EVALUACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN VENEZUELA.

EDICIÓN 2024

TEJIENDO REDES DE CONOCIMIENTO, PROTECCIÓN Y EMPODERAMIENTO EN COMUNIDADES VENEZOLANAS

CONVITE AC. DICIEMBRE, 2024

CONVITE A.C. ACCIÓN HUMANITARIA

CONVITE A.C.

FICHA TÉCNICA	
Proyecto Componente/ Actividad	**TEJIENDO REDES DE CONOCIMIENTO, PROTECCIÓN Y EMPODERAMIENTO EN COMUNIDADES VENEZOLANAS.** Evaluación de condiciones de vida y salud de las personas mayores en Venezuela.
Director del proyecto	Javier Manrique
Coordinador de Contenido	Luis Francisco Cabezas
Título del Documento	EVALUACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN VENEZUELA Resultados de la encuesta 2024
Edición	Yanireth Fernández/Javier Manrique
Investigación	Yanireth Fernández
Diagramación y diseño	Camilo Escobar

Este informe es parte del proyecto ***"Tejiendo Redes de Conocimiento, Protección y Empoderamiento en Comunidades Venezolanas".*** *Su contenido es responsabilidad exclusiva de Convite, A.C.*

Para citar y referenciar este informe

CONVITE AC. PROYECTO TEJIENDO REDES. ***"EVALUACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN VENEZUELA. Resultados de la encuesta 2024"*** *(2024). Convite A.C., Caracas, Venezuela.*

«© Convite, A.C., [2025]. Reservados todos los derechos».

CONVITE

TABLA DE CONTENIDO

En contexto	04
Algunas definiciones claves	15
Presentación	18
Objetivos de la investigación	20
Aspectos metodológicos	21
Distribución de la población consultada	24
Sobre los resultados de la investigación	26
Datos estructurales y posesión sobre la vivienda	26
Servicios básicos con los que cuentan las personas mayores consultadas	27
Situación socioeconómica	28
Situación de acceso a la alimentación	42
Sobre el acceso a la salud y medicamentos	46
Morbilidades más comunes entre las personas mayores	49
Condiciones de discapacidad y principales barreras	51
Sobre personas mayores en calidad de cuidadores	53
Sobre personas mayores bajo cuidados	55
Sobre personas mayores en situación de soledad	56
Sobre aspectos psicosociales	57
Valoración del contexto	61
Consideraciones finales	62

EN CONTEXTO

En contexto...

Envejecimiento en Venezuela

Venezuela se encuentra en pleno proceso de transición demográfica lo que implica el aumento en el número y proporción de personas mayores, este proceso conduce invariablemente al envejecimiento poblacional. De acuerdo con estimaciones de la CEPAL-CELADE, actualmente 3,6 millones de personas en el país tienen 60 años y más (56% mujeres y 44% hombres). Esta cifra representa el 12% del total de la población venezolana y tendrá un importante crecimiento en los próximos años. Se estima que para el 2050 (en menos de 30 años), el 21% de los habitantes del país serán personas mayores. Sin embargo, las estadísticas oficiales disponibles sobre este grupo poblacional son pocas, dispersas, no desagregadas e inconsistentes, lo cual repercute en que sus principales necesidades y los problemas que enfrentan no sean visibles ni se comprendan, y a que se restrinjan las posibilidades de evaluar el cumplimiento de obligaciones internacionales sobre sus derechos.

El país no cuenta con planes adaptados al acelerado envejecimiento de la población conforme a las recomendaciones del Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento –aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 (resolución 37/51)- ni tampoco para afrontar la crítica situación de las familias venezolanas -apoyo fundamental de las personas mayores- como consecuencia del empobrecimiento generalizado de la población desde al menos el año 2015, año en el que comienza a hacerse visible la situación de Emergencia Humanitaria Compleja (EHC) que enfrenta Venezuela, esto a la par del colapso de los servicios públicos, las graves deficiencias en materia de salud y el impacto migratorio que ha tenido la crisis social y económica del país.

El Estado venezolano presentó un informe nacional para el Tercer Ciclo del EPU sin suficientes referencias acerca del envejecimiento y la situación de las personas mayores; y consignó en 2012 los informes para las revisiones periódicas de pactos, efectuadas en junio de 2015, después de 10 años sin informar, omitiendo cifras actualizadas acerca de las libertades y derechos de esta población. En la región, Venezuela denunció la Convención Americana de Derechos Humanos y no ha ratificado como Estado parte de la OEA, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio de 2015.

Marco de obligaciones con los derechos humanos de las personas mayores

Marco Normativo

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) establece en su artículo 80, la obligación del Estado de garantizar a todos los ancianos y ancianas el pleno

ejercicio de sus derechos, así como respetar y proteger su dignidad humana y autonomía, garantizar acceso a una.

Además, el artículo 86 de la CRBV dispone que toda persona tiene derecho a la seguridad social, siendo obligación del Estado crear un sistema de carácter público y universal, en el que la ausencia de capacidad contributiva no puede ser motivo de exclusión. El artículo 80 especifica que las pensiones y jubilaciones no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano y que se garantizará a todas las personas mayores, si lo desean, el derecho a un trabajo acorde con su capacidad. Los funcionarios nacionales, estatales y municipales estarán protegidos adicionalmente por un régimen especial de jubilaciones y pensiones, conforme al artículo 147 de la CRBV.

En 2002, se sancionó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSS) , como Ley-Marco de un conjunto de sistemas y regímenes prestacionales, complementarios e interdependientes, para garantizar a "todos los venezolanos residentes y extranjeros residenciados legalmente, independientemente de su capacidad contributiva, condición social, actividad laboral, medio de desenvolvimiento, salarios, ingresos y renta": a] el derecho a la salud, incluyendo atención en caso de enfermedades catastróficas, b] protección a la vejez mediante servicios sociales y pensiones, "desarrolladas de manera progresiva hasta alcanzar la cobertura total"; y d] asignaciones y subsidios económicos en caso de discapacidad, necesidades especiales y viudedad .

Cada sistema y régimen de la LOSS debía ser objeto de una ley específica que estableciera las estructuras institucionales para su funcionamiento, lo cual no se ha cumplido hasta la fecha, con excepción del régimen de protección social creado en 2005 por la Ley de Servicios Sociales (LSS) que cubre a todas las personas mayores (con edad igual o mayor a 60 años de edad) y a otras personas de menor edad sin capacidad contributiva y/o en estado de necesidad, dentro de las cuales se encuentran amas de casa, personas en situación de indigencia y niños, así como los pueblos indígenas en todas las condiciones amparadas. Entre los derechos reconocidos por la LSS a las personas mayores bajo cuidado de instituciones del Estado, se encuentran el derecho a la sexualidad y el derecho al sufragio de aquellas con discapacidad.

La Asamblea Nacional ha incurrido en inacción legislativa al no haber aprobado la Ley de Salud, conforme a lo dispuesto en la CRBV, que comprende la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, manteniendo autoridades separadas entre el Ministerio con competencias en salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), adscrito al Ministerio competente en cuestiones de trabajo, y sistemas fragmentados con severos problemas de desestructuración institucional, largos años de desfinanciamiento y caídas de capacidades operativas que son parte de la Emergencia Humanitaria Compleja, generando el menoscabo y privación de los derechos a la salud y seguridad social de las personas mayores.

En el año 2021 fue aprobada la Ley de Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores, primer instrumento jurídico en el país que aborda de manera específica los derechos, deberes y responsabilidades de las personas mayores con el objeto de "garantizar el respeto a la dignidad humana de las personas adultas mayores (…) reconociendo su autonomía y libre desenvolvimiento de la personalidad, a través de la atención integral que deben brindarle el Estado, las familias y la sociedad para asegurar su buen vivir, bienestar, calidad de vida, seguridad y envejecimiento saludable, activo, digno y feliz" (*artículo 1*).

Entre los derechos que se reconocen en la ley destacan: el derecho a la salud; alimentación, educación; vivienda; acceso prioritario y trato especial; a la autonomía e independencia; a la participación; al trabajo y a desempeñar una labor remunerada; a la atención domiciliaria; al envejecimiento digno y activo; y derechos educativos, culturales y recreativos. Sin embargo, a más de dos años de su aprobación no se han desarrollado políticas o programas integrales que contribuyan a la promoción y garantía de los derechos establecidos en la ley.

Marco Institucional

La institución a cargo de la seguridad social en Venezuela siguen siendo el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), creado por la Ley de Seguro Social y adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo (MPPPST), que continúa administrando un sistema contributivo de afiliación obligatoria para la protección de los/as trabajadores/as formales y sus familias; a pesar de que el artículo 129 de la nueva LOSS estableció la sustitución del IVSS en un período no mayor a 5 años, y luego se decretó su transformación progresiva –sin plazo definido-, en el marco de una nueva institucionalidad de seguridad social universal . Adicionalmente, coexisten con este sistema cerca de 500 regímenes diferentes de seguridad social, la mayoría de los cuales operan de forma fragmentada en instituciones públicas y de los que existe escasa información.

Los resultados de este trabajo investigativo edición 2022, servirán, tanto para tener una panorámica del contexto en el que se encuentran viviendo las personas mayores, como para dejar evidencia consistente que permita la exigibilidad de justicia, garantía de derechos y el desarrollo de acciones a corto, mediano y largo plazo capaces de hacer frente al crudo entorno en el que se desenvuelve la población adulta mayor venezolana, la cual ha sido suprimida de cualquier agenda de políticas públicas y desarrollo, promoviendo esto la agudización sistemática de la situación o condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentra este grupo, producto de la potencial inacción, incompetencia u omisión por parte del Estado y sus representantes con competencia para agenciar los ajustes o cambios necesarios ante un proceso de envejecimiento que se está dando en el presente y determinará la realidad futura del país.

A pesar de no haber avanzado en dicha institucionalidad, el gobierno ha venido usando la vía de medidas excepcionales y temporales, para incorporar a asegurados sin cotizaciones

mínimas exigidas y otorgar pensiones a personas no cotizantes, así como permitió el acceso abierto a sus establecimientos sanitarios y se ha encargado hasta la fecha de la compra y entrega de medicamentos de alto costo a personas en condiciones de salud crónicas. Igualmente, por reforma de la Ley del Seguro Social en 2012, aprobó la afiliación de trabajadores no dependientes y de los integrantes de sus asociaciones, así como la continuidad de afiliación de personas que hayan interrumpido sus cotizaciones. En diciembre de 2011, el Ejecutivo creó la Gran Misión en Amor Mayor Venezuela (GMAM) que consiste en el otorgamiento de ayudas a personas mayores que viven en hogares cuyos ingresos son inferiores al salario mínimo nacional.

Adicionalmente, con la LSS cambió la denominación del Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología (INAGER) a Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) como ente adscrito del Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia y Seguimiento de la Gestión de Gobierno, creando Centros de Servicios Sociales a nivel nacional y las Aldeas de Encuentro. No obstante, al igual que INAGER, el INASS sigue funcionando de manera centralizada sin ningún órgano operativo que permita la articulación con los niveles de gobierno regional y local, al igual que con entidades privadas y sin fines de lucro prestadoras de servicios para personas mayores.

Cumplimiento de obligaciones con los derechos humanos de las personas mayores

Derecho a la seguridad económica

La cobertura de personas con pensiones por vejez en Venezuela mostró un avance acelerado especialmente durante la primera década del siglo XXI, con un aumento significativo en el número de personas pensionadas y, de manera particular, de las pensiones de vejez. Sin embargo, a partir del año 2016, de la mano de la política de ocultamiento de información que ha sostenido el Estado Venezolano, se deja de difundir información oficial por parte del IVSS sobre las pensiones de vejez y en adelante esa información estadística pasó a ser sustituida por la divulgación principalmente mediática por parte de autoridades gubernamentales, con datos imprecisos, de carácter informal y con un tono frecuentemente político-publicitario. Así, el Ejecutivo ha venido reportando incrementos en el número de pensionados, sin especificar el tipo de pensión por sobreviviente, invalidez, incapacidad o vejez, ni desagregar a través de qué programas y criterios se otorgan. Para octubre de 2016 el Ministerio del Trabajo (MPPPST) registró la existencia de 2.930.270 pensiones activa.

En abril del 2018 el gobierno nacional anuncia que se habría alcanzado el total de 4.095.023 pensionados, lo que implicaría que Venezuela tenga 100% de la cobertura de pensiones; en 2019 aumentaría a 4.535.901; para mayo del 2020 la población pensionada se ubicaría en 4.708.102; y para enero del año 2024 el número de pensionados y jubilados ascendería a 5,5 millones. Sin embargo, en estas cifras no se diferencia entre las pensiones totales (de sobreviviente, de invalidez o para jubilaciones) y las pensiones de vejez. Esto conduce a que se genere una sobreestimación de la cobertura, lo que explica que para los años 2019, 2020

y 2024 existan más pensiones que población elegible para recibirlas. Al corregir el cálculo, tomando en cuenta solo la población elegible para pensiones de vejez, se estima la cobertura en un 94% en 2018 y 90% en 2019. Así, todavía existe una proporción de población adulta mayor que no está cubierta por pensiones, ni es transparente quiénes y cuándo podrán recibirla, aun cuando cumplan los requisitos, tal como lo denunció Comité de Derechos Humanos para la defensa de pensionados, jubilados, adultos mayores y personas con discapacidad, que estima que aproximadamente un millón de personas mayores no perciben una pensión de vejez. También la Evaluación sobre las Condiciones de Vida y Salud de las Personas Mayores en Venezuela 2023 (Evaluación CVSPM), realizada por Convite AC durante los meses de noviembre y diciembre de 2023, en la que se consultó a 1.535 personas mayores en 19 ciudades del país, encontró que un 9% de las personas mayores encuestadas no contaba con ninguna modalidad de pensión.

El gobierno nacional anunció en agosto del 2018 que se reagruparía el cobro del conjunto de las pensiones (incluyendo las del IVSS) a través del llamado Carnet de la Patria y su plataforma digital. Ante esta medida que viola el derecho de las personas mayores al acceso a la pensión y violenta lo establecido en la Constitución Nacional, más de 3.000 pensionados del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales realizaron una protesta frente a dicha institución para rechazar la imposición del Carnet de la Patria como requisito para cobrar la pensión; gracias a la fuerte oposición por parte de los pensionados, esta medida no llegó a concretarse. Desde el año 2020, se ha impuesto una distinción en la que se diferencian dos sistemas de pensiones: las pensiones contributivas permanecen en el sistema tradicional del IVSS, en tanto que las pensiones no contributivas, con la trayectoria iniciada mediante la Gran Misión Amor Mayor, son manejadas por la plataforma del "Carnet de la Patria". Mediante este sistema, también se distribuyen de manera discrecional los llamados "bonos de la patria" los cuales constituyen una transferencia monetaria directa, pero no son garantía ninguna de seguridad social.

Desde el año 2000, el monto de las pensiones es el mismo que el salario mínimo y este se fijó de manera unilateral sin ninguna consulta ni acuerdo con los trabajadores. Estas pensiones no cubren los costos actuales de alimentos y medicinas. Según el Observatorio Venezolano de Finanzas, la inflación acumulada en el país durante el año 2023 se ubicó el 193%, la cual, si bien representa una reducción importante con respecto a años anteriores, sigue ubicándose como una de las más elevadas del mundo. Entre otras razones, este descenso de la inflación es consecuencia de la dolarización de facto de la economía venezolana y de la reducción de los salarios reales de los trabajadores, así como de las pensiones, lo que ha incidido en la disminución de la capacidad de compra de las personas.

Para marzo del 2022, el valor de la pensión en el país se incrementa a 130 bolívares, cuando ello equivalía a 30 US$ (de acuerdo con la tasa de cambio oficial del Banco Central de Venezuela [BCV]). Este monto se ha mantenido hasta la actualidad (enero 2025) y representa un ingreso para las personas mayores de apenas 2,3 US$ mensuales a tasa del BCV. Adicionalmente, a finales del mes de septiembre del año 2022 se añade al pago

un Bono de Guerra Económica, como una transferencia mensual que otorga el gobierno a los pensionados y jubilados, actualmente, los trabajadores reciben 90 US$ indexados, los jubilados 91 US$ indexados y los pensionados 43 US$ también indexados. Esto implica que para diciembre de 2024 las personas mayores pensionadas percibían un ingreso al cambio de no más de 45 US$ a tasa del BCV.

El precio de la Canasta Básica Familiar para diciembre de 2024 se ubicó en US$ 498,47, el equivalente a Bs. 27.415,70 (para una familia de 5 miembros)[1]. Así, al menos un integrante de una familia debe ganar 16,61 dólares diarios para poder adquirir los alimentos que necesita, esto frente a los 45 dólares mensuales que percibe una persona mayor por concepto de pensión más "bono de guerra", resultando este monto insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación, trasporte, medicina, cuidados y recreación de las personas mayores. Al exiguo monto de la pensión, también se suma la pérdida de beneficios para las personas jubiladas en las contrataciones colectivas, escasez de efectivo en el cobro de pensiones y la ausencia de mecanismos modernos e inclusivos para obtener el beneficio. Hasta 2020, 1 millón 500 mil pensionados no disponían de tarjetas de débito para movilizar el dinero abonado en sus cuentas.

La Evaluación CVSPM 2023, arrojó que 40,8% de las personas mayores consultadas perciben menos de 30 US$ mensuales; 21,8% reportó percibir ingresos entre 30 y 50 US$. Sin embargo, 55% de las personas consultadas estiman necesitar más de 100 US$ para poder cubrir sus gastos mensuales, monto muy superior a sus ingresos. 75% de las personas mayores se vieron en la necesidad de ser apoyados económicamente por familiares, tanto los que permanecen en el país como los que están en el exterior; 24% indicó que se ayudan con distintas alternativas, principalmente pidiendo dinero prestado; 93% de las personas mayores aseguró que sus ingresos no cubren todas sus necesidades médicas, alimenticias y de traslado.

Derecho a la salud y a la protección social

Durante los últimos años, la infraestructura sanitaria nacional ha presentado una grave situación de parálisis. Los centros de salud públicos, en todos los estados del país, se encuentran en severas dificultades para continuar funcionando por desabastecimiento general de insumos y medicamentos, y falta de personal médico; situación que se vio agravada frente a la pandemia por Covid-19 . Estas fallas en la salud pública han llevado a la proliferación de pólizas de seguros que se cotizan en dólares, las cuales resultan impagables para muchas personas mayores debido a lo precario de sus ingresos. Además, las aseguradoras han establecido primas diferenciadas en función de la edad, por lo que a mayor edad resulta más costosa la contratación de un seguro médico, lo que puede obedecer a una forma de discriminación por edad. De acuerdo con la Evaluación CVSPM 2023, el 92% de las personas

1. **BANCA Y NEGOCIOS (21/01/2025): Aumentó en bolívares y en divisas: Canasta Alimentaria Familiar de diciembre se ubicó en US$ 498,47. Disponible en:** https://www.bancaynegocios.com/aumento-en-bolivares-y-en-divisas-canasta-alimentaria-familiar-de-diciembre-se-ubico-en-us-498-con-47/

mayores no cuenta con póliza de salud; 61% no ha acudido en los últimos 6 meses a consultas médicas de rutina para controlar su condición de salud; y 26% no tiene acceso a servicios de salud.

Después de la situación crítica de escasez de medicinas que atravesó el país durante los años 2018 y 2019, con más del 80% de escasez de medicamentos en la red privada de farmacias, desde mediados del año 2020 y hasta diciembre de 2023 esta tendencia a la baja se mantiene. De acuerdo con el levantamiento del Índice de Escasez de Medicamentos, realizado por Convite AC, la escasez de medicamentos en el año 2023 se ubicó en 27,2% en la canasta de medicamentos esenciales para tratar seis causas de comorbilidad más comunes en las personas mayores. No obstante, el precio de los medicamentos se ha incrementado a un ritmo de acelerado. El Observatorio Venezolano de Finanzas destaca que, durante el año 2023, la salud fue uno de los rubros que experimentó mayor incremento. Así, el 79% de las personas mayores que usan algún medicamento de acuerdo con la Evaluación CVSPM 2023 enfrenta dificultades para comprar los medicamentos: 51% compra los medicamentos con dificultad; 26% solo puede adquirir algunos de los medicamentos recetados; a 10% les es difícil adquirirlo; y 7% de las personas que deben usar algún tipo de medicamento depende de donaciones para poderlos tener.

Los centros de cuidados (temporales o permanentes) para personas mayores no son suficientes en el país, ni garantizan condiciones adecuadas de atención. Aquellos que dependen del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) no son numerosos, por lo que esta institución del Estado se ve obligada a pagar a entidades privadas para que alberguen a algunas personas. Hasta el año 2019 el IVSS aportaba aproximadamente 0.07 US$ (tasa oficial BCV a mayo de 2021) diarios por cama para cubrir gastos de alimentación, medicamentos, lencería, honorarios médicos y cuidados de enfermería por cada paciente asignado del IVSS. De acuerdo con la Evaluación de las condiciones de funcionamiento de las Entidades de Atención y cuido de Personas Mayores en quince ciudades de Venezuela (Evaluación EA, 2021), de las 100 entidades de atención evaluadas, 58% recurren al autoabastecimiento por parte de los usuarios, ya sea para la compra de medicinas e insumos por sí mismos, por sus familiares o responsables directos; y un 24% se abastece gracias a donaciones recibidas. 50% de las entidades de atención consultadas señalan que el costo aproximado de la estancia de una persona mayor puede estar alrededor de los 151 a 300 dólares mensuales.

Por su parte, de acuerdo con los datos recabados en la Evaluación EA, el INASS no vela por el buen funcionamiento de los centros públicos y privados que prestan servicios a las personas mayores; el 54,17% de las entidades de atención consultadas no había sido supervisada por dicha institución.

Derecho a la seguridad personal y a la vida

Preocupados por el aumento significativo de crímenes cometidos contra personas mayores Convite AC, ha documentado desde el año 2016 las muertes violentas de este grupo poblacional mediante el seguimiento a portales web de noticias de alcance nacional, regional y local, consolidando el Informe sobre Muertes Violentas en Personas Mayores en Venezuela, el cual pretende servir, en principio, como una alerta sobre la vulnerabilidad de las personas mayores para conservar su seguridad, sus propiedades, y su vida, de cara a la violencia criminal enfrenta el país, pero también para exigir al Estado políticas de seguridad que permitan garantizar y proteger la vida de las personas mayores.

