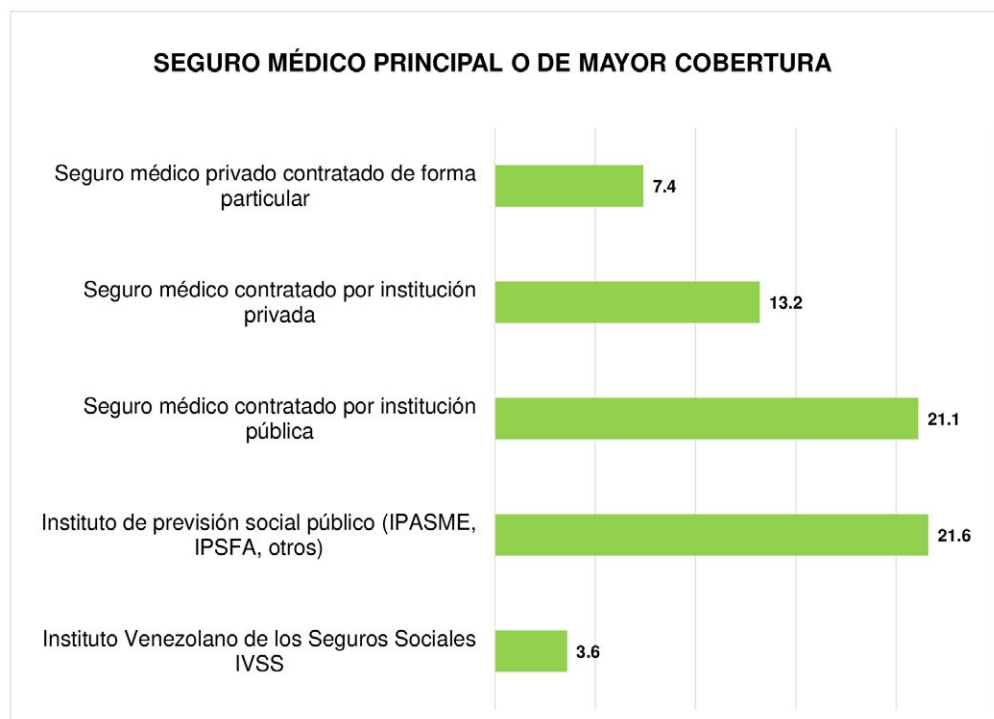
Gráfico 8



Fuente: ENCOVI 2019/2020

De entre el 8% de los encuestados que respondió tener un seguro de salud, el 43% dijo que el seguro es contratado por una institución pública o pertenecía a un instituto de previsión social. 13% respondió que su seguro de salud era contratado por una institución privada y 7% que lo había adquirido particularmente (v. Gráfico 9).

Gráfico 9



Fuente: ENCOVI 2019/2020

En lo que sigue se presentarán los hallazgos sobre acceso a la salud de la Encuesta de Evaluación de condiciones de vida de las personas mayores, realizada por CONVITE (mayo 2021). En rasgos generales coinciden con los resultados de la ENCOVI 2019-20. 78% de los encuestados respondió tener acceso a servicios de salud. De entre estos, 44% respondió haber acudido a ambulatorios o dispensarios privados de costos moderados para consultar su problema de salud, 25% acudió a una clínica privada. En cuando a los servicios de salud públicos, 31% respondió haber ido a un Centro de Diagnóstico Integral, 30% a un hospital, 26% a un dispensario o ambulatorio y 13% a un módulo de Barrio Adentro.

Las cifras que corresponden a la respuesta sobre si cuentan con un seguro de salud son prácticamente iguales a las de la ENCOVI presentadas anteriormente, 92% de los encuestados respondió que no contaba con seguro de salud alguno. En cuanto a las medicinas, 78% respondió que tomaba medicamentos regularmente y que los compraba con dificultad (48%), 17% solo adquiere algunos y 11% los toma cuando se los donan. Finalmente, 38% de los encuestados respondió que su salud se ha visto desmejorada en lo que va de este año, 37% contestó que está igual, 20% que ha desmejorado mucho y solo 4% respondió que había mejorado.



IV. La pandemia de COVID 19 y personas mayores

En el contexto de la pandemia de COVID-19, se han hecho evidentes, a nivel mundial, las dificultades y la falta de preparación de los sistemas de salud para atender adecuadamente a las personas mayores, en especial desvelaron inmensas dificultades para el manejo de la infección en las instituciones de cuidados de largo plazo. Vivir en una de estas instituciones se asocia con un aumento de la mortalidad por el COVID-19, no solo debido a las condiciones clínicas de mayor vulnerabilidad de los propios residentes, sino por la exposición a visitantes y trabajadores sanitarios. El segmento de la población de personas mayores es el que está siendo más afectado negativamente por la pandemia de COVID-19 y es la población con mayor mortalidad y morbilidad.

Si bien toda la población está el riesgo de contraer COVID-19, son las personas mayores las que tiene la mayor probabilidad de enfermar gravemente y de morir si se llegasen a contagiar. El informe titulado “El impacto de la COVID-19 en las personas mayores” (CEPAL/Naciones Unidas 2020) sugiere que la mayor mortalidad de las personas mayores puede ser debida a condiciones subyacentes que afectan al 66% de las personas mayores de 70 años. Este también es el caso de las Américas, donde la mayoría de las muertes por COVID-19 ocurren en personas de 70 años o más, seguidas de las personas de entre 60 y 69 años.

Si bien las residencias o centros de atención a largo plazo han sido las más afectadas, y representan entre el 40% y el 80% de las muertes por COVID-19 en todo el mundo, en las Américas, donde es más probable que el cuidado de los adultos mayores se lleve a cabo en el hogar, con diferentes tipos de arreglos con familiares y particulares incrementa el riesgo de contagio por el ritmo de la movilidad de

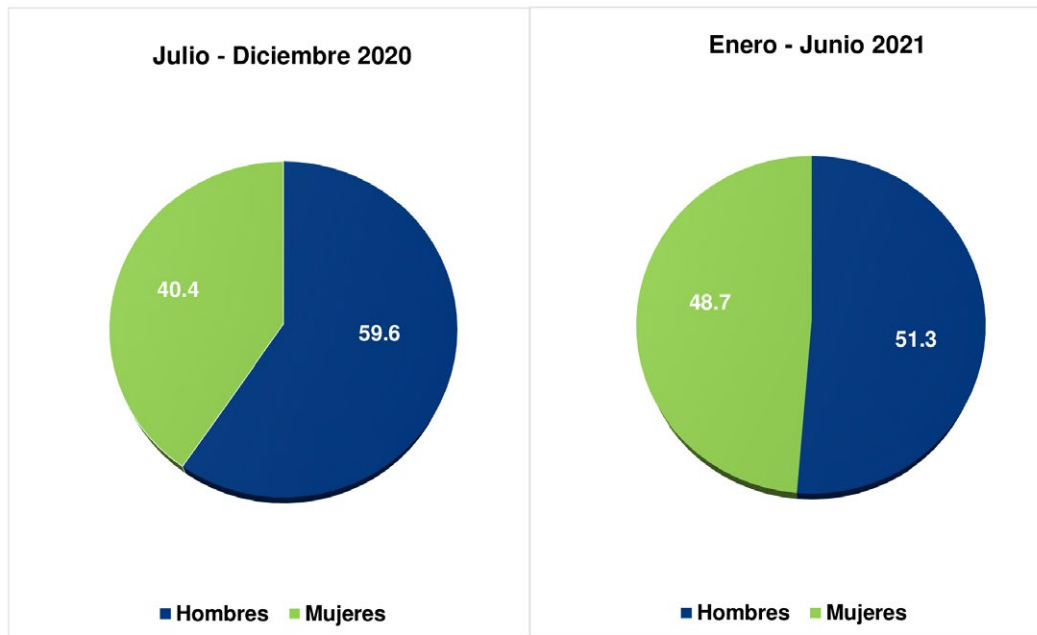
las personas responsables del cuidado de los mayores. De nuevo emergen los problemas de capacidad, eficiencia y eficacia de los sistemas de salud para atender las demandas que genera esta pandemia. Ello unido a las barreras en el acceso a los servicios de atención en salud y apoyo en los cuidados necesarios requeridos para esta población lo que hace muy difícil protegerlos del COVID-19.

Este informe declara que “La información disponible indica que, con excepción de algunos países, las condiciones de vida de las personas mayores de la subregión son extremadamente precarias y su acceso a la protección social es limitado. No solo se carece de cobertura de seguridad social o seguros de salud en la edad avanzada, sino que además los países enfrentan una doble carga epidemiológica, las personas mayores siguen dependiendo en varios aspectos de su bienestar de la solidaridad familiar y se enfrentan a problemas serios de discriminación en su acceso al mercado laboral y servicios financieros, e incluso con relación a las medidas de prevención, pruebas, acceso a servicios y tratamientos médicos” (p. 27).

De la información oficial se pudo registrar en Venezuela, un total de 539 muertes de personas mayores por COVID-19, para el segundo semestre de 2020. 40,4% (218) fue de mujeres mayores y 60% (321) fue de hombres mayores. Para el primer semestre de 2021 hubo un aumento de aproximadamente 8 puntos porcentuales en las muertes de mujeres mayores (659) y las cifras de muertes por COVID-19 en hombres mayores bajó casi 9 puntos porcentuales (694) (v. Gráfico 10).

Gráfico 10

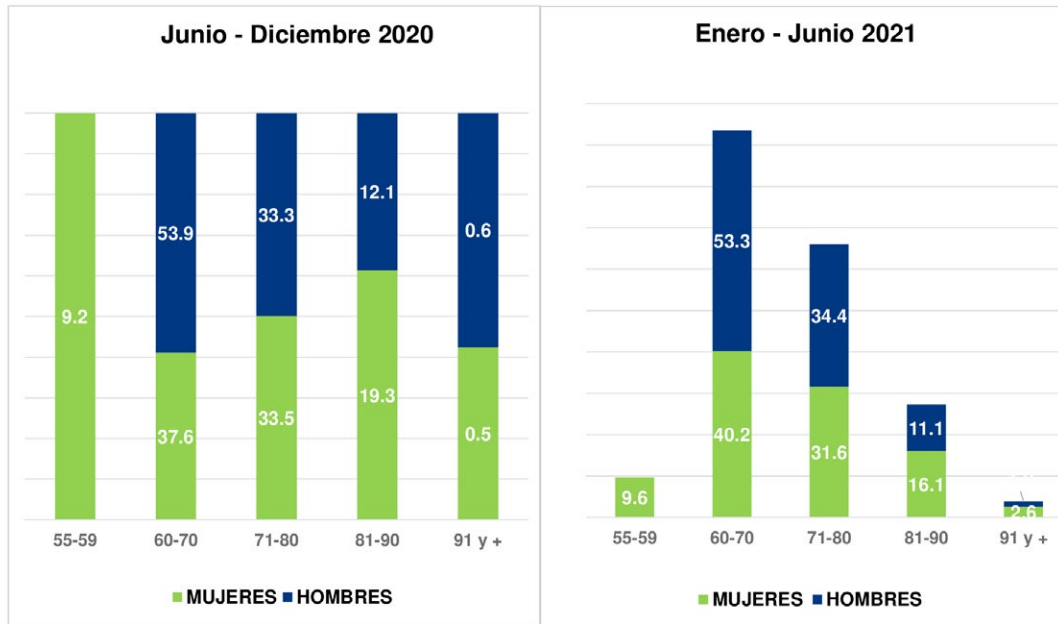
Muertes por covid-19 de personas mayores según género Venezuela. Junio-diciembre 2020/enero-junio 2021



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020 / Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2021, en prensa.

La mediana de la edad de las personas mayores fallecidas por COVID-19 o por causas asociadas a este virus, desde julio 2020 hasta junio 2021, es de 71 años. El rango de edad en donde se concentran las muertes por esta causa, durante este período, es el de 60-70 años (v. Gráfico 11).

Gráfico 11
Muertes por covid-19 de personas mayores según rangos de edad y género
Venezuela. Junio -diciembre 2020/Enero-junio 2021



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020 / Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2021, en prensa.

HelpAge (2020) señala que el COVID-19 aumentó la violencia, el abuso y el abandono de las personas mayores en todo el mundo. Antes de la pandemia del COVID-19, se estimaba que 1 de cada 6 personas mayores estaban sujetas al abuso. La evidencia indica que esto ha aumentado considerablemente con la pandemia.

El abuso sufrido por las personas mayores incluye abuso físico, financiero, psicológico, verbal y sexual, así como negligencia. HelpAge ha recibido informes de un número creciente de incidentes perpetrados contra personas mayores de todo el mundo desde que comenzó la pandemia del COVID-19. Entre las personas con mayor riesgo están las mujeres mayores, personas con discapacidades y personas con necesidades de apoyo. El abuso doméstico aumenta considerablemente a

medida que las familias se han visto obligadas a pasar más tiempo juntas debido a las medidas de cuarentena. Gran parte de este abuso doméstico ha sido cometido por esposos, hijos e hijas.

La mayoría de las veces las personas mayores no denuncian el abuso del que son objetos y otras veces no lo reconocen como abuso. Pero también muchos no saben cómo reportar este tipo de incidentes y es frecuente que el abuso sea perpetrado por miembros de la familia de quienes dependen. La Organización Mundial de la Salud afirma que solo se informa el 4% de los casos de abuso en la vejez, por lo que es probable que la incidencia real de abuso de personas mayores sea mucho mayor.

Por otro lado, HelpAge denuncia que ha recibido informes de varios casos de países que niegan el tratamiento médico a las personas mayores y priorizan a los pacientes más jóvenes 'que tienen más posibilidades de sobrevivir'⁷.

7. <http://www.helpagela.org/noticias/la-negligencia-y-el-abuso-hacia-las-personas-mayores-se-intensific-en-todo-el-mundo-por-el-covid19/>.





V. Muertes violentas de personas mayores

El derecho a la vida tiene una importancia decisiva para todas las personas. Constituye en sí mismo el valor máspreciado, cuya protección efectiva es requisito indispensable para el disfrute de todos los demás derechos humanos.

Las estadísticas oficiales disponibles en Venezuela, sobre el número, las condiciones de vida, causas de muerte y otros de las personas mayores, son pocas, dispersas, no desagregadas e inconsistentes, lo que contribuye a invisibilizar sus problemas y restringir las posibilidades de evaluar el cumplimiento por parte del Estado venezolano de las obligaciones, no solamente internacionales, sino también nacionales y constitucionales para con el ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores.

