

ENPOVEN

El envejecimiento poblacional en Venezuela

Inclusión de las Personas Mayores en la Respuesta Humanitaria: Panorama de Necesidades

SEPTIEMBRE 2019 - MAYO 2022



JAVIER MANRIQUE - SEPTIEMBRE, 2022

ENPOVEN: El envejecimiento poblacional en Venezuela

FICHA TÉCNICA	
Proyecto	Convite por la Salud
Componente/ Actividad	Monitoreo del Acceso a la Salud y envejecimiento poblacional en Venezuela: Una mirada panorámica actual. ENPOVEN: Envejecimiento Poblacional en Venezuela.
Directora del proyecto	Francelia Ruíz
Coordinador de Contenido	Luis Francisco Cabezas
Titulo del Documento	"El envejecimiento poblacional en Venezuela. Panorama actual" Inclusión de las Personas Mayores en la Respuesta Humanitaria: Panorama de Necesidades. Septiembre 2019- mayo 2022
Edición	Francelia Ruíz
Investigación	Javier Manrique
Diagramación y diseño	Camilo Escobar Estrada

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
Manrique, Javier (2022). PROYECTO ENPOVEN: "El envejecimiento poblacional en Venezuela. Panorama actual". Inclusión de las Personas Mayores en la Respuesta Humanitaria: Panorama de Necesidades. Septiembre 2019- mayo 2022. Convite, A.C., Caracas, Venezuela.

«© Convite, A.C., [2022]. Reservados todos los derechos».

Tabla de Contenidos

GLOSARIO Y ACRÓNIMOS	04
INTRODUCCIÓN	06
ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	09
OBJETIVO GENERAL	09
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
ASPECTOS METODOLÓGICOS	09
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
RECOMENDACIONES	25

Glosario y Acrónimos

AEE: Alojamiento, energía y enseres. Sector técnico de asistencia humanitaria que incluye artículos no alimenticios (NFI en inglés).

ASH: Agua, saneamiento e higiene. Sector técnico de asistencia humanitaria.

Clúster (inglés, OCHA): Grupos de organizaciones humanitarias, tanto de las que forman parte del Sistema de las Naciones Unidas como de las que no, en cada uno de los sectores principales de la acción humanitaria. Este enfoque sectorial se usa en más de 30 países para brindar asistencia humanitaria.

Edadismo¹: Discriminación por edad. Se produce cuando la edad se utiliza para categorizar y dividir a las personas provocando daños, desventajas e injusticias. Puede adoptar muchas formas, como prejuicios, discriminación y políticas y prácticas institucionales que perpetúan creencias estereotipadas.

EHC²: Emergencia humanitaria compleja. Declarada en Venezuela en el 2016. "Se trata de crisis humanitarias graves que suelen ser el resultado de una combinación de factores que van desde inestabilidad política, quiebre y fragmentación del Estado, conflictos y violencia, fracaso de políticas de desarrollo, desmoronamiento de la economía formal, desigualdades sociales y pobreza subyacente; que generan grandes impactos sobre la estabilidad cultural, civil, política y económica de las sociedades."

EHP³: Equipo Humanitario País. Es el espacio de coordinación de la comunidad humanitaria internacional (agencias de Naciones Unidas, ONG internacionales, ONG nacionales, Sociedad Nacional de la Cruz Roja, Comité Internacional de la Cruz Roja y donantes) definido a nivel internacional por el IASC (Comité Permanente Inter Agencial). El EHP busca apoyar y complementar la respuesta a emergencias ocasionadas por violencia armada y desastres naturales, con énfasis en zonas de difícil acceso y poblaciones afectadas.

ENT: Enfermedad no transmisible.

Discapacidad (OMS): La interacción entre las personas que tienen algún problema de salud (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y apoyo social limitado).

Inclusión: Enfoque basado en derechos para la programación humanitaria, que tiene el objetivo de garantizar que las personas mayores, las personas con discapacidades y otras personas con necesidades específicas tengan acceso a los servicios básicos en igualdad de condiciones y una participación activa y efectiva en la planificación, desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de esos servicios.

MIRA (inglés): Evaluación rápida inicial multi-clúster.

Glosario y Acrónimos

OCHA (inglés): Oficina de coordinación de asuntos humanitarios de Naciones Unidas.

OMS: Organización mundial de la salud.

Personas mayores: De acuerdo con la Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores, publicada en septiembre de 2021, son aquellas personas con edad igual o mayor a sesenta años. Según la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas del 2005, se consideran personas mayores a aquellas que tengan 50 años o más.

PRH:⁴ Plan de respuesta humanitaria. Documento elaborado por la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), bajo el liderazgo del Coordinador Humanitario (CH) y el Equipo Humanitario de País (EHP) en cooperación con las y los coordinadores de Clúster y otros actores humanitarios en el país.

RNA (inglés): Evaluación rápida de necesidades.

RRD: Reducción de riesgo de desastres. Sector técnico de asistencia humanitaria.

SMAPS: Salud mental y apoyo psico-social. Sector técnico de asistencia humanitaria.

WGSS (inglés):⁵ Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad.

¹ <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>

² <https://www.civilisac.org/emergencia-humanitaria-compleja/las-emergencias-humanitarias-complejas-caracter-politico>

³ <https://www.humanitarianresponse.info/es/operations/colombia/humanitarian-country-team>

⁴ <https://hum-insight.info/plan/1097>

⁵ https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer_-_Spanish.pdf

INTRODUCCIÓN

Durante más de 16 años, una de las principales áreas de trabajo e investigación de Convite AC en Venezuela ha sido la identificación y visibilización de las privaciones, a nivel de los hogares y de las personas más vulnerables, relacionadas con múltiples dimensiones como vivienda, prestación de servicios básicos, acceso a la salud, educación, trabajo y protección social, bajo la óptica de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales inherentes a la condición humana. Esta área estratégica de investigación e incidencia ha cobrado mayor relevancia, en vista de la opacidad de fuentes oficiales sobre la vulneración de derechos esenciales y las desigualdades presentes en el país. Desde el 2019, la asistencia humanitaria fue incorporada como otra área prioritaria de acción, en vista de la necesidad de dar respuesta a las múltiples carencias que enfrentan los venezolanos y particularmente las personas mayores, grupo de la población que es víctima del edadismo, de la ausencia de políticas y programas efectivos para cubrir dichas carencias, y del hecho que no es sistemáticamente incluido en la respuesta humanitaria a nivel global, regional o local.

En cuanto al marco legal que establece la protección y asistencia de las personas mayores en Venezuela, a pesar de que existen varios instrumentos donde se plasma la estructura, alcance y responsables, como la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y la Atención Integral del Adulto Mayor, Ley de Servicios Sociales y la Ley del Seguro Social Obligatorio, entre otras, no pareciera haber intención real, por parte del Estado, de aplicar estos instrumentos con el objetivo de defender los derechos de este grupo de la población, y las instituciones gubernamentales no se están avocando a plantear soluciones viables y beneficiosas que permitan que los adultos mayores puedan vivir, dignamente, de su pensión y disfrutar de su tiempo de retiro, con salud y bienestar.

La completa ausencia de aplicación de la normativa legal que ampara a las personas mayores cobra particular importancia cuando se revisan las características demográficas del país, su evolución en las próximas décadas y las repercusiones de estos cambios en numerosos aspectos de la vida de las personas mayores. El informe ***Envejecimiento poblacional en Venezuela: Evolución y perspectivas***,⁶ publicado en julio 2021 como parte del Proyecto “ENPOVEN: Envejecimiento poblacional en Venezuela, una mirada a la panorámica actual”, indica que “...El envejecimiento de la población es un proceso en marcha, según las estimaciones vigentes de la CEPAL y Naciones Unidas, en 2020 el 13% de la población de América Latina y el Caribe tiene 60 años de edad o más (87 millones), en apenas treinta años, en 2050, llegará a 25% la representación de este grupo poblacional, serán 189 millones de personas. Venezuela igualmente está evidenciado los cambios en su perfil demográfico, su población más joven progresivamente está cediendo el protagonismo al grupo de personas mayores. Se estima que en la actualidad el 12% del total de su población pertenece a este tramo etario (3,5 millones), en 2050 pueden llegar a constituir el 21% superando en importancia al grupo de los niños, para contar 7,7 millones de personas...”, y señala que, si el movimiento migratorio se mantiene, “...las tendencias apuntan a que este proceso de cambio poblacional es inexorable, lo que demanda pronta atención por sus implicaciones en materia de empleo, sistemas de salud, seguridad social, sistemas de cuidados y vivienda, entre otros...”