De acuerdo con el Informe de Victimización del primero y segundo semestre del año 2023,[2] a más de 300 personas mayores les fue arrebatada la vida de manera violenta, es decir perdieron la vida de forma repentina y no natural debido a causas como accidentes (laborales, vehiculares, domésticos, entre otros), arrollamiento y hechos atribuibles al crimen, como el robo. Del total de fallecidos, 75% eran hombres mayores frente y 25% mujeres mayores; 60% de las personas que murieron de manera violenta tenían entre 60 y 70 años; 10,5% de los responsables de estas muertes tenían alguna conexión, relación o parentesco directo con las víctimas (siendo amigos, vecinos/as, conocidos, hijo/a o pareja). Estas muertes dan cuenta del deterioro del tejido familiar y social, el cual se ha exacerbado en la situación de crisis y privaciones de diferente tipo que enfrenta el país.

Cada vez más personas mayores han decidido acabar con su vida. Un 10% de las muertes violentas registradas en el año 2023 tienen como causal el suicidio. Es decir, las personas mayores deciden acabar con su vida ante las dificultades que enfrentan en su día a día. Estas muertes violentas se dan en medio de un contexto de indefensión económica, migración forzada de familiares (lo que en muchos casos los deja en situación de soledad) y falta de instituciones de asistencia. Por lo tanto, son muertes que podrían haberse prevenido y que evidencian el incumplimiento de las obligaciones de protección por parte del Estado frente a amenazas procedentes de particulares y de entes públicos o privados.

Sobre la migración y las personas mayores

De acuerdo con datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)[3], más de 7,7 millones de venezolanos han salido del país en busca de protección y una mejor vida, constituyendo el éxodo más grande de la historia reciente de América Latina. La Evaluación CVSPM 2023 arrojó que un 11% de las personas mayores viven solas, porcentajes que se divide entre un 58% de mujeres y 42% de hombres. Esto quiere decir que entre 500.000

2. **Convite AC: Informe de victimización: *Vejez en Riesgo. Muertes Violentas de personas mayore en Venezuela, 2023, en:*** https://conviteac.org/publicaciones/investigaciones/informe-de-victimizacion-de-las-personas-mayores-primer-semestre-2023/

3. **ACNUR: Venezuela: crisis de refugiados y migrantes, 2024, en:** *https://www.acnur.org/emergencias/situacion-de-venezuela*

y 600.000 personas mayores viven solas a la espera de un posible reencuentro futuro con sus familiares[4]. No solo existen personas solas en sus casas, también están las recluidas en las entidades de atención y cuido bajo su propia voluntad, monitoreadas por sus familiares, pero hay otras que fueron dejadas en el lugar bajo las falsas promesas de una estadía "temporal" o de visitas y llamadas frecuentes por parte de sus seres queridos.

Adicionalmente, cada vez más personas mayores han decidido migrar del país ante las precarias condiciones de vida y la falta de oportunidades. De acuerdo con la Encovi (UCAB, 2020)[5], las personas mayores de 60 años representan el 5% de los migrantes venezolanos. Un estudio de HelpAge International en colaboración ACNUR[6], indicó que alrededor de 38.400 personas refugiadas y migrantes venezolanos en Colombia tienen 60 años o más y se encuentran entre las más vulnerables debido a la discriminación a la que se enfrentan, encontrando barreras para acceder a la salud, a los medicamentos y a las oportunidades de empleo. El 96% de estas personas ha cambiado su comportamiento desde que comenzó la crisis para satisfacer sus necesidades básicas y el 36% ha adoptado al menos una vía extrema para satisfacer sus necesidades, como la mendicidad.

El informe "Recomenzar Lejos de Casa - La migración forzada de las personas mayores venezolanas" (Centro de Derechos Humanos, UCAB, 2023)[7] indica que son pocos los datos sobre las personas mayores migrantes en los países receptores, siendo las principales causas de migración la reunificación familiar, acceder a tratamientos médicos y ayudar a sus hijos con el cuidado de los nietos en el extranjero. Las personas mayores migrantes venezolanas constituyen el grupo más pequeño de los más de 7.3 millones que han migrado, y es una población invisibilizada incluso por las estadísticas oficiales de los Estados de acogida.

Sobre la asistencia humanitaria y las personas mayores

Las conclusiones de los siguientes documentos sirven para ilustrar en qué medida el sistema humanitario global promueve, facilita y apoya el derecho de las personas mayores a ser incluidos en la respuesta humanitaria.

Según el reporte *"If not now, when – Keeping Promises to older people affected by humanitarian crises"* de HelpAge International[8], la cantidad de personas mayores afectadas por crisis humanitarias va en aumento. Estimaciones relacionadas con la transición demográfica a

4. Tal Cual: En Venezuela hay entre 500 y 600 mil adultos mayores que viven soles, según Convite, 17.01.2023, en: https://talcualdigital.com/en-venezuela-hay-entre-500-y-600-mil-adultos-mayores-que-viven-solos-segun-convite/

5. UCAB: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020, 2020, en: *https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019*

6. HelpAge: Valoración rápida de necesidades de personas mayores. La Guajira, Colombia, 2020, en: https://www.helpage.org/silo/files/valoracin-de-necesidades-de-las-personas-mayores-en-la-guajiracolombia.pdf

7. UCAB-Centro de derechos Humanos: Recomenzar Lejos de Casa- La migración forzada de las personas mayores lejos de casa, 2023, en: *https://cdh.ucab.edu.ve/recomenzar-lejos-de-casa/*

8. HELPAGE INTERNATIONAL: "If not now, when? – Keeping Promises to older people affected by humanitarian crises", 2020, en: https://www.helpage.org/what-we-do/humanitarian-action/if-not-now-when/

nivel global indican que para el 2050, el 19.2% de la población (o 586 millones de personas) que vive en países de ingresos bajos y medios, donde los conflictos y desastres ocurren con mayor frecuencia, serán personas mayores de 50 años. Además del incremento en la cantidad de personas mayores afectadas, la evidencia disponible demuestra que este grupo de la población se encuentra en elevado riesgo durante las emergencias, pero enfrenta barreras importantes para el acceso a la asistencia humanitaria, sus derechos y necesidades (y su capacidad para contribuir con sus comunidades y familias) permanecen desatendidas de forma sistemática, y son rutinariamente excluidos de la respuesta humanitaria.

A pesar de la existencia de compromisos internacionales creados para proteger el derecho a la asistencia humanitaria de los grupos más marginados, incluyendo a las personas mayores (como la "Agenda 2023 para el Desarrollo Sostenible"[9], el "Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres"[10] y la "carta de inclusión"[11] creada y adoptada en la Cumbre Humanitaria Mundial), de la publicación de recomendaciones específicas para actores humanitarios por el IASC (Comité permanente Inter agencial) a través del documento "Humanitarian Action and Older Persons- An essential brief for Humanitarian actors"[12] y las "IASC Guidelines on Inclusion of Persons with disabilities in Humanitarian Action"[13], y del desarrollo de guías técnicas para apoyar a las agencias humanitarias en la defensa y disfrute del derecho de las personas mayores a la inclusión en la respuesta humanitaria, como las "Normas Humanitarias de Inclusión para personas mayores y personas con discapacidad"[14], el reporte concluye que no ha habido un cambio tangible en el apoyo y la asistencia de las personas mayores afectadas por crisis, lo que supone un claro fracaso del sistema humanitario global en implementar, de forma amplia y sostenida, los compromisos, recomendaciones y guías técnicas existentes para proteger y promover los derechos de las personas mayores.

El informe "I go to sleep on an empty stomach": Improving the inclusion of older people in humanitarian nutrition planning and response", publicado por HelpAge International en el 2024[15], indica que la falta de conocimiento sobre las necesidades nutricionales de las personas mayores, la marginación social y económica de este grupo poblacional, ideas erróneas sobre su capacidad productiva, la ausencia de datos suficientemente desagregados

9. NACIONES UNIDAS: Agenda 2023 para el Desarrollo Sostenible, 2015, en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/

10. UNDRR: Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres, 2015, en: *https://www.undrr.org/es/implementing-sendai-framework/*

11. Carta de Inclusión,2016, en: http://www.inclusioncharter.org/

12. IASC: Humanitarian Action and Older Persons- An essential brief for Humanitarian actors, 2018. Disponible en: *https://globalprotectioncluster.org/publications/837/reports/report/humanitarian-action-and-older-persons*

13. IASC: IASC Guidelines on Inclusion of Persons with disabilities in Humanitarian Action, 2019. En: https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-on-inclusion-of-persons-with-disabilities-in-humanitarian-action-2019

14. ESFERA: Normas Humanitarias de Inclusión para personas mayores y personas con discapacidad, 2028, en: *https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Humanitarian-inclusion-standards-SP.pdf*

15. HELPAGE INTERNATIONAL: "I go to sleep on an empty stomach": Improving the inclusion of older people in humanitarian nutrition planning and response, 2024, en: https://reliefweb.int/report/world/i-go-sleep-empty-stomach-improving-inclusion-older-people-humanitarian-nutrition-planning-and-response

(por sexo, edad y discapacidad), capacidades y experticia técnica organizacionales limitadas y la priorización de grupos más jóvenes, pueden contribuir a la exclusión sistemática de las personas mayores en la planificación e implementación de respuestas de nutrición en crisis o emergencias.

La respuesta humanitaria en Venezuela, iniciada en el 2019, pareciera no escapar de las tendencias globales previamente descritas, ya que en el informe "Inclusión de las Personas Mayores en la Respuesta Humanitaria: Panorama de Necesidades" 2022, elaborado por Convite AC, el 99% de los hogares liderados por personas mayores consultados en Delta Amacuro, el 93% de los hogares en Lara y el 59% de los hogares en Mérida, indicaron no haber recibido asistencia humanitaria en los 6 meses previos a su participación en las respectivas evaluaciones de necesidades.

En el Plan de Respuesta Humanitaria (PRH)[16] 2022-2023, las personas mayores forman parte de los grupos priorizados y constituyen el 15% de la población meta a alcanzar con la respuesta. En la Extensión del Plan de Respuesta Humanitaria 2024-2025[17], forman parte de los grupos de población en condición de vulnerabilidad, y alcanzan sólo el 9% de la población meta (5,1 millones de personas) del plan, mientras que en el "Panorama de necesidades humanitarias 2025" (documento de circulación interna), se describe cómo las barreras y múltiples dificultades que enfrentan las personas mayores en el acceso a la salud, alimentos, medios de vida y otros aspectos se han acentuado, producto de la crisis socio política del país.

A pesar de su priorización y de la descripción de sus múltiples necesidades sectoriales, la arquitectura humanitaria no ha aplicado de forma sistemática acciones efectivas que promuevan su inclusión en todas las fases o etapas del ciclo de gestión de los proyectos humanitarios, con vacíos importantes en la asistencia de este grupo de la población en los sectores salud, nutrición, medios de vida y agua, saneamiento e higiene.

En respuesta a los vacíos o carencias identificadas, el grupo de Trabajo de edad y discapacidad (GTED, conformado por el clúster de Protección, Convite AC, FUNPAVE, CONSORVEN, HelpAge International y Humanity&Inclusion), dedicó gran parte del 2024 al desarrollo de la guía técnica "Acción Humanitaria con enfoque inclusivo" y del paquete formativo asociado, con el fin de fortalecer las capacidades de las organizaciones y agencias que conforman la arquitectura humanitaria del país para una repuesta humanitaria más inclusiva, priorizando a personas mayores y a personas con discapacidad. Este grupo de trabajo se encuentra actualmente diseñando su plan de acción para el 2025, el cual incluye como uno de sus objetivos estratégicos dar continuidad al fortalecimiento técnico y operativo.

16. Naciones Unidas en Venezuela: Plan de Respuesta Humanitaria 2022-2023, en: https://venezuela.un.org/sites/default/files/2022-08/PLAN_DE_RESPUESTA_HUMANITARIA_2022_23.pdf

17. OCHA: Extensión del Plan de Respuesta Humanitaria 2024-2025, en: *https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-extension-del-plan-de-respuesta-humanitaria-2024-2025.*

Algunas definiciones claves

Se presentan, por orden de importancia las siguientes definiciones:

1. ***Necesidades prioritarias:*** Cuando en este proyecto se hace referencia a necesidades prioritarias, el enfoque va dirigido a los elementos mínimos indispensables que las personas necesitan para vivir como el acceso a la alimentación, agua potable y asistencia médica. No obstante, además de esos elementos imprescindibles, también son consideradas otras necesidades fundamentales como una vivienda digna, seguridad y protección social.
2. ***Enfoque basado en los derechos humanos:*** Reconoce a las personas como titulares activos de derechos que tienen derechos inherentes e inalienables, y no como víctimas que necesitan ayuda especial. Es decir, todo ser humano tiene derecho al ejercicio pleno de los derechos humanos fundamentales, incluidas las personas desplazadas y/o apátridas, pero tomando en cuenta que hay una serie de obstáculos a los que las personas pueden enfrentarse para hacerlos realidad.
3. ***Enfoque centrado en las personas:*** Sitúa los derechos, las experiencias y las decisiones de las personas en el centro de la relación de gestión del caso.
4. ***Protección:*** Todas aquellas actividades destinadas a salvaguardar el pleno respeto de los derechos de cada persona de conformidad con la letra y el espíritu de los órganos jurídicos pertinentes (Derecho Internacional de los Derechos Humanos, Derecho Internacional de los Refugiados, Derecho Internacional Humanitario).
5. ***Centralidad de la protección:*** Proceso de incorporación de principios de protección y promoción del acceso significativo, la seguridad y la dignidad en la ayuda humanitaria. También sinónimo de "programación segura".
6. Riesgo: La probabilidad de que suceda un peligro, su magnitud y sus consecuencias; la probabilidad de amenazas externas e internas (Ej. ataques armados, desastres naturales, violencia en base al género) que ocurre en combinación con vulnerabilidades particulares (Ej. pobreza, discapacidad, pertenencia a un grupo marginalizado).
7. ***Riesgo de protección:*** Es la exposición real o potencial de la población afectada por la violencia, la coacción o la privación deliberada. Hace referencia a: El daño puede afectar de forma negativa a la integridad física o mental de una persona, así como a su seguridad material, o violar sus derechos. La actividad humana puede ser un acto, una medida o una política de carácter directo, pero también puede incluir situaciones de inacción por parte de los garantes de derechos. La intensidad y el daño o perjuicio derivado de una actividad humana o un producto de esta que afecta a una persona o grupo de personas.
8. ***Amenaza de protección:*** Es una actividad humana o el producto de una actividad humana que se expresa en una forma de violencia, coerción o privación deliberada.

9. ***Vulnerabilidad*:** Características o circunstancias de personas, grupos o entornos que disminuyen la capacidad de responder a las amenazas. Inciden en la manera en que las personas y comunidades se exponen ante las amenazas. La vulnerabilidad no es un criterio fijo ni estático y nadie nace siendo vulnerable.

10. ***Evaluación del riesgo*:** Metodología para determinar la naturaleza y la extensión del riesgo tomando en cuenta los peligros potenciales y condiciones existentes de vulnerabilidad que en conjunto pueden dañar a las personas y a sus familias. Las evaluaciones del riesgo deberán tomar en cuenta la capacidad de la comunidad para resistir o recuperarse del impacto de un peligro.

11. ***Factores de riesgos*:** Pueden ser del entorno o individuales. Pueden ser determinados por el contexto (físico, social, económico). Dependiendo de cómo interactúan estos factores con ciertas características del individuo, puede incrementarse la posibilidad de sufrir una vulneración de derechos.

12. ***Factores protectores*:** La combinación de capacidades, atributos, fortalezas y recursos disponibles en una sociedad, comunidad e inherentes al individuo que les permite gestionar y reducir los riesgos y fortalecer su resiliencia. 13. Método de pobreza multidimensional: considera otras dimensiones de las condiciones de vida de las personas además del ingreso. La propuesta de pobreza multidimensional de la CEPAL, al igual que la metodología de línea de pobreza, utiliza como unidad de análisis el hogar y una vez clasificado el mismo se traslada su condición a los miembros que lo integran. Abarca 5 dimensiones y 13 indicadores.

14. ***Salud*:** Es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política, y condición económica o social.

15. ***Determinantes de la salud*:** Se entiende por determinantes de la salud, aquellas condiciones, variables o factores que determinan el nivel de salud de los individuos o comunidades. Son aquellas variables que influyen en varios grados de salud o enfermedad. El concepto fue introducido por el ministro canadiense, Mark Lalonde en 1974. Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas y explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

16. ***Condiciones de vida*:** Modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el entorno histórico, político, económico y social en el que les toca vivir y desarrollarse. Las condiciones de vida son medibles gracias a una gama de indicadores diseñados con ese especial propósito.

17. ***Estilo de Vida*** *(determinante individual adquirido)*: Determinante más influyente en la salud, responde a patrones de conducta, pues designa la manera general de vivir y pautas individuales de conducta con respecto al cuidado de la salud, modo de alimentación, y otros.

18. ***Determinantes sociales:*** Cualquier condición del aire, suelo y agua que afecta a la salud de los individuos, como la contaminación. Es cualquier contaminación producida en el aire, suelo o agua que afecta a la salud de los individuos, tanto si es contaminación biológica, física, química, sociocultural o psicosocial: violencia, estrés, entro otros.

19. ***Condicionantes sanitarios:*** Implica el entorno de las acciones y decisiones públicas que afectan la accesibilidad a los servicios de salud, y la calidad con la que ellos se prestan.

Presentación

La deuda institucional con las personas mayores persiste. Aún no se disponen de planes, programas y proyectos socioeconómicos integrales, diseñados con la participación de expertos, sociedad civil organizada y activistas, fundamentados en los principales requerimientos de este grupo poblacional para que pueda salir paulatinamente del estado de desprotección en el que se encuentra. Instrumentos que trasciendan y formen parte de una política pública seria, justa, sostenible, formulada bajo un enfoque de derechos y de protección, que les permita una vida digna a las mujeres y hombres mayores del país.

El panorama actual está afectando de forma diferenciada a las personas mayores, contexto que presenta importantes privaciones o carencias a nivel de los hogares y las personas con respecto a las siguientes dimensiones: vivienda, prestación de servicios, estándar de vida, trabajo y protección social. La política de dadivas es la que persiste, fundamentada en bonificaciones mensuales que no superan los 50 US$ o estipendios que resultan insuficientes en medio de una economía inflacionaria y dolarizada, reforzada años recientes por la pandemia, la crisis del combustible y ahora el escenario post electoral que acrecentó el clima de incertidumbre, donde las necesidades se incrementan y la pobreza multidimensional se robustece. La reducción del empleo, el incremento de la informalidad y la merma del poder adquisitivo son efectos difíciles de revertir en el corto y mediano plazo y al dejar de aplicar los correctivos requeridos, el proceso será aún más complejo. El impacto de la EHC sobre las personas mayores continúa sintiéndose y es una realidad que ha sido difícil superar.

Las personas mayores jubiladas y/o pensionadas, en su mayoría no logran disponer de otros ingresos, sólo logran sostenerse aquellos que dependen del soporte familiar, de donaciones, ayudas gubernamentales o empleos informales. De todas las dimensiones que determinan su forma de vida, las que resultan más afectadas son el acceso a la alimentación y a la salud. Si bien la pobreza no ha dejado de remontar en el país, en el caso de las personas mayores el deterioro ha sido mayor desde el año 2015, donde inicia la caída abrupta del valor en términos reales de las pensiones de vejez, dando lugar a la pobreza de ingreso, la cual constituye la privación que más contribuye al índice de pobreza multidimensional[18]. El bienestar social de la ciudadanía se encuentra ampliamente comprometido y caracterizado por vivir en completa indefensión o desamparo por parte de las instituciones del Estado, especialmente para aquellos grupos en situación de vulnerabilidad.

18. María Gabriela Ponce Zubillaga. PROYECTO ENPOVEN: "El envejecimiento poblacional en Venezuela. Panorama actual". La pobreza en Venezuela y la situación de las personas mayores en el contexto 2014-2019/2020/2021. Convite, A.C., Caracas, Venezuela.

Debido a que las personas mayores requieren especial atención y aún más en un contexto de Emergencia Humanitaria Compleja, sobre todo aquellas dependientes o que dejan de ser autosuficientes, tienen alguna discapacidad o no cuentan con apoyo o soporte familiar inmediato, desde Convite A.C. se ha planteado nuevamente la ejecución del levantamiento y diagnóstico de la información que permitirá conocer o constatar de primera mano y con la rigurosidad técnica que amerita, una aproximación de la actual situación de mujeres y hombres de edad avanzada en determinadas comunidades de Venezuela.

Para evidenciar las condiciones de vida y salud de una muestra de 1804 personas mayores, en 19 capitales y localidades regionales, se aplicó un instrumento de recolección de información actualizado para el levantamiento del año 2024. El instrumento, en este caso una encuesta que lleva implementándose desde 2021, permitió el abordaje de las personas a partir de los 60 años, en las localidades previamente seleccionadas, lo cual fue posible gracias a las alianzas establecidas con otras organizaciones de la sociedad civil, investigadores y activistas de derechos humanos que hacen vida en las comunidades.

Los resultados de este trabajo investigativo edición 2024, servirán, tanto para tener una panorámica del contexto en el que se encuentran viviendo las personas adultas mayores, como para dejar evidencia consistente que permita la exigibilidad de justicia, garantía de derechos, protección y el desarrollo de acciones a corto, mediano y largo plazo capaces de hacer frente al crudo entorno en el que se desenvuelve la población adulta mayor venezolana, la cual ha sido suprimida de cualquier agenda de políticas públicas y desarrollo, facilitándose así la agudización sistemática de su situación o condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentra, llevándola hasta el punto de ser considerada como grupo priorizado en el Plan de Respuesta Humanitaria (HRP), producto de la potencial inacción, incompetencia u omisión por parte del Estado y sus instituciones con competencia para agenciar los ajustes o cambios necesarios ante un proceso de envejecimiento que se está gestando en el presente y determinará la realidad futura del país.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

enfoque de derechos humanos y de protección a partir de la evaluación de las condiciones de vida y salud de las personas mayores en al menos 19 estados: Amazonas (Puerto Ayacucho), Anzoátegui (Puerto La Cruz), Apure (San Fernando), Bolívar (Ciudad Bolívar y Puerto Ordaz), Carabobo (Valencia), Cojedes (San Carlos), Delta Amacuro (Tucupita), Distrito capital (Libertador), Guárico (San Juan), Lara (Barquisimeto), Mérida (Mérida), Miranda (AMC), Monagas (Maturín), Nueva Esparta (Porlamar), Sucre (Cumana), Táchira (San Cristóbal), Trujillo (Valera), Yaracuy (San Felipe) y Zulia (Maracaibo).