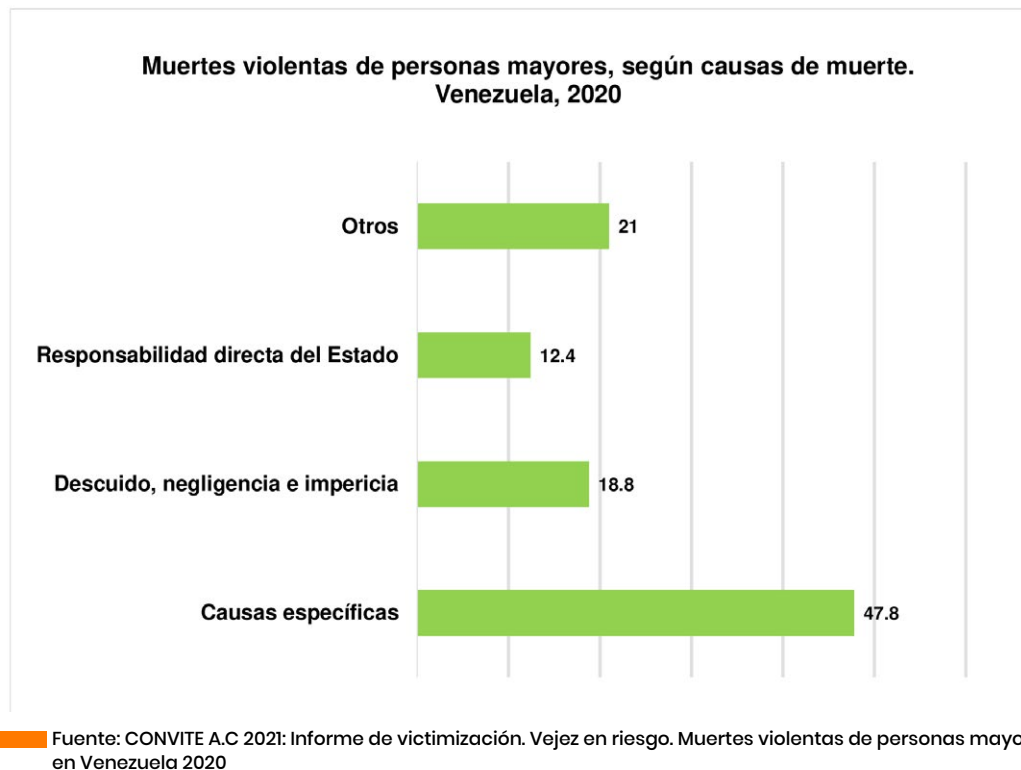
En este sentido, el derecho a la vida debe ser interpretado en sentido amplio. Se refiere al derecho de las personas a no ser objeto de actos u omisiones cuya intención o expectativa sea causar su muerte prematura o no natural, así como a disfrutar de una vida con dignidad. En 1991, la Federación Internacional de la Vejez presentó la Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad que constituyó la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, adoptados por resolución de la Asamblea General en 1991. En ese entonces, la propuesta declaró que “Los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencidos de que, en razón de la marginación y los impedimentos que la vejez pueda traer consigo, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de ser rechazadas por la sociedad a menos que estos derechos se reafirmen y respeten”.

Desde hace décadas se observan cambios en la constitución de las familias. Estos cambios están dirigidos, específicamente, hacia la disminución de sus miembros y la extensión del ciclo de vida, estas variaciones han modificado el rostro de la población compuesta por personas mayores, no solamente en Venezuela, sino en el resto del mundo. Este proceso ha obligado a pensar en una especificidad, en cuanto a lo exigible de los derechos humanos, para esta población lo que condujo, entre otras acciones, a que la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores especifica las normas de los derechos humanos de carácter universal para la población compuesta por personas mayores. Este instrumento fue aprobado en Washington D.C., el 15 de junio de 2015 en la sesión 45 de la Asamblea General de la OEA, coincidiendo con el día mundial de concientización sobre la violencia hacia las personas mayores. Esta Convención es la primera, en materia de derechos humanos de personas mayores, en donde se establecen las obligaciones de los Estado en promover, proteger y asegurar el reconocimiento y pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores que viven en una región, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Es el primer instrumento jurídico que tiene como sujeto exclusivo de su protección a las personas mayores y resultará vinculante para todos los Estados que la firmen y ratifiquen.

Durante el año 2020, se registró en Venezuela, un total de trescientos setenta y dos (372) muertes violentas de personas mayores; de éstas, el 48% ocurrió en hechos atribuibles al crimen, teniendo como principal móvil el robo. El 19% de las muertes violentas fue por descuido, negligencia e impericia en las cuales la causa más

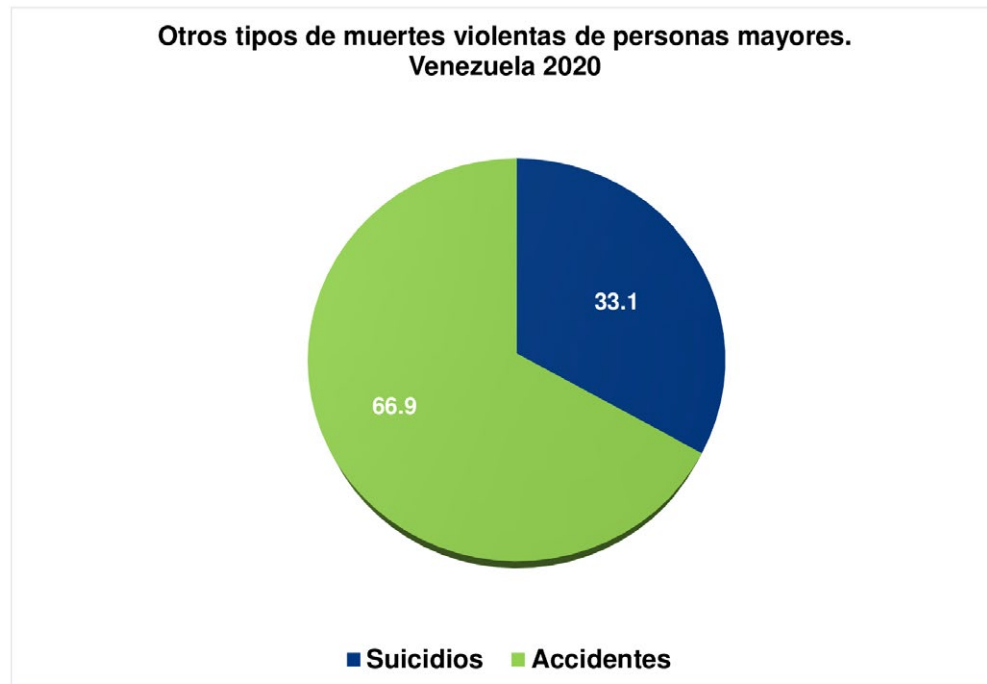
frecuente fue el arrollamiento (17%). El 12% del total de las muertes violentas son atribuibles a la responsabilidad directa del Estado y el 21% a otros tipos de muerte violentas (Suicidios y accidentes) (v. Gráfico 12).

Gráfico 12



67 % de estas muertes violentas tuvo a los diferentes tipos de accidentes como causa de muerte y 33% a los suicidios (v. Gráfico 13).

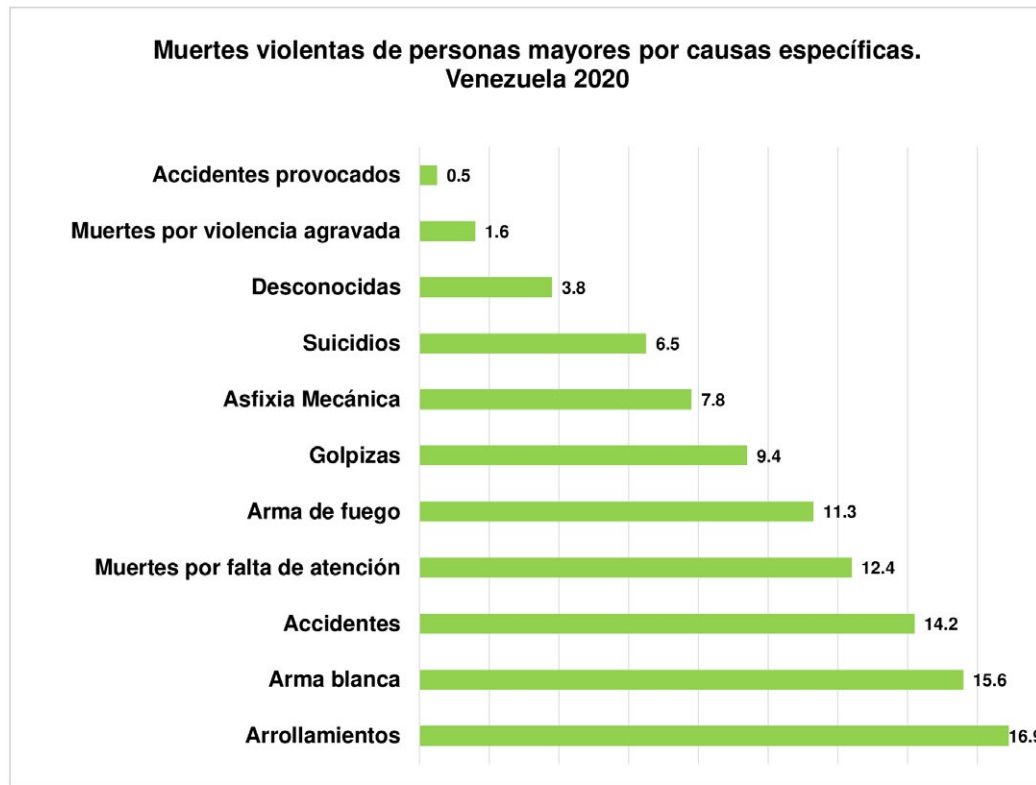
Gráfico 13



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020.

Las principales causas más frecuentes del total de las muertes violentas por causas específicas identificadas durante el año 2020 como se puede apreciar en el gráfico 14, fueron los arrollamientos (17%), seguida de las muertes por arma blanca (16%). En tercer lugar, están las muertes por distintos tipos de accidentes (14%), en el cuarto lugar, muertes por falta de atención (12%) y en el quinto lugar, muertes por arma de fuego (11%).

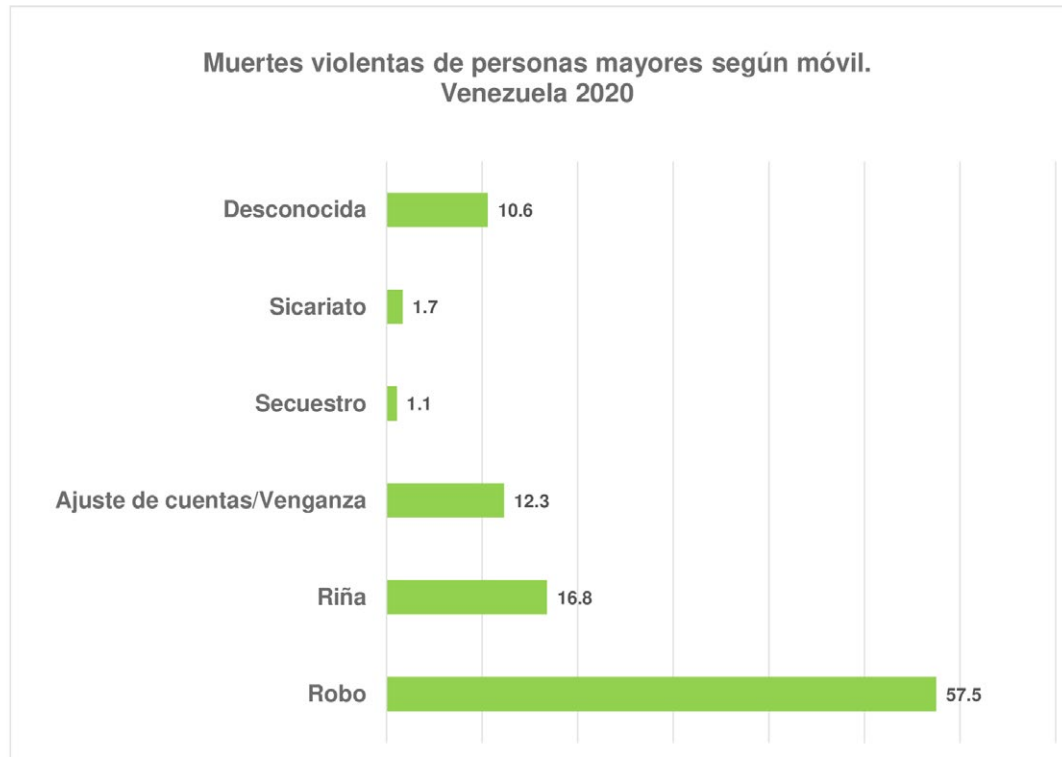
Gráfico 14



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020.

103 (57%) de las personas mayores fueron asesinadas para robarles sus pertenencias. El 17% de las personas mayores encontraron la muerte en una riña y el 12% fueron víctimas de venganzas o ajuste de cuentas (v. Gráfico 15).

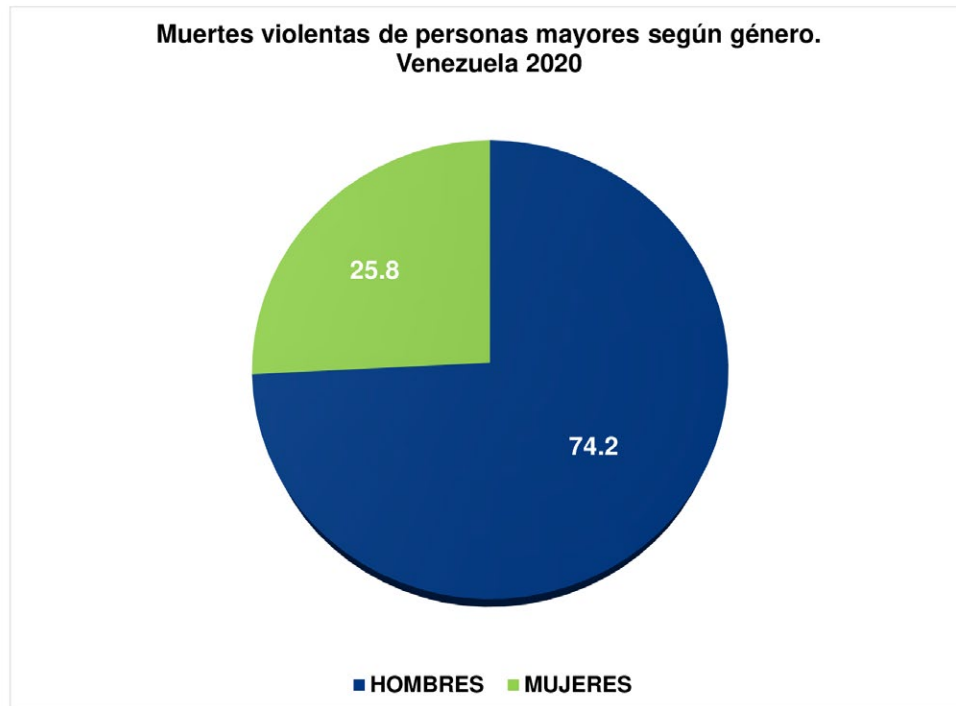
Gráfico 15



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020.