INTRODUCCIÓN

La pobreza en personas mayores también fue tema de investigación en el 2021 como parte del proyecto ENPOVEN, y los resultados fueron reportados en el informe **La pobreza en Venezuela y la situación de las personas mayores en el contexto 2014-2019/2020**.⁷ "...el registro de pobreza para el último año fue de 86,9% el cual, aunque inferior al de la población total, muestra un aumento mayor en el tiempo de 50,7 puntos porcentuales, 9 puntos por encima del observado en la población total..."; "...Entre los años 2014-2019/2020 el porcentaje de población elegible sin jubilación disminuyó en 27,5 puntos porcentuales, ubicándose el porcentaje de población en la edad legal sin acceso a esta protección social en 16,4%..."; "...todo el detrimento del valor en términos de la capacidad adquisitiva del sistema de pensiones se encuentra entre las razones centrales por las cuales la pobreza general tuvo un crecimiento mayor en este subgrupo de población..."; "...la participación en el mercado laboral es decreciente conforme se avanza en los grupos de edad. No obstante, todos los grupos han elevado su participación, posiblemente como consecuencia de la crisis económica que ha obligado a algunas personas a reinsertarse en el mercado laboral en la búsqueda de ingresos, dado el deterioro de los mismos, así como a la imposibilidad de cubrir sus necesidades básicas solo a través de las remuneraciones otorgadas por el sistema de pensiones..."

Adicional a los cambios demográficos estimados y al incremento de la pobreza indicados previamente, se agrega el impacto desproporcionado de la EHC, declarada en el 2016,⁸ en la calidad de vida de las personas mayores. Las dos ediciones de la **Evaluación sobre las condiciones de vida y salud de las personas mayores en Venezuela**,^{9,10} publicadas en el 2020 y 2021, señalan interrupciones frecuentes y calidad deficiente de servicios básicos (agua, gas doméstico, electricidad, telefonía fija, conexión a internet), uso de fuentes alternativas de combustible dañinas para la salud y el medio ambiente (leña), ingresos insuficientes para cubrir necesidades médicas y de alimentación mensuales, escasa productividad económica y elevada dependencia de sistemas de protección social (actualmente equivalentes a 70 centavos de dólar al día) y del apoyo de familiares, predominio de actividades económicas informales en aquellos que si realizan una actividad económica, grandes limitaciones en la adquisición de medicamentos para el tratamiento de ENT (principalmente hipertensión arterial, osteoartritis y diabetes) y en el acceso a servicios médicos privados, consumo de proteína animal inferior al requerimiento diario (con serias consecuencias para su estado nutricional y otras áreas de su salud), cobertura importante del programa gubernamental de los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP) con un contenido elevado de carbohidratos refinados, la práctica frecuente de mecanismos de afrontamiento negativos para rendir los alimentos (reducir porciones y calidad de los alimentos), y un porcentaje relevante de personas mayores que presentan síntomas de salud mental (insomnio, ansiedad y/o tristeza), viven en situación de soledad y/o son responsables directos del cuidado y manutención de otra(s) persona(s).

El panorama de vulnerabilidad y de indefensión se agrava aún más al incluir las consecuencias y medidas relacionadas con una crisis de salud pública sin precedentes como la pandemia por COVID-19 desde marzo del 2020, las cuales acentuaron el aislamiento social, el edadismo y las barreras ya existentes para el acceso a los precarios e insuficientes servicios disponibles, particularmente la red de centros de salud del país. Aunque no existen cifras disponibles sobre el impacto de la pandemia sobre la salud física y mental de las personas mayores, cifras oficiales y no oficiales (COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University)¹¹ indican que se han confirmado 541 mil casos y 5.784 fallecimientos hasta la fecha. En cuanto a la cantidad de población vacunada, plataformas no oficiales¹²

INTRODUCCIÓN

reportan que para febrero 2022, el 50% de la población había recibido 2 dosis, y el 79% al menos una dosis.

En un contexto caracterizado por el desamparo legal, el rápido envejecimiento poblacional, el incremento de la pobreza, el impacto arrollador de la EHC y la pandemia por COVID-19 aún en pleno apogeo, en agosto 2022 se publica la tercera edición del PRH para Venezuela. Esta última versión tiene un alcance bianual (para promover la sostenibilidad), una población meta de 5.2 millones de personas (15% de las cuales son personas mayores) priorizando 8 estados del país, requiere casi 800 millones de USD para cumplir con las metas y objetivos propuestos (siendo el financiamiento uno de los principales desafíos), incorpora acciones en la reducción del riesgo de desastres y busca promover el nexo entre lo humanitario y el desarrollo para contribuir con el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).¹³ A pesar de ser producto del esfuerzo conjunto de numerosas agencias humanitarias y otros actores clave, hay que destacar que el PRH no contempla brindar asistencia para cubrir todas las carencias y vulnerabilidades de las personas mayores en el país descritas previamente.

Debido a la gravedad del panorama descrito, y con el objetivo principal de hacer incidencia en instancias de coordinación humanitaria, con otras agencias dedicadas a la asistencia humanitaria, autoridades nacionales y donantes, desde Convite A.C. se planteó la realización de un análisis comparativo riguroso de las necesidades sectoriales de los hogares con personas mayores o constituidos por personas mayores, en varios estados del país, entre el 2019 y el 2022.

La información generada no solo servirá para tener una panorámica real de las necesidades prioritarias de las personas mayores y sus familias, sino que también permitirá dar evidencia consistente, tanto para la exigibilidad de justicia y garantía de derechos, como para ayudar a todas las organizaciones que operan en las áreas afectadas, incluidas las agencias humanitarias, los donantes y los grupos de clúster, a desarrollar programas inclusivos y contribuir con la premisa fundamental de “no dejar a nadie atrás”.

6 https://issuu.com/conviteac/docs/enpoven-_evoluci_n_y_perspectivas_demogr_ficas_by_

7 https://issuu.com/conviteac/docs/enpoven-_envejecimiento_y_pobreza_by_mar_a_gabriel

8 <https://espaciopublico.org/emergencia-humanitaria-compleja-y-acceso-la-informacion-publica/>

9 https://issuu.com/conviteac/docs/presentaci_n_condiciones_vida_am_2_.pptx

10 https://issuu.com/conviteac/docs/evaluaci_n_de_condiciones_de_vida_2021

11 <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>

12 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=VEN>

13 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Alcance de la investigación

En términos generales, la investigación se configuró como un análisis comparativo de levantamientos de información (RNA y MIRA) realizados por Convite A.C. y organizaciones aliadas en un periodo de tres años, en distintas localidades y estados del país, cubriendo desde grandes centros urbanos (urbanizaciones clase media, sectores populares y peri-urbanos) con su característica inter-relación compleja de múltiples sistemas, hasta zonas rurales con dificultades de acceso, logístico e incluso cultural (lenguaje, sistemas de creencias, etc.), en las que predominan actividades primarias como principales medios de vida y limitaciones importantes al uso de servicios.

Objetivo General

Documentar y diseminar los hallazgos más resaltantes, a escala regional, relacionados con las necesidades prioritarias de las personas mayores venezolanas y sus posibles repercusiones negativas, traducidas en precarias condiciones de vida y potenciales daños económicos, psico- sociales y de salud. El presente informe va dirigido a otras organizaciones no gubernamentales (locales, nacionales e internacionales) que brindan asistencia humanitaria, instancias de coordinación de dicha asistencia, donantes y otros actores relevantes en la respuesta humanitaria, y medios.

Objetivos Específicos

- 1.** Evidenciar tendencias sostenidas de necesidades, tomando en consideración las características contextuales particulares de las comunidades donde se realizaron los levantamientos de información.
- 2.** Detectar las necesidades prioritarias de atención, donde la información aportada por las personas entrevistadas ha sido protegida por la organización mediante estrictos protocolos de protección de datos.
- 3.** Señalar recomendaciones y sugerencias a ser usadas en todas las fases del ciclo de gestión de proyectos de asistencia humanitaria con el fin de promover la inclusión, la participación efectiva y la resiliencia de las personas afectadas por una crisis, fortalecer la sostenibilidad de las actividades contempladas y contribuir con una rendición de cuentas transparente, oportuna y culturalmente apropiada.

Aspectos metodológicos

El análisis comparativo se realizó a partir de los resultados de diez levantamientos de información diferentes, realizados entre el 2019 y el 2022, por personal previamente capacitado en el procedimiento de llenado, los objetivos del levantamiento, la cobertura geográfica, la interacción con las personas consultadas (enmarcada en los principios humanitarios fundamentales de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia operativa y “no hacer daño”) y la inclusión como estrategia prioritaria de la organización.

En cada caso, la técnica de recolección de información ¹ empleada fue una encuesta previamente estructurada por áreas o secciones para facilitar la obtención de los datos requeridos, como información demográfica básica desagregada por género, rango de edad y discapacidad), y aspectos relevantes para la asistencia humanitaria (acceso a agua potable y a servicios de salud, medios de vida, riesgos de protección, etc.).

La técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, debido a que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz, se puede aplicar masivamente y facilita la obtención de información sobre un amplio abanico de variables a la vez. En el ámbito de la asistencia humanitaria, dicha técnica es usada para la identificación rápida de las personas o familias más vulnerables en situaciones de crisis (de inicio rápido o crónicas) y para conocer cuáles son sus necesidades prioritarias.