Objetivo específico

Detectar los impactos y efectos de la crisis humanitaria sobre las condiciones de vida y salud de las personas mayores, la comprensión de sus mecanismos de adaptación y respuesta ante la situación y las necesidades prioritarias de atención, a través de la aplicación de un instrumento de recolección de datos diseñado con fines investigativos y donde la protección de la identidad de las personas encuestadas está garantizada por la organización.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La investigación se configura como un estudio cualitativo que permitirá conocer o constatar de primera mano, la actual situación de mujeres y hombres de edad avanzada (de 60 a 80 años y más) con respecto a sus condiciones de vida, en distintas entidades regionales de Venezuela, específicamente en Amazonas (Puerto Ayacucho), Anzoátegui (Puerto La Cruz), Apure (San Fernando), Bolívar (Ciudad Bolívar y Puerto Ordaz), Carabobo (Valencia), Cojedes (San Carlos), Delta Amacuro (Tucupita), Distrito capital (Libertador), Guárico (San Juan), Lara (Barquisimeto), Mérida (Mérida), Miranda (AMC), Monagas (Maturín), Nueva Esparta (Porlamar), Sucre (Cumana), Táchira (San Cristóbal), Trujillo (Valera), Yaracuy (San Felipe) y Zulia (Maracaibo).

Diseño de la muestra

Población objeto de la investigación

Mujeres y hombres a partir de 60 años, considerados, de acuerdo con la legislación venezolana, como personas adultas mayores.

Perfil de las personas consultadas

Se trata de personas adultas mayores residentes de las comunidades previamente seleccionadas. Estas pueden 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 con comorbilidades que estén afectando sus condiciones físicas y mentales, también con alguna discapacidad.

Descripción del modelo muestral

Se seleccionó una técnica muestral combinada de muestreo en cuotas con selección en bola de nieve o en cadenas para la selección de las unidades de análisis. Ambas se clasifican en el grupo de modelos no probabilísticos o no aleatorios para el diseño de muestras en estudios socioeconómicos. En este caso, La primera se utiliza para la distribución de la muestra en subclases utilizando cifras oficiales del INE y la segunda clasificada en la categoría de muestreo para eventos raros se utiliza para la identificación de informantes cuando se carece de marcos de muestreo.

El modelo muestral no probabilístico, se basa en la premisa de que las unidades de la población se pueden identificar a partir de un punto focal donde concurran personas con las características del perfil que define la subclase, por tanto, no existe una probabilidad de selección previamente conocida ni de calcular el error de estimación.
Los investigadores utilizan este método de muestreo si la muestra para el estudio es muy rara o si está limitada a un subgrupo muy pequeño de la población. Este tipo de técnica de muestreo funciona en cadena. Luego de observar al primer sujeto, el investigador le pide ayuda a él para identificar a otras personas que tengan un rasgo de interés similar.

Justificación

- Las unidades muestrales son muy raras de características específicas con frecuencia baja en el universo y las subclases de individuos pequeñas
- Permite llegar a poblaciones que son difíciles de probar cuando se utilizan otros métodos de muestreo no probabilístico o probabilísticos.
- Los requerimientos de inversión para la implementación del diseño son menos onerosos.
- Flexibilidad: el método proporciona flexibilidad en la selección de la muestra y es más rápido y menos costoso que el muestreo probabilístico.

Riesgos y desventajas

- No está garantizada la representatividad de la muestra por el desconocimiento de la distribución en el muestreo de las variables claves.
- Limitaciones en la Inferencia: El principal inconveniente del muestreo por cuotas es que, al no ser probabilístico, los resultados no pueden generalizarse para toda la población con el mismo nivel de confianza que proporcionaría un muestreo aleatorio.

Recolección de Datos

Como técnica de recolección de información[19] se empleó la encuesta, diseñada o estructurada por áreas o secciones para facilitar la obtención de los datos asociados a las variables en estudio. El instrumento se presentó bajo un esquema sencillo y digerible tanto para su ejecutor como para la persona consultada a modo de garantizar la celebración efectiva de la experiencia.

La encuesta fue diseñada para la investigación en campo; el instrumento se aplicó bajo la modalidad presencial, la modalidad telefónica se mantuvo como opción solo para casos muy puntuales, cuando las restricciones de movilidad impuestas por razones climáticas o posibles conflictos de orden social imposibilitaban la salida de los monitores a las comunidades. La información fue efectivamente captada a través de preguntas, en su mayoría cerradas, caracterizadas por su lenguaje claro, sencillo, directo, y adaptadas tanto para el encuestador como para la comprensión rápida de la persona consultada.

La información fue levantada y luego transcrita en un formato digital para facilitar la transmisión de los datos desde las ciudades seleccionadas para este levantamiento. La captura y procesamiento de datos fue online/offline a través de la plataforma digital KoboToolBox, especialmente diseñada para ser utilizada por actores humanitarios quienes deben trabajar en el terreno, bajo condiciones adversas, con dispositivos móviles y por ende necesitan contar con la posibilidad de guardar la data recolectada hasta lograr acceder a una conexión de internet.

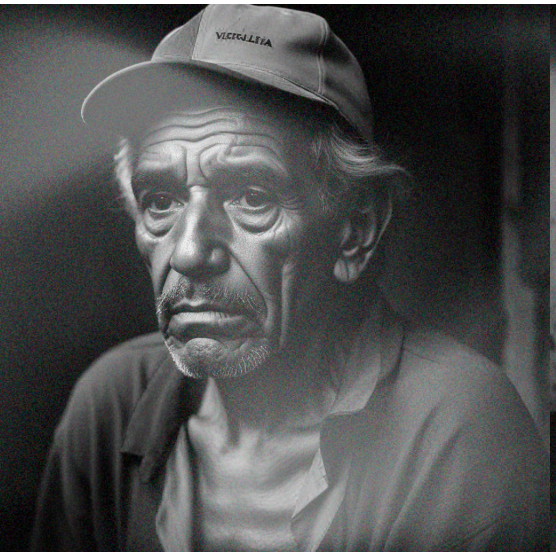
19. **Entendido como cualquier recurso del que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.**

Para la captación y consulta de las personas mayores, se contó con la colaboración de organizaciones aliadas como Kapé Kapé, Mulier, Rehabilitarte, PROMEDEHUM, Centro de Animación Juvenil, Fundación Váyalo, Crea País, entre otras, las cuales, a razón de su familiarización con los lugares y personas incluidas en la muestra, tenían conocimiento previo de la existencia de casos que coincidían con el perfil del presente estudio.

Previo a la aplicación del instrumento, se realizó una sesión de capacitación dirigida a las personas involucradas en el proyecto, donde además de prepararlas, se buscó establecer un importante vínculo entre Convite A.C, monitores (quienes aplicaron el instrumento) y organizaciones aliadas para lograr emprender una jornada fructífera de trabajo donde predominara la empatía, solidaridad y sensibilidad ante todo aquello que está afectando actualmente la calidad de vida de las personas mayores en Venezuela.

Actividades ejecutadas para la consecución de los objetivos

1. Elaboración del Instrumento
2. Definición de la Muestra
3. Proceso de inducción para monitores
4. Aplicación del Instrumento
5. Procesamiento de la Información
6. Elaboración de Informe de Resultados



DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

POR ENTIDAD REGIONAL

Gráfico N° 1: Distribución de la muestra seleccionada. Diciembre 2024

POR ENTIDAD REGIONAL

Gráfico N° 2: Personas consultadas según rango de edad. Diciembre 2024

POR GÉNERO

GENERO	CANTIDAD DE PERSONAS ENCUESTADAS
MUJER	965
HOMBRE	839
TOTAL	**1804**

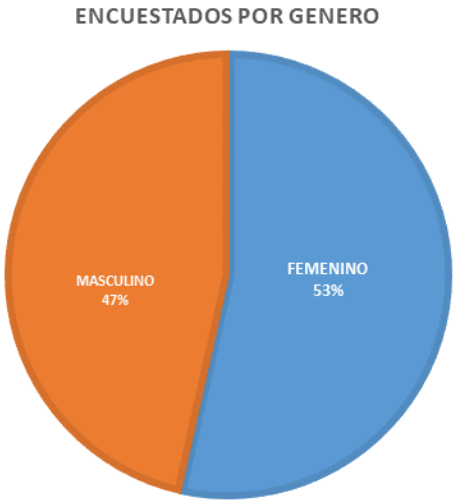


Gráfico N° 3: Personas consultadas según género. Diciembre 2024

En cuanto a los datos demográficos de los/as participantes en la encuesta, tenemos que 55.1% (994) de los/as participantes se ubicaron entre los 60-69 años, el 31.5% (569) entre los 70-79 años, y el 13.4% tenían 80 años o más. En la desagregación por sexo, el 53% eran mujeres y el 47% hombres.

SOBRE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

DATOS ESTRUCTURALES Y POSESIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Las personas mayores consultadas residen, mayoritariamente, en viviendas tipo casa (59%) y apartamentos (34%). Más del 50% afirma contar con terreno y vivienda propia, totalmente pagada, y 14% indica que vive en un espacio cedido o "prestado" por un familiar. La cantidad de personas que viven alquiladas, o que aún se encuentran pagando sus residencias o en viviendas sobre terrenos invadidos es poco representativa.

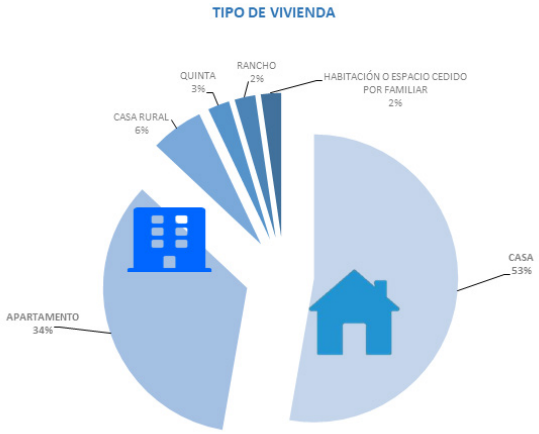


Gráfico No 4: Distribución de las personas consultadas según tipo de vivienda que habita.

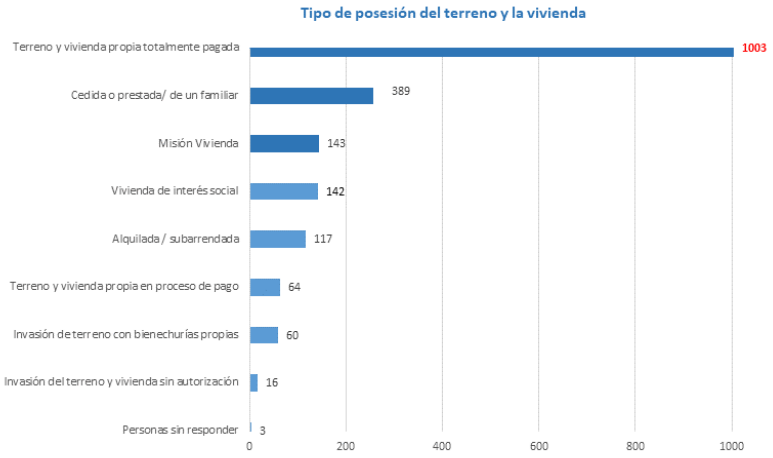


Gráfico No 5: Posesión del terreno y la vivienda.

Con respecto a un eventual daño que pudiera sufrir la vivienda producto de riesgos físicos - naturales (sismo, deslizamiento de terreno, inundaciones, incendios forestales, entre otros) o estructurales (fallas de infraestructura), 70% respondió que sus residencias no se encuentran en riesgo. En relación con aquellas personas que respondieron afirmativamente (29%), la mayoría manifestó que sus viviendas tienen riesgo de tipo estructural (87%).

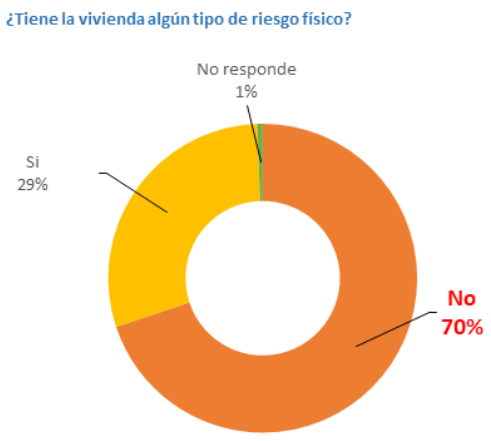


Gráfico No 6: Porcentaje de personas con viviendas que tienen algún tipo de riesgo.

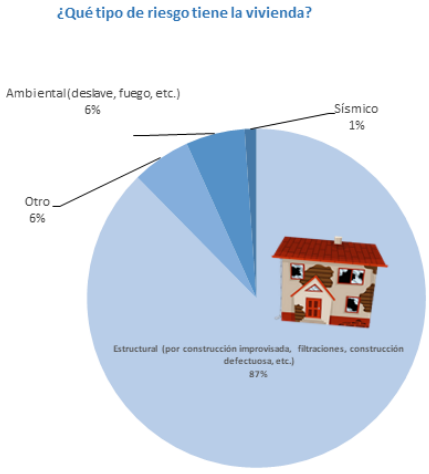


Gráfico No 7: Porcentaje de personas afectadas según riesgo sobre la vivienda

SERVICIOS BÁSICOS CON LOS QUE CUENTAN LAS PERSONAS MAYORES CONSULTADAS

Gráfico No 8: Servicios públicos y privados con los que cuentan las personas consultadas. Diciembre

La muestra consultada para esta investigación es receptora de los servicios básicos públicos y privados tales como suministro eléctrico, agua corriente (por tubería), gas doméstico (predominando el uso de cilindro o bombona), recolección de desechos sólidos, drenaje para aguas negras, internet, telefonía móvil, telefonía fija y TV satelital, estos dos últimos en menor proporción.

El problema de los servicios en Venezuela no radica en el acceso, tal como lo demuestran los resultados de ésta y muchas otras investigaciones realizadas en el país; un porcentaje bastante representativo de la población cuenta con los principales servicios públicos o privados. En tal sentido, no existe una privación de estos, pero la ausencia de políticas de inversión y mantenimiento que les otorgaría sostenibilidad en el tiempo y un funcionamiento eficiente ha traído como consecuencia una prestación precaria que altera o impacta negativamente en la forma de vida de las personas. No obstante, este año hubo un cambio en la valoración de la calidad de prestación. De acuerdo con lo manifestado por quienes atendieron a la consulta, los servicios están funcionando mejor respecto a años anteriores, si bien no son calificados como eficientes, se perciben como "regular", es decir, ni malos ni buenos.

SERVICIO ELÉCTRICO

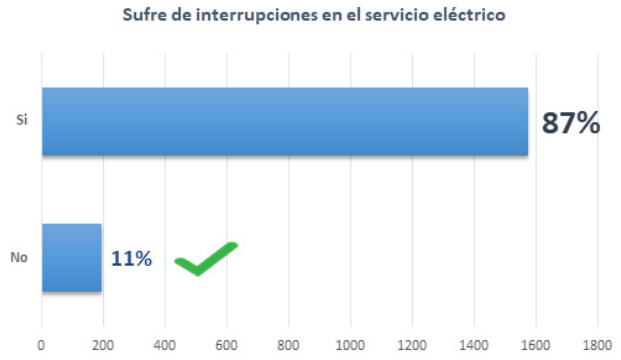


Gráfico Nº 9: Interrupciones en el suministro eléctrico

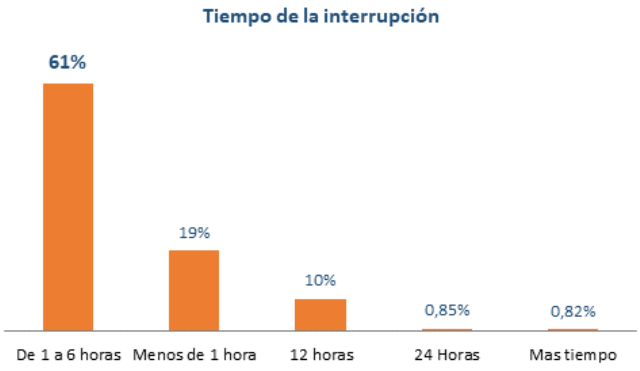


Gráfico Nº 10: Porcentaje total de personas afectadas por Interrupciones según periodos de tiempo

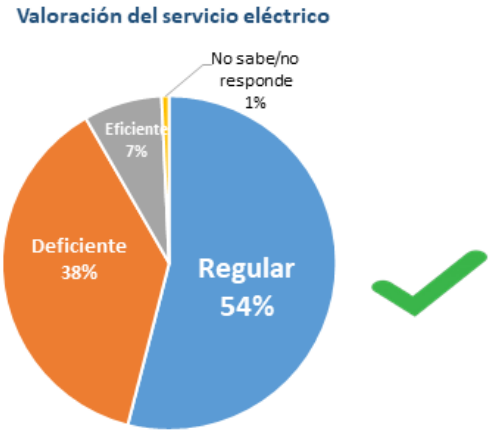


Gráfico Nº 11: Valoración del servicio según las personas consultadas.

Un 87% de las 1804 personas mayores tomadas en cuenta para esta investigación respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si estaban siendo afectadas por interrupciones en el suministro de energía eléctrica. Las ciudades donde son más frecuentes las interrupciones son las del occidente del país como Maracaibo, Barquisimeto, San Cristóbal y Mérida. En el oriente, localidades como Barcelona, Puerto La Cruz, Maturín y Porlamar se vieron afectadas en mayor medida durante el periodo de levantamiento de información debido a la explosión de una planta de gas que hizo colapsar parte del sistema eléctrico que surte el noreste del país.

Por otro lado, 61% dice que los cortes pueden prolongarse de 1 a 6 horas en el día, siendo Porlamar, capital del estado Nueva Esparta, la localidad más afectada de acuerdo con las personas entrevistadas. Es importante resaltar que en los años 2022 y 2023 el porcentaje de personas que pasaban por interrupciones de más de 12 horas en el suministro ocupaba menos del 1% de las consultas, en 2024 pasó a 10%. Pese a las deficiencias del servicio, las personas perciben cierta mejoría y lo califican como regular (54 %).

SUMINISTRO DE AGUA

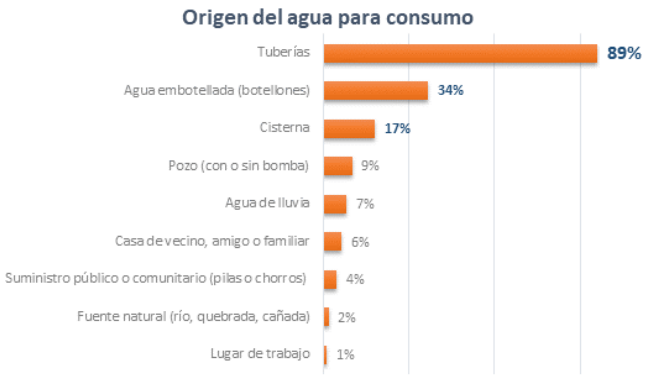


Gráfico No 12: Interrupción en el suministro de agua corriente

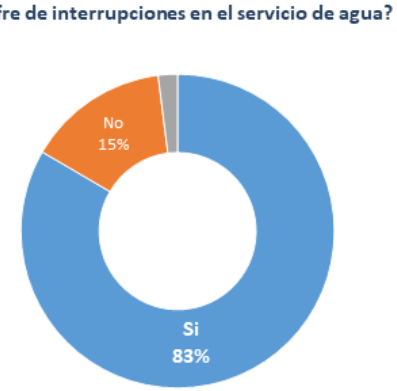


Gráfico Nº 13: Porcentaje total de personas afectadas por Interrupciones según periodos de tiempo.

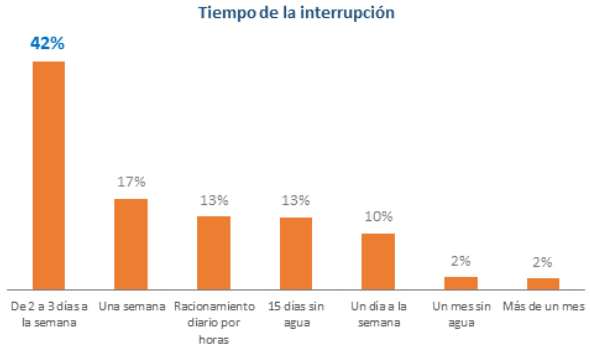


Gráfico No 14. Personas afectadas por Interrupciones según periodos de tiempo.

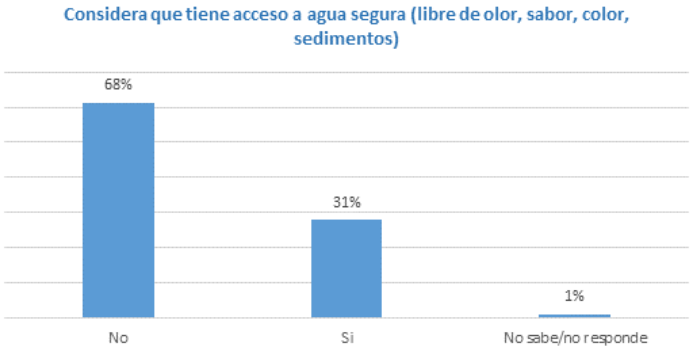


Gráfico No 15. Acceso a agua segura

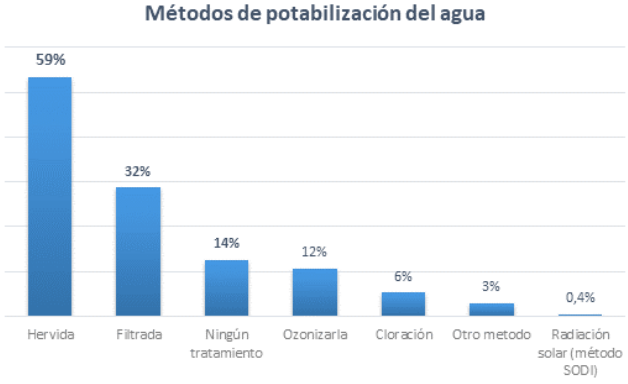


Gráfico No 16. Métodos de potabilización del agua.