Las mujeres están menos expuestas a la muerte violenta que los hombres. En la información recabada el 74 % (275) de las muertes violentas se cometió contra hombres adultos mayores, y el 26 % de las víctimas fueron mujeres (97) (v. Gráfico 16).

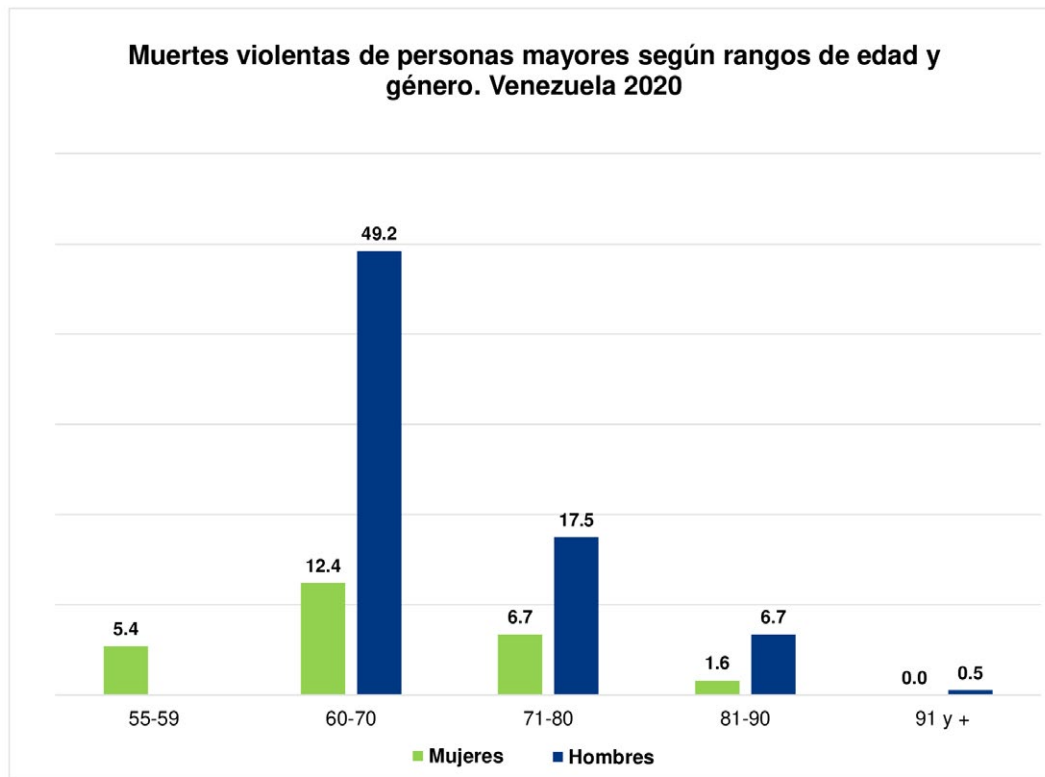
Gráfico 16



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020.

El 86% (319) de las personas mayores que perdieron su vida en forma violenta durante el año 2020, tenían entre 60 y 80 años. De entre éstos, 229 (62%) de las personas mayores fallecidas, se encontraban en el rango de edad comprendido entre 60 y 70 años y 90 personas entre 70 y 80 años (24%). Además, hubo 20 mujeres entre 55 y 59 años (5,4%) que perdieron la vida de forma violenta.

Gráfico 17



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020.

En cuanto a la identificación de los victimarios que fueron identificados y que tenían algún tipo de relación directa o parentesco con las víctimas, se registró que 34% de los victimarios fueron vecinos, amigos y conocidos, 18% resultaron ser hijos de la víctima, 15% nietos, 15% hermanos, sobrinos y otros familiares, 18% parejas y esposos (v. Gráfico 18).

Gráfico 18



Fuente: CONVITE A.C 2021: Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020.

Además de factores individuales, la alta vulnerabilidad de la vida de las personas mayores en Venezuela hoy día se agrava aún más por las condiciones del entorno social, pero, sobre todo, por la ausencia de políticas públicas que les privan de medios adecuados para la atención de su salud. Entre las causas personales está la no decisión de las propias personas mayores para denunciar los maltratos y amenazas que reciben de sus familiares cercanos y que, en algunos casos, pueden conducir a la muerte. El impacto de la violencia familiar es un problema grave de salud pública, que produce sufrimiento en las personas mayores y que en muchos casos, les provoca la muerte.

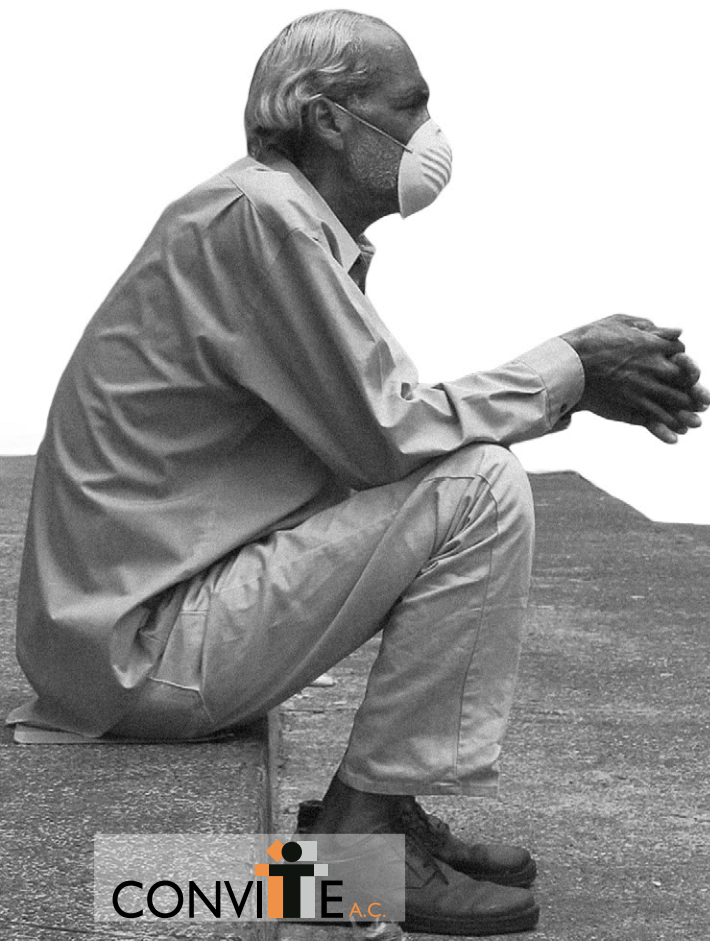
En la medida en que la crisis se hace más grave, aumentan la desigualdad y la inequidad y ello abona el terreno para la violencia en general, pero se profundiza la dirigida hacia las personas mayores por su condición de vulnerabilidad y de exclusión de las políticas públicas destinadas a su protección y prevención. Las personas mayores sufren la violencia social que está conformada por una multiplicidad de factores, todos ellos presentes en nuestra sociedad y no muy bien conocidos por la casi inexistente información disponible, la falta de conocimiento público, escaso entrenamiento de cuidadores, la resistencia para que las personas mayores denuncien situaciones de abuso y maltrato, que en su mayoría son del entorno familiar, por temor y vergüenza a perder contacto con estos, por la desconfianza hacia las autoridades, entre otros.

Los resultados del Índice de Paz Global (IPG) 2020, realizado por el Institute for Economics and Peace, abarca el 99,7% de la población mundial, utiliza 23 indicadores cualitativos y cuantitativos de fuentes muy respetadas, mide el estado de la paz en tres ámbitos temáticos: el grado de seguridad y protección social, el grado de conflictos internos e internacionales activos y el grado de militarización. Estos resultados muestran un deterioro de la paz en el mundo en los pasados 12 meses. Los conflictos y las crisis de la última década han comenzado a remitir, pero están siendo sustituidos por nuevas tensiones e incertidumbres como consecuencia de la crisis sanitaria por la COVID19.

Entre los 5 países que han experimentado deterioros considerables en la situación de la paz en el último año se encuentra, en tercer lugar, Venezuela⁸. Según el IPG, la puntuación del país ha venido empeorando desde hace ocho años y ha pasado del puesto 125 en 2012 al 149 en 2020. Es el país menos pacífico de Suramérica, posición que mantiene desde 2019. El ámbito que más deterioro ha sufrido es el de la seguridad y protección social.

8. Los otros cuatro países son Benín en el primer lugar, Nicaragua en segundo lugar, Níger y Chile en el cuarto y quinto lugar respectivamente.

El país tiene la máxima puntuación en manifestaciones violentas, crímenes violentos y percepciones de criminalidad. Aunque, la tasa de homicidios bajó respecto al año anterior, pasando de 56 a 49 homicidios por 100.000 habitantes, sigue siendo la tercera tasa mayor del mundo, detrás están, Jamaica y El Salvador. El informe señala que Venezuela experimentó en el año 2020, una ligera mejoría en la escala de terror político y una reducción en los abusos y violaciones de los derechos humanos.



VI. Ley Orgánica para la protección y atención integral de las adultas y los adultos mayores

La gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe cuentan con legislaciones específicas en favor de la población adulta mayor (Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela). Venezuela, durante el primer trimestre del año 2021 aprobó, en primera discusión, el proyecto de Ley para la protección y atención integral de las adultas y adultos mayores pero con una disposición transitoria que establece que esta Ley Orgánica entrará en vigencia cuando se apruebe el nuevo Código Penal venezolano⁹.

Este proyecto de Ley está alineado con el artículo 80 de la Constitución de 1999¹⁰ sobre los derechos de los adultos mayores y la expresa responsabilidad de protegerlos y garantizar sus derechos por parte del Estado venezolano para que vivan una vejez digna y con bienestar. La Comisión Permanente de las Familias, la Libertad de Religión y Cultos de la Asamblea Nacional fue el ente que impulsó esta Ley, desde el año 2017, a través de la Comisión Permanente de Adultas y Adultos Mayores de la Asamblea Nacional Constituyente.

En este proyecto de Ley se contempla que las autoridades regionales y municipales diseñen estrategias dirigidas a promover políticas públicas, planes y programas

9. <http://www.asambleanacional.gob.ve/noticias/an-aprobo-en-primera-discusion-el-proyecto-de-ley-organica-para-la-proteccion-y-atencion-integral-de-los-adultos-mayores>.

10. El artículo 80 de la Constitución de 1999 reza que "El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de Seguridad Social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano. A los ancianos y ancianas se les garantizará el derecho a un trabajo acorde con aquellos y aquellas que manifiesten su deseo y estén en capacidad para ello".

específicos para las personas mayores. Hace mención a los adultos mayores de pueblos originarios, a los adultos mayores privados de libertad y a las personas mayores militares.

En el preámbulo de este proyecto de Ley Orgánica se enuncia el establecimiento de una nueva institucionalidad que funcionará dentro de un sistema sólido, dirigido a la concreción del socialismo, por un lado, y por el otro, a la creación de lo que denominan un nuevo paradigma que considere la protección y atención integral de las personas mayores, sobre la base del principio de la corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la sociedad. Sin embargo, este “nuevo” paradigma está contemplado en el artículo 80 de la Constitución de 1999.

Aun así, esta es la premisa de partida de la nueva institucionalidad de este proyecto de Ley y se espera que ello garantice el desarrollo de políticas, programas y planes dirigidos a promover un envejecimiento activo, digno, que garantice el bienestar y la calidad de vida de este grupo etario. Los principios fundamentales de esta de Ley son los establecidos en la Constitución de 1999 en su artículo 2, en donde se establece un Estado Social de Derecho y de justicia, en los artículos 43 al 61 en donde se establecen los valores superiores y los derechos civiles, en los artículos 75 al 97, referentes a los derechos sociales y de las familias y la importancia de los derechos humanos. El objetivo de este proyecto de Ley es consolidar y ampliar los derechos de los adultos mayores y contribuir a su visibilización en la sociedad.

En este proyecto de Ley se define como adulto mayor a la persona que ha cumplido 60 años o más y menciona la fecha del 29 de mayo como el día nacional de los adultos mayores.

Queda igual, en este proyecto, las edades para la jubilación de 55 para las mujeres y 60 para los hombres mayores con ingresos menores al salario mínimo nacional que reciben los beneficios de la Gran Misión Amor Mayor. Por otro lado, se expone que la protección a los adultos mayores no se circunscribe solamente al otorgamiento de pensiones y de beneficios dinerarios de distinta índole sino también a políticas que estén dirigidas a la reivindicación de los derechos fundamentales de este segmento de la población. El Estado se compromete a establecer los mecanismos idóneos para su inclusión y participación en todos los aspectos y espacios de la sociedad.

Por otro lado, en este proyecto de Ley se señala la prohibición y sanción de toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación en contra de las personas mayores. Este instrumento legal garantiza el desarrollo integral, respeto y ejercicio de los derechos humanos de las personas mayores, así como también su seguridad y protección social.

Sin duda alguna este proyecto de Ley representa un gran avance en lo que tiene que ver con garantizar los derechos humanos al segmento de la población de las personas mayores. Se espera que se apruebe el nuevo Código Penal para que se adelante la reglamentación que haría que esta Ley fuese efectiva.