Diseño de las encuestas

Cada encuesta fue diseñada tomando en cuenta los sectores técnicos de la asistencia humanitaria (ej: ASH, AEE, salud, protección) y su aplicación en campo, de manera presencial, particularmente luego de crisis agudas. En el caso de crisis crónicas, y asociado a las condiciones que impuso la pandemia COVID-19 en el Distrito Capital y el estado Miranda, el instrumento fue aplicado, en su mayoría, bajo la modalidad telefónica. La información fue efectivamente captada a través de preguntas, en su mayoría cerradas, caracterizadas por un lenguaje claro, sencillo, directo, y adaptada a las características culturales de las personas y familias consultadas. El tiempo piloto de aplicación del cada instrumento osciló entre 25 a 35 minutos de duración.

Capacitación de los encuestadores

Previo a la aplicación de cada instrumento, se realizó la debida capacitación dirigida a las personas involucradas en cada levantamiento de información, con el objetivo de entrenar y establecer una importante vinculación entre Convite A.C, encuestadores (quienes aplicaron el instrumento) y las organizaciones aliadas para lograr emprender jornadas de trabajo donde predominara la empatía, solidaridad y sensibilidad hacia las personas mayores y otros grupos vulnerables en Venezuela.

Todos los responsables de la aplicación de cada instrumento fueron capacitados para llevar a cabo el trabajo de consulta de forma presencial o por vía telefónica y el trabajo de recolección de datos vía online y offline, utilizando la herramienta *Kobotoolbox*, por no requerir una conexión permanente a internet para el almacenamiento de los datos recopilados usando teléfonos inteligentes u otros dispositivos:

- Objetivo de la encuesta, características de las comunidades a visitar y de las personas a las cuales se iba a entrevistar. Cada encuestador debía tener claro el propósito del levantamiento, la información recolectada, los principios humanitarios y la priorización de personas y familias marginadas por diferentes motivos (discapacidad, limitado acceso a la información, aislamiento social, miembro de alguna minoría, etc.).
- Ubicación del sector o comunidad donde reside la persona consultada mediante las coordenadas geográficas.

¹ Entendido como cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.

- Orientación sobre cómo se debía desarrollar la encuesta: importancia del consentimiento informado inicial, sentido de los términos técnicos utilizados, explicaciones que se debían realizar, no inducir las respuestas o dejar preguntas sin respuesta, etc.
- Manejo de información recolectada: hacer un chequeo al final de la aplicación de la encuesta antes de enviar o archivar la data por si hacía falta corregir o completar alguna sección del instrumento.
- Manejo de dificultades e incidentes durante el levantamiento: se establecieron directrices y estrategias, antes de iniciar cada levantamiento, para minimizar el impacto de factores externos como fallas en el suministro eléctrico y de internet, fallas en el servicio de telefonía celular o fija, dificultades en el acceso a las comunidades seleccionadas, dificultades en el suministro de información (particularmente en el caso de las encuestas realizadas por vía telefónica) y la gestión adecuada de las expectativas derivadas de la participación en las encuestas.

Perfil de las personas encuestadas

Tanto en el caso de crisis de inicio rápido como crisis crónicas, se priorizaron los hogares con personas mayores residentes de las comunidades afectadas, las cuales podían encontrarse viviendo con sus familiares o solas, pensionadas, jubiladas o carentes de beneficios socioeconómicos, trabajando actualmente o desocupadas, autosuficientes o dependientes, en aparente buen estado de salud o enfermas y/o con alguna discapacidad.

Para garantizar la identificación e inclusión de las personas y familias más vulnerables y/o marginadas, se contó con la participación de organizaciones aliadas y líderes comunitarios conocedores del contexto local, de las características culturales y sociales particulares de cada comunidad, y de los casos con mayores necesidades (en línea con el principio de imparcialidad).

Cobertura geográfica y cantidad de encuestas

A continuación, se detalla la localización geográfica, fecha de realización, cantidad de encuestas realizadas, contexto general y el objetivo principal de cada levantamiento de información incluido en la investigación.

Número	Tipo de crisis	Fecha	Ubicación	Entorno/contexto	Cantidad	Uso
1	EHC	Septiembre 2019	Lara, Bolívar, Miranda	Urbano y rural	903	Incidencia
2	EHC	Septiembre-octubre 2020	Libertador (DC) y Miranda (Chacao, Sucre, Baruta y Páez)	Urbano	1.254	Asistencia humanitaria <u>multi</u> -sectorial
3	Inicio rápido (inundación)	Mayo- junio 2021	Municipio Tulio Febres Cordero, Mérida	Rural	51	Asistencia humanitaria <u>multi</u> -sectorial
4	Inicio rápido (inundación)	Julio –agosto 2021	Municipio Tucupita, Delta Amacuro	Rural	652	Asistencia humanitaria <u>multi</u> -sectorial
5	Inicio rápido (inundación)	Septiembre – octubre 2021	Municipio Zea, Mérida	Rural	813	Asistencia humanitaria <u>multi</u> -sectorial
6	Inicio rápido (inundación)	Noviembre 2021	Municipio Angostura del Orinoco, Bolívar	Peri-urbano	302	Incidencia
7	EHC	Noviembre 2021- enero 2022	Libertador (DC) y Miranda (Chacao, Sucre, Baruta y Páez)	Urbano	1.395	Asistencia humanitaria <u>multi</u> -sectorial

La información recolectada en 6.698 encuestas a hogares, realizadas en 6 estados del país, fue analizada considerando las diferencias geográficas, de infraestructura y culturales de cada contexto. En este sentido, es relevante destacar lo siguiente:

- En el caso de los levantamientos realizados con el objetivo de brindar asistencia humanitaria, 18.046 personas (4.666 familias) fueron asistidas durante el periodo de análisis.
- Debido a que el diseño de cada instrumento de recolección de información estuvo asociado a su uso final, la información recopilada no es completamente uniforme, existiendo vacíos que serán debidamente indicados en los resultados de la investigación.

- Los resultados del análisis comparativo no pueden ser considerados estadísticamente significativos ya que, a pesar de usar técnicas de muestreo aleatorio para la selección inicial de los hogares y personas, gran parte de los levantamientos de información se focalizaron en comunidades afectadas por crisis agudas o de inicio rápido (no aleatorio).
- Aunque los resultados de la investigación y las recomendaciones se presentan categorizados o agrupados por sector o sección de datos, deben ser utilizados de forma global, colocando a las personas afectadas por una crisis en el centro de todas las acciones y actividades relacionadas con la asistencia humanitaria.
- Más allá de las limitaciones previamente indicadas, los resultados de la investigación son muy relevantes para la gestión de proyectos de asistencia humanitaria orientados hacia grupos vulnerables como las personas mayores y las personas con discapacidad, así como para acciones de incidencia en diferentes instancias, a diferentes niveles y con diversos actores relevantes en la respuesta humanitaria en el país.



Ubicación geográfica de localidades donde se realizaron levantamientos de información (RNA-MIRA). 2019-2022.

Resultados de la investigación

Demográficos

- El género femenino asume la representación o responsabilidad del grupo familiar (“cabeza de familia”) con una frecuencia superior al 60% en todas las localidades. Menos del 1% de las personas entrevistadas se identifica con un género diferente al masculino o femenino (“otro”).

- El promedio de miembros del grupo familiar varía según la localidad, siendo menor en Distrito Capital y Miranda (3,2) y alcanzando 5,5 en Delta Amacuro (estado con una de las tasas de natalidad más elevadas del país).

- La frecuencia de hogares unipersonales también presenta variaciones según la localidad: apenas 3% y 7% en Lara y Delta Amacuro respectivamente, 8% en Mérida, 10% en Lara y el 18% en Distrito Capital y Miranda. Esta asimetría puede estar asociada al movimiento migratorio de la población económicamente activa fuera del país.

- En relación a la distribución de los miembros del grupo familiar por género, se observa un predominio femenino en Distrito Capital, Miranda, Mérida y Lara, el cual puede ser explicado por una mayor expectativa de vida y mayor acceso a servicios de salud, protección, etc. En Delta Amacuro el predominio es masculino, posiblemente relacionado con la elevada mortalidad materno-infantil de los Warao. No hay información disponible para el estado Bolívar.

- Las personas mayores constituyen el principal grupo etario en los hogares en Mérida, Lara y Bolívar, con una baja representación en Delta Amacuro (entre 9% y 16%), posiblemente asociada a la elevada morbi-mortalidad de los miembros de la comunidad Warao. En Distrito Capital y Miranda, las encuestas se realizaron exclusivamente a personas mayores.

- Los estados con el mayor número de personas entrevistadas que se identifican como miembros de un grupo étnico específico son, en orden de importancia: Delta Amacuro, Mérida, Miranda y Distrito Capital.