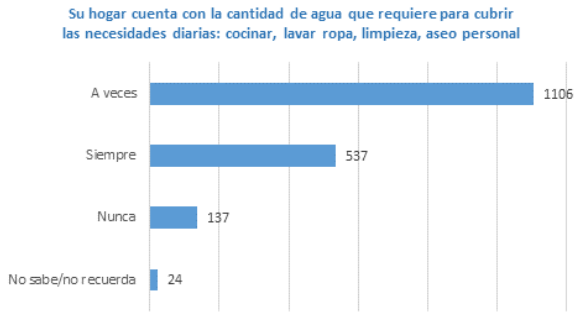


Gráfico No 17. Disponibilidad de agua para cubrir necesidades diarias.

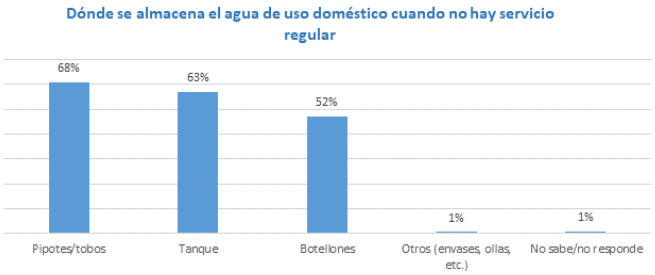


Gráfico No 18. Almacenamiento del agua.

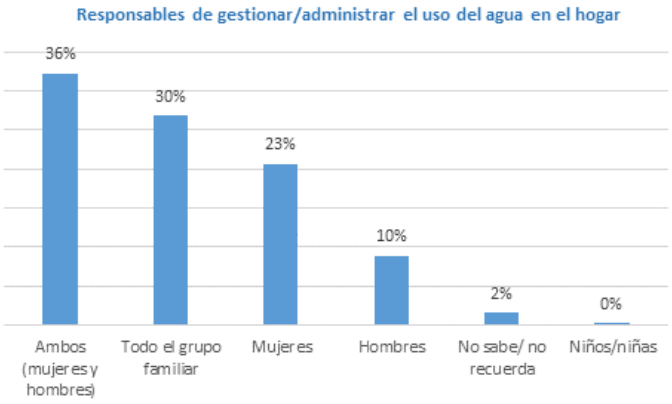


Gráfico No 19. Responsabilidad de la gestión del agua en el hogar.

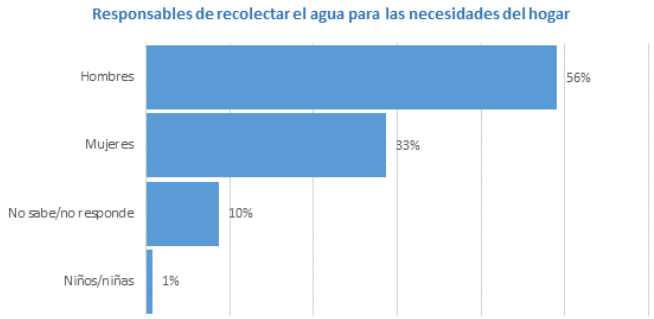


Gráfico No 20. Responsabilidad de la recolección del agua en el hogar

Gráfico No 21. Acceso a productos de higiene personal y para el hogar.

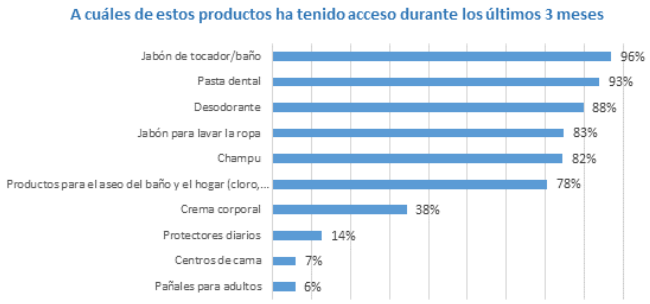


Gráfico No 22. Tipos de productos de higiene personal y para el hogar.

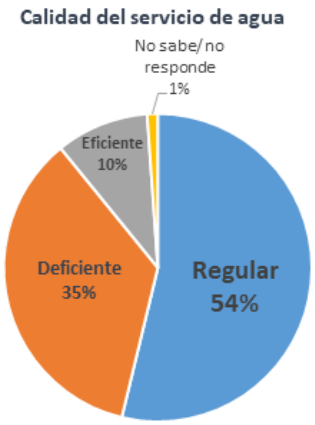


Gráfico No 23. Valoración del servicio según personas consultadas.

89% de las personas consultadas afirman recibir el servicio de agua a través de tuberías, 68% indica que el agua que consume no es segura y 83% del total de las consultas dice que el suministro en sus localidades es irregular o suspendido con determinada frecuencia. En cada ciudad analizada el comportamiento puede variar, pero la mayoría ha estado sin agua suministrada por tubería hasta 3 días a la semana. Cuando se interrumpe el servicio, las personas almacenan agua en pipotes, tobos, tanques domésticos y botellones reciclados, no obstante, esta medida no siempre asegura que se tenga una cantidad suficiente para cubrir los requerimientos diarios de limpieza, cocina, higiene personal, entre otros.

Para paliar la precaria situación, las personas mayores recurren a otros medios alternos mientras esperan que llegue el agua corriente a sus hogares; los recursos más utilizados son los botellones o pimpinas de agua potable y la contratación de camiones cisterna. Se trata de formas alternativas para cubrir la ausencia de un servicio tan fundamental, pero con consecuencias económicas considerables. Lamentablemente este tipo de compras o contrataciones no son asequibles para la mayoría y quienes tienen la posibilidad, realizan un gasto recurrente que afecta significativamente sus presupuestos familiares.

Por otro lado, las personas mayores invierten parte de su presupuesto o son apoyadas para tener acceso a productos de higiene personal y aseo para el hogar. 49% indica que siempre tiene posibilidades de adquirirlos y 45% de forma ocasional. Los productos más comunes dentro de sus dinámicas de consumo son jabón de tocador/baño, pasta dental, desodorante, jabón para lavar la ropa, champú y productos para el aseo del baño y el hogar (cloro, desinfectante, jabón líquido, otros). En menor medida dicen adquirir cremas corporales, protectores íntimos diarios, centros de cama y pañales para adultos.

Con respecto a la gestión del agua dentro del hogar, las personas mayores consultadas manifiestan que la responsabilidad de administrarla para su uso es de todo el grupo familiar, específicamente mujeres y hombres, las y los NNA no tienen participación en esta tarea. Al preguntar quién o quiénes tienen la responsabilidad de recolectarla, la mayoría indica que los hombres.

Un 54% de la población consultada califica el suministro como regular y un 35% como deficiente. Al igual que el servicio eléctrico, las personas consideran que la distribución del agua ha mejorado levemente puesto que las interrupciones no son tan prolongadas como años anteriores, pero la calidad es alarmante porque en reiteradas ocasiones llega con sedimentos y olor desagradable. Con respecto a si las personas mayores potabilizan o no el agua que consumen, 59% afirma hervirla como principal método de tratamiento, seguido por el método de filtrado. Un 14% afirma no tratar el agua y apenas un 6% utiliza el método de cloración.

SUMINISTRO DE GAS

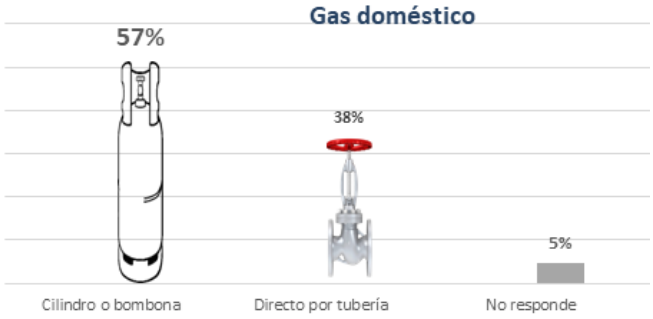


Gráfico No 24. Formas de suministro de gas doméstico.

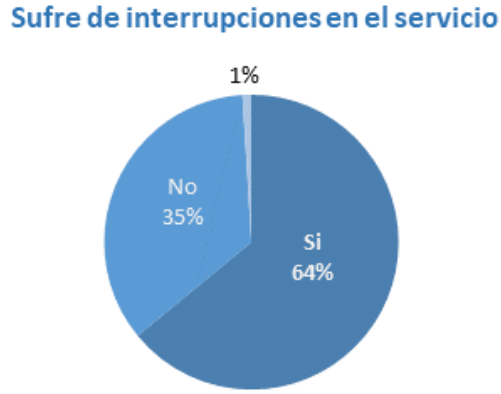


Gráfico No 25. Personas afectadas por Interrupciones en el servicio.

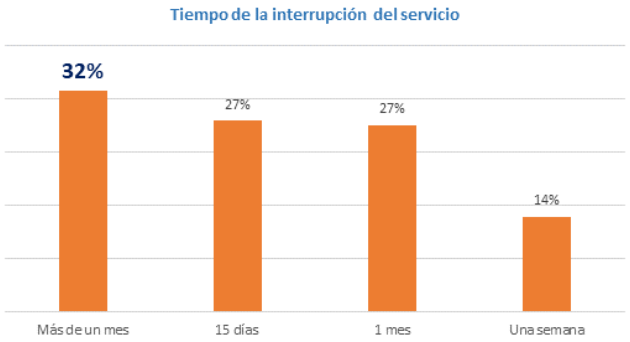


Gráfico No 26. Tiempo de interrupción del servicio.

Gráfico No 27. Necesidad de utilizar leña.

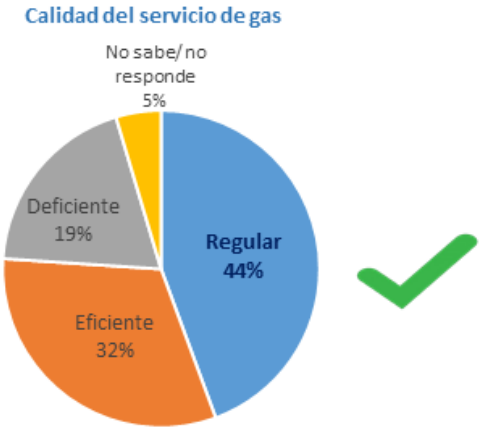


Gráfico No 28. Valoración del servicio según personas consultadas.

Las personas mayores cuentan con gas doméstico en sus hogares, suministrado en la mayoría de los casos, a través de cilindros o bombonas. Solo en buena parte del Área Metropolitana de Caracas (AMC) y Maracaibo, las personas encuestadas tienen acceso al gas directo por tuberías y son las que menos resultan afectadas por las interrupciones en el servicio.

Mientras tanto, 64% experimentan irregularidades o interrupciones en el suministro. Hasta 32% de las personas pueden pasar más de un mes sin lograr recargar los cilindros de gas, no obstante, el uso de la leña no se perfila como una opción para la mayoría, pues 85% de las consultas evidenció no requerirla; generalmente las personas mayores optan por el uso de cocinas eléctricas para casos de emergencia. El uso de biomasa ha demostrado ser beneficioso y sostenible, pero con sensibilización, conocimiento y acompañamiento.

Lamentablemente Venezuela no es el caso debido a que las personas, sin ningún tipo de orientación y de forma involuntaria, terminan demoliendo paulatinamente sus condiciones de salud respiratoria y visual por el humo generado, además de causar efectos que pueden resultar devastadores para el ambiente. A pesar del suministro intermitente, actualmente este servicio es calificado de regular a eficiente, diferente a 4 años atrás, donde fue calificado como uno de los peores.

GESTIÓN DE RESIDUOS /SISTEMA DE DRENAJE

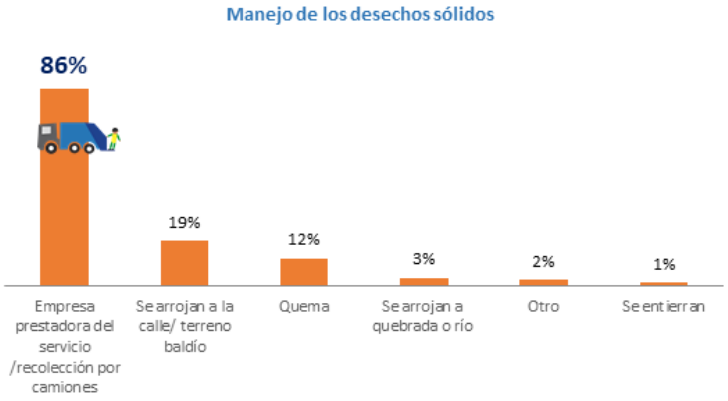


Gráfico No 29. Manejo de desechos sólidos.

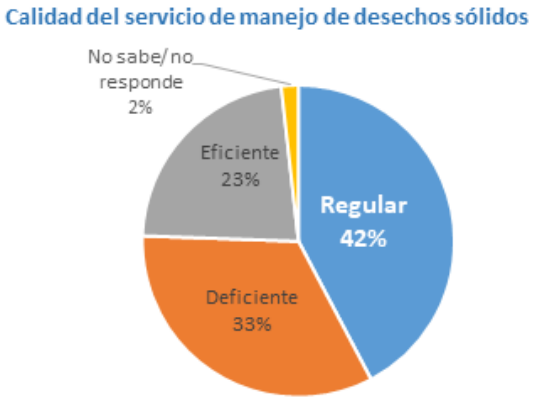


Gráfico No 30. Valoración del servicio.

Gráfico No 31. Servicio sanitario o uso de baños en el hogar.

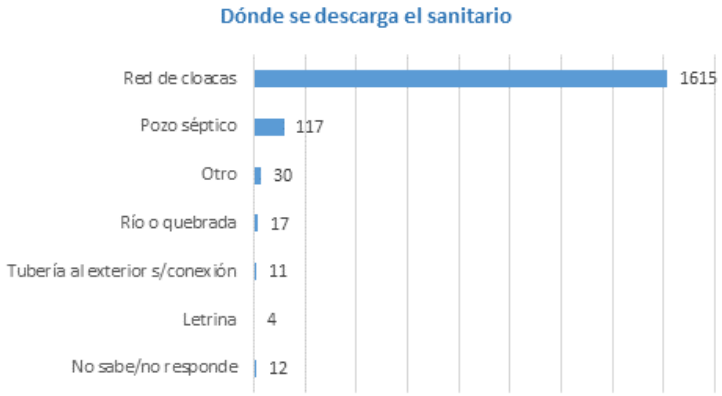


Gráfico No 32. Sistema de drenaje de aguas residuales.

Para el manejo de los desechos sólidos, el 86% de las personas mayores tiene a disposición el servicio de aseo urbano a través de la recolección por camiones. Este servicio a pesar de no haber sido calificado como deficiente, las personas sostienen las quejas por la variabilidad de los horarios de recolección en las rutas estipuladas y actualmente se le suma el descontento por el costo del servicio, cuyas tarifas están atadas a la tasa de cambio oficial del dólar, la cual varía y se incrementa diariamente. Lamentablemente no existe una tarifa preferencial para las personas mayores de 60 años.

Por otro lado, el manejo de las aguas residuales domésticas, también conocidas como aguas servidas, el 90% de las personas entrevistadas indicó contar con red de cloacas en sus urbanismos. Un mínimo porcentaje (10%) manifestó el uso de otros métodos de drenaje o desecho de estas aguas.

TELEFONÍA FIJA Y MÓVIL

Gráfico No 33. Acceso a la telefonía fija.

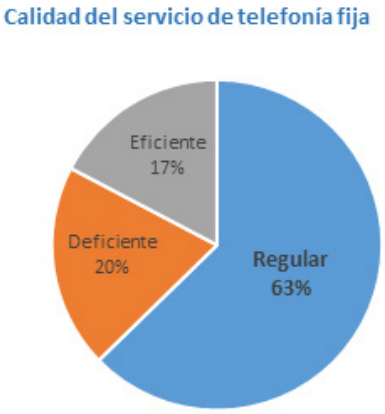


Gráfico No 34: Valoración del servicio.

Gráfico No 35: Acceso a la telefonía móvil.

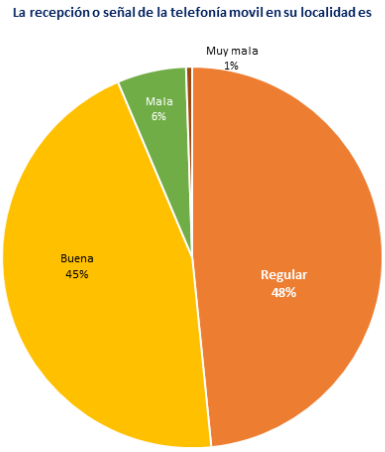


Gráfico No 36: Valoración del servicio

La mayoría de las personas mayores consideradas en esta evaluación no disponen de telefonía fija (62%), por lo que su comunicación depende del servicio brindado por las compañías de telefonía móvil (85%). Las personas calificaron estos servicios como regular, no existe una percepción del todo negativa con respecto a ellos y manifestaron no sufrir molestas interrupciones como sucede, por ejemplo, con el suministro eléctrico o de agua, al menos no de forma frecuente. La valoración de la calidad de la señal o recepción móvil es de "regular" a "buena", lo que demuestra que el sector privado ha hecho un esfuerzo por mejorar su infraestructura a pesar de las restricciones impuestas por el Estado (tarifas reguladas).

ACCESO A INTERNET

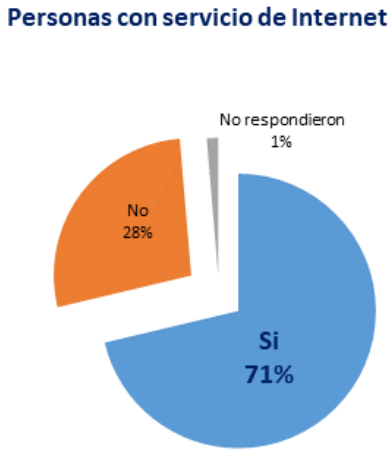


Gráfico No 37: Acceso a servicio de internet.

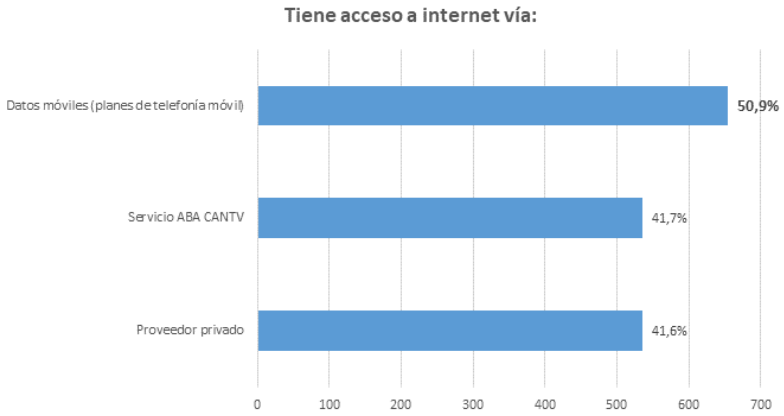


Gráfico No 38. Proveedores del servicio de internet.

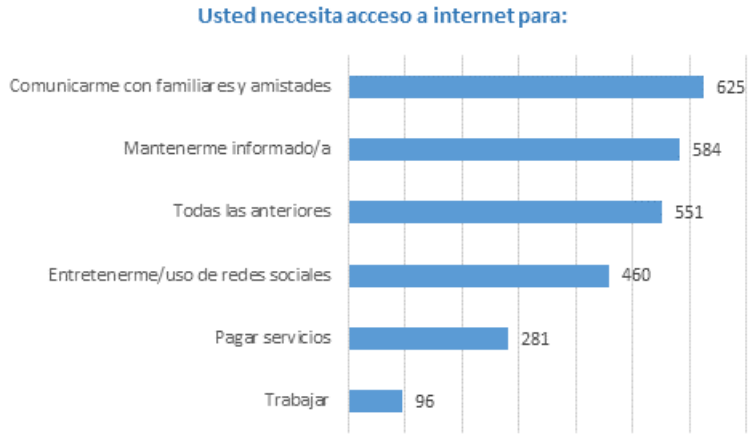


Gráfico No 39: Uso del servicio.

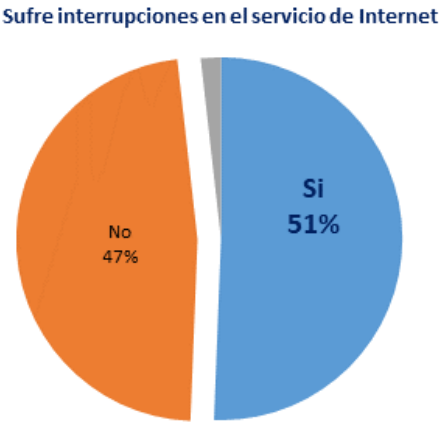


Gráfico No 40. Interrupción del servicio.

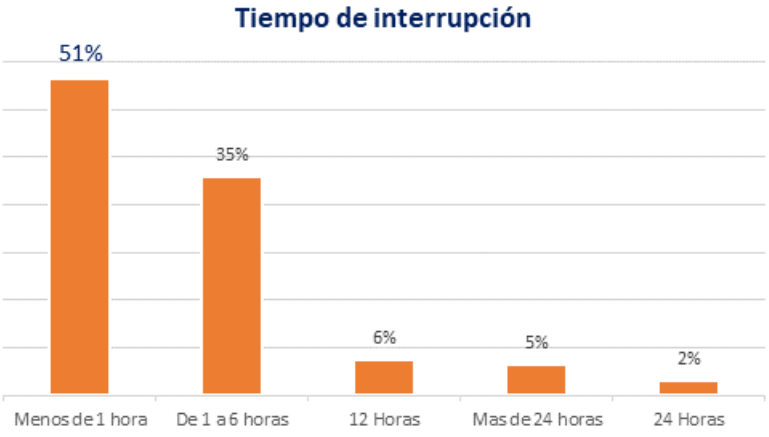


Gráfico No 41: Tiempo de interrupción del servicio.