VII. Las pensiones de vejez como prioridad de la política hacia las personas mayores: un auge volátil (1999-2012) y su disolución (2013-2021)

Uno de los varios debates terminológico-conceptuales que ha destacado en el campo de la política social es el que se ha planteado entre las definiciones de seguridad social y de protección social. Hacia fines del siglo pasado había cobrado fuerza una idea de seguridad social “integral” en la que cabían casi todas las modalidades de política social, con algunas excepciones entre las que resaltaba la educación (y áreas asociadas con ella como la cultura y la ciencia y tecnología)¹¹. En aquel marco algunas clasificaciones incluían al seguro social como uno de los sub-sectores de la seguridad social. En ese sub-sector del seguro social, en muchos países de varios continentes (en especial el europeo, el americano y el oceánico) sobresalían las pensiones (de orfandad, viudez y especialmente las de vejez o jubilaciones) a las que podían añadirse además otras prestaciones complementarias (seguros de desempleo, asignaciones familiares, etc..) de carácter generalmente contributivo, es decir que contaban con aportes del trabajador y/ o del empleador para su financiamiento como parte de la tradición “laboralista” de ese seguro social.

Por su lado, el término de protección social ha cobrado más relieve en el siglo XXI y, en muchos casos ha sustituido al de la seguridad social adjetivada como integral, integralidad a la que la protección asume como un supuesto. Además de brindar un gran énfasis a las acciones preventivas, es una designación que se desvincula más fácilmente de la propensión terminológica a que se asocie y confunda a la seguridad social con las solas prácticas tradicionales del seguro social (pensiones de vejez, viudez, orfandad; seguros de desempleo; prestaciones familiares; etc..) así

11. Esta definición y la concepción que la acompaña, influyó en la Ley marco de seguridad social venezolana aprobada en el año 2002 que, entre otras características incorporaba a la salud y a la vivienda como subsistemas del sistema de seguridad social integral (Más detalles en Aponte Blank, 2020c).

como con sus pautas contributivas. La protección social es una idea que ha tendido a vincularse con la necesidad de generar unas bases universales de protección, financiadas por impuestos generales (y, por tanto, de carácter no contributivo), para la que los modelos contributivos o individuales son dimensiones importantes pero complementarias para reforzar unos derechos sociales universales y no solo ni básicamente unos derechos derivados del trabajo. Esto es tanto más importante considerando los actuales procesos de flexibilización e informalización de los mercados laborales en el mundo.

La referencia anterior busca aclarar que tanto la idea de una seguridad social integral como la de protección social que, en definitiva, podrían ser conceptualmente equivalentes, trascienden a una visión tradicional en la que esos términos y, sobre todo el primero de ellos, se reducían al seguro social, como núcleo de determinadas prestaciones generalmente contributivas para los trabajadores.

Sin embargo, considerando que hay un marco conceptual que lo incluye (llámese protección social o seguridad social “integral”) la designación de seguro social sigue teniendo un papel útil para referirse a una tradición más o menos extendida de programas (pensiones y otras transferencias como el seguro de desempleo) que, aunque ya no sean solo contributivos, pueden considerarse como herederos de la trayectoria histórica de los seguros sociales.

En gran parte del mundo, notablemente en los países desarrollados con Estados sociales de Bienestar y en los países latinoamericanos con Estados sociales más extendidos, el sub-sector que podemos seguir identificando como seguro social y, aún más específicamente, las pensiones de vejez y jubilaciones, representan

-con frecuencia- no solo los más importantes desembolsos financieros en protección social, sino que son también el principal destino dentro del gasto público social como conjunto.

El proceso de envejecimiento poblacional ha hecho crecer notablemente la participación financiera potencial de las pensiones aunque, al mismo tiempo, ese proceso ha planteado -especialmente en este siglo XXI- nuevos retos y exigencias en materia de salud y también ha presionado por una nueva veta de importancia, la de los cuidados hacia las personas mayores, a la que nos referiremos más adelante y que ya ha generado debates terminológico-conceptuales propios, que abordaremos brevemente en el próximo punto de este informe.

Para ilustrar lo que decíamos antes, puede considerarse que durante gran parte del siglo XX las políticas hacia las personas mayores se asociaron en muchos países, por ej. en Venezuela, casi exclusivamente o muy prominentemente con las pensiones y con las pensiones de vejez. Pero además en países como los latinoamericanos en gran parte de los cuales no se formaron durante el siglo pasado políticas estructuradas hacia muchos de los grupos vulnerables, como en el caso de las personas mayores, puede entenderse que se asociara simplificadoramente aquellas políticas con un campo particular: en lo básico las personas mayores se veían como un asunto del seguro social, al que correspondía recabar contribuciones y entregar pensiones a los trabajadores de los sectores “formales” (centralmente las de vejez) o a sus familiares (viudez, orfandad). A pesar de que se han producido cambios, esa asociación de la política hacia las personas mayores con las solas pensiones sigue siendo muy frecuente.

A ese respecto cabe destacar que en América Latina una de las características diferenciadas entre los tipos del Gasto Público Social se ha debido al contraste

entre los sectores prioritarios en cuanto a sus disponibilidades fiscales. Hacia 2017-18¹², resaltaban dos tipos de casos en cuanto a esos predomios en materia de gasto público social (v. Cepalstat, 2021):

- Por un lado, hay naciones en las que la prioridad del Gasto va hacia la protección social, con la implícita incidencia principal de las pensiones en ese rubro. En este tipo de situación están casos como Uruguay, Argentina, o Brasil, países comparativamente envejecidos en América Latina y en los que ya hace varios lustros que el gasto social hacia el “seguro social-pensiones” ha sido el destino principal.
- Otro tipo de casos es el de los países que priorizan el gasto educativo y entre cuyos ejemplos resaltan países que tienen un proceso de envejecimiento poblacional moderado (y un Estado social “intermedio-bajo”) como Ecuador o un envejecimiento incipiente (y un Estado social limitado), entre los que se encuentran varios de los países de menor ingreso real por habitante, como Guatemala o Haití (Aponte Blank, 2018, 369; y CEPAL en Di Brienza, 2021, 24).

Venezuela ha tendido a clasificarse –junto con México o Panamá– como una nación de envejecimiento “moderadamente avanzado” (Ídem.) y, al menos desde 1958, en materia de gasto social, la educación fue ininterrumpidamente la prioridad en nuestro país, hasta el año 2010 cuando el Gasto en Protección social (designado como gasto en Seguridad social par la ONAPRE)¹³ sobrepasó al educativo (v. Cepalstat 2021; y, Aponte Blank, 2014,136)¹⁴.

¹². Solo 2 países latinoamericanos no tienen datos fiscales para 2017 o 2018: Haití, la nación más pobre del hemisferio occidental; y, Venezuela, en medio del ocultamiento presupuestario y estadístico generalizado por el que ha optado el régimen autoritario, sobre todo desde el 2015.

¹³. A diferencia de otros países latinoamericanos que empezarían a sustituir (sobre todo desde la 2ª década del s. XXI) el término de seguridad social por el de protección social en sus clasificadores presupuestarios, la ONAPRE (Oficina Nacional de Presupuesto) mantendría la terminología tradicional, al menos hasta el 2014, siendo ese el último año con datos sectoriales relativamente claros en las finanzas públicas venezolanas.

¹⁴. Habría que ver si redefiniendo algunos de los gastos asignados en Venezuela al sector de desarrollo y participación social, parte de los cuales podrían corresponder a protección social, este hubiese alcanzado un poco antes su lugar de máxima prioridad. Pero, de acuerdo con la apreciación de cepalstat (2021) ese no parece resultar el caso. Cabe acotar que hacemos una destacada mención al gasto porque es uno de los recursos más claros para generar referencias y comparaciones analíticas relativamente sencillas para captar algunas características que, luego, deben ser –sin embargo– objeto de complementaciones fundamentales que empiezan por valorar la propia calidad de esos desembolsos: hay gastos altos que son de bajo impacto y también ocurre lo contrario, que haya gastos limitados que tengan un impacto significativo.

Durante el siglo XX, la visión de la política hacia las personas mayores seguía fuertemente concentrada en las pensiones y a lo sumo, percibía como un componente accesorio algunas ayudas hacia personas en situaciones especiales o en abandono junto con los apoyos a algunos ancianatos que en Venezuela era asunto que se atribuía en materia pública al INAGER, instituto que fue sustituido en 2005 por el INASS. A pesar de los cambios que anunciaba la Ley marco de Seguridad Social 2002, poco cambió realmente para que se posibilitara la formación efectiva de una política coherente hacia el adulto mayor (v. al respecto Aponte Blank, 2020c).

Volviendo a las referencias sobre el gasto público social en Venezuela hay una trayectoria que es simbólicamente relevante con respecto a lo que estamos tratando. En Venezuela la clasificación del Gasto Público social se distribuía hasta 1979, en 3 sectores: Educación; Salud; y, Vivienda y conexos. En 1979 se añade otro tipo de gasto social: Desarrollo social y participación. Y solo en 1984 empiezan a diferenciarse los gastos en seguridad social que serían los más bajos en la comparación quinquenal entre esos 5 sectores sociales hasta el quinquenio 1994-98. Pero, a pesar de su muy escaso peso, la diferenciación de un sector de seguridad social era la evidencia de que empezaban a cobrar una significación particular y potencialmente más importante las acciones hacia los adultos mayores, aunque siguiesen pensándose en términos tradicionales.

Y es así como para 1999-2003, es decir durante el inicio de las gestiones de Hugo Chávez, el promedio del gasto del gobierno general destinado a la Seguridad o Protección Social deja el último de los 5 lugares sectoriales y pasa a ser el segundo

más alto de los rubros dentro del gasto social, después del educativo; y seguirá subiendo en relevancia hasta que, en el 2010 y probablemente al menos hasta el 2014, se sitúa en el primer lugar del gasto social venezolano (v. Aponte Blank, 2014, 156)¹⁵.

Hay que apuntar, sin embargo, que el sostenido crecimiento de los gastos que hemos expuesto –sobre todo en el siglo XXI– muestra una característica de altísima vulnerabilidad: se ha amparado de manera significativa en la bonanza petrolera y no se han tomado previsiones para su sostenibilidad financiera en un muy probable contexto distinto al de esa transitoria abundancia, fue entonces una clara prioridad, más que respetable, del gobierno de Hugo Chávez desde sus inicios, pero fue una prioridad “volátil” administrada con una imprevisión extrema. Lo que ocurrió y que vamos a esbozar ahora, es uno de los más claros y lamentables ejemplos de las repercusiones de la improvisación como estilo de gestión gubernamental; tal vez recordarlo, así sea brevemente, contribuya –en algo y en algún momento– para que no se reproduzcan en el futuro estas autodestructivas debacles.

Las pensiones como una de las máximas prioridades sociales: una volátil ilusión ¹⁶

Comentamos que aunque la llamada seguridad social fue subiendo como porcentaje del gasto entre 1984 y 1998 se trató de un sector accesorio, muy poco atendido, especialmente considerando la crisis socioeconómica creciente de esos años para una parte significativa de las personas mayores que venían registrando una gradual (aunque aún limitada) expansión poblacional que involucraba a los elegibles para pensiones de vejez (v. Di Brienza, 2021) asunto que era materia de

¹⁵. Lamentablemente después de que en el 2015 se dieron unas cifras provisionales sobre los gastos sectoriales sociales, coincidiendo con la victoria opositora en el parlamento nacional, dejó de presentarse el proyecto de presupuesto anual ante el Poder Legislativo, proyecto entre cuyos anexos se aportaba una valiosa información sobre los gastos públicos ejecutados, en materia social, entre otras. Tenemos la impresión de que desde 2015 en adelante es probable que el gasto en seguridad social haya ido perdiendo crecientemente la relevancia comparativa a la que llegó en la fase de auge que tuvo entre 2000 y 2012, con un probable decrecimiento inicial ya en 2013/14, pero que sería un tibio antecedente al descenso que puede suponerse (viendo el valor de las pensiones) que se produjo luego.

¹⁶. En lo que sigue prestaremos sobre todo una apretada síntesis con algunas actualizaciones de lo expuesto en Aponte Blank, 2020c.

consideración estatal, más que por valorar la situación de las personas mayores, porque una parte de las personas mayores había cotizado para obtener una pensión y tenía el pleno derecho de obtenerla.

Lo cierto es que en los años noventa, aparte de una limitada cobertura los montos de las pensiones eran muy reducidos (v. Aponte Blank, 2020c). En general se asumía, en parte por su reducido peso poblacional, pero también por el peso de las costumbres, que la atención de las personas mayores era un asunto básicamente de las familias y que el Estado tenía un papel accesorio. Luego, aunque gradual y pasajeramente pareció re-evaluarse el derecho que involucran las pensiones como un recurso que permite proteger a las personas mayores y defender su autonomía potencial como ciudadanos, especialmente por su repercusión directa e indirecta en los derechos de las mujeres como receptoras de pensiones o como cuidadoras “naturales” de los mayores, no se ha logrado trascender la persistente centralidad que cobraron las pensiones dentro de las políticas nacionales hacia las personas mayores.

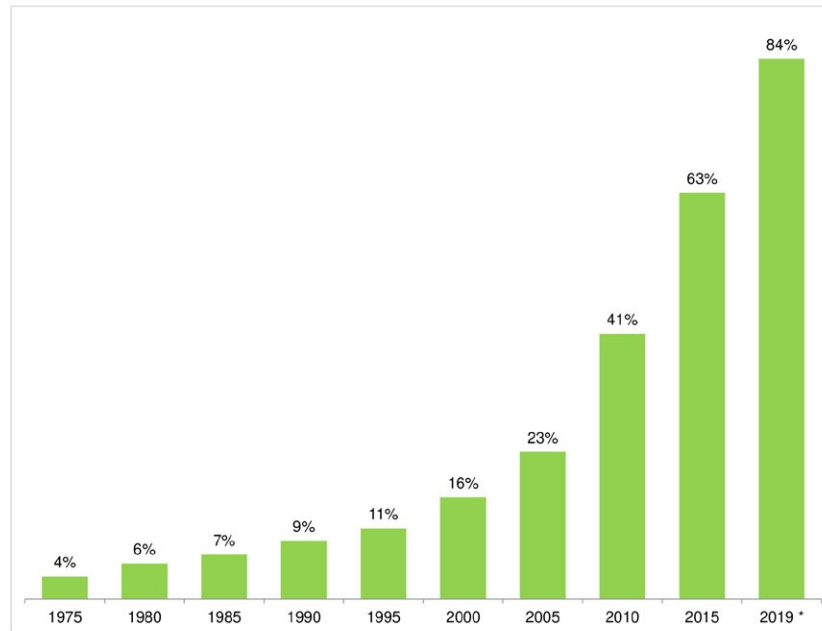
Más allá de las tardías respuestas a las movilizaciones de grupos de apoyo a pensionados y jubilados que se produjeron sobre todo en los noventa, en definitiva tanto en la Constitución de 1999 como en la administración de las pensiones del IVSS terminó propiciándose una mejora notable de lo que representaba el monto de la pensión, durante las gestiones de Hugo Chávez. Desde el año 2000 se estableció una relación entre el valor de la pensión y el de una canasta alimentaria normativa (CAN) definida por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Esto era parte de una previsión establecida en la nueva Constitución de 1999 que, sin ser taxativa, recomendaba claramente que se favoreciera, al menos, cierta equivalencia entre la CAN y el valor de una pensión.