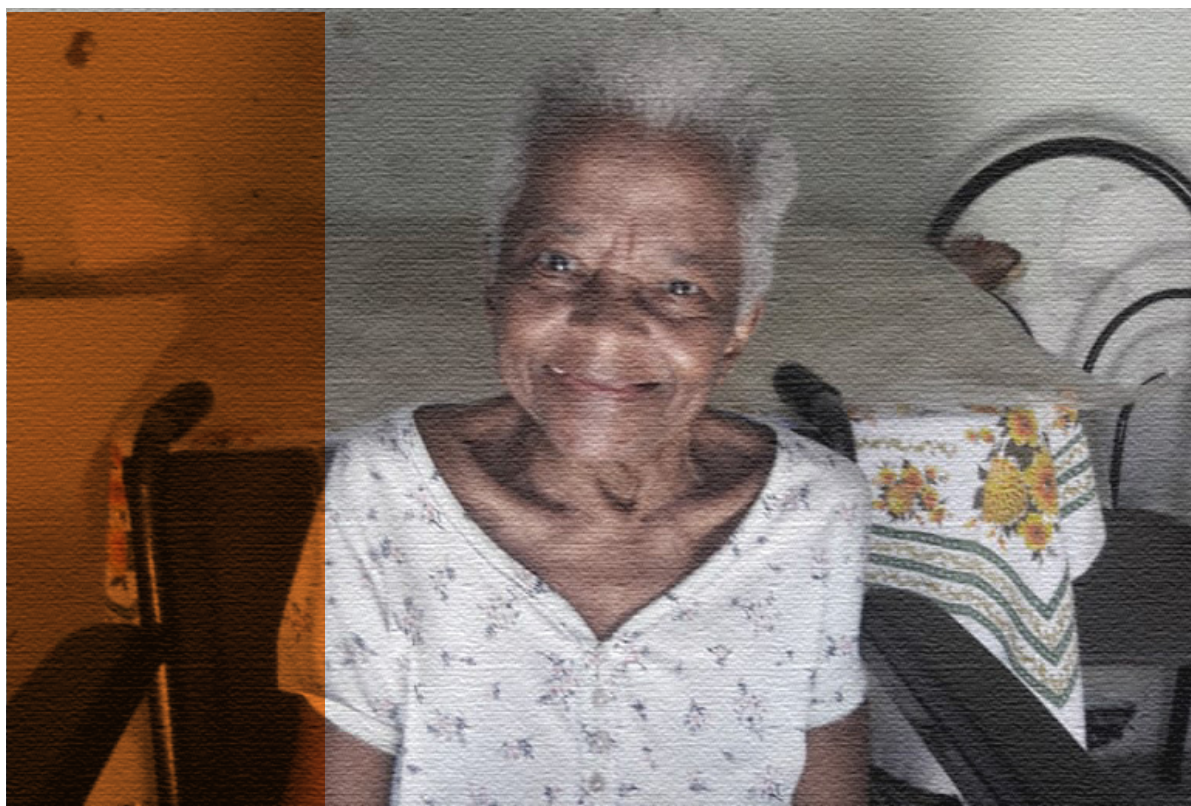
- En cuanto a la frecuencia de hogares con personas mayores entre sus miembros, hay una gran variación entre las localidades: el 18% en Delta Amacuro, 27% en Mérida y el 94% en Lara. En Distrito Capital y Miranda, todos los hogares tienen personas mayores. No hay datos disponibles para Bolívar.

La frecuencia de hogares con personas mayores que tienen responsabilidades de cuidado de otros es, también, muy variable según la localidad: 4% en Delta Amacuro, 21% en Distrito Capital y Miranda, 25% en Mérida, 33% en Lara y 59% en Bolívar. Estas personas mayores cuidan principalmente a nietos y a otros miembros del grupo familiar.



Discapacidad

- La frecuencia de hogares con personas que viven con al menos una discapacidad es mayor en contextos rurales (93% en Mérida y 62% en Delta Amacuro), seguido de entornos urbanos y peri-urbanos (58% en Distrito Capital y Miranda, 50% en Lara y 39% en Bolívar). Esta asimetría puede estar asociada a varias características de las zonas rurales: mayores barreras para el acceso a servicios de salud (distancias, fallas de transporte y de dinero, ingresos insuficientes para gastos médicos y medicamentos), fallas acentuadas en el acceso a información para la prevención y control de ENT, actividades laborales de riesgo o físicamente exigentes (construcción, agricultura, etc.) y servicios básicos deficientes (luz, gas, agua potable, telefonía móvil, etc.).
- En todas las localidades, la frecuencia de discapacidad se incrementa con la edad y se presenta un claro predominio femenino en todas las formas de discapacidad, el cual se puede relacionar con su mayor expectativa de vida, acceso limitado a suficientes ingresos a lo largo de sus vidas, y a roles asociados al género (labores domésticas, cuidado de otros miembros de la familia, etc.), entre otros factores.
- Las principales formas de discapacidad, en orden de frecuencia, son: visual, motora o de movilidad, cognitiva y auditiva. Esta distribución tiene importantes implicaciones en la independencia, inclusión y participación de las personas mayores en su entorno inmediato, en sus comunidades y en la asistencia humanitaria.
- La frecuencia de hogares unipersonales con personas que viven con al menos una discapacidad varía según la localidad: 19% en Lara, 56% en Distrito Capital y Miranda, y 67% en Mérida y Delta Amacuro. Los contextos rurales tienen mayor cantidad de personas que, además de vivir solas, viven con alguna discapacidad, siendo más susceptibles de ser excluidas de la asistencia humanitaria.



Agua, saneamiento e higiene

- La frecuencia de hogares sin acceso a agua potable es mayor en entornos rurales y peri-urbanos: Delta 91%, Mérida 71%, Bolívar 69% y Lara 60%.
- Las principales fuentes de agua para los hogares son: agua por tuberías seguido de aguas superficiales (lagunas, ríos, quebradas, etc.). Esta última fuente es particularmente relevante en contextos rurales y peri-urbanos (Delta, Mérida y Bolívar).
- En cuanto a los métodos de purificación de agua en los hogares, los más usados son ebullición y cloración. Las localidades con el mayor número de hogares que no usan ningún método de purificación son, en orden de importancia: Delta, Bolívar, Mérida y Lara.
- El agua que se usa en los hogares presenta signos de posible contaminación (por el olor, color y/o sabor) en una elevada frecuencia de los mismos (entre 60% y 95%), en todas las localidades.
- Con respecto al almacenamiento de agua en los hogares, esta práctica se realiza en una elevada frecuencia en todas las localidades (entre el 60% y el 100%).
- Sobre la disposición de excretas: más del 90% de hogares posee letrina o poceta (inodoro) excepto Delta Amacuro, donde más del 60% de los hogares practica la defecación a campo abierto.
- Disposición de desechos sólidos: Sólo dos localidades reportan el uso de aseo urbano (Mérida y Lara). La quema de basura se usa en entornos rurales y peri-urbanos (Mérida 60%, Lara 33% y Delta Amacuro 27%). Delta Amacuro es la única localidad donde se reporta "arrojar basura a ríos o quebradas". No hay información disponible para Bolívar, Distrito Capital y Miranda.



Nutrición y seguridad alimentaria

- En relación a las principales fuentes de alimentos, se reporta una amplia cobertura de las cajas CLAP en todas las localidades (entre 56% y 92% de los hogares están registrados, excepto en Delta Amacuro, donde solo alcanza el 17%), con importantes implicaciones para la salud debido a que el contenido de estas cajas presenta grandes cantidades de carbohidratos refinados (asociados a la presencia de obesidad, ENT y sus respectivas complicaciones secundarias) y limitada cantidad de proteínas (necesarias para la prevención de anemia y pérdida de masa muscular, funcionamiento adecuado del sistema inmune, reparación y regeneración de tejidos, etc.). En contextos peri-urbanos, destacan las compras en mercados locales, mientras que en entornos rurales, los cultivos y cosechas propias, así como la pesca, son relevantes.
- Sobre el método para cocinar, el uso de la leña predomina en entornos rurales. En contextos urbanos y peri-urbanos predomina el gas (bombonas), aunque un 42% de hogares (Lara) también usa leña. Estos hallazgos son relevantes en vista del impacto ambiental del uso de leña como combustible y de los efectos del humo de la leña sobre la salud, particularmente para la piel, mucosas, y los sistemas respiratorio y cardiovascular.
- En todas las localidades, los principales desafíos para el acceso a suficientes alimentos son: “la comida no alcanza” y la “falta de recursos para comprarlos.”
- Los principales mecanismos de afrontamiento negativo en todas las localidades en los últimos 6 meses, en orden de importancia, han sido: comprar alimentos más baratos y de menor calidad, reducir el número de comidas al día y reducir el tamaño de las porciones en cada comida.