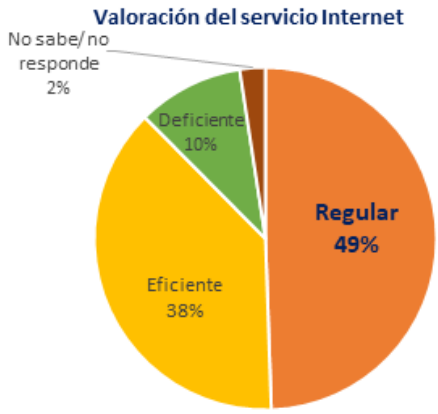


Gráfico No 42. Valoración del servicio.

71% de la muestra a nivel regional cuenta con acceso a internet, hasta ahora el porcentaje más amplio desde que se evalúa este servicio. Durante los años 2021 y 2022 era superior la cantidad de personas mayores sin acceso a internet, situación que comienza a mejorar a partir de 2023. La ausencia del servicio no solo se debía a un asunto de suscripción, también por averías no resueltas por parte de los proveedores, principalmente la empresa estadal CANTV.

Paulatinamente se han hecho importantes inversiones para mejorar la red nacional, además se ha incrementado el número de empresas privadas que ofrecen el servicio, pero a mayor costo, es por ello que la mayoría de las personas tienen conectividad gracias a planes de datos móviles ofrecidos por las empresas de telefonía celular, resultando esta opción la más económica, seguida del servicio que ofrece la estadal de telecomunicaciones.

Las personas mayores requieren el servicio principalmente para mantenerse en comunicación con familiares y amigos que están dentro y fuera del país, también para tener autonomía en el pago de servicios y el uso de plataformas digitales. Pese a los esfuerzos e inversiones públicas y privadas, la conectividad sufre interrupciones, pero en menor proporción que años anteriores. El servicio, si bien no es de la calidad esperada, las personas usuarias lo califican de regular a eficiente.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

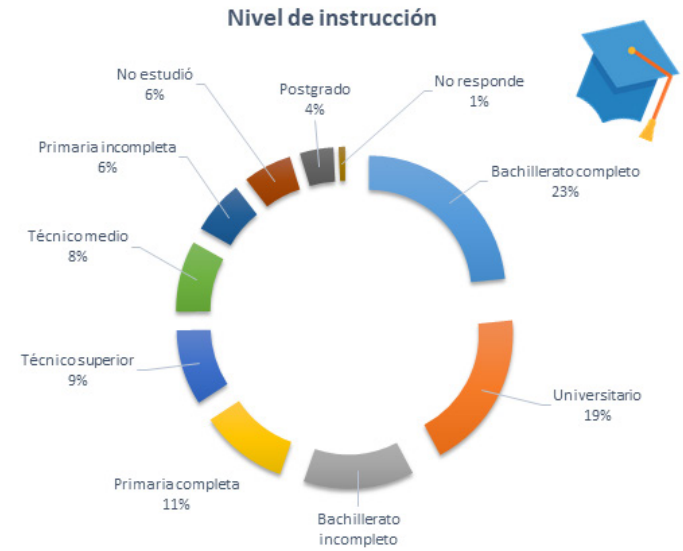


Gráfico No 43: Nivel de instrucción de las personas consultadas.

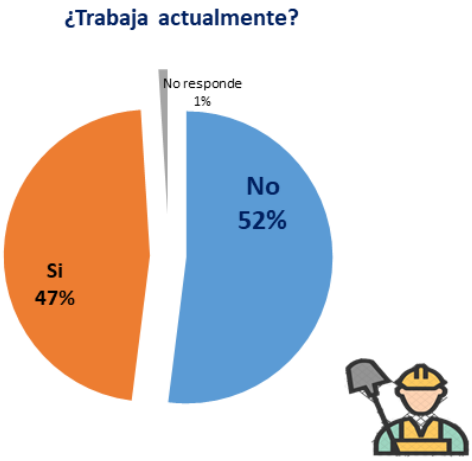


Gráfico No 44. Situación laboral actual.

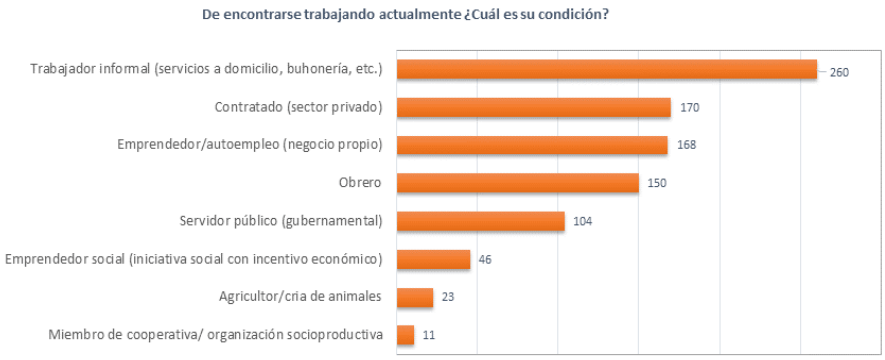


Gráfico No 45: Tipos de ocupaciones u oficios de las personas mayores laboralmente activas.

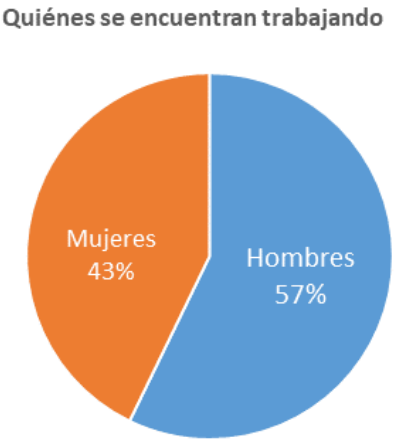


Gráfico No 46. Personas mayores trabajadoras por género.

Gráfico No 47: Razones por las cuales

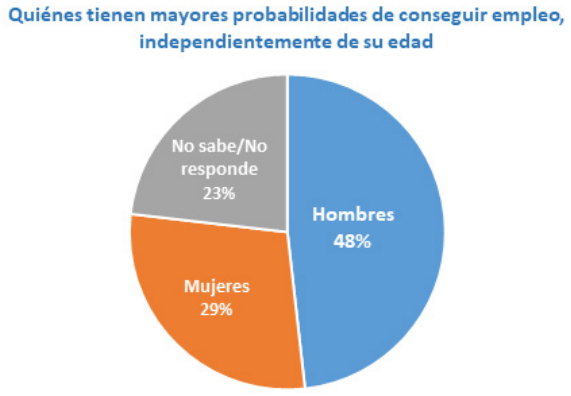


Gráfico No 48. Personas con mayor probabilidad de encontrar empleo.

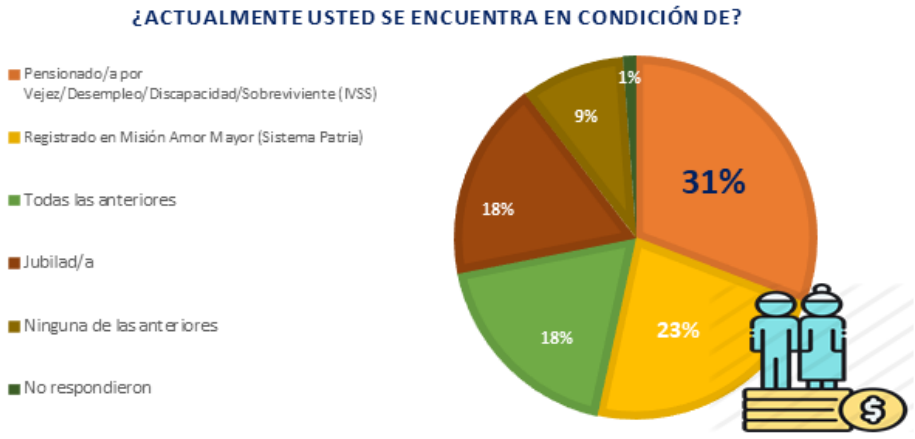
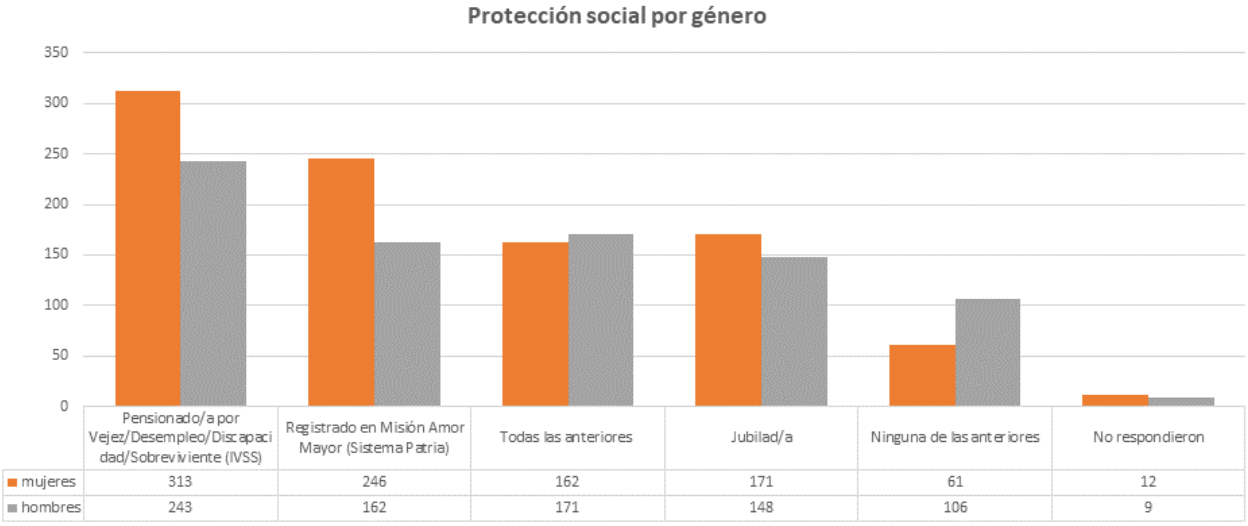


Gráfico No 49: Condición actual de las personas mayores laboralmente inactivas o retiradas.



	Pensionado/a por Vejez/Desempleo/Discapacidad/Sobreviviente (IVSS)	Registrado en Misión Amor Mayor (Sistema Patria)	Todas las anteriores	Jubilad/a	Ninguna de las anteriores	No respondieron
mujeres	313	246	162	171	61	12
hombres	243	162	171	148	106	9

Gráfico No 50. Condición actual de las personas mayores laboralmente inactivas o retiradas, por género

Las personas mayores que colaboraron con esta investigación, independientemente del estrato social al que pertenecen, no son analfabetas, se trata de personas con determinada formación o nivel de instrucción, en su mayoría saben leer y escribir. Actualmente 52% de ellas (10% menos que la consulta 2023) no se encuentran trabajando. El porcentaje de personas mayores que aún lo hacen se incrementó de 38% a 47% en un año. En su mayoría hombres (57%), se dedican a oficios de la economía informal (servicios técnicos a domicilio, buhonería, etc.), seguido de contratos por el sector privado y emprendimientos o autoempleo.

Hombres y mujeres mayores ante una pensión precaria, una bonificación insuficiente para sostenerse durante un mes y el sentirse aún personas activas, con conocimientos y habilidades, optan por mantenerse en el mercado laboral después de ser jubilados, o después de pasar tiempo retiradas, buscan la manera de continuar percibiendo ingresos para cubrir gastos de alimentación y salud, e incluso para apoyar a familiares (hijos/as estudiando, parejas, hermanos/as, entre otras).

Por otro lado, 48% de las personas respondieron que los hombres tienen mayores posibilidades de encontrar empleo, independientemente de la edad.

Con respecto a la protección social, 31% está bajo la condición de pensionado/a, 23% de las personas está registrada en la misión social "Amor Mayor", 18% cuenta con un estipendio por jubilación y 9% de las personas mayores consultadas no reciben ningún beneficio.

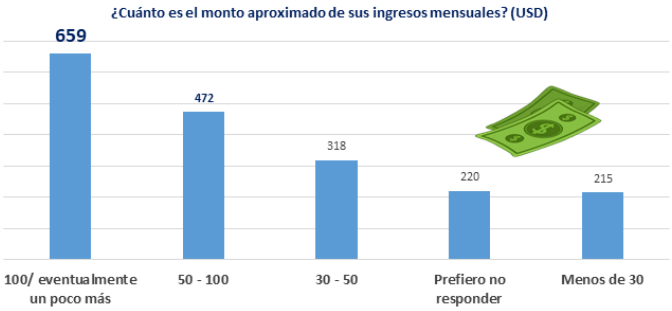


Gráfico No 51. Ingreso mensual aproximado que perciben las personas mayores consultadas.

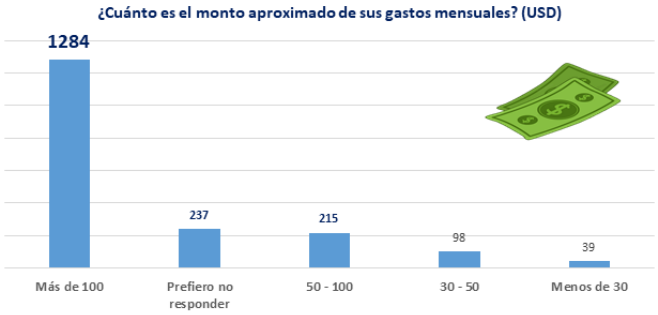


Gráfico No 52. Gasto mensual aproximado de las personas mayores consultadas.

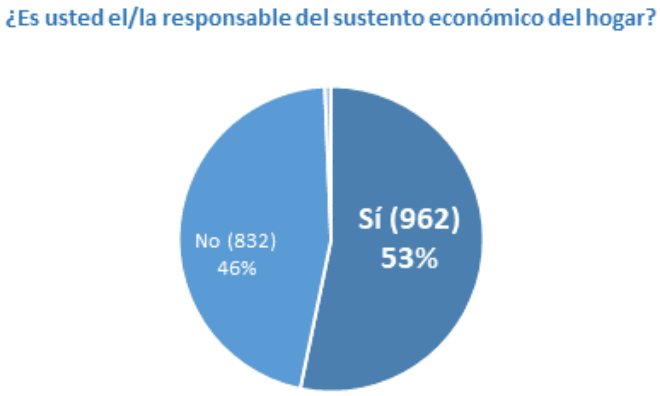


Gráfico No 53. Personas mayores responsables del hogar.

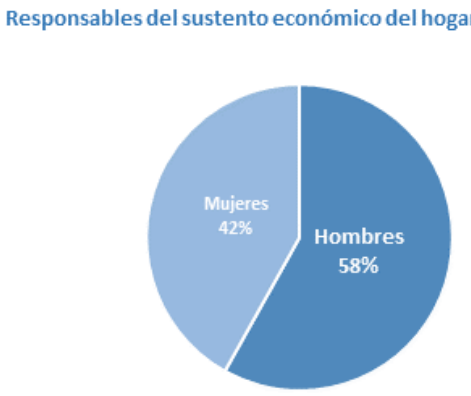


Gráfico No 54. Personas mayores responsables del hogar, por género.

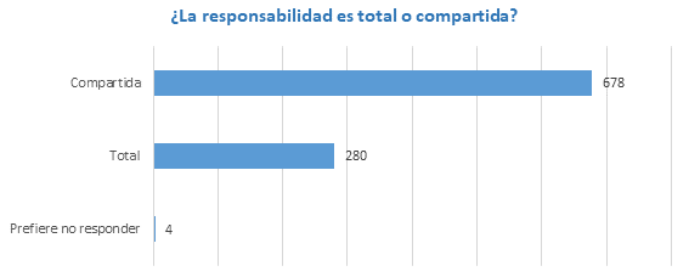


Gráfico No 55. Personas mayores con responsabilidad económica compartida.

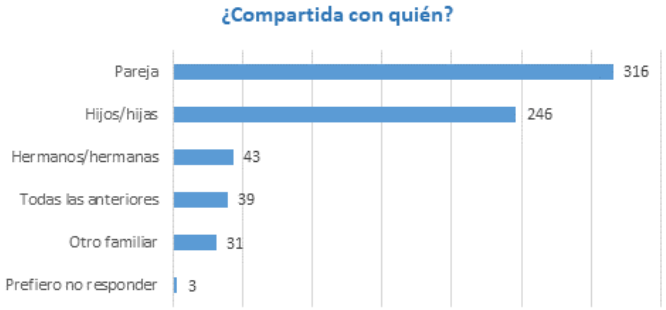


Gráfico No 56. Personas con quienes se comparte el sustento económico del hogar.

Aproximadamente 80% de las personas involucradas en el estudio perciben ingresos entre 30 y 100 dólares americanos (USD) para todo un mes, pero pueden llegar a gastar más de 100 USD para lograr cubrir sus necesidades. Una de las alternativas que encuentran (además de trabajar) para poder equiparar esta brecha entre lo percibido y lo consumido es a través del apoyo de sus familiares (dentro y fuera del país). En 2021, 73% de las personas mayores encuestadas eran soportadas por sus familiares; 3 años después, 49% indicó recibir ayuda para cubrir todos sus gastos, porcentaje que solo varió un punto con respecto al año 2023. Todo pareciera indicar que, actualmente, las personas mayores que cuentan con redes de apoyo no son la mayoría. De acuerdo con esta investigación, 53% aún sostienen económicamente a sus hogares y de este grupo, la mayoría son hombres, no obstante, el porcentaje de mujeres sostén de hogar es superior a 40%. Es importante aclarar que no todas estas personas se encuentran trabajando, pero lo que obtienen por pensión y bonificaciones otorgadas por el Estado lo disponen para gastos del hogar. La carga o responsabilidad económica que recae sobre estas personas mayores (70% de quienes afirmaron sostener su hogar) es compartida con otras del grupo familiar como parejas, hijas e hijos.

Por su parte, las decisiones sobre cómo se gasta el dinero en casa, son tomadas en conjunto, es decir, hombres y mujeres mayores responsables, sin embargo, existe una cantidad importante de hogares donde las mujeres toman la batuta a lo que a gastos se refiere. Los rubros que representan un mayor gasto son alimentos y medicamentos. Las personas mayores indicaron que sus necesidades prioritarias están encabezadas por la alimentación, seguida por el cuidado de la salud y el requerimiento de agua permanente, saneamiento e higiene.

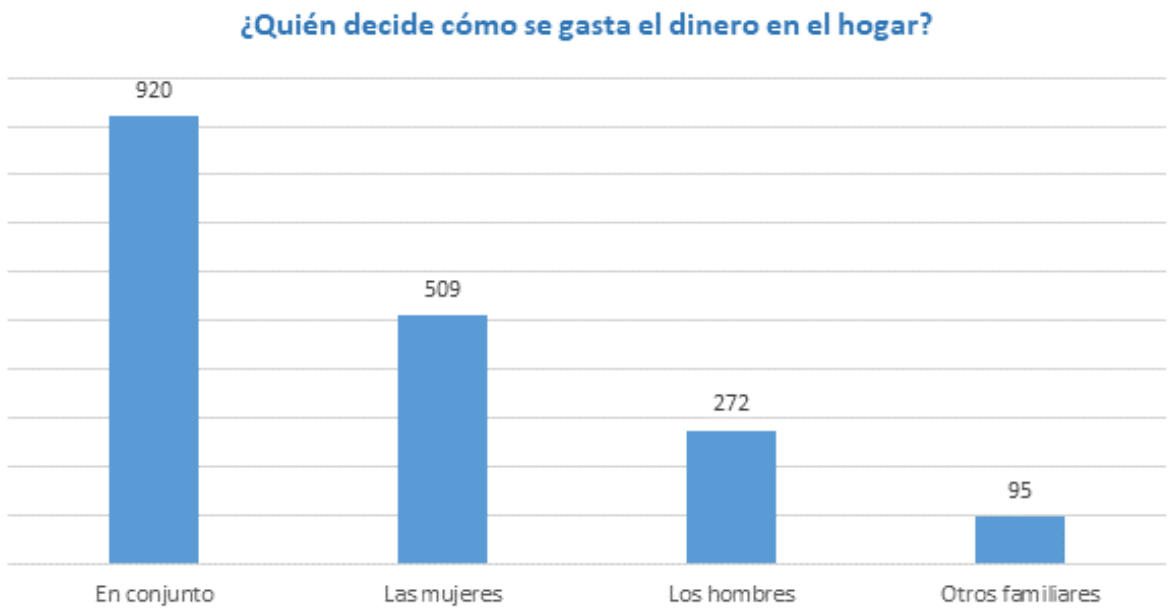


Gráfico No 57. Personas que deciden sobre los gastos en el hogar.