Pero, además del crecimiento sustancial del monto de las pensiones en estos inicios del s. XXI, monto que tendió a situarse establemente –en términos reales– entre el 2000 y el 2012 cerca del valor de una CAN (v. Gráfico 20), se produjo también un aumento notable de la cobertura, especial pero no solamente en el marco de la bonanza petrolera (de 2004-2014). Revisemos esto mediante el comentario de varios Gráficos que expondremos a continuación.

Puede verse en el Gráfico 19 que la cobertura de las pensiones revela el peso limitado que se les asignaba como parte de las acciones del Estado hasta finales del siglo XX. Las primeras pensiones de vejez se otorgaron a inicios de los años setenta y aún para el año 2000 apenas 16% de la población elegible (mujeres de 55 años y más y hombres de 60 años y más) contaba con pensiones de vejez. Hay que considerar, al decir lo anterior que la población elegible se definía no solo por un criterio de edad, sino por un criterio contributivo: solo podían obtener pensiones de vejez quienes hubiesen cumplido con 750 cotizaciones semanales al IVSS.

Gráfico 19

VENEZUELA. Cobertura de las Pensiones de vejez entre la población elegible (Mujeres: 55 años y más; Hombres: 60 años y más): 1975-2019.



Fuentes: 1975-2015: IVSS, CEPAL e INE; 2019/20 ENCOVI. Cálculos propios.

La clara ampliación de la cobertura evidenció una política de masificación de las pensiones por parte de los gobiernos de Chávez y así de 16% de cobertura de los elegibles en 2000, se pasó a 41% en 2010. Pero además, en medio de una acrecentada preocupación electoral del oficialismo chavista, entre 2010 y 2012 se otorgaron 842.531 pensiones lo que implicó que se haya entregado en esos 3 años un 45% (casi la mitad) de todas las pensiones vigentes para entonces y desde los años setenta, lo que es uno de los varios factores que ponía en cuestión la viabilidad a futuro de ese tipo de iniciativa.

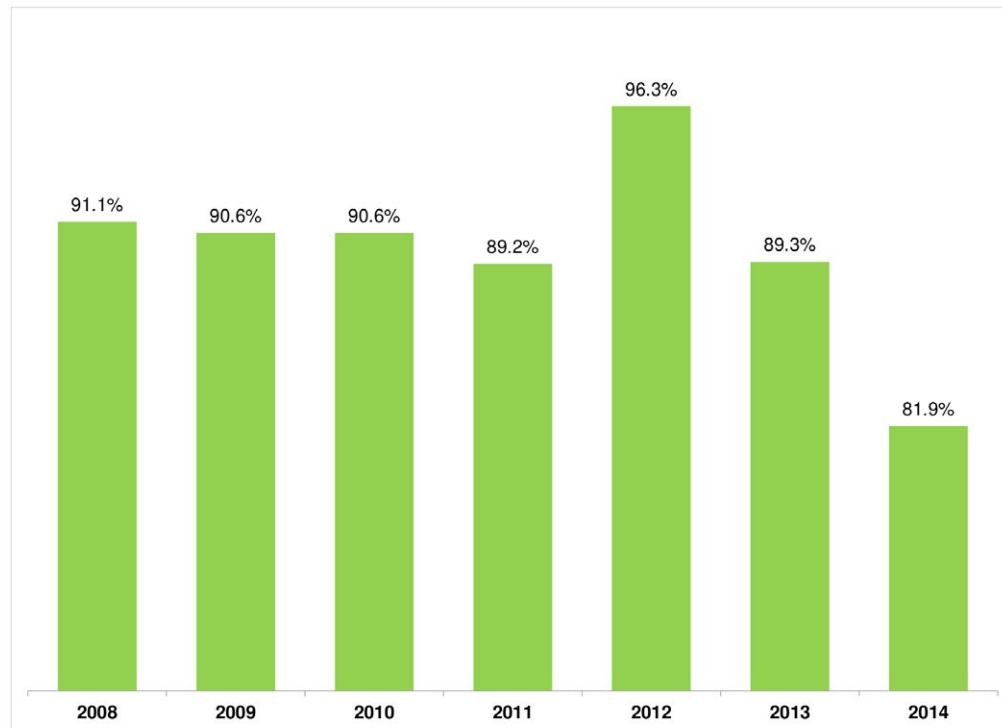
Además unas 500.000 de esas pensiones fueron no contributivas (mediante la llamada Misión Amor Mayor) con la particularidad de que, a diferencia de lo establecido en todo el resto de América Latina, se les asignó un valor similar al de las contributivas lo que, aunque inspirado en propósitos de justicia ponía en cuestión

–obviamente– el estímulo para que en el futuro se produjeran las contribuciones al seguro, con el agravamiento potencial de los problemas de financiamiento de esas transferencias, después de la bonanza.

En definitiva no se trata de que el aumento improvisado de las pensiones haya producido la crisis del país, pero sí se trata de una muy relevante expresión del tipo de gestión que puede desembocar en un grave colapso económico: a pesar de la bonanza, Venezuela no invirtió en su industria petrolera, no ahorró recursos ante un posible descenso de los ingresos petroleros y además se endeudó desmedidamente, hasta el punto de ser hoy el país más endeudado del mundo (en la relación deuda-exportaciones). Cómo van a pagarse, ahora: pensiones aceptables, contributivas o no; remuneraciones razonables; prestaciones sociales mínimamente decentes (no pensemos en las prestaciones dobles traicionadas no por el neoliberalismo sino por la realidad de la debacle). ¿Cuándo van a volver a respetarse los contratos colectivos acordados con sindicatos legítimamente escogidos por los trabajadores? Lo ocurrido con las pensiones se inserta en el marco de irrespeto generalizado hacia los derechos laborales y sociales de los trabajadores y de las personas mayores que se ha consolidado en el país en el siglo XXI, especialmente desde el 2013 y, aún más desde el 2015 en adelante, en la dura combinación de emergencia humanitaria compleja y autoritarismo radicalizado que nos ha tocado desde entonces.

Gráfico 20

VENEZUELA: VALOR REAL DE LAS PENSIONES COMO % DE LA CAN
(Canasta Alimentaria Normativa) 2008-2014.

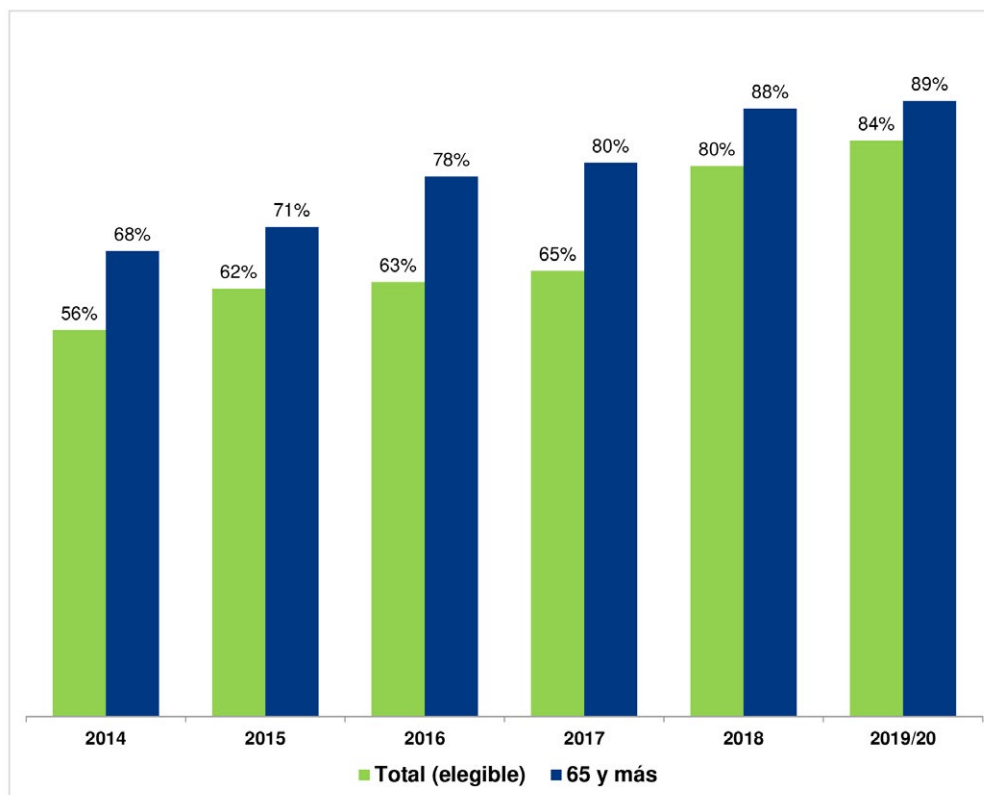


Fuente: INE (2021).

En el Gráfico 20 puede verse, como comentamos antes, que hasta el 2013 las pensiones mantuvieron un cierto grado de correspondencia con el valor real de la CAN, preservando su capacidad adquisitiva. Pero, ya en 2014 se evidencia un deterioro inicial, luego del cual va a comenzar una caída estrepitosa y hasta ahora indetenible a pesar de los bajísimos niveles que fue alcanzando el valor de las pensiones.

Gráfico 21

LA ILUSIÓN DEL AUMENTO (casi-universal) DE LA COBERTURA DE LAS PENSIONES como % de los elegibles ó de 65 y más (2014-2019/20).



Fuente: ENCOVI 2014 al 2019/20.

Sin embargo, el discurso oficial ha insistido en exaltar el proceso de (casi-) universalización de las pensiones de vejez, lo que efectivamente tiene un grado de correspondencia importante con lo que puede apreciarse en la realidad como ya habíamos asomado genéricamente en el Gráfico 19 y como puede constatarse más pormenorizadamente en el Gráfico 21. En este último además resalta que si se diferencia la cobertura general y la de la población de 65 años y más, ya para 2019, efectivamente hay cerca de 90% de esta última población cubierta por pensiones lo que evidencia cierta influencia que tiene la tardanza en los procesos iniciales de incorporación de los subgrupos de menos edad a ese sistema pensional: mujeres, especialmente entre los 55-59 años, y hombres de 60-64 años. Pero, en definitiva,

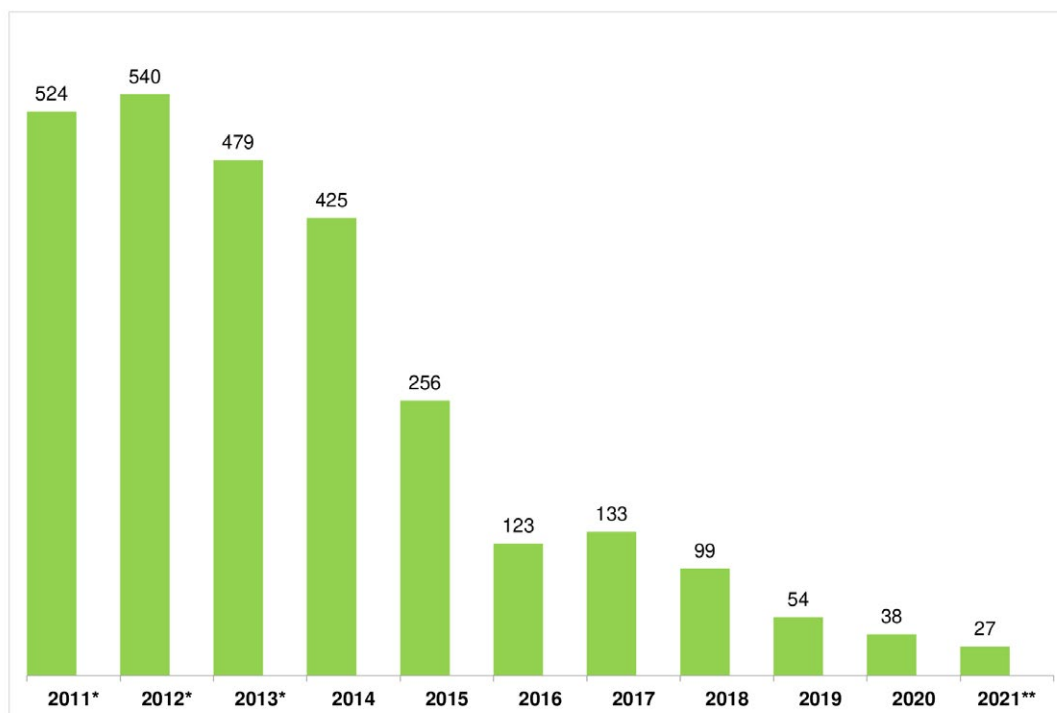
hay una casi-universalización de la cobertura, aunque hay claros indicios de que en el 10% faltante hay una representación importante de parte de los adultos mayores en situaciones de pobreza más extrema, como ha evidenciado CONVITE en algunos de sus informes.

Lo cierto es que esa casi-universalización pierde gran parte de su sentido al constatarse la debacle del valor real de las pensiones que simboliza, en lo básico, la disolución del sistema de pensiones venezolano, después de un auge que evidencia el carácter ilusorio de una bonanza petrolera (2004-2014) pésimamente administrada.



Gráfico 22

VENEZUELA Valor promedio anual real de la pensión de vejez: 2011-2021.
(En Bs. fuertes de 2007, según el BCV/IPC de Alimentos y bebidas no alcohólicas)¹⁷.



Fuentes: BCV y G.O. Cálculos propios.