Alojamiento, energía y enseres



- Las viviendas improvisadas (“ranchos”) se presentan con una elevada frecuencia en Delta Amacuro (86%). En el resto de las localidades, la frecuencia oscila entre el 8% (Mérida) y el 18% (Lara).
- En cuanto a la ubicación de las viviendas, en Delta Amacuro el 32% de ellas se ubica en la ribera de ríos y quebradas. En el resto de las localidades, la mayoría se localiza en barrios o vecindarios.
- Sobre las condiciones de propiedad de la vivienda, la mayoría de las personas encuestadas son dueñas de su propia vivienda, en todas las localidades.
- En relación con los materiales de construcción, el uso de materiales inadecuados (cartón, láminas de zinc, tablas) es más frecuente en Delta Amacuro (casi 90% de los hogares), seguido de Lara (48%). Casi el 20% de los hogares en estos estados tienen piso de tierra.
- Los principales enseres que no poseen los hogares, en contextos rurales y peri-urbanos, son: neveras, colchones, cocinas y artículos de cocina.
- En relación a la disponibilidad de enseres en los mercados locales, en todas las localidades se pueden encontrar excepto Mérida.

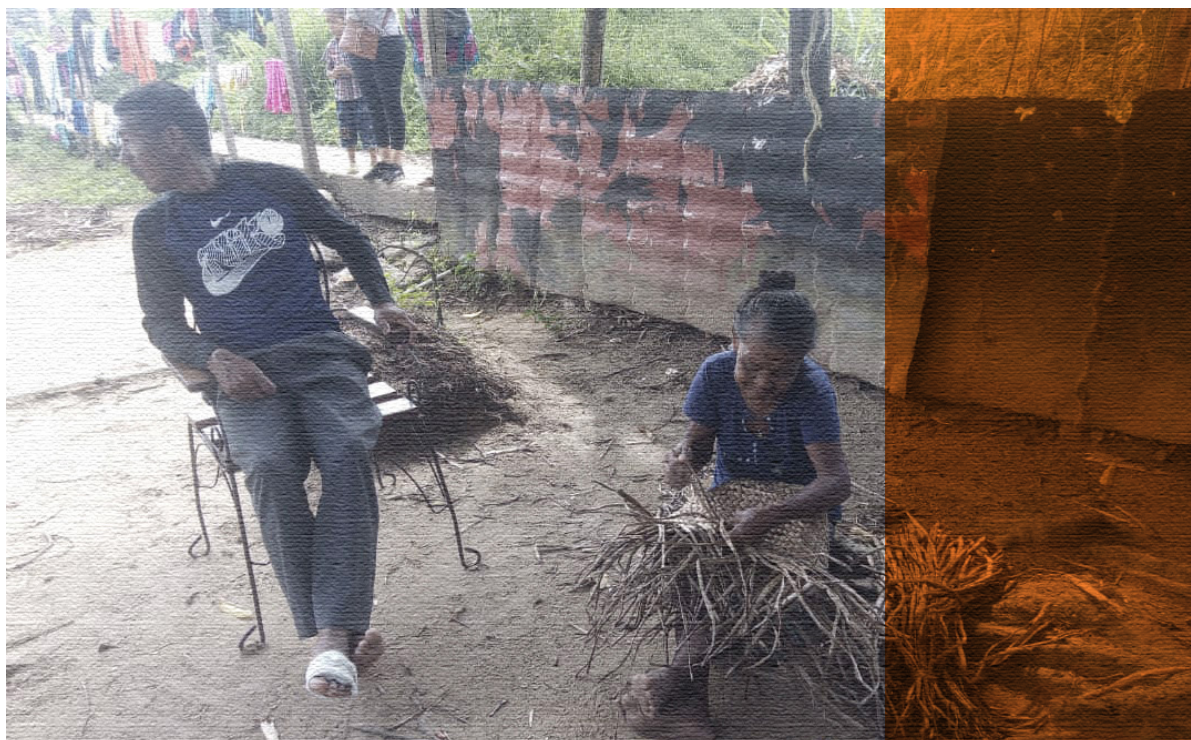
Reducción riesgo de desastres

- No hay información disponible para Distrito Capital y Miranda.
- En cuanto a la recurrencia de las crisis (específicamente inundaciones), en Delta Amacuro hasta el 70% de los hogares entrevistados indicó haber sido afectado en el pasado, y en Lara el 50%. En Mérida, el 37% de los hogares reportó ser afectado por primera vez.
- Sobre la pérdida de insumos y bienes causados por las crisis, alcanza un 90% de los hogares en Bolívar. Le siguen Delta Amacuro con el 45%, Lara con el 36% y Mérida con un 29%.
- La búsqueda y uso de alojamiento o refugio temporal tiene una mayor frecuencia en entornos rurales (Delta Amacuro y Mérida), con un 12% de los hogares.
- Un gran número de hogares considera importante recibir información sobre medidas de prevención de inundaciones y las recomendaciones sobre qué hacer antes, durante y después de la crisis, excepto en Lara, con el 54% de los hogares.
- Los principales métodos de alerta temprana considerados como más eficientes son, en orden de frecuencia: mensajes de texto, vocería comunitaria, mensajes por la radio y alarmas sonoras (sirenas).



Medios de vida

- Las principales fuentes de ingresos del grupo familiar son, en orden de frecuencia: pensión por vejez o jubilación, trabajo a destajo y salarios. En contextos rurales (Delta Amacuro y Mérida), destacan la venta de artesanías y de cosechas, y la pesca.
- Sobre la situación de desempleo de la persona responsable o representante del grupo familiar, la mayor frecuencia se presentó en Mérida, alcanzando hasta un 80% de los hogares, seguido de Lara (49%) y Delta (34%). No hay información disponible para Distrito Capital, Miranda y Bolívar.
- En relación a las principales dificultades en los ingresos familiares se reportan, por orden de frecuencia: el elevado costo de los alimentos, la inseguridad, las inundaciones y la pérdida de empleo.
- En casi todas las localidades existe una elevada frecuencia de personas mayores que no realizan ninguna actividad económica, con un 70% o más, excepto Bolívar (56%), dato que podría indicar una elevada dependencia económica de otros miembros del grupo familiar. En el caso de las personas mayores que sí trabajan, la gran mayoría se dedica a la economía informal (artesanías, agricultura, pesca, taxistas, etc.).
- En cuanto a los ingresos de las personas mayores, en el Distrito Capital y Miranda, el 62% de las personas consultadas tiene ingresos mensuales en el rango entre 0 y 5 USD mensuales, y sólo un 6% recibe dinero de remesas. No hay información disponible en el resto de las localidades.



Salud

- La frecuencia de hogares sin acceso a servicios de salud es elevada en las siguientes localidades: Mérida (80%), Lara (68%) y Delta Amacuro (50%). En Bolívar, alcanza el 24%.

- Los servicios de salud a los que no tienen acceso las personas entrevistadas incluyen: inmunizaciones, hospitalización, medicinas, consultas médicas y promoción de la higiene.

- En los estados Mérida, Delta Amacuro y Lara, más del 90% de los hogares no tiene acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. No hay información disponible en Bolívar, Distrito Capital y Miranda.

- El centro de salud más cercano se encuentra a más de 1 hora de distancia para una mayor cantidad de hogares en entornos rurales (Mérida 28% y Delta Amacuro 25%) que en contextos urbanos y peri-urbanos (3% Lara). No hay información disponible en Bolívar, Distrito Capital y Miranda.

- Las enfermedades agudas o infecciosas más comunes, en orden de frecuencia, son: diarrea, infección respiratoria aguda, parasitosis intestinal, escabiosis y COVID-19. No hay información disponible para Distrito Capital y Miranda.

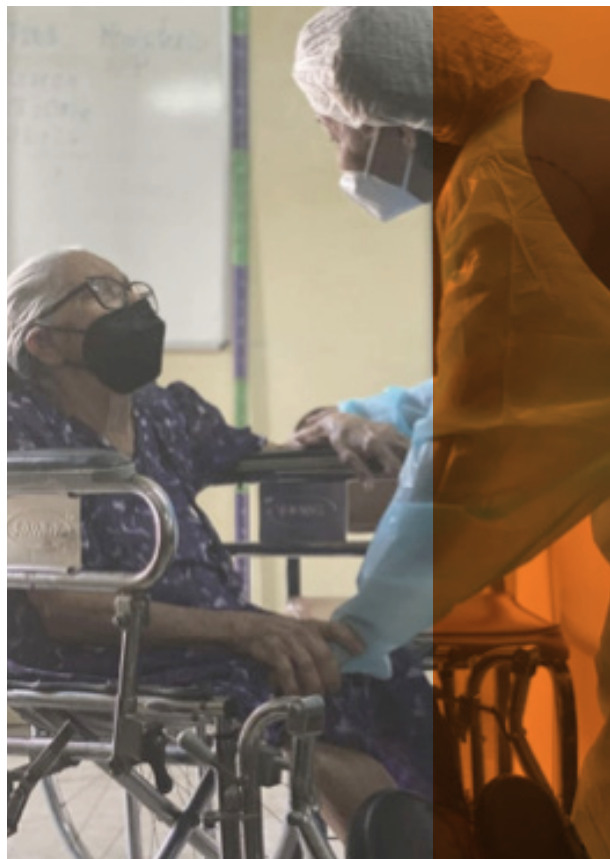
- Las ENT más frecuentes, por orden de frecuencia, son: hipertensión arterial, varices, asma o condiciones respiratorias, dolores articulares (principalmente osteoartritis) y diabetes.