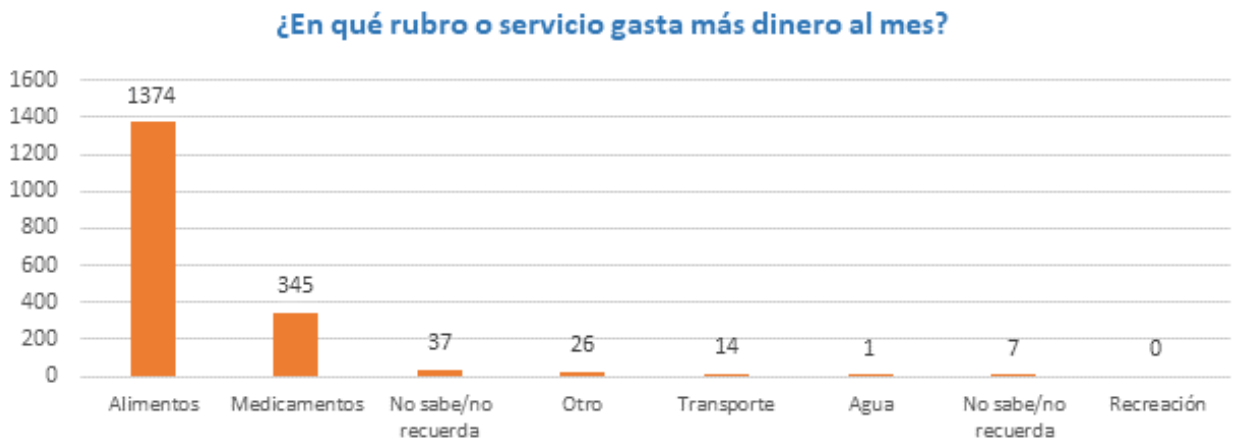


Gráfico No 58. Rubros en los que se gasta más dinero al mes

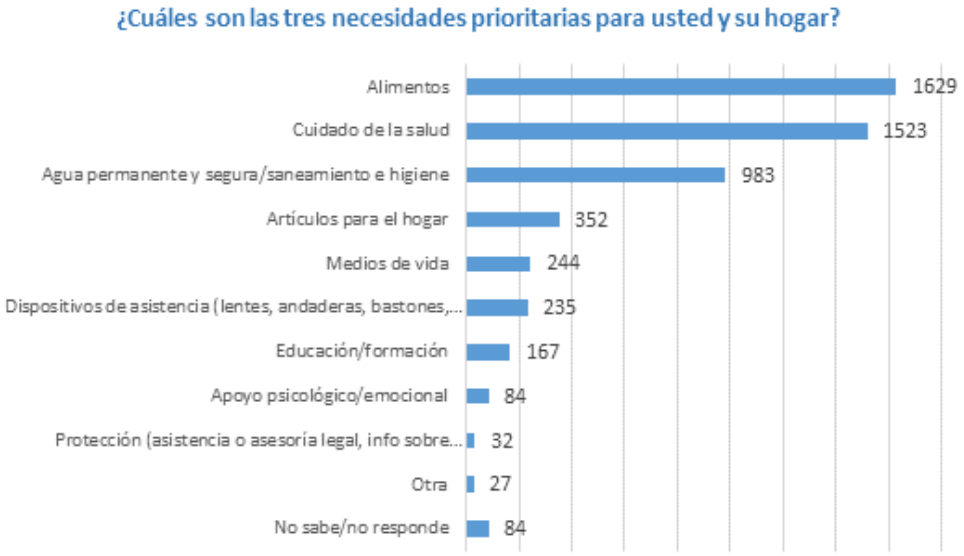


Gráfico No 59. Necesidades prioritarias

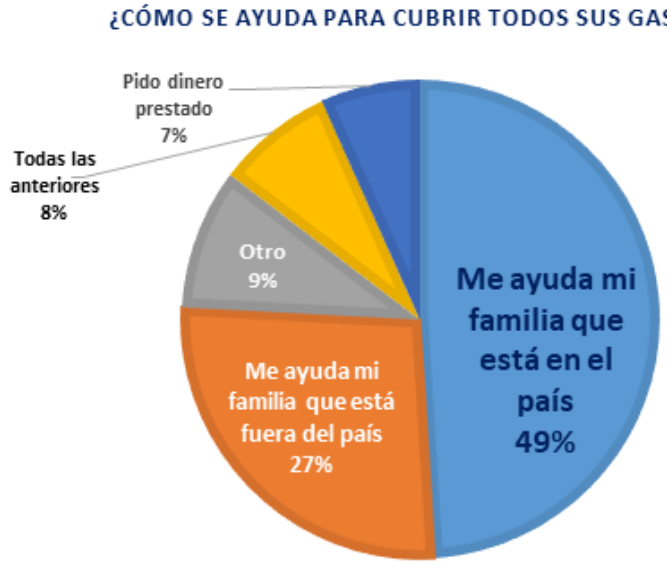


Gráfico No 60. Tipo de ayuda que reciben las personas mayores consultadas para cubrir sus gastos.

SITUACIÓN DE ACCESO A LA ALIMENTACIÓN

Entre tres y dos comidas consumen diariamente el grueso de las personas encuestadas, 10% pudo comer más de tres veces durante los últimos 7 días. Las personas mayores no tienen un lugar fijo para hacer compras, optan por varias alternativas; 85% respondió abastecerse en mercados populares, 59% en cadenas de supermercados y más de la mitad de las personas consultadas (55%, tres puntos menos con respecto a 2023) obtiene sus alimentos a través de la caja o bolsa asignada por los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP). Este beneficio social o subsidio otorgado por el Estado, es recibido por 60% de sus destinatarios una vez al mes, y a un 49% la comida les rinde, aproximadamente, menos de 15 días.

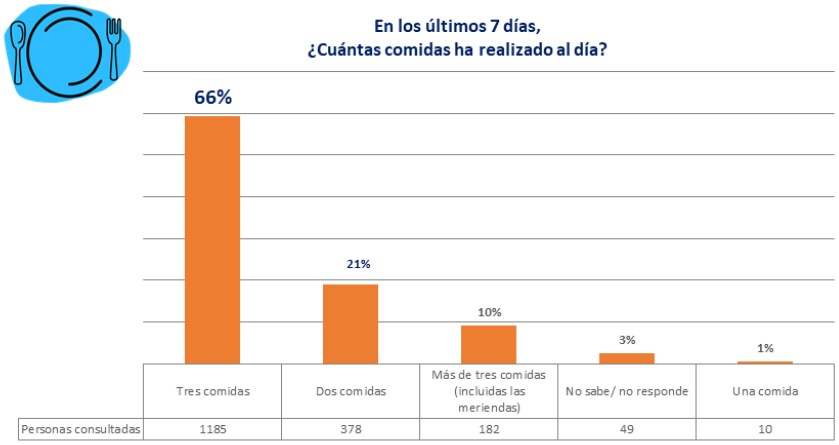


Gráfico No 61. Cantidad de Comidas realizadas

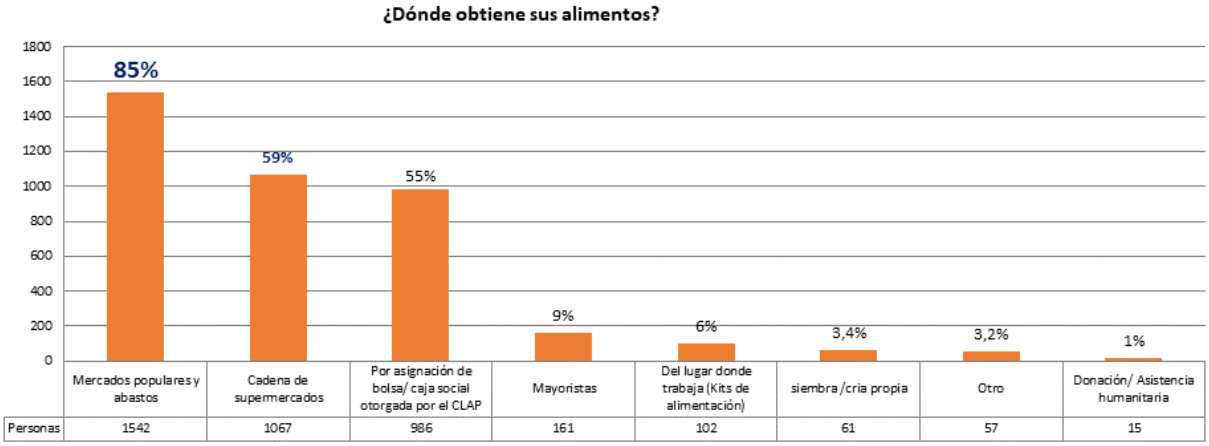


Gráfico No 62. Lugares donde se obtienen los alimentos.

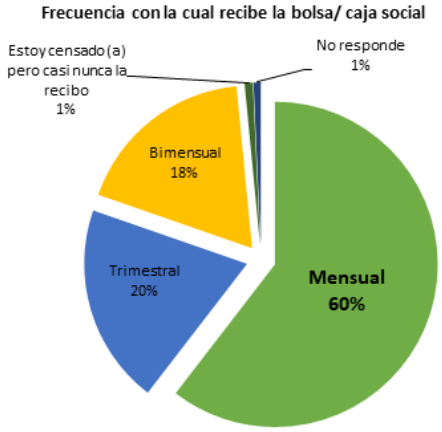


Gráfico No 63. Frecuencia con la cual se recibe el beneficio CLAP.

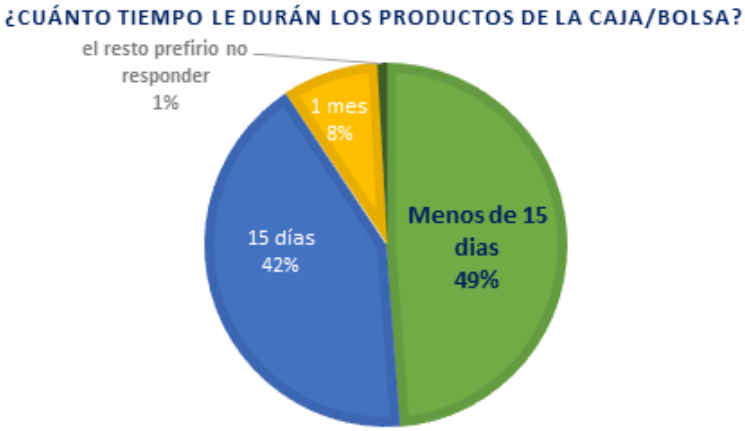


Gráfico No 64. Tiempo que tardan en consumirse los productos del CLAP.

Con respecto a quiénes son las personas responsables de hacer las compras o intercambiar los alimentos en el hogar, la mayoría responde que tanto mujeres como hombres se encargan de esta tarea, pero con relación a la gestión y preparación de estos, más del 50% de las personas consultadas indicó que dicha responsabilidad les corresponde a las mujeres.

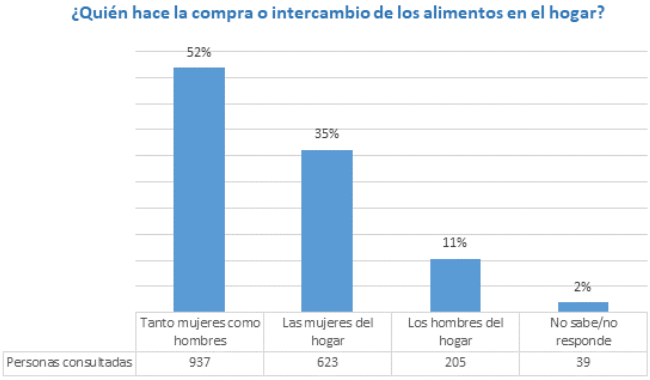


Gráfico No 65. Responsables de la compra/intercambio de alimentos.

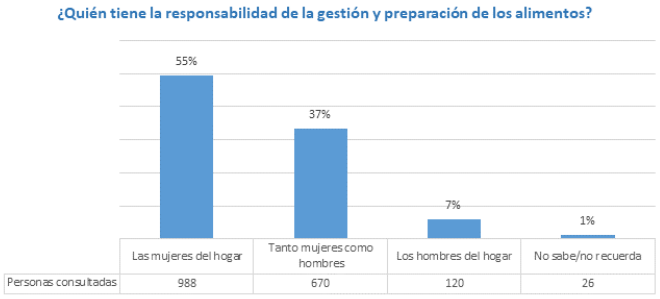


Gráfico No 66. Responsables de la gestión/preparación de los alimentos

En esta edición 2024 se incorporó a la investigación, la medición de indicador o "Índice de Estrategias de Afrontamiento Reducido (RCSI)". El rCSI es un indicador que mide el comportamiento de los hogares en los últimos 7 días, en respuesta a la escasez de alimentos o de dinero para comprarlos. Su uso es más adecuado para el monitoreo y para identificar cambios en las etapas iniciales de una crisis. Es menos relevante para crisis severas y prolongadas, donde los hogares ya han agotado muchos de sus mecanismos de afrontamiento. En estos casos, el rCSI debería ser comparado y usa en conjunto con la "escala de hambre en los hogares" (HHS) (Para el levantamiento de la encuesta, no se combinó con la HHS debido a la extensión del formulario). Fuente: "FSL indicator handbook, WFP".

Los resultados reportados son una aproximación a la situación de alimentación y/o acceso a alimentos de las personas mayores debido a limitaciones propias del indicador, el tamaño y tipo de muestra de las encuestas y a que, por razones logísticas, no se registró data para la

construcción del "enfoque consolidado para reportar indicadores de seguridad alimentaria" (ECRI/CARI).

Los participantes respondieron a 5 preguntas relacionadas con los mecanismos de afrontamiento que aplicaron en los últimos 7 días. Los resultados globales de la aplicación de cada estrategia en los hogares se visualizan en el siguiente gráfico:

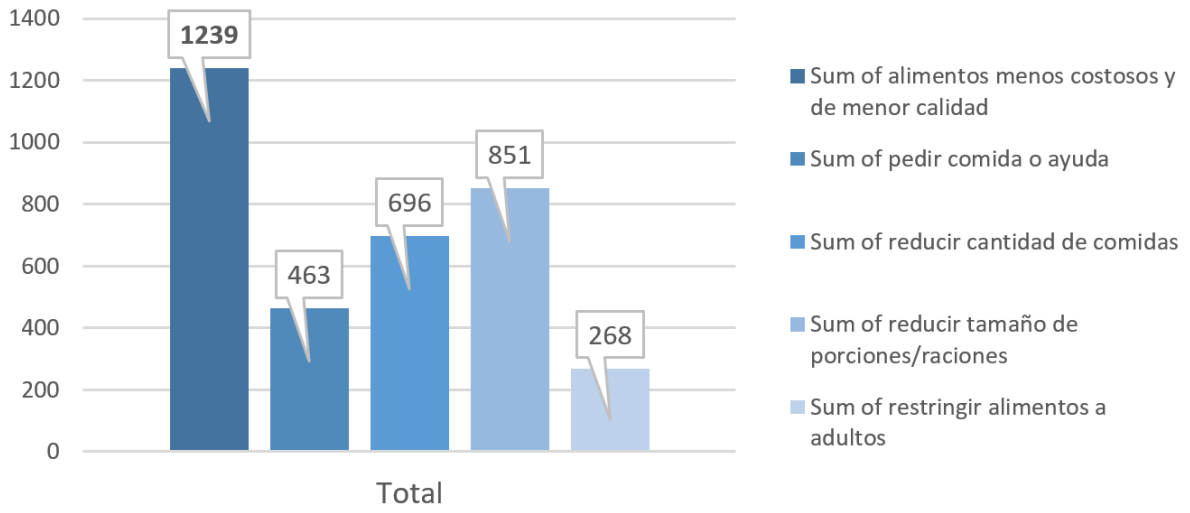


Gráfico No 67. mecanismos de afrontamiento que aplicaron en los últimos 7 días.

Las principales estrategias que aplicaron los hogares en los últimos 7 días fueron "comprar alimentos menos costosos y de menor calidad" (68.8%), "reducir el tamaño de las porciones o raciones de alimentos" (47.2%) y "reducir la cantidad de comidas al día" (38.5%). Las estrategias menos utilizadas fueron "pedir comida o ayuda de familias y amigos" (25.6%) y "restringir la cantidad de alimentos a adultos para priorizar a los niños" (14.9%).

Dependiendo de la severidad del mecanismo aplicado, cada pregunta tiene una ponderación o "peso" estandarizado. La puntuación de cada hogar se obtiene de la sumatoria de las respuestas a las 5 preguntas, luego de multiplicar los días de aplicación de la estrategia por la ponderación establecida. El siguiente gráfico permite visualizar la distribución de los hogares de acuerdo con la puntuación final obtenida:

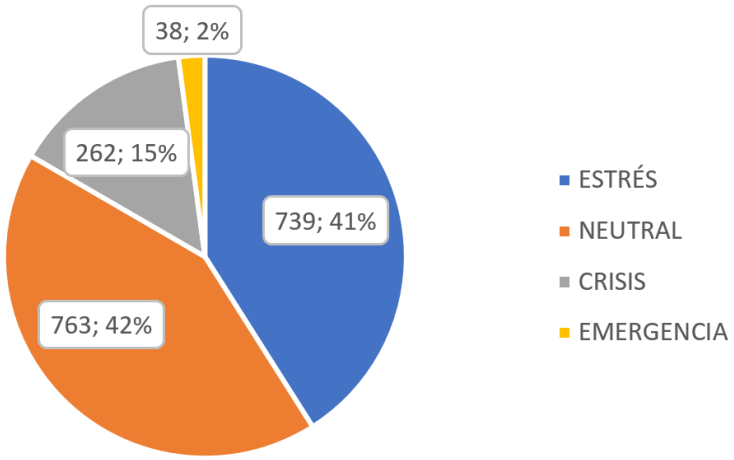


Gráfico No 68. severidad del mecanismo aplicado según puntaje

El 42% de las personas mayores no aplica estrategias de afrontamiento reducido (neutral), el 41% se ubican en "estrés", el 15% en "crisis" y el 2% en "emergencia". En los hogares con el mayor índice de estrategias de afrontamiento reducido (crisis + emergencia) predomina el sexo femenino, el rango de edad principal es entre los 60-69 años, sólo un 12% son hogares unipersonales, el 81.6% reporta que su mayor gasto mensual es en alimentos, y el 28% indica que ha perdido 3 o más kilos en los últimos 3 meses.

En cuanto a la distribución geográfica de los hogares en crisis y en emergencia, tenemos:

Distribución por estado
Bolívar: 51 (17%)
Monagas: 41 (13.6%)
Zulia: 37 (12.3%)
Distrito Capital: 36 (12%)
Táchira: 36 (12%)
Anzoátegui: 32 (10.6%)
Lara: 14 (4.7%)

Los estados Bolívar, Monagas, Zulia, Distrito Capital, Táchira y Anzoátegui, son los que presentan la mayor cantidad de hogares de personas mayores en crisis y emergencia.

SOBRE EL ACCESO A LA SALUD Y MEDICAMENTOS

85% de las personas mayores consultadas indican tener acceso a los servicios de salud públicos, mientras que 43% manifestó asistir a establecimientos privados. Hospitales y Centros de Diagnóstico Integral (CDI) son las instituciones públicas de salud donde más acuden las personas. Con respecto a los establecimientos privados, las personas mayores prefieren asistir a los ambulatorios o centros de atención primaria de modalidad mixta (alianza público-privada) puesto que los costos en las consultas son moderados, están dotados de equipos e insumos y los tiempos de espera para obtener una cita son breves, a diferencia de un hospital donde pueden pasar meses para lograr ver a un especialista.

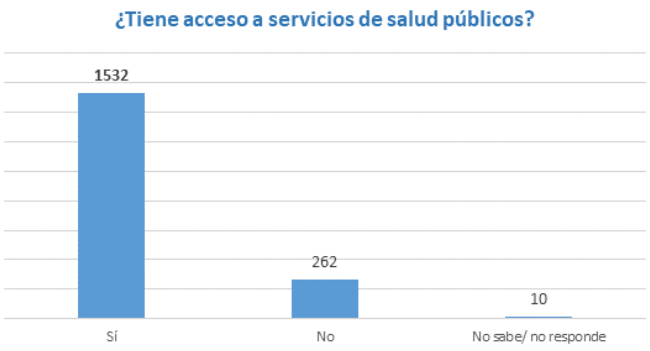


Gráfico No 69. Acceso a servicios de salud públicos.

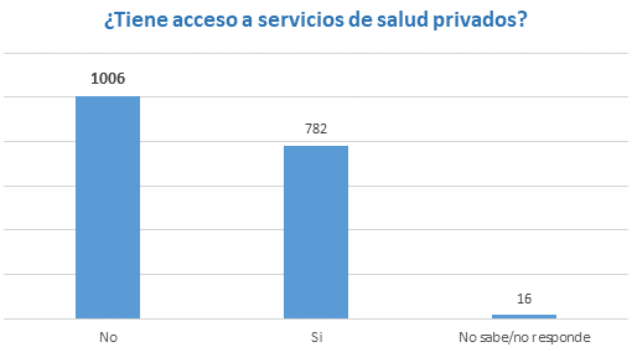


Gráfico No 70. Acceso a servicios de salud privados.

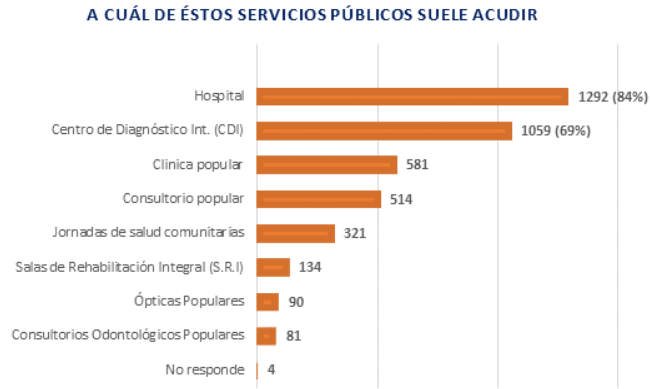


Gráfico No 71. Establecimientos prestadores de servicios de salud públicos.

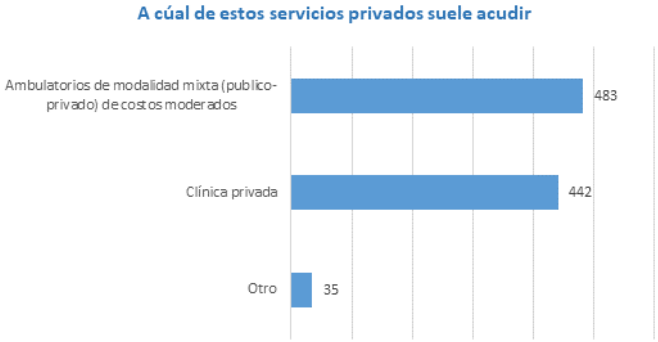


Gráfico No 72. Establecimientos prestadores de servicios de salud privados.