Precisemos, por si existen dudas, que en el caso de las pensiones, tratándose de una transferencia monetaria, su valor real, su capacidad adquisitiva es un elemento esencial de la calidad de esa prestación o producto. La caída estrepitosa del valor de las pensiones desde el 2013 (y sobre todo desde el 2015) hasta ahora, las ha diluido de manera casi total. Puede verse en el Gráfico 22 que para el 2019 el valor real promedio al mes de la pensión era una décima parte del valor que tenía en 2012. Ha seguido cayendo en los años siguientes y, para los 5 primeros meses de 2021,¹⁸ la capacidad adquisitiva de la pensión “integral” (sumándole el monto del llamado bono de guerra económica) puede estimarse en una veintésima parte, es

¹⁷ El cálculo del valor de la pensión incluye (adiciona) el llamado bono de guerra económica que se entregó entre mayo 2017 y junio 2018 y, luego, desde mayo 2020 hasta hoy. El cálculo para el 2021 es- como dijimos- al valor promedio real de la pensión para los primeros 5 meses del año 2021.

¹⁸ Para el mes de julio, cuando escribimos este texto, el BCV ha proporcionado datos del IPC y del IPC de alimentos y bebidas no alcohólicas hasta mayo, siendo este último el registro que nos sirve como deflactor para calcular el valor real mensual de la pensión, atendiendo a su especial vínculo con la CAN. (v. Aponte Blank, 2020c.).

decir un 5% del valor real que ella tenía en 2012. Y recordemos que para el 2012 ella representaba un valor cercano a la CAN, es decir al valor que se asignaba a la línea de pobreza *extrema*.

La estimación en dólares oficiales (del Banco Central de Venezuela) sobre el valor actual de la pensión mensual de vejez coincide –en lo básico– con lo expresado antes mediante el uso del deflactor del IPC en alimentos: la pensión “integral” equivale, en Julio de 2021, a menos de 3 US\$ oficiales por mes, lo que la identifica como la pensión de menor valor en América Latina, muy por debajo de las de Haití y Cuba que la superan inmediatamente en la lista de las de menor cuantía en Latinoamérica. Probablemente, la pensión venezolana desde el 2019 sea una de las más bajas del mundo aunque en otros países la cobertura sea menor: con un valor como el de la pensión venezolana actual esta diferencia no es, lamentablemente, muy importante. Por eso ensalzar la cobertura como hace la propaganda oficialista, omitiendo ese gravísimo dato es un acto de proselitismo vacío que no debe alcanzar mucha efectividad o que, en todo caso, merecería no tenerla.

En medio de la debilidad de la política hacia el adulto mayor y, a pesar de los incumplidos cambios que se plantearon a inicios del siglo XXI con la nueva Ley de seguridad social del 2002, el hecho de que resultara tan volátil el centro de esa política, es decir las pensiones, se ha traducido no solo en que se haya diluido el sistema de pensiones sino que con ello se diluyó el centro de la “minimalista” política nacional que ha tenido el Estado venezolano hacia las personas mayores desde el siglo XX.

Sin embargo, hay que decir que como se había creado el INASS como un sustituto del INAGER podría pensarse que se produjeran algunas novedades importantes

en campos alternos a los del seguro social y las pensiones. Sin embargo, el nuevo Instituto heredó y –podría decirse que multiplicó– la debilidad y limitación institucional tradicionales del INAGER, careciendo de apoyos financieros y político-institucionales significativos para generar innovaciones.

Entre los subsistemas del sistema de seguridad social diseñado en la Ley marco de Seguridad Social del 2002, los dos más relevantes, porque les precedía su significación institucional y presupuestaria, eran el subsistema de pensiones y el de salud. Ninguno de ellos cuenta, dos décadas después de la aprobación de esa Ley-marco, con una Ley propia de su subsistema siendo que, además, en un caso como el de salud ha sido muy polémica la conveniencia de su inclusión como subsistema de la seguridad social.

En definitiva la crisis de las pensiones ha sido la crisis del componente más visible de una política hacia las personas mayores en el país. La situación actual ha involucionado a un estado parecido al de los noventa, mucho peor por el valor real aún más bajo que tienen hoy las pensiones, aunque mejor por la existencia de un registro de pensionados y un nivel de bancarización elevado que podrían ser bases para un futuro relanzamiento del sistema de pensiones. Pero, por el momento, lo que hay es la disolución de ese sistema, como parte del declive del Estado social venezolano, declive cuya intensidad representa una involución inédita en la historia de los Estados sociales latinoamericanos, historia que se inició a principios del siglo XX (Aponte Blank, 2018).

VIII. El cuidado de las personas mayores: uno de los temas prioritarios pendientes

A nivel internacional la definición de políticas hacia las personas mayores tiende a definirse, creciente, aunque no exclusivamente, alrededor de tres grandes campos:

- La salud y su adecuación a las redefiniciones que supone el envejecimiento poblacional, tanto por el mayor número de personas mayores como por su mayor longevidad;
- Las pensiones y otras transferencias públicas y las redefiniciones (para su mayor efectividad y sostenibilidad) para dotar de ingresos básicos a las personas mayores, que ofrezcan posibilidades para su autonomía personal;
- El cuidado de las personas mayores, que a veces se reduce a un plano de atención en materia de cuidados de largo plazo hacia las personas con dependencias funcionales, pero que tiene otras vetas como la promoción de la calidad de vida entre las que destacan los cuidados preventivos para afrontar más adecuada o plenamente la etapa de la vida como persona mayor.

En Venezuela hay una ausencia de diseño y formación efectiva de una política hacia todos esos campos de acción hacia las personas mayores, lo que habría que decir que puede considerarse común con lo que ocurre –más allá de discursos efectistas, celebración formal de efemérides y cambios de nombre a calles, parques o monumentos naturales– con la totalidad de la atención hacia los grupos vulnerables o discriminados en el país: no hay política sistemática hacia los niños, jóvenes, mujeres, población LGBTI, población indígena o afrodescendiente, personas con discapacidades, población rural o de fronteras, entre otros. No es extraño entonces, aunque sí es muy contraproducente, que haya una grave

debilidad en la formulación y formación de una política hacia las personas mayores; y, en este marco probablemente ninguna de las tres prioridades internacionales mencionadas (salud, seguridad social-pensiones y cuidado) como las más comunes, tenga una debilidad más acentuada en Venezuela que la política de cuidados.

El envejecimiento poblacional ha fortalecido en el mundo una esfera novedosa (por su relevancia pública) en un campo de acción que puede designarse como de *cuidado de las personas mayores*. Como es frecuente, también en este caso hay debates terminológicos con respecto al término y sus alcances. La definición cobró relieve en los países más desarrollados para referirse a los *cuidados de largo plazo* destinados crecientemente a una parte de la población que –como una de las expresiones del envejecimiento– con base en mejoras de los recursos en salud y en ciertas condiciones de vida, tiende a ser cada vez más longeva como lo expresa el aumento tendencial de la esperanza de vida de la población en muchos países.

Esta acrecentada longevidad trae aparejada la aparición creciente de padecimientos físicos, psico-sociales o de “salud mental” que generan dependencias funcionales prolongadas y más o menos acentuadas que demandan una atención que tradicionalmente han provisto los grupos familiares (y dentro de estos, especialmente las mujeres) sin que ellos tengan frecuentemente los recursos económicos ni los conocimientos técnicos requeridos para un apoyo adecuado hacia las personas mayores afectadas.

Además, la tradicional estructura de los hogares extensos en la que algunos de los miembros –típicamente, algunas de las mujeres– realizaban las tareas de cuidar

a los niños y mayores, ha tendido a ser sustituida crecientemente por hogares con menos miembros, en tanto que las mujeres, que cumplían generalmente el papel de cuidadoras, han ido incursionando crecientemente en el mercado de trabajo.

También hay que indicar que, en los contextos socio-históricos tradicionales, cuando por diversidad de razones no existía la posibilidad del cuidado de personas mayores por sus grupos familiares, en algunas ocasiones, se abrían alternativas de atención por entidades institucionales de cuidado prolongado. Entre ellas destacaban en el campo de las actividades socio-comunitarias, los ancianatos, frecuentemente administrados por grupos religiosos; en otros pocos casos se fueron abriendo centros gestionados por iniciativas estatales; y, además se ha contado -también desde hace tiempo- con algunas alternativas más exclusivas (las residencias para personas mayores o casas de retiro, con un financiamiento totalmente privado), siendo esta una alternativa costosa y de cobertura limitada. Desde el punto de vista de alternativas públicas en Venezuela ese tipo de posibilidades de cuidado a largo plazo ha sido muy débil y ha convivido con la complicada frontera con la aún más desatendida esfera de los pacientes psiquiátricos. Uno de los campos más humanamente menospreciados, junto con el de los presos, en Venezuela.

En medio de las restricciones de información sobre la disponibilidad de este tipo de entidades de cuidado cobra relevancia el registro que ha realizado CONVITE mediante el Directorio de entidades de atención para adultos mayores en Miranda y el municipio Libertador. Este ha evidenciado, por un lado, una primera reducción importante del número de ancianatos o casas de cuidado de largo plazo para personas mayores, entre 2009 y 2012. Y otra disminución aún mayor para el 2017 (CONVITE, 2018). El balance preliminar de un nuevo directorio que está preparando actualmente CONVITE apunta a que, con extrema dificultad, podría

estar subsistiendo la mitad de los centros que existían hace menos de una década en estas zonas del país (Estado Miranda y municipio Libertador), tradicionalmente parte de las “más prósperas” y actualmente de las “menos precarias”.

Al mismo tiempo los grupos familiares se han empobrecido crecientemente en Venezuela teniendo más limitaciones para atender a sus miembros y requiriendo una mayor participación de las instancias públicas y comunitarias que puedan activarse para generar alternativas de atención apropiada hacia las personas mayores que puedan demandar de cuidados por restricciones de distinto tipo y grado o en razón de su bienestar personal y social.

Pero además, lo que parece bastante claro es, según estudios de diversos expertos que las mejores alternativas para la mayoría de los casos, especialmente desde la perspectiva de las personas mayores afectadas por algún problema que limite su autonomía personal, no son las de su ingreso a una entidad de atención (que es una opción que, además de ser muy costosa, no agrada a una parte muy importante de quienes –no obstante– requieren de cuidados); de modo predominante, los mayores se inclinan hacia alternativas de cuidados en “su casa” (propia o de sus familiares) con apoyos que preserven y alimenten su autonomía, en un marco de respeto a sus preferencias individuales y que involucren el apoyo de familiares y amigos, junto con el de cuidadores externos –voluntarios o comunitarios– con papeles delimitados (v. Huenchuan, 2018).

La gama de recursos que se han planteado en muchos países en la extensa área de acción de los cuidados es inmensa: va desde acompañamiento por tiempo parcial, hasta cuidadores permanentes, con formas de financiamiento en las que

puede participar el sector público y que, a veces, implican el apoyo financiero hacia miembros de la familia que pueden dedicarse al cuidado de sus parientes, sin ver por ello afectado tan severamente –desde el punto de vista de los ingresos– su posibilidad de acceder al mercado de trabajo.

En Venezuela los desarrollos de este tipo de iniciativas de cuidado son relativamente incipientes aunque hay distintas experiencias, muchas de ellas actualmente debilitadas, como casi todas las acciones públicas. Sin embargo, algunas han tenido importantes resultados en favor de los adultos mayores en aspectos con incidencias preventivas: Las Casas de los abuelos, de la Juventud prolongada e iniciativas similares, con promoción físico-recreativa y –cada vez más– con componentes nutricionales, son ejemplos frecuentemente vitales de esas acciones para el disfrute, la prevención y en favor de la calidad de vida de las personas mayores.

El campo del cuidado preventivo ha evidenciado unas potencialidades de amplia cobertura, con calidad y bajos costos relativos, por lo que debe ser considerado en un lugar significativo en el futuro de las políticas venezolanas en favor de las personas mayores.

IX. Personas mayores y acceso a los servicios públicos: ¿un problema particular subestimado?

Probablemente las esferas anteriores (seguridad alimentaria; salud; seguridad personal/prevencción del maltrato; seguridad social-pensiones; y, hasta la de cuidados, a pesar de su carácter difuso) puedan considerarse sin mayor discusión como asuntos muy relevantes en una panorámica social sobre los adultos mayores en Venezuela. Y, hay otros aspectos que no vamos a tratar con detenimiento, pero que son otros problemas que afectan significativamente la calidad de vida de muchas de las personas mayores.

Tal es el caso de las carencias educativas, empezando por el analfabetismo, que persiste en un pequeño pero importante sector de la población venezolana, en el que predominan las personas mayores. El analfabetismo es un problema central para el desarrollo de una vida autónoma y para un ejercicio más pleno de los derechos humanos a cualquier edad. Nunca es tarde para que, quien se disponga y cuente con esa alternativa, pueda tener acceso a la alfabetización, que seguramente le hará bien.

Hay otras limitaciones educativas “más prácticas” y generalizadas, como las referidas a las escasas competencias de muchas personas mayores en el manejo de recursos digitales, que –entre otras implicaciones– inciden en una riesgosa dependencia en el mundo actual con respecto a terceros, para gran diversidad de temas y gestiones como por ej.: las bancarias o las transferencias públicas (como el sistema patria); entre muchas otras. Es muy pertinente la relevancia que

le brindó CONVITE a ese aspecto en su reciente informe de asistencia humanitaria (2021d), como uno de los asuntos que recomienda valorar adecuadamente en las acciones en favor de las personas mayores.

Y tampoco puede ni debe menospreciarse el derecho a la recreación, que puede asociarse con las actividades preventivas en materia de cuidado, pero que debe resaltarse como un campo con un valor propio. Posiblemente nunca sea tan importante la dimensión recreativa, para el desarrollo de políticas públicas, como en los casos de la infancia y juventud así como para la edad mayor: en este caso, aunque no siempre responda al gusto “de todos”, las variadas medidas potenciales para la recreación parecen tener -en todo caso- una gran demanda potencial. Para una parte significativa de la población de mayores, a veces “con una pequeña ayuda de los amigos”, la oportunidad de viajar, jugar, bailar, compartir o contar con la posibilidad de apoyar a otros (voluntariado), son dimensiones que no pueden menospreciarse porque, por si fuera poco, son actividades que pueden tener un bajísimo costo con un gratificante y muy provechoso resultado por sus repercusiones positivas en la salud, la integración social, el recuerdo y el disfrute existencial de quienes quieran participar en ellas.