- En relación al acceso a medicamentos para el tratamiento y control de ENT, la frecuencia de hogares que no pueden adquirirlos es relevante en todas las localidades: 74% en Distrito Capital y Miranda, 95% en Delta Amacuro, 55% en Mérida, 48% en Bolívar y 60% en Lara.

- Las alternativas para al tratamiento de ENT son, en orden de frecuencia: remedios caseros, reducir la dosis diaria de medicamentos, no tomar los medicamentos, donaciones y terapias alternativas.

- En cuanto a educación en higiene y salud preventiva, gran número de hogares en todas las localidades no la reciben.

- En Distrito Capital y Miranda, el 68% de las personas mayores usa la red pública sanitaria. Sólo el 19% tiene acceso a servicios de salud privados (pagados).



COVID-19

- Las localidades en Delta Amacuro (47%) y Lara (48%) son las que presentan la mayor frecuencia de algún miembro del hogar diagnosticados con COVID-19.
- Con respecto a la vacunación contra la COVID-19, Delta Amacuro presenta la mayor cantidad de hogares cuyos miembros no han sido vacunados (32%).
- En cuanto a las medidas para prevenir la propagación de la COVID-19, el 79% de los hogares en Bolívar, y el 48% en Delta Amacuro y Lara no pueden usar regularmente agua y jabón para lavarse las manos. No hay datos disponibles en Distrito Capital, Miranda y Mérida.
- La frecuencia de hogares sin acceso a insumos para la prevención de la propagación del COVID-19 es elevada en todas las localidades, alcanzando el 100% en Bolívar y Delta Amacuro.



Salud mental y apoyo psico-social

- Más del 60% de los hogares pueden enfrentar su situación actual, de forma positiva, con el apoyo de la familia, la comunidad y/o la asistencia humanitaria. Una baja frecuencia de los hogares, entre el 8% y el 20%, pueden enfrentarla de forma independiente.
- En relación a la frecuencia de síntomas de salud mental, predomina la ansiedad en casi todas las localidades, seguida de la tristeza y problemas de sueño.

22

Protección

- La frecuencia de participación en espacios comunitarios de toma de decisiones es baja en todas las localidades (entre el 5% y el 20% de los hogares).
- En cuanto a la sensación de seguridad y protección en sus hogares, 89% de los hogares en Delta Amacuro no se sienten seguros y protegidos. La misma percepción ocurre en el 42% de hogares en Mérida, 66% en Bolívar, y 49% en Lara. No hay información disponible en Distrito Capital y Miranda.
- En Bolívar, Lara y Miranda, el 77% de las personas mayores depende de otros para satisfacer sus necesidades básicas. Esta dependencia es mayor para las mujeres mayores.
- En Bolívar, Lara y Miranda, el 25% de las personas mayores no puede llegar a los puntos de distribución de la asistencia o servicios, siendo su mayoría mujeres mayores.

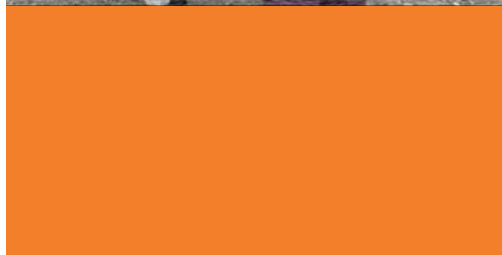
- En relación a las barreras que enfrentan las personas mayores y las personas que viven con una discapacidad para el acceso a servicios, predominan las físicas (transporte, dinero, etc.) en todas las localidades, seguidas de las institucionales y de la falta de acceso a la información. Sólo en Delta Amacuro destacan las barreras actitudinales.

- Asistencia humanitaria en los últimos 6 meses: una elevada cantidad de hogares no han recibido asistencia durante ese periodo de tiempo en Delta Amacuro (99%), Lara (93%) y Mérida (59%). Distrito Capital y Miranda destacan como las localidades con el mayor porcentaje de hogares que sí han recibido asistencia (65%).

- La frecuencia de hogares con planes de migrar a otro país es baja en todas las localidades (entre 2% y 7%).

- Los mecanismos de seguridad con mayor presencia en las localidades son la policía local y las fuerzas armadas nacionales.

- Los riesgos de protección más relevantes son: robo y hurto, violencia armada y “prefiere no decir”.

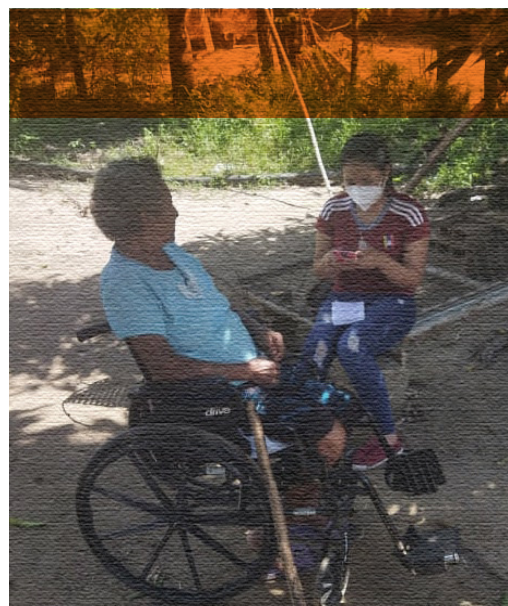


Acceso a la información

- Entre el 44% y el 60% de los hogares no tiene acceso a información sobre lo que sucede en su comunidad.

- Las principales fuentes de información en los hogares, en orden de frecuencia, son: la radio, los líderes comunitarios y/o religiosos, y vecinos o familiares.

- En cuanto a la información que los hogares consideran más relevante destacan, por orden de frecuencia, los precios y productos disponibles en los mercados locales, información sobre medidas de seguridad y recomendaciones relacionadas con la salud.



Mecanismos de retroalimentación

• Los canales preferidos para canalizar mensajes, quejas o reclamos son, en orden de frecuencia: llamadas telefónicas, mensajes canalizados a través de líderes comunitarios y mensajes de texto. Los buzones y correo electrónico no figuran como canales de preferencia. Esta información es útil para adaptar los recursos organizacionales hacia mecanismos que sean usados efectivamente por las comunidades a las que asisten.



Prioridades de asistencia



• Las tres necesidades prioritarias indicadas por las personas encuestadas son, en orden de frecuencia: alimentos, dinero y servicios de salud (atención médica y medicamentos).

Recomendaciones

Demográficos y Discapacidad

- Planificar actividades de recolección de información, distribución de insumos o servicios, transferencia de información (capacitaciones o sensibilizaciones) y otras, con un enfoque de género e inclusivo, tomando en cuenta limitaciones relacionadas con la actividad laboral y las responsabilidades culturalmente asociadas a roles sociales (tareas domésticas, cuidados de otros miembros del grupo familiar, etc.). La planificación debe considerar, entre varios aspectos, lo siguiente: día de la semana y horario, distancia al punto de distribución y accesibilidad, seguridad del espacio seleccionado y en el traslado al mismo, gastos de transporte estimados de las personas para llegar al punto y estrategias adicionales para promover la participación de personas con discapacidad, aisladas y/o marginadas en las comunidades.
- Realizar actividades de recolección de información, como grupos focales y entrevistas a informantes clave, en espacios seguros para los participantes, que faciliten establecer una relación de confianza y el subsecuente intercambio de información confiable.
- Sensibilizar al personal en terreno y a las personas que participen en los levantamientos de información sobre la importancia de la no discriminación, particularmente a personas LGBTQI.
- Para la distribución de insumos y servicios, tomar en cuenta que el promedio de miembros del grupo familiar es mayor en zonas rurales que en zonas urbanas o peri-urbanas, mientras que la proporción de hogares uni-personales (y de personas con discapacidad que viven solas) tiene una distribución opuesta: mayor en zonas urbanas y peri-urbanas que en zonas rurales, lo cual es relevante para la adecuada identificación de personas afectadas por una crisis que se encuentren aisladas y/o tengan acceso limitado a la información y a los servicios disponibles (Norma Humanitaria de Inclusión 1), y su inclusión en la asistencia.
- Adaptar las actividades, los espacios de distribución, los formatos de materiales informativos, el contenido de los insumos y el tipo y horario de los servicios suministrados para facilitar el acceso seguro y equitativo de las personas mayores y/o de las personas con discapacidad, especialmente en contextos rurales y particularmente para las mujeres (Norma Humanitaria de Inclusión 2).
- Para facilitar el acceso a las comunidades y promover la sostenibilidad de las actividades, tomar en cuenta las características culturales de grupos étnicos específicos en relación a sus dinámicas de poder, roles de género, medios de transmisión de información, hábitos de higiene, preferencias de alimentos, etc., particularmente en Delta Amacuro (Warao) y Mérida (afro-descendientes).
- Considerar los múltiples determinantes de vulnerabilidad (edad, género, discapacidad, ENT) presentes en grupos particularmente vulnerables como las personas mayores cuidadoras y las personas que depende de su cuidado, especialmente niños, otras personas mayores y/o personas con discapacidad.
- Diseñar e implementar estrategias innovadoras para incrementar la participación del género masculino en los levantamientos de información.