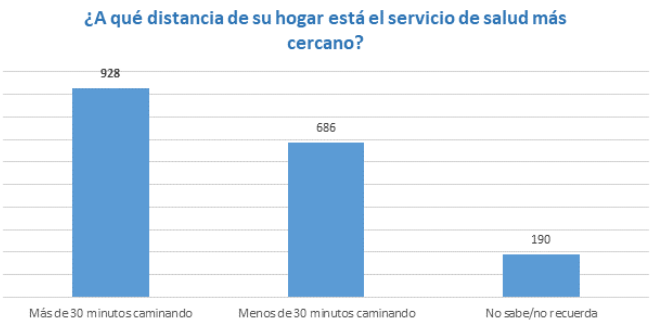


Gráfico No 73. Tiempo que lleva el recorrido a pie hasta el servicio más cercano

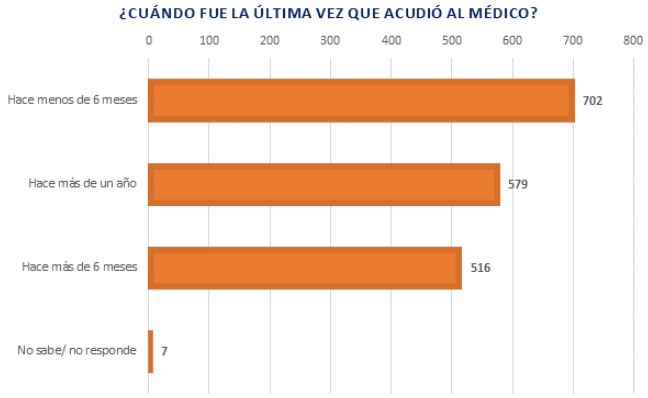


Gráfico No 74. Tiempo desde la última visita al médico.

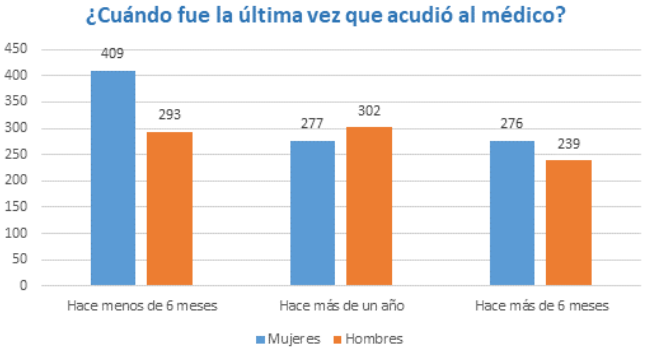


Gráfico No 75. Tiempo desde la última visita al médico, por género.

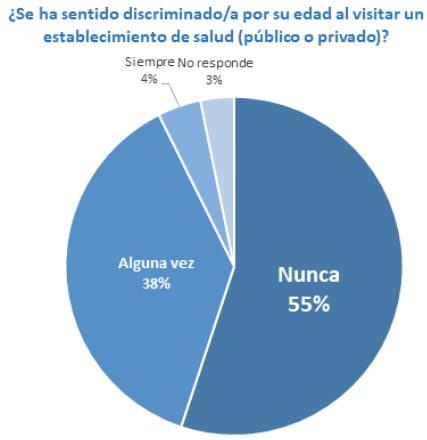


Gráfico No 76. Discriminación por edad en establecimientos de salud.

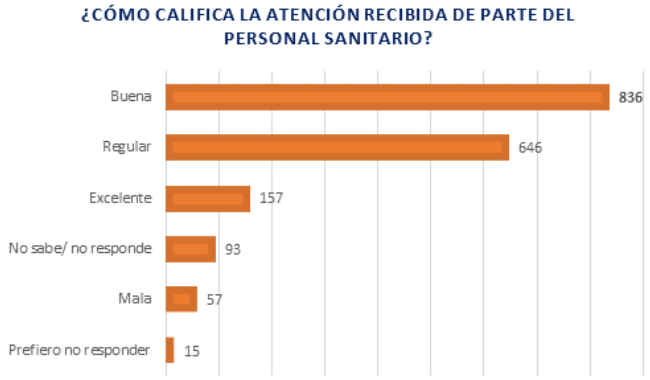


Gráfico No 77. Calificación de la atención recibida por parte del personal sanitario.

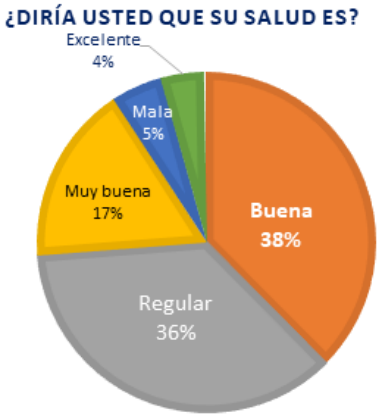


Gráfico No 78. Valoración personal s obre condiciones de salud.

Las personas mayores indican que los establecimientos prestadores de servicios de salud más cercanos están a más de 30 minutos caminando; la mayoría indica que realizó su última visita al médico hace menos de 6 meses, pero a juzgar por los resultados, las mujeres son quienes dejan pasar menos tiempo para ir al médico; por otra parte, 55% manifestó que "nunca" se ha sentido discriminado/a por su edad al visitar un establecimiento público o privado, 38% indicó que "alguna vez" sintió discriminación y 82% califica la atención recibida de "buena" a "regular".

Cuando se consultó sobre cómo las personas mayores perciben su condición de salud, 91% la autocalifica como "buena", "regular" y "muy buena", apenas 5% manifestó tener una "mala" salud. Con respecto al acceso a los medicamentos, pese a que 73% de las personas mayores consultadas toma algún medicamento para controlar sus patologías, la mayoría los puede comprarlos, pero con dificultad (65%) o sólo se decantan por adquirir algunos (15%) de todos los recetados por los especialistas. Sólo 13% indicó comprar las medicinas con facilidad.

Asimismo, más del 80% de las personas mayores involucradas en esta investigación manifestaron "NO" contar con una póliza de salud, y la principal razón que justifica esta desventaja - tomando en cuenta que Venezuela tiene un sistema sanitario público deteriorado, colapsado y con personal insuficiente por el éxodo migratorio - es no poseer suficientes recursos económicos para adquirir un seguro privado de hospitalización, cirugía y emergencia. Mientras más edad y patologías tenga una persona, más elevadas son las cotizaciones de las pólizas.

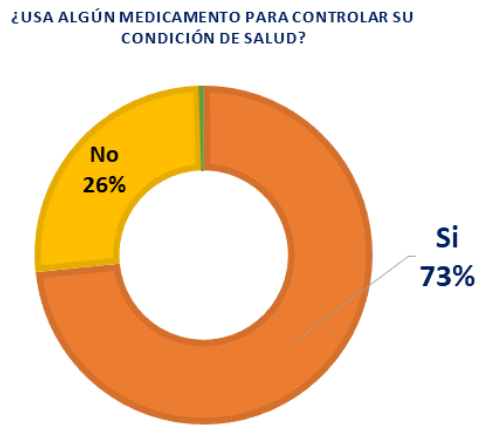


Gráfico No 79. Uso de medicamentos.

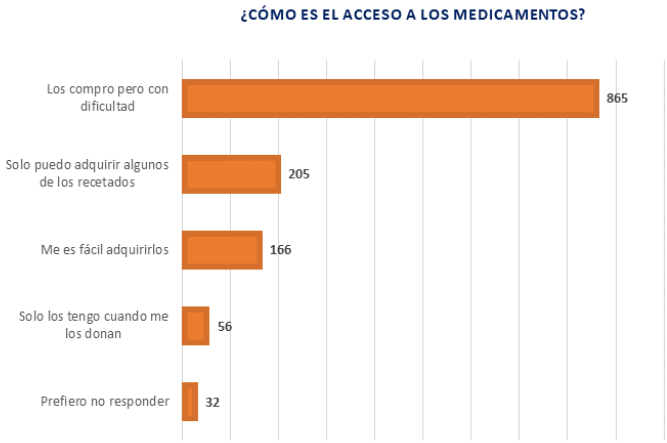


Gráfico No 80. Acceso a medicamentos.

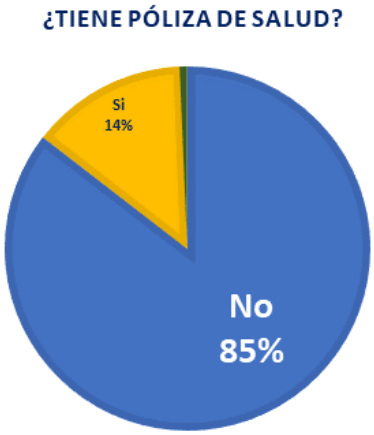


Gráfico No 81. Acceso a pólizas de salud.

MORBILIDADES MÁS COMUNES ENTRE LAS PERSONAS MAYORES

La causa de morbilidad más común entre las personas mayores en Venezuela es la hipertensión y así lo confirman los resultados de esta investigación. Después de la hipertensión, tenemos que la insuficiencia venosa, la gastritis y el estreñimiento son las tres morbilidades más frecuentes entre las personas consultadas. Con respecto a los padecimientos oftalmológicos, presbicia y cataratas son los que más afectan la visión y se van manifestando a medida que las personas van envejeciendo. Por otra parte, las enfermedades infectocontagiosas son las menos habituales entre las personas mayores encuestadas, la mayoría respondió no padecer ninguna, al menos durante los últimos 6 meses. Quienes respondieron que sí fueron afectadas por algunas de estas enfermedades, dengue y diarrea aguda fueron las más seleccionadas.

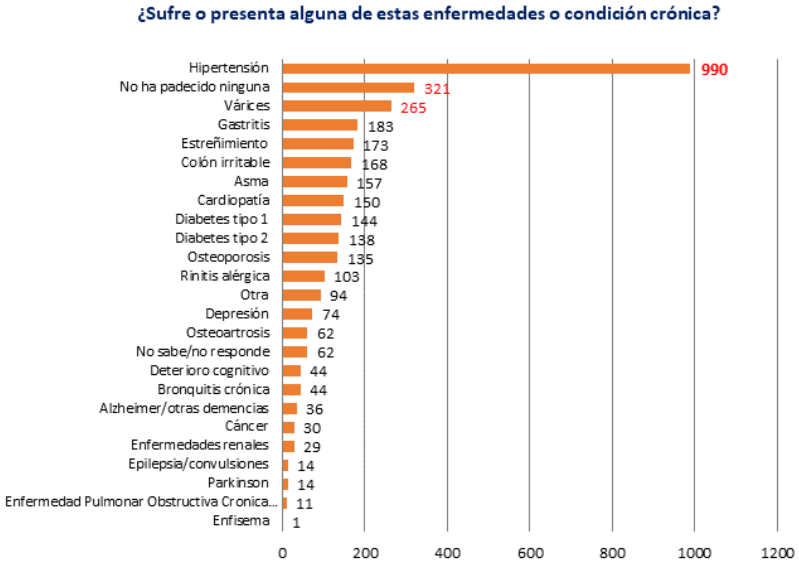


Gráfico No 82. Enfermedades o condiciones crónicas.

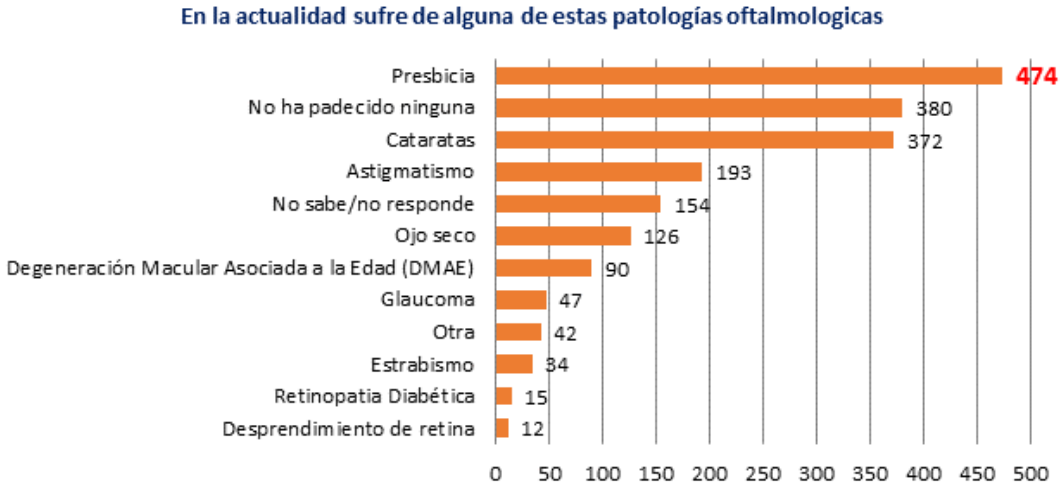


Gráfico No 83. Patologías oftalmológicas.

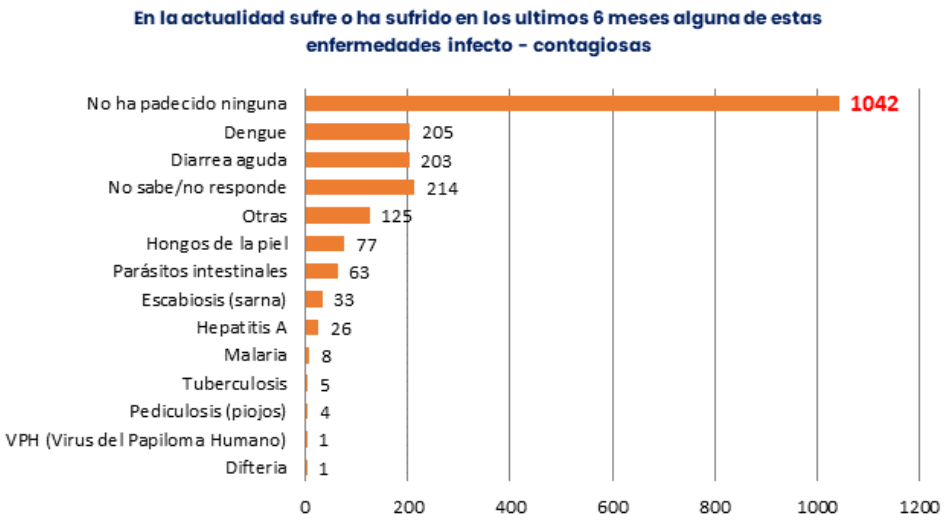


Gráfico No 84. Enfermedades infectocontagiosas

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD Y PRINCIPALES BARRERAS

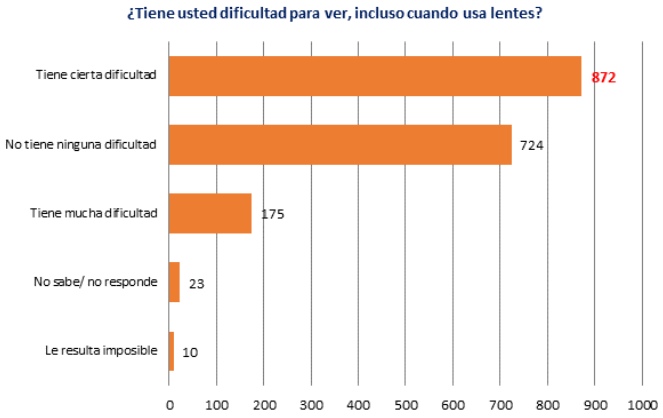


Gráfico No 85. Dificultad para ver, incluso usando lentes.

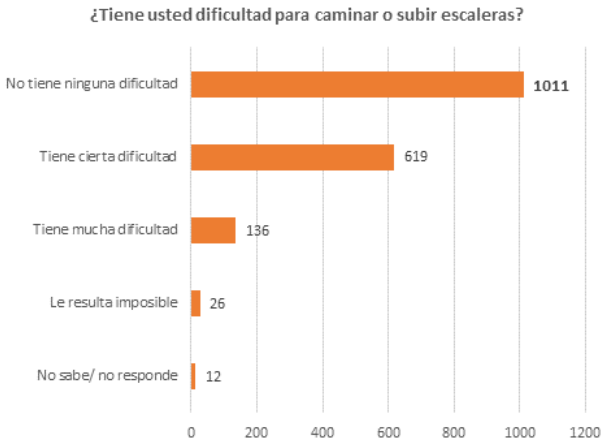


Gráfico No 86. Dificultad para caminar o subir escaleras.

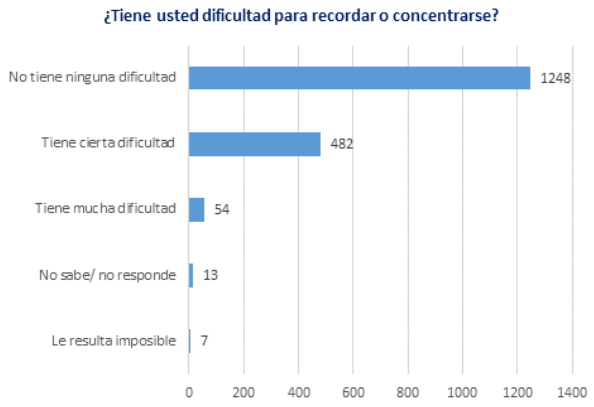


Gráfico No 87. Dificultad para recordar o concentrarse.

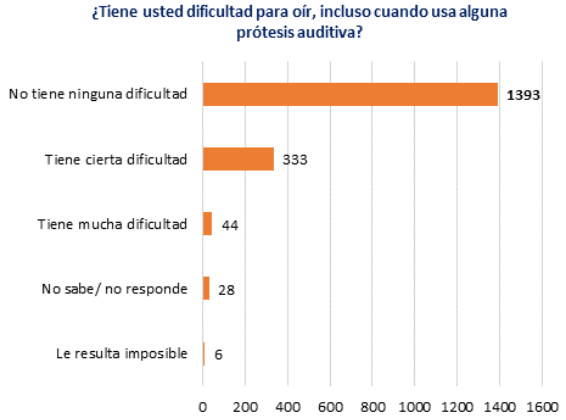


Gráfico No 88. Dificultad para oír, incluso cuando usa prótesis.

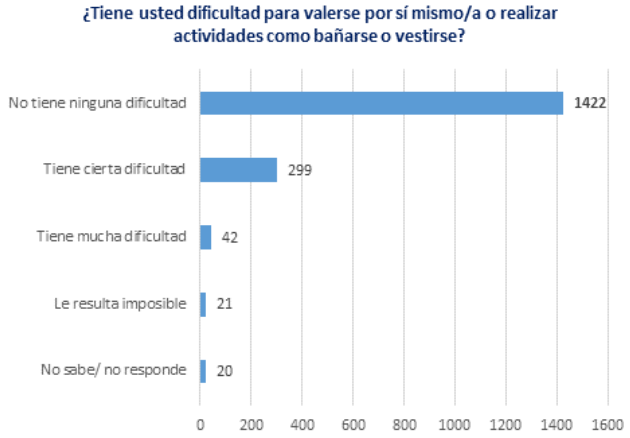


Gráfico No 89. Dificultad para valerse por sí mismo/a o realizar ciertas actividades.

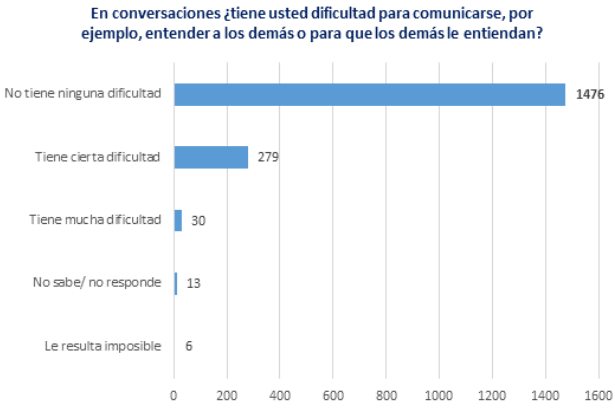


Gráfico No 90. Dificultad para comunicarse

Entre los datos más relevantes, luego de aplicar la lista de preguntas breves del grupo de Washington (diseñadas para identificar a las personas con limitaciones funcionales), tenemos que más de 800 personas respondieron tener "cierta dificultad" para ver, incluso utilizando lentes. Las afecciones oftalmológicas más frecuentes entre las personas mayores consultadas fueron: presbicia, cataratas y astigmatismo... Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las afecciones más comunes asociadas con el envejecimiento (en el caso de la visión) son las cataratas y los errores de refracción.

También, 619 personas respondieron tener "cierta dificultad" para caminar o subir escaleras y 482 indicaron tener "cierta dificultad" para recordar o concentrarse. Un 69% de las personas consultadas indicó que existen barreras arquitectónicas en su localidad y las más comunes son las aceras discontinuas y el alcantarillado en mal estado... 382 personas mayores manifestaron tener algún accidente o caída en calles afectadas por el deterioro urbano.

En cuanto a las barreras para el acceso a servicios e información, las personas indicaron como las más frecuentes la "falta de políticas y programas dirigidos específicamente a las necesidades de las personas mayores (institucionales)" y las "físicas o ambientales (transporte, dinero para transporte, falta de ajustes para el acceso como rampas, rieles, etc.)".

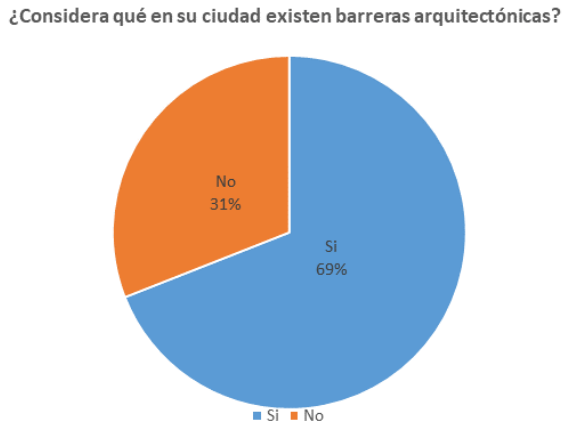


Gráfico No 91. Existencia de barreras arquitectónicas.

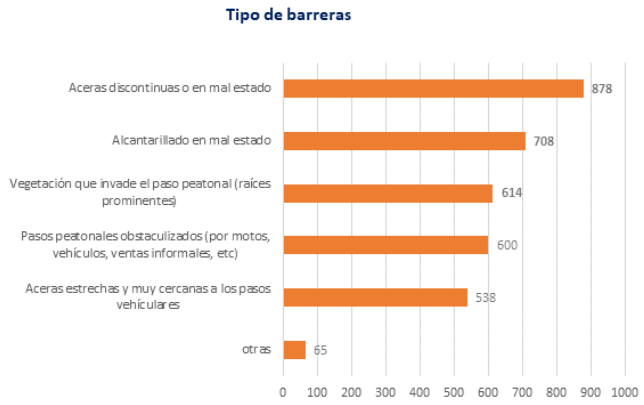


Gráfico No 92. Tipo de barreras arquitectónicas.