E igualmente optamos por no detenernos en esta ocasión en el complejo tema del transporte público y lo que implica para las personas mayores, por sus implicaciones particularmente variadas. Pero hay que decir que hasta para pagar el transporte público (que se supone que debería ser “gratuito y formalmente subsidiado” para los mayores) se registran problemas cotidianos significativos. Tanto los mayores como los estudiantes tienen una amplia experiencia histórica en esta materia, en la que los gobiernos han pretendido siempre omitir su responsabilidad. Digamos simplemente que en cuanto al transporte, si es un servicio público, de modo “universal” se supone que hay usuarios a los que se debe subsidiar con mecanismos

decentes, costos que no tienen que asumir los transportistas privados. Son muchas las experiencias mundiales de muy buenos servicios de transporte público, con abundante participación de ejecutores privados. Si estos transportistas particulares son apreciados como enemigos potenciales, por lo que deben trabajar a pérdida, pues se minimizará esa fundamental –y, frecuentemente insustituible– parte del transporte cotidiano para la gente.

Más allá de esos campos de la educación, la recreación y el transporte público, nos pareció importante destacar la particularidad que adquiere la dificultad de acceso regular a varios servicios públicos relevantes en el caso de los adultos mayores, porque es un problema que tiene una incidencia particularmente negativa hacia una parte de esta población y que tal vez sea insuficientemente valorada en sus repercusiones.

Con alguna frecuencia los medios de comunicación (como muestra el valioso registro hemerográfico preparado por la asistente de investigación de este proyecto) alertan sobre la especial afectación que tienen los problemas de diversos servicios públicos para las personas mayores. Sin embargo, es posible que valga la pena insistir en destacarlos como asuntos, a partir de los cuales se pueden generar iniciativas para la mejora actual o futura de las condiciones de vida de las personas mayores y –en especial, como apuntaremos– de un subsector particularmente perjudicado, mientras se logran solventar las extraordinarias deficiencias generales de muchos de los servicios públicos en el país. Trataremos este tema mediante dos tipos de caso: el de la bancarización; y el de algunos de los servicios urbanos domiciliarios (agua; electricidad y combustible para cocinar).

La bancarización y sus limitaciones

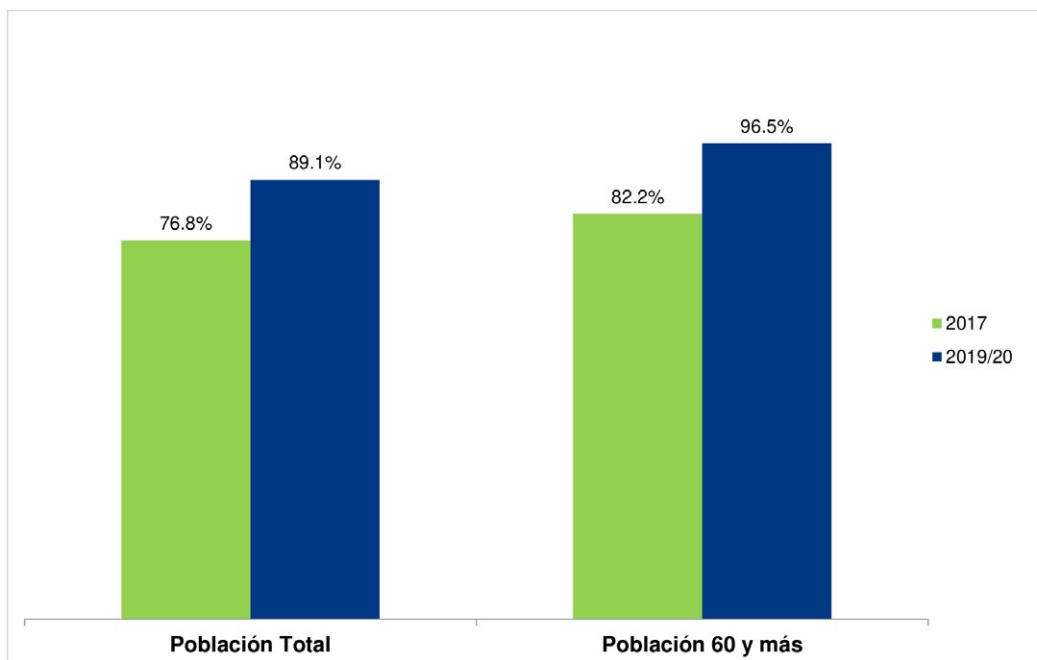
La bancarización, entendida como la incorporación de la población al sistema bancario, ha tenido genéricamente una evolución que puede considerarse como muy positiva en los últimos años: esto tiene unas potencialidades enormes para la instrumentación de diversos programas públicos, en particular los de transferencia de recursos monetarios, tanto para el conjunto de la población como en el caso de las personas mayores.

Como puede verse en el Gráfico 23, el crecimiento de la bancarización entre 2017 y 2019/20, se muestra como especialmente acentuado para la población de 60 años y más –llegando a cubrir a más de 96% de ese grupo en 2020– en tanto que para la población en general alcanza a 82% para ese año. El porcentaje un poco más elevado de las personas mayores probablemente responde a la vinculación de la bancarización con la ampliación de la cobertura de los programas de pensiones y, en alguna medida, a la incidencia del registro en el llamado “sistema patria”.

Sin embargo, aún en un campo como este, en el que se muestra un avance positivo, representado por la mayor cobertura poblacional de los servicios bancarios, hay que destacar la masiva experiencia (nada lejana en el tiempo y con permanentes riesgos de reiterarse) de las prolongadísimas colas para los cobros de pensiones y las ofensivas formas de discriminación que ello supone; además, generalizando el descuido, hay constantes restricciones en los montos máximos de retiro, especialmente en los cajeros automáticos, en un marco en que los sindicatos de trabajadores de la banca manifiestan que apenas hay un 10% de esos cajeros que están activos en el país. Por solo citar esos dos ejemplos, la precariedad socio-económica nacional también asoma su propio, desagradable y preocupante rostro para el común, en el mundo de los bancos.

Gráfico 23

Venezuela: Población bancarizada total y de 60 años y más como % de los totales (2017 y 2019/20).



Fuente: ENCOVI 2017 y 2019/20.

A lo anterior se añade que, como destaca CONVITE (2021a), diversas organizaciones de defensa de los derechos de los adultos mayores han denunciado que, en la actualidad, hay por lo menos 700.000 pensionados (es decir cerca de un 20% de ellos) que no tiene tarjeta de débito. Se trata entonces de un sub-sector que ni siquiera puede hacer con alguna seguridad sus limitados retiros mediante los pocos cajeros que funcionan, ni tampoco puede pagar lo que compre con una tarjeta de débito, con las complicaciones cotidianas que ello supone para muchos.

Servicios públicos domiciliarios

Con respecto a los servicios públicos domiciliarios antes mencionados (agua, electricidad y combustible para cocinar) reunimos en el Gráfico 24 una información en la que destacamos a dos de los subsectores de los hogares conformados por solo adultos mayores: los unipersonales y los unigeneracionales.

Partimos para agrupar ese subgrupo de la muy útil adaptación que hace María Di Brienza, a partir de una clasificación de la composición generacional de los hogares (propuesta por Ullmann et al., en Di Brienza 2021, pág. 37), que ayuda a diferenciar a los 3,5 millones de hogares venezolanos con adultos mayores (60 años y más) en 5 tipos de hogares:

- unipersonales, persona mayor que vive sola;
- unigeneracionales, hogar de 2 o más personas mayores;
- con generación intermedia, con al menos 1 integrante de 20-29 años y al menos 1 persona mayor;
- sin generación intermedia, con al menos 1 integrante de 0-19 años y al menos 1 persona mayor;
- y, multigeneracional, con presencia de al menos 1 integrante de 0-19 años, al menos 1 de 20-59 años y al menos, 1 de 60 o más.

Consideramos que esa propuesta clasificatoria tiene mucha utilidad para explorar variados tipos de vulnerabilidades potenciales, según distintos problemas que se traten. El caso del acceso a los servicios domiciliarios nos parece que puede ser provechoso para ejemplificar lo anterior.

Hay que advertir, sin embargo, que el punto de partida de esa exploración puede no parecer muy prometedor. Como verán en el Gráfico 24, no hay diferencias genéricas de mayor relevancia entre los porcentajes de hogares en general y los de hogares con personas mayores, en lo que respecta al acceso a los servicios domiciliarios en cuestión. Tampoco hay mayores diferencias en ese acceso entre los hogares con personas mayores y los hogares con solo personas mayores. Estos últimos, que son el centro de nuestro interés en este caso, están formados por los integrados por hogares unipersonales o unigeneracionales con solo personas mayores y que son cerca de 1 millón de hogares, es decir que son más de 1 de cada 4 hogares con adultos mayores.

La complejidad de algunas de las políticas y programas de apoyo social hacia sectores específicos puede ser ilustrada, a nuestro parecer bastante bien, con este tipo de caso. Si uno se queda en los porcentajes generales, se podría decir que hay que resolver los servicios públicos para todos; y esto es totalmente cierto. Pero, mientras eso ocurre hay subsectores que viven la situación de carencia de acceso a esos servicios con particular intensidad y gravedad.

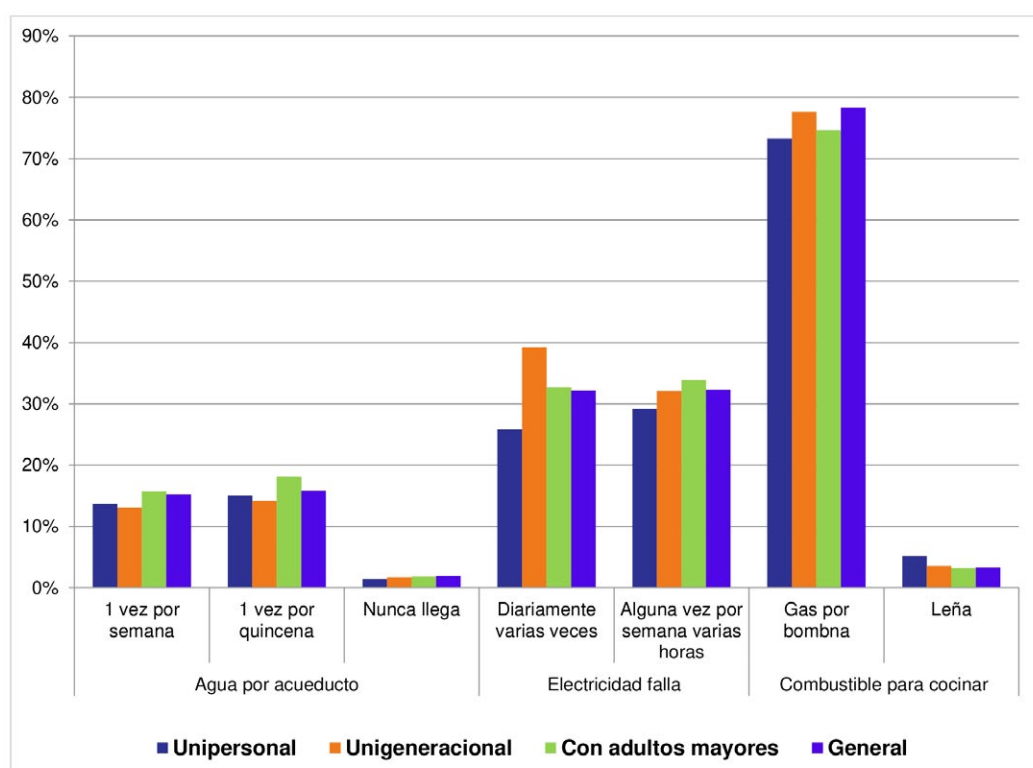
No podemos decir que los problemas que comentamos afecten similarmente a todo el grupo de los hogares con adultos mayores, ni siquiera al que tiene solo adultos mayores; pero muy posiblemente, dentro de este último subgrupo, haya quienes sufran con especial intensidad la carencia de acceso a servicios, que no se ilustra en el gráfico 24, porque ello no se expresa en la “fría” similitud de los porcentajes.

Sin embargo, a bajo costo y con efectivo impacto potencial, ese problema (de falla de acceso) podría ser un buen motivo para activar mecanismos de atención pública y comunitaria particulares, que alivien –a corto plazo– parte de esas

carencias. De hecho ese tipo de apoyo ya está ocurriendo en distintos campos, como se evidencia en materia de diversos acciones de cooperación familiar y comunitaria (CONVITE 2021a). Se trata en muchos casos de sistematizar, visibilizar, valorar, reforzar, promover y organizar mejor esos apoyos, de ser factible.

Gráfico 24

Hogares con problemas de acceso a ciertos servicios públicos domiciliarios, según tipos de hogares: de personas mayores **solas**; de **solo** personas mayores; **con** personas mayores y hogares, en general.



Fuente: ENCOVI: 2019/20.

Por ejemplo, cuando hablamos del derecho al agua potable y al saneamiento, tratamos con un derecho humano considerado primordial y que es debidamente resaltado entre los Objetivos mundiales de Desarrollo Sostenible (ODS). Al igual que con otros derechos podría asumirse que en las limitaciones de acceso que se

producen (especialmente para quienes tienen el servicio en el mejor de los casos una vez por semana) estamos ante un problema parecido para todos los hogares venezolanos que presenten esta carencia. Sin embargo, hay varios elementos que agravan esta problemática para cierto tipo de hogares.

Puntualicemos ese ejemplo. No hay diferencias notables entre los hogares en general ni con los constituidos solo por personas mayores, en lo que respecta a las fuentes principales de suministro de agua: cerca de 80% tienen suministro por acueducto. Tampoco hay diferencias porcentuales importantes con los problemas *más* acentuados de acceso regular al agua. Pero, esa similitud aparente para quienes no cuentan con personas relativamente jóvenes de apoyo *en* el hogar y, muy especialmente si no tienen capacidad económica (digamos, por ejemplo, si están en pobreza extrema), puede plantear limitaciones severas que propendan a una dependencia, frecuentemente “incómoda” con respecto a familiares, vecinos o hacia miembros de la comunidad a quienes se debe pedir el “favor” de comprar un botellón o cargar cubos de agua, para resolver su problema particular.