- Para la distribución de dispositivos de asistencia, se deben priorizar aquellos para la discapacidad visual (lentes), motora (andaderas, sillas de ruedas, bastones, etc.) y auditiva con prominencia a las mujeres. En el caso de la discapacidad cognitiva, se sugiere incorporar actividades de estimulación cognitiva grupal.
- Facilitar el acceso a servicios, información y puntos de distribución a personas que viven solas, con al menos una forma de discapacidad, especialmente en entornos rurales.

Agua, saneamiento e higiene

- Priorizar la distribución de materiales e insumos para la adecuada potabilización de agua y su almacenamiento apropiado en los hogares (cloro, pastillas potabilizadoras, envases con tapa, etc.). Particularmente en contextos rurales y peri-urbanos, esta distribución debe estar asociada necesariamente a actividades educativas, culturalmente adaptadas, sobre la importancia del uso de agua limpia en el hogar, medidas de higiene personal, familiar y comunitaria, preservación de las fuentes de agua, etc.
- Considerar actividades comunitarias para la gestión del agua y el mantenimiento de sus fuentes, tomando en cuenta los canales más idóneos para la difusión de información (asambleas con consejos comunales, reuniones con capitanes o caciques, sesiones virtuales, etc.).
- Promover el acceso a medios alternativos para el lavado de las manos como gel antibacterial (alcohol 70%) en todas las localidades, sobre todo en entornos rurales y peri-urbanos.
- Particularmente en Delta Amacuro, incorporar sensibilizaciones diseñadas tomando en cuenta las preferencias culturales (lenguaje, hábitos de saneamiento), que contribuyan a minimizar prácticas de disposición de excretas contaminantes para fuentes de agua y suelos.
- En entornos rurales y peri-urbanos, sensibilizar a las comunidades sobre los efectos negativos de determinadas prácticas de disposición de desechos sólidos. Adicionalmente, generar capacidades comunitarias para la gestión adecuada de estos desechos.

Adaptar el contenido de los kits de higiene a las demandas y necesidades específicas de las personas mayores, incluyendo insumos como centros de cama, toallas para la incontinencia, cremas corporales, jabón líquido de PH neutro, entre otros.

Nutrición y seguridad alimentaria

- Priorizar la distribución y el acceso a alimentos que sean fuente de proteínas de alto valor biológico y fácil absorción, de origen animal y vegetal, tomando en cuenta las preferencias culturales de las comunidades y las particularidades y necesidades específicas en las dietas de las personas mayores.
- Considerar las variaciones contextuales en el promedio de miembros del grupo familiar (previamente señaladas) en el cálculo del contenido de productos de las cestas de alimentos, a fin de cubrir los requerimientos calóricos y de micro-nutrientes por cada miembro de la familia.

- En contextos peri-urbanos, promover alianzas con productores locales para reducir costos de productos y facilitar acceso a los mercados locales. En contextos rurales, priorizar la distribución de materiales e insumos para la agricultura, pesca y producción de artesanías, como medio para preservar prácticas ancestrales de producción de alimentos y de medios de vida.
- Particularmente en entornos rurales, facilitar el acceso a fuentes alternativas de combustible para cocinar (con baja “huella de carbono”), con fines de reducir el impacto negativo del uso de leña en el medio ambiente y para la salud.
- Las recomendaciones previas tienen como objetivo reducir la elevada frecuencia de hogares que aplican mecanismos de afrontamiento negativos en su alimentación diaria.

Alojamiento, energía y enseres

- En contextos rurales, facilitar el acceso a materiales de construcción adecuados, tomando en cuenta las preferencias y prácticas culturales.
- En Delta Amacuro: sensibilizar a las comunidades sobre los riesgos de construcción de viviendas a orillas de ríos y quebradas, así como sobre las medidas previas para minimizar el impacto de inundaciones.
- Incluir en la distribución de enseres los insumos señalados, tomando en cuenta las preferencias culturales (chinchorros o hamacas para comunidades indígenas), regularidad del suministro eléctrico y la posibilidad del uso de cocinas con fuentes de combustible alternativas (comentado en el apartado previo).
- Priorizar la compra de enseres y otros insumos en mercados locales como medida para impulsar la economía de las comunidades.

Reducción riesgo de desastres

- En entornos rurales, considerar la adecuación de refugios temporales y provisión de insumos como medidas anticipatorias, lo cual requiere participación efectiva y sostenida de las comunidades.
- Con la participación de las comunidades, elaborar planes de mitigación, respuesta y evacuación ante inundaciones, especialmente en Delta Amacuro y Lara, considerando las dinámicas de poder locales y los canales para la difusión de información.
- Incluir en las actividades la difusión de información sobre medidas de prevención de inundaciones y las recomendaciones sobre qué hacer antes, durante y después de la crisis, usando varios canales de forma simultánea (asambleas, grupos focales, mensajes de radio y texto, panfletos, etc.).

- Incorporar la distribución de enseres y otros insumos en la respuesta a inundaciones, especialmente en contextos rurales y peri-urbanos.
- Diseñar y probar sistemas de alerta temprana de acuerdo con el contexto geográfico y las preferencias culturales.

Medios de vida

- Realizar acciones de incidencia con autoridades nacionales para mejorar la cobertura y acceso a sistemas de protección social realmente eficientes.
- En contextos rurales, como se comentó en la sección de nutrición y seguridad alimentaria, incluir la distribución de insumos para la agricultura, pesca y artesanías para promover la conservación de prácticas ancestrales y apoyar la producción familiar. Asociar sensibilizaciones sobre la producción sostenible, conservación de suelos y fuentes de agua, nociones básicas de presupuesto familiar, etc.
- Implementar actividades dirigidas al desarrollo de emprendimientos personales y familiares sostenibles con enfoque de género, tomando en cuenta las preferencias de las mujeres cabeza de familia.
- En todos los contextos, promover y facilitar estrategias alternativas para la producción de alimentos como huertos o conucos caseros.
- Diseñar e implementar, en alianza con el sector público y privado, estrategias innovadoras para el entrenamiento vocacional de personas mayores y generar facilidades de empleo, entre otras medidas, con el objetivo de promover su reinserción laboral.

Salud

- Planificar actividades que incluyan asistencia médica primaria y la distribución de medicamentos, con personal médico calificado, para el tratamiento de ENT (en particular para el control de la presión arterial, condiciones respiratorias, varices, dolor articular y diabetes) y de enfermedades agudas infecciosas (antibióticos, sueros de rehidratación oral, desparasitantes orales, jabón azufrado, antipiréticos y expectorantes). Estas actividades son especialmente relevantes en contextos rurales y peri-urbanos.
- Priorizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en todas las localidades (particularmente entornos rurales) y para todas las edades, ya sea mediante la provisión directa de atención médica o mediante referencias a centros de salud u organizaciones especializadas.
- Realizar intervenciones que promuevan el autocuidado como estrategia para mejorar la salud física y mental de las personas mayores.
- Incluir actividades para mejorar el saneamiento, las prácticas de higiene y contribuir con la prevención de las enfermedades de transmisión hídrica, fecal-oral y por manipulación de alimentos (ver sección de agua, saneamiento e higiene).

- Incluir la distribución de información sobre recomendaciones para un estilo de vida saludable y el control de ENT con la finalidad de reducir el riesgo de complicaciones secundarias y discapacidad asociada, así como los potenciales riesgos del uso de remedios caseros. Ello de la mano con el acceso a servicios médicos y medicamentos para tratar las ENT.
- Fortalecer las capacidades de centros de atención primaria (dispensarios, ambulatorios, medicaturas) mediante la provisión de materiales y equipos y la capacitación del personal de salud, a través de alianzas con el sector público y privado.
- Establecer mecanismos claros y eficientes de referencias de casos complicados a centros de salud de segundo o tercer nivel de complejidad.

COVID-19

- Realizar incidencia para ampliar la cobertura de las vacunaciones, sobre todo en el estado Delta Amacuro.
- Promover el acceso a medios alternativos para el lavado de las manos como gel antibacterial (alcohol 70%) en todas las localidades, sobre todo entornos rurales y peri-urbanos, así como otros insumos necesarios para evitar la propagación de la enfermedad (tapabocas y protectores faciales).

Salud mental y apoyo psico-social

- Fortalecer redes de apoyo social comunitario en las localidades donde existan, tales como grupos religiosos o de lectura, asociaciones de vecinos, etc. En aquellas donde no, facilitar su formación y capacitación.
- Considerar el entrenamiento y la participación de miembros de la comunidad como pares de apoyo psico-social con múltiples fines: compartir experiencias personales, escuchar activamente, reforzar lazos con la comunidad y sentido de pertenencia, manejo inicial de síntomas de problemas de salud mental (ansiedad, tristeza, insomnio, etc.), difundir información sobre servicios disponibles, etc.
- Establecer mecanismos de referencia claros y eficientes para la atención médica especializada para casos de enfermedad mental (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.).

Protección

- Promover una mayor participación en espacios comunitarios de toma de decisiones. Estos espacios son los más propicios para plantear problemáticas locales y soluciones, diseñar planes de preparación, mitigación y respuesta a desastres, y difundir información prioritaria para las comunidades, culturalmente adaptada.
- Realizar acciones de incidencia, con autoridades locales y regionales, para incrementar presencia de fuerzas de seguridad en las comunidades, especialmente en entornos rurales y peri-urbanos.
- Para garantizar el acceso seguro y equitativo a la asistencia humanitaria, incluir en las actividades de distribución de insumos la modalidad de entregas a domicilio para casos previamente identificados.

- Sensibilizar a cuidadores y familiares de personas mayores sobre la prevención del abuso y maltrato en situaciones de dependencia física y/o financiera.
- En contextos rurales y peri-urbanos, valorar la posibilidad de creación de grupos comunitarios de seguridad, así como la distribución de información sobre medidas básicas de seguridad en los hogares y comunidades.
- Priorizar intervenciones multi-sectoriales en entornos rurales y peri-urbanos.
- Minimizar barreras al acceso mediante facilidades de transporte, incidencia con autoridades locales y regionales, y distribución de información en múltiples formatos de fácil acceso.

Acceso a la información

- Diseñar e implementar campañas informativas en diversos formatos, adaptadas a las fuentes principales de información y en varias lenguas, sobre los temas prioritarios para las comunidades.

Mecanismos de retroalimentación

- Adaptar canales de retroalimentación a las preferencias indicadas por las comunidades y al acceso y uso eficiente de recursos tecnológicos.
- Capacitar a todo el personal sobre el funcionamiento de los canales de retroalimentación a ser usados: horarios, tiempo de respuesta, confidencialidad, responsables de responder a solicitudes, manejo de retroalimentación informal y formal, etc.
- Difundir ampliamente en las comunidades los canales de retroalimentación disponibles, su horario, tiempo de respuesta y la importancia de esta información para mejorar la calidad de la asistencia, insistiendo en la ausencia de repercusiones negativas.
- Generar reportes periódicos de las solicitudes, quejas o reclamos recibidos a través de los canales disponibles. Dichos reportes deben ser socializados en todos los niveles de la organización (dirección y coordinación, logística, equipo en terreno, etc.) con los fines de adaptar actividades, generar lecciones aprendidas y buenas prácticas, etc.

Prioridades de asistencia

- Diseñar intervenciones multi-sectoriales dirigidas a las prioridades de asistencia indicadas por las comunidades consultadas, incorporando actividades para salvar vidas y para promover o fortalecer la resiliencia y sostenibilidad de las acciones implementadas.

Consideraciones finales

Desde la Asociación civil Convite reiteramos nuestra preocupación y **sugerimos acciones urgentes**, ante el complejo panorama de necesidades y la ausencia de una política clara, eficiente y multi-sectorial de asistencia y protección de las personas mayores en Venezuela, tomando en cuenta que:

- La protección de los derechos de las personas mayores es un mandato consagrado en el artículo 80 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.
- Todas las personas afectadas por una crisis tienen derecho a recibir asistencia, así como a la protección y a la seguridad, como aspectos fundamentales del derecho a vivir con dignidad. El Estado tiene la responsabilidad primaria de garantizar el pleno disfrute de estos derechos.
- Es un hecho, ampliamente reconocido por el sistema humanitario global, que las personas mayores y las personas con discapacidad no son sistemáticamente incluidas en la asistencia humanitaria.
- Las organizaciones que trabajan en la asistencia humanitaria en el país tienen la obligación y mandato de actuar (“imperativo humanitario”) en caso de que el Estado no esté en capacidad de brindar la asistencia necesaria o no lo considere como una prioridad, evitando la duplicidad y promoviendo la complementariedad de acciones.
- La asistencia humanitaria se rige por los principios fundamentales de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia operativa y “No Hacer Daño”. Estos principios tienen importantes implicaciones operativas que deben ser difundidas con autoridades nacionales a todos los niveles, con el fin de reducir riesgos de seguridad y de instrumentalización de la asistencia, y facilitar el acceso a las personas y comunidades afectadas.
- Venezuela no cuenta con un plan nacional de envejecimiento, ni instrumentos legales garantistas de derechos para las personas mayores, sobre todo en un escenario donde el país vive una profunda crisis económica, la cual se ramifica en la afectación de numerosos derechos humanos, siendo la población adulta mayor una de las que más sufre y al mismo tiempo una de las más ignoradas.
- Los sistemas de protección social (pensión y bonificaciones) no tienen la cobertura necesaria para servir como medios efectivos de afrontamiento de las múltiples necesidades indicadas en el presente informe, ni en términos de la cantidad de personas mayores registradas, ni los montos asignados o su alcance geográfico.

Frente a esto proponemos:

- Priorizar la identificación adecuada de las personas mayores y personas con discapacidad, y sus necesidades, mediante el uso sistemático de datos desagregados por rango de edad, sexo y discapacidad, con el fin de diseñar intervenciones adaptadas a sus realidades individuales y colectivas.
- Que se reconozca a las personas mayores como sujeto pleno de derechos, garantizando que la edad no se convierta en un factor de discriminación para la prestación de asistencia (edadismo).
- Usar los resultados de la investigación y las recomendaciones de forma global, colocando a las personas afectadas por una crisis en el centro de todas las acciones y actividades relacionadas con la asistencia humanitaria. Para ello, tomar en cuenta las necesidades prioritarias que indican las personas afectadas por una crisis y la inter-dependencia de los diferentes aspectos de la vida de esas personas y sus comunidades, como por ejemplo la necesidad de agua potable para la prevención de enfermedades infecciosas agudas (salud), el predominio de la discapacidad en el género femenino y su asociación con factores sociales ligados a la pobreza (bajos ingresos, menor acceso a la educación, etc.), los riesgos de protección para grupos específicos (niñas y mujeres) al realizar tareas del hogar como buscar agua o leña para cocinar, los efectos del uso de leña o la quema de basura sobre la frecuencia y severidad de enfermedades crónicas no transmisibles, y el mayor riesgo de abuso y maltrato hacia personas mayores que son económica o físicamente dependientes, por mencionar algunos.
- Diseñar intervenciones con dos objetivos principales: salvar vidas, y crear o fortalecer la resiliencia de las personas y comunidades afectadas y la sostenibilidad de la asistencia humanitaria, particularmente en los sectores de ASH, seguridad alimentaria, medios de vida, reducción del riesgo de desastres, salud y SMAPS, y protección.
- Que se brinden facilidades logísticas y garantías de protección a todas las organizaciones de la sociedad civil venezolana, incluso organizaciones internacionales que actualmente estén desplegando programas de ayuda humanitaria, dirigidos a las personas mayores en cualquier parte del país.
- Realizar incidencia en espacios de coordinación humanitaria, con donantes y autoridades nacionales sobre el panorama de necesidades de las personas mayores venezolanas, con el fin de articular acciones conjuntas y complementarias, facilitar el financiamiento de intervenciones dirigidas a este grupo poblacional, y promover y materializar su asistencia, protección y seguridad.

- Que desde el ejecutivo nacional se diseñe un programa de apoyo y soporte domiciliario para las personas mayores. Este programa debe contener provisión de alimentos, dotación de medicinas, atención médica y psicológica domiciliaria para los casos que así lo requieran, traslado a unidades de diálisis u a otros protocolos médicos.
- Que la Asamblea Nacional emita un decreto legislativo en el cual se declare a la población adulta mayor de toda Venezuela como prioridad en la asignación de recursos para atender la emergencia. Solicitar información acerca del estatus en que se encuentra la discusión de la ley aprobatoria de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Que el Ejecutivo Nacional apruebe con carácter de urgencia el otorgamiento de una bonificación de emergencia equivalente a 50\$ mensuales a tasa del BCV a toda la población pensionada, e incluso a quienes, teniendo la edad, están fuera del sistema de seguridad social venezolana o de cualquier otro país, ello mientras dure la situación de pandemia.

ENPOVEN

El envejecimiento poblacional en Venezuela

Inclusión de las Personas Mayores en la Respuesta Humanitaria: Panorama de Necesidades

SEPTIEMBRE 2019 - MAYO 2022



JAVIER MANRIQUE - SEPTIEMBRE, 2022