Hay casos bastante comunes en los medios urbanos, como los de adultos mayores que viven en las partes altas de edificios o “bloques” de muchos pisos o que residen en las partes altas de los barrios populares, que pueden atravesar por problemas especialmente incómodos y en los que se sacrifica frecuentemente la posibilidad de acceder al derecho al agua, para “no molestar”.

Hay que insistir en que este tipo de dificultad se acentúa en los casos en los que este tipo de hogar tiene limitaciones económicas que le dificultan contratar (o contribuir al pago) de camiones cisternas o para sufragar algún tipo de apoyo para que se transporte agua a su hogar.

Como hablamos de la población que cuenta con agua por acueducto (recordemos que es cerca del 80% del total) y como estamos refiriéndonos a las dimensiones más graves –por su duración– del problema, estaríamos hablando según la ENCOVI 2019/20 de unos 230.000 hogares de los que habitan solo adultos mayores en los que hay una vulnerabilidad marcada (sin acceso de una semana o más, al agua) y para quienes se pueden plantear complicaciones especialmente acentuadas para el acceso potencial de ese bien, sobre todo si no cuentan con recursos económicos para facilitar ese acceso, limitación que es muy común en la Venezuela de hoy.

El caso del acceso a fuentes de combustible para cocinar es un campo que plantea problemas muy parecidos al anterior. La gran mayoría de los hogares venezolanos (casi un 80%) cuenta con el gas por bombonas como su fuente de energía básica para cocinar, a la que se suma un asombrosamente bajo 15% de gas directo en un país “petrolero y gasífero”.

Pero existe una crónica y generalizada escasez así como graves deficiencias de distribución de gas doméstico desde hace muchos años, lo que con mucha frecuencia convierte en un problema cotidiano a la preparación de la comida. Ahora, el asunto se agrava en el caso de los hogares con solo personas mayores porque tanto el transporte y la instalación de las bombonas, asuntos que intentan resolver cada vez más autónoma e individualmente los miembros de los hogares venezolanos, son otra limitación grave que afecta en particular el buen funcionamiento de una parte de los hogares con solo personas mayores: cargar una bombona de gas hasta la casa y, luego, por ejemplo, en edificios sin ascensor o hacia los sectores “altos” del barrio son asuntos muy problemáticos. Ni se diga de lo que ocurre en el campo, con las distancias propias de esas “lejanías”. Para las personas de edad se plantean a menudo muy incómodos problemas de dependencia en ese tipo de caso.

Algo parecido al caso anterior ocurre con el acceso a la electricidad, servicio que ha presentado muy graves problemas en Venezuela sobre todo en el siglo XXI y, en especial desde el 2009-10, aunque en este caso presenta variantes. Nuevamente hay que destacar que en los casos de hogares en los que solo viven personas mayores las fallas de electricidad plantean problemas particulares de inseguridad, así como de movilidad en las casas, especialmente si se trata de viviendas en edificios o bloques altos. Pero además, limita severamente la movilidad para quienes –sin ascensor– en el edificio o en el alto del barrio requieran moverse fuera de su casa. Esto plantea una variedad de formas de complicación de la vida cotidiana como, ocurre también, en muchas de las entidades de cuidado de largo plazo, como los ancianatos.

En esos y otros casos²⁰ se trata de plantear y afrontar unos problemas para explorar posibilidades de generar alternativas públicas locales y hasta “micro-locales” en las que puedan participar diversas instancias de la vida social, respetando siempre la autonomía personal y familiar pero ofreciendo la solidaridad comunitaria, como derechos en el primer caso y como un fraternal deber humano, en el segundo.

20. Hay una importante experiencia de CONVITE en cuanto a las limitaciones que suponen las fallas de electricidad y otros servicios públicos, para entidades de atención colectiva como los ancianatos. Recordemos además que, para quienes tengan un tanque de agua, las fallas de luz impiden activar el flujo de ese vital líquido.



Consideraciones finales

En este trabajo presentamos una panorámica de la situación social actual de las personas mayores desde una perspectiva fundamentalmente sectorial que muestra el deterioro que ha ocasionado la emergencia humanitaria compleja en las condiciones de vida de este grupo poblacional, tanto en materia de salud y seguridad alimentaria; como en lo que respecta a la persistente crisis de seguridad personal y sus formas de afectación en el caso de las personas mayores; en lo relativo al deterioro extremo del valor de las pensiones (que se habían perfilado como la principal acción pública hacia las personas mayores a inicios de este siglo); así como en la desatención tradicional del tema del cuidado de las personas mayores en el que se han debilitado algunas de las pocas iniciativas públicas existentes en materia preventiva y en el que tanto las organizaciones de la sociedad civil como los grupos familiares afrontan acrecentadas limitaciones para apoyar a las personas mayores que puedan requerirlo; y, finalmente, alertamos sobre el tipo de problemas particulares que pueden afectar a subgrupos de hogares con adultos mayores (en materias como las de las dificultades de acceso a los servicios públicos) y que pueden ser materia para explorar alternativas de atención hacia las personas mayores, sobre todo en escalas micro-locales.

La perspectiva fundamentalmente sectorial que se ha expuesto muestra que frente a los retos del envejecimiento poblacional hemos tendido a debilitarnos, que se han agravado severamente los problemas de las personas mayores como ha ocurrido con la generalidad del país, aunque con efectos especialmente graves por la vulnerabilidad propia de este grupo poblacional. En medio de la emergencia humanitaria, del declive del Estado social venezolano y sin contar con una política

hacia las personas mayores que atiende problemas sociales como los expuestos es obvio que se ha producido un muy severo deterioro social y socio-económico para esta población (como también se destaca en Ponce Zubillaga, 2021).

Ese panorama se agrava aún más si incursionamos en una perspectiva “selectiva” en la que identifiquemos las problemáticas de distintos subgrupos poblacionales particularmente vulnerables que podríamos simbolizar en particular mediante la situación de las personas mayores en comunidades indígenas: no solo tienen una esperanza de vida sustancialmente menor a la del conjunto de los venezolanos, sino que son personas mayores que tienen una exposición particularmente elevada a enfermedades infecto-contagiosas (como la malaria, la tuberculosis o la hepatitis), presentan cuadros nutricionales crecientemente graves y están sufriendo la desintegración de su modo de vida en medio de la emigración forzada de muchos de los integrantes jóvenes de sus comunidades (v. al respecto, Kapé-kapé, 2019) dispersión que apunta en varios casos (como en el de los warao) a un etnocidio de hecho.

Lamentablemente, aunque el caso de las poblaciones indígenas sea extremo, se reproduce en otros duros términos en las situaciones de gran parte de las poblaciones con discapacidades desde edades tempranas, de la población LGBTI cuya discriminación se incrementa cruelmente con la edad o de las personas mayores en los crecientemente asolados territorios de frontera o en diversos contextos rurales. En fin, hay una gran variedad de casos que reclaman atenciones públicas adecuadas en respeto a sus derechos humanos.

Es claro que no podrá haber una recuperación sustancial y sostenida de la situación de las personas mayores en nuestro país, mientras no se genere un contexto de

crecimiento económico sostenido y sustancial, de recuperación gradual de la institucionalidad pública y social y un proceso de reducción sistemático de la pobreza y de superación de la emergencia humanitaria que padecemos.

En este marco no solo hay que enfatizar en la relevancia de seguir generando análisis que caractericen la situación de grupos que requieren de una atención prioritaria, como las personas mayores, sino que se deben producir lineamientos de acción y documentar experiencias exitosas de intervención para atender adecuadamente a la personas mayores en el complejo marco actual así como para delinear alternativas programáticas hacia las mejores oportunidades que debe deparar el futuro.

Aunque contar con lineamientos de acción pública generales en favor las personas mayores es fundamental, la atención efectiva hacia muchos de los casos de especial vulnerabilidad reclama una acción local, a menudo micro-local, como parece confirmar la experiencia de asistencia humanitaria reciente de CONVITE (2021d).

Hay que destacar que las familias tienen un papel fundamental en la atención de las personas mayores. Pero los cambios que ha vivido la sociedad y que seguirán acentuándose en el futuro, así como el envejecimiento creciente de la población, en cantidad y en longevidad, refuerzan la importancia de que se asuma la política hacia las personas mayores como un tema primordial para la sociedad como conjunto; es decir una cuestión primordial para las familias, pero no solas, sino enfocándola como una preocupación colectiva y que, como tal, reclama de apoyos públicos. Un asunto que nos compromete a todos como seres humanos, con un futuro en el que llegará una edad mayor que no debería representar un momento de desesperanza sino de redefinición de las circunstancias para seguir construyendo una vida satisfactoria.

Referencias bibliográficas

Aponte Blank, Carlos, 2014: **La política social durante las gestiones presidenciales de Hugo Chávez (199-2012)**. Caracas, CENDES.

Aponte Blank, Carlos, 2018: El Estado de bienestar: ¿alternativa del desarrollo futuro o modelo en vías de extinción? En Mascareño, C. **Nuevas visiones sobre el desarrollo**. Caracas: ILDIS-CENDES, 331-382.

Aponte Blank, Carlos, 2019: **Los bonos sociales: en el rumbo incierto ante el empobrecimiento. Los nuevos programas prioritarios del sector social en Venezuela, 2016-2019 (3)**. Observatorio de Programas Sociales, Transparencia Venezuela.

Aponte Blank, Carlos, 2020a: La debacle venezolana desde la perspectiva del IDH, en **Revista SIC** 824:158-161.

Aponte Blank, Carlos, 2020b: El CLAP y la gran corrupción del siglo XXI, en **Agroalimentaria** 50:147-166.

Aponte Blank, Carlos, 2020c: **Venezuela: Pensiones de vejez en emergencia**, Caracas, CONVITE.

Asamblea Nacional. Comisión Permanente de las Familias, la Libertad de Religión y Cultos, 2021: **Proyecto de Ley Orgánica para la protección y atención integral de las adultas y los adultos mayores, Venezuela**.

BCV, Banco Central de Venezuela, 2021. Información estadística en: <http://www.bcv.org.ve/>

CEPAL/Naciones Unidas, 2020: **COVID-19 y sus impactos en la protección social de las personas mayores en la subregión**, México

CEPAL/Naciones Unidas: El Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) en el contexto de la pandemia de COVID-19: Las pandemias deberán cambiar la manera de ver la edad y el envejecimiento, 11 de enero 2021. <https://www.cepal.org/es/enfoques/decenio-envejecimiento-saludable-2020-2030-contexto-la-pandemia-covid-19-pandemias-deberan>.

CEPAL-CELADE, Varios años. **Observatorio demográfico**. CEPAL, Santiago.

Cepalstat (2021). **Información estadística** en: <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/>

CONVITE A.C., PROVEA y Comité de Derechos Humanos para la defensa de los jubilados y pensionados, (2018) **Informe sobre violación de los derechos humanos de las personas mayores en Venezuela**, presentado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos para ser considerado en sus sesiones del 1 al 5 de octubre. (CIDH)

CONVITE A.C 2021a, **Evaluación de las condiciones de Vida de las Personas Mayores**, Caracas, CONVITE.

CONVITE A.C 2021b: **Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela 2020**, Caracas, CONVITE.

CONVITE A.C 2021c: **Informe de victimización. Vejez en riesgo. Muertes violentas de personas mayores en Venezuela enero-junio 2021** (en prensa), CONVITE.

CONVITE AC, 2021d: **Proyecto de Asistencia Humanitaria: Informe de resultados**, Caracas, CONVITE

FAO/Naciones Unidas **Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) Centroamérica. Conceptos básicos**. FAO

Di Brienza Parente, María 2021: **El envejecimiento poblacional en Venezuela: Evolución y perspectivas**, Caracas, CONVITE.

ENCOVI (2014 a 2019/20). **Resultados de la Encuesta de condiciones de vida para los años 2014 a 2019/20**. Caracas, ENCOVI.

Figuerola, Ahiana: Encuesta Encovi: “Sólo 3% de los hogares en Venezuela tiene seguridad alimentaria”, **Tal Cual**, 7 de julio de 2020

HelpAge International 2020: La negligencia y el abuso hacia las personas mayores se intensificó en todo el mundo por el COVID-19, 5/06/2020. <http://www.helpagela.org/noticias/la-negligencia-y-el-abuso-hacia-las-personas-mayores-se-intensific-en-todo-el-mundo-por-el-covid19/>.

Herrera-Cuenca, Marianella; Yaritza Sifontes; Maritza Landaeta-Jiménez; y Mike Contreras 2018: Public Health Nutrition Programs for the Elderly: Epidemiological Basis, **Current Geriatrics Reports**. <https://doi.org/10.1007/s13670-018-0244-2>

Huenchuan, Sandra (Editora) 2018: **Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y derechos humanos**, Editora CEPAL/ Naciones Unidas.

INE, Instituto Nacional de Estadística, 2021. **Información estadística o documental** en: <http://www.ine.gov.ve/>

Institute for Economics and, Peace, 2020: **Índice de Paz Global 2020** en: <https://www.economicsandpeace.org/reports/>

International Development Association 2020: **Responding to the Emerging Food Security Crisis** <http://documents1.worldbank.org/curated/en/775981606955884100/pdf/Responding-to-the-Emerging-Food-Security-Crisis.pdf>

IVSS, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (Varios años). **Registros administrativos sobre pensionados en Venezuela**, Caracas, IVSS

Kapé-kapé A.C., 2019. **Informe sobre adulto mayor indígena: Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro**, Venezuela, Kapé-kapé.

Organización Mundial de la Salud 2020: **Década del envejecimiento saludable 2021-2030**. <https://www.mayoresudp.org/la-decada-del-envejecimiento-saludable-2021-2030-una-nueva-iniciativa-de-naciones-unidas/>

Organización Mundial de la Salud: **58ª Asamblea Mundial de la Salud: Ginebra, 16-25 de Mayo de 2005: resoluciones y decisiones, anexo**.

Ponce Zubillaga, María Gabriela (2021). **La pobreza en Venezuela y la situación de las personas mayores en el contexto 2014-2019/20**. Caracas, CONVITE.

Rodríguez, Nahir; Hernández, Rosa; Herrera, Héctor; Barbosa, Johanna; y Hernández-Valera, Yolanda 2005: Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos, en: **Investigación Clínica**, v. 46, n.3, Maracaibo, pp. 219-228.



**PROYECTO ENPOVEN:
EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN VENEZUELA.
PANORAMA ACTUAL**

**PANORAMA SOCIAL ACTUAL
DE LAS PERSONAS MAYORES
EN VENEZUELA.**