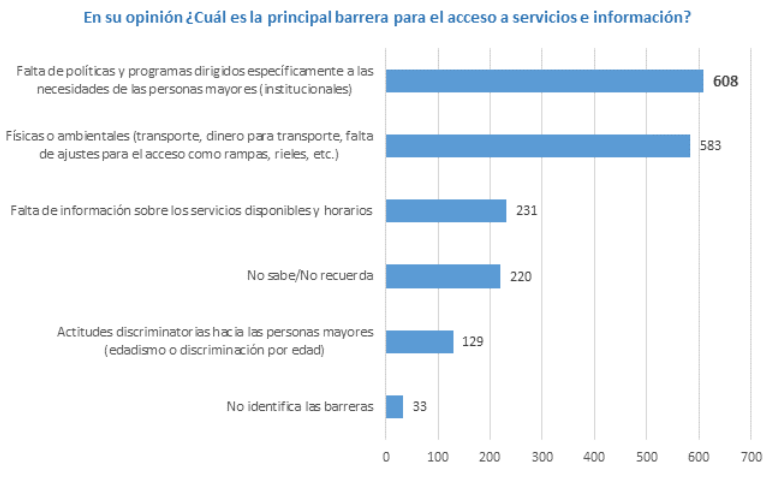


Gráfico No 93. Barreras para el acceso a servicios e información.

SOBRE PERSONAS MAYORES EN CALIDAD DE CUIDADORES

La mayoría de las personas consultadas (78%) no tienen a otras bajo su responsabilidad o cuido directo. Un 21% (384 cuidadores) respondió encontrarse a cargo de niños, niñas y adolescentes (55%), otra persona adulta mayor (40%) o de personas con discapacidad (8%); de una a dos es la cantidad promedio de personas en el hogar que están recibiendo cuidados. Esta tarea o responsabilidad recae sobre el 54% de las mujeres mayores consultadas. Las personas mayores independientemente de cumplir o no un rol de cuidadoras, invierten entre 2 y 3 horas en actividades no remuneradas, predominando entre estas las labores domésticas.

Al preguntar específicamente sobre el cuidado de nietos y nietas, un significativo 73% de la totalidad de la muestra indicó que las personas mayores no debían comprometerse a cuidar de ellos, pues consideran que están para conformar redes de apoyo, no para responsabilizarse directamente del cuidado y crianza de niños, niñas y adolescentes.

Los resultados de esta y muchas investigaciones continúan demostrando que las labores de cuidado están altamente feminizadas y además son subvaloradas por el Estado y la sociedad, pero paradójicamente, representan una descarga significativa de responsabilidades para ambas esferas… Por ejemplo, en los hospitales, quienes además de acompañar, deben involucrarse directamente en la aplicación de tratamientos y hasta en las labores de higiene y alimentación son las madres y mujeres cuidadoras, por su parte, en los hogares, la mayoría de las cargas domesticas continúan siendo asumidas por las mujeres, independientemente de su edad o estatus laboral, sin retribución económica y social, perpetuándose aún más las desigualdades.

Por cada hogar o familia donde no haya una redistribución de las cargas domésticas y de cuidado, habrá una mujer invisibilizada e infravaloradas económica y socialmente. Para ella, los momentos de ocio se reducirán, así como la participación en actividades educativas o culturales, lo que conllevará a un empeoramiento de su calidad de vida e incluso la posible aparición de problemas de salud mental.

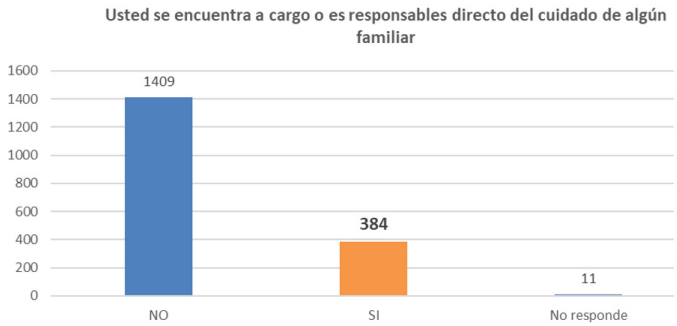


Gráfico No 94. Responsabilidad de cuidados en el hogar

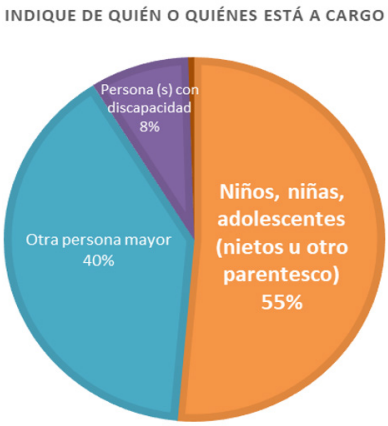


Gráfico No 95. Personas bajo cuidados.

Gráfico No 96. Cantidad de personas bajo cuidado de personas mayores.

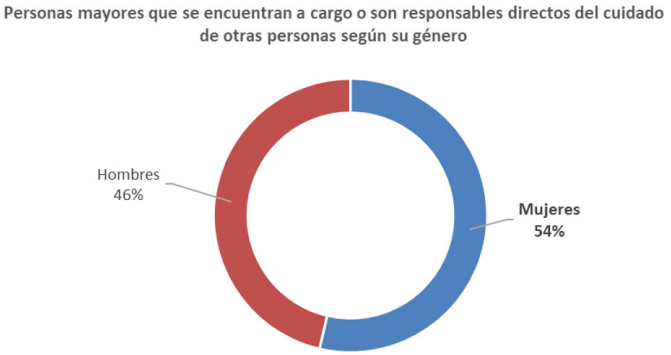


Gráfico No 97. Personas cuidadoras según género.

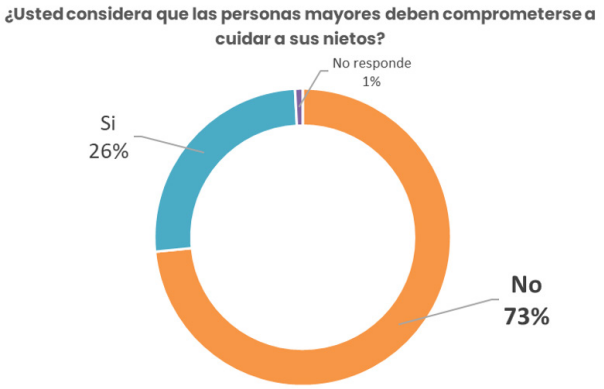


Gráfico No 96. Cantidad de personas bajo cuidado de personas mayores.

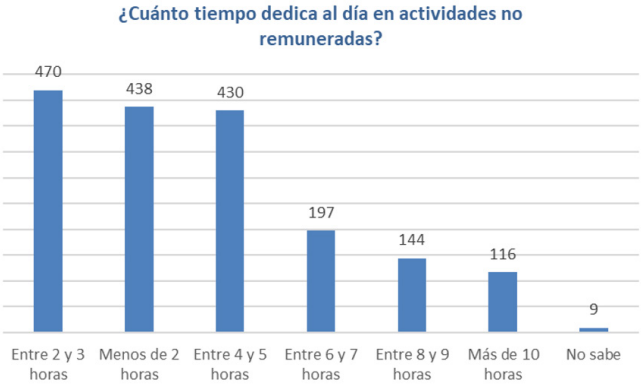


Gráfico No 99. Tiempo de dedicación a actividades no remuneradas.

SOBRE PERSONAS MAYORES BAJO CUIDADOS

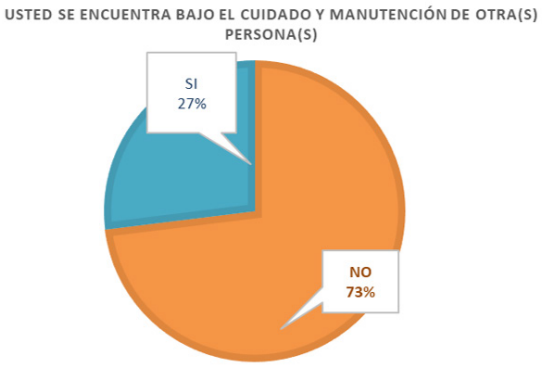


Gráfico No 100. Personas mayores bajo cuidados de otra.

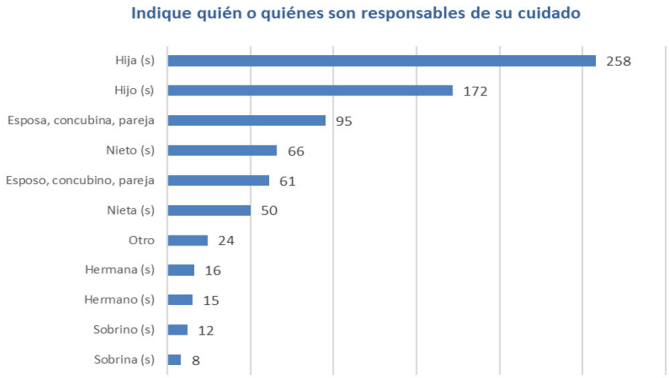


Gráfico No 101. Personas responsables del cuidado.

Gráfico No 102. Personas mayores bajo cuidados de otra, por género.

27% de las personas mayores consultadas (482) requieren cuidados, en su mayoría estas son atendidas por sus familiares, principalmente hijas, hijos y esposas o parejas. Nuevamente predominan las mujeres, tanto en el rol de cuidadoras como de receptoras de atención o cuidados.

SOBRE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE SOLEDAD

Del total encuestado (1804), se detectaron a **164** personas mayores que se encuentran viviendo solas, en su mayoría mujeres y llevan más de dos años en tal situación. Las razones están vinculadas a hijos fuera de casa y a la migración de los familiares más cercanos. 72% de estas personas en situación de soledad aún cuentan con la ayuda de su familia para subsistir y en casos de emergencias tienen a otra persona con la que pueden comunicarse y pedir apoyo.

Los resultados de esta sección pueden ser cuestionables debido a que es muy probable que parte de las personas encuestadas no se hayan sentido suficientemente cómodas y seguras al responder, optando por indicar que no se encuentran en situación de soledad.

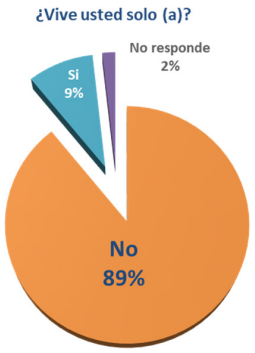


Gráfico No 103. Personas mayores viviendo solas.

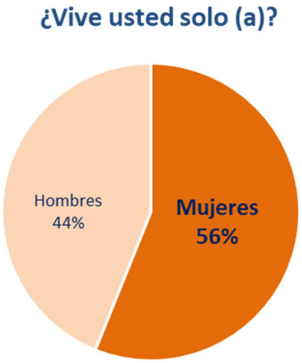


Gráfico No 104. Personas mayores viviendo solas, por género.

Gráfico No 105. Situación de soledad y sus posibles razones.

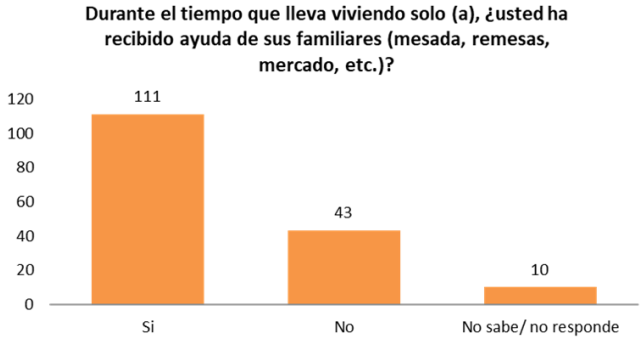


Gráfico No 106. Personas mayores en situación de soledad que reciben ayuda.

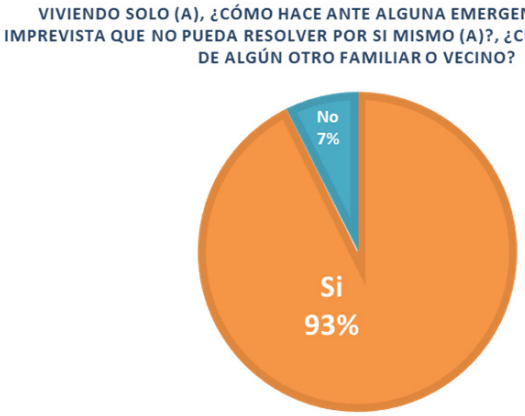


Gráfico No 107. Personas mayores en situación de soledad que reciben apoyo.

SOBRE ASPECTOS PSICOSOCIALES

Gráfico No 108: Personas mayores con percepción de aislamiento.

Gráfico No 109: Personas mayores con dificultades para dormir.

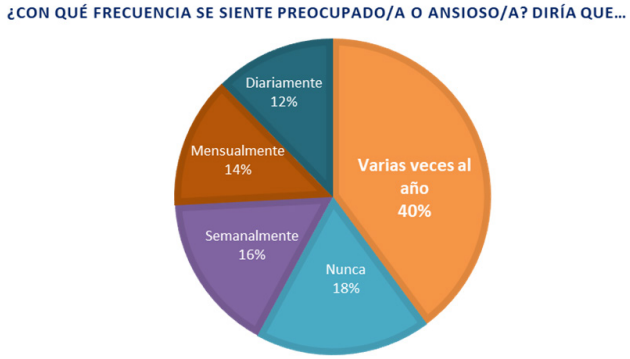


Gráfico No 110: Personas mayores preocupadas o ansiosas.

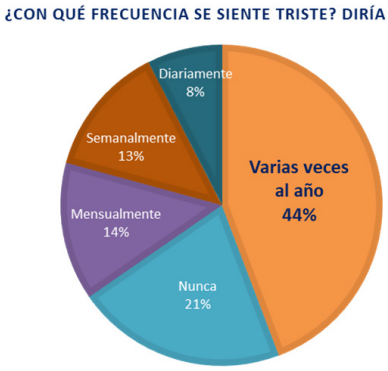


Gráfico No 111: Personas mayores que sienten tristeza.

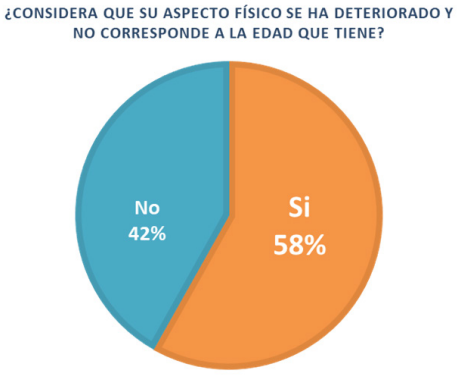


Gráfico No 112: Personas que sienten que su aspecto físico se ha deteriorado y no corresponde con su edad.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, las personas mayores expresan no sentirse aisladas (37%) pero a veces presentan dificultades para dormir (44%), con determinada frecuencia dicen sentirse preocupadas o ansiosas (40%) y tienden a sentirse tristes (44%). En su mayoría, consideran que su aspecto físico se ha deteriorado y no corresponde con su edad y esto puede ser un reflejo de lo que posiblemente esté sucediendo con su salud física y mental.

Las razones pueden ser múltiples pero el entorno socioeconómico es determinante. A las personas mayores les preocupa el costo de los alimentos y las medicinas, el cual varía constantemente y a un ritmo que no se equipara al incremento de sus ingresos. Asimismo, el

contexto político, específicamente el poselectoral, ha exacerbado los niveles de incertidumbre y ansiedad por un futuro que parece alejarse de las expectativas que mantiene una importante parte de la población venezolana. A muchas personas mayores les incomoda sentirse dependientes de sus familiares e impotentes por no poder cubrir gran parte de sus gastos por sí mismas, tal como podían hacerlo años atrás, y a otras les preocupa quedarse solas como consecuencia de otra oleada migratoria.

Gráfico No 113: Personas mayores que les agrada o incomoda estar solas en casa.

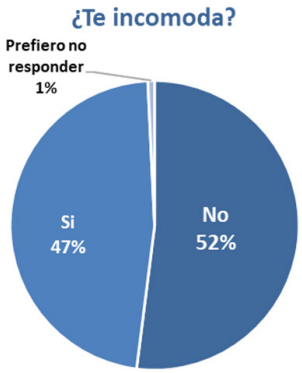


Gráfico No 114: Personas que pasan mucho tiempo solas en casa.

Gráfico No 115: Temor hacia alguna persona.

Gráfico No 116: Libertad para realizar actividades

Gráfico No 117: Deseos de vivir en otro lugar por incomodidad o malestar.

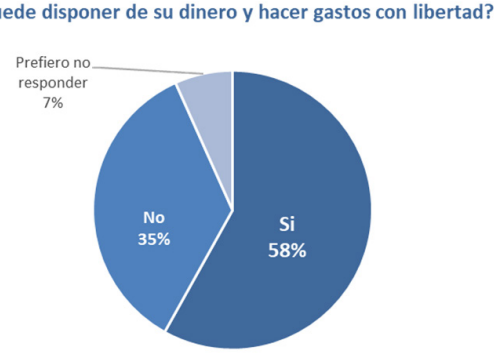


Gráfico No 118: Libertad para utilizar su dinero

Gráfico No 119: Amenazas de traslado a una entidad de atención de PM.

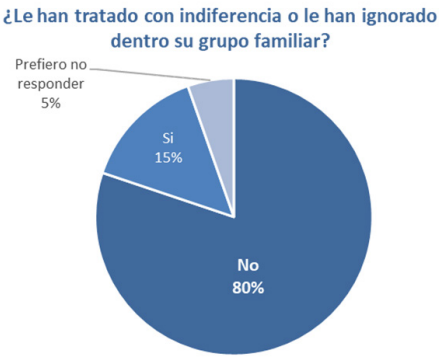


Gráfico No 120: Maltrato/familia.

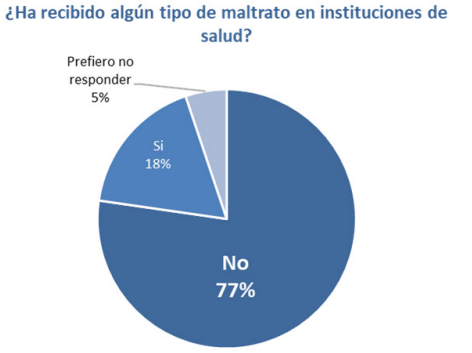


Gráfico No 121: Maltrato/instituciones de salud.

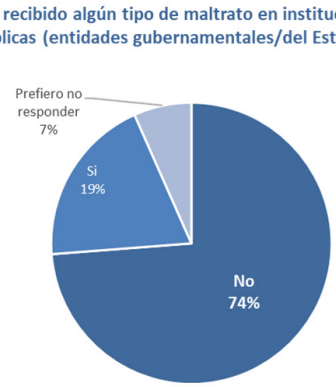


Gráfico No 122: Maltrato/Entidades públicas.

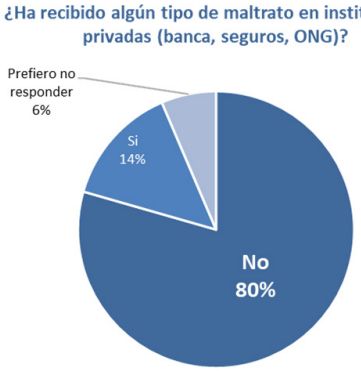


Gráfico No 123: Maltrato/instituciones privadas.

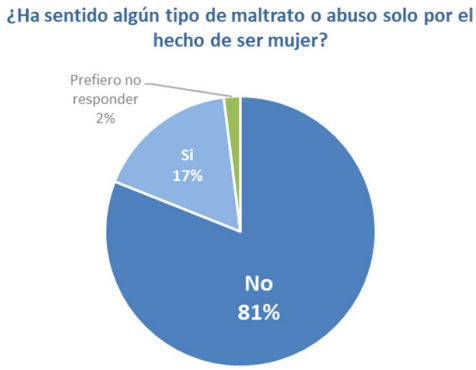


Gráfico No 124: Maltrato/Género.

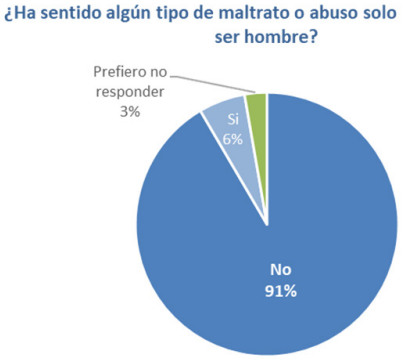


Gráfico No 125: Maltrato/Género.

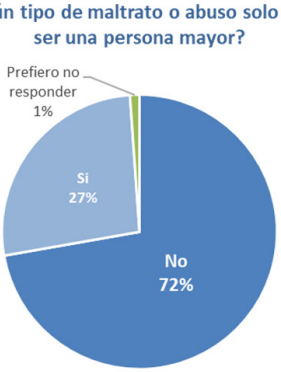


Gráfico No 126: Maltrato/por edad

Con respecto a posibles situaciones de maltrato hacia las personas mayores consultadas, los resultados si bien no son alarmantes, se pudo detectar que los porcentajes más significativos en respuestas afirmativas están relacionados con: el tiempo que pasan solas en casa, la libertad de realizar actividades que les gusta, la libertad de disponer de su dinero, el ser tratadas con indiferencia dentro de su grupo familiar, sentirse maltratadas en instituciones de salud, entidades públicas e instituciones privadas y haber recibido algún tipo de maltrato por el hecho de ser mujer y por ser una persona mayor. También es importante destacar que algunas personas optaron o prefirieron no responder este tipo de preguntas.

También se realizó una pregunta abierta para que las personas se sintieran con la libertad de relatar brevemente alguna situación de maltrato de la cual fueron víctimas. A continuación, algunas de las experiencias manifestadas (extraídas directamente de la base de datos) ante la pregunta ¿Quisiera manifestar brevemente alguna otra situación en la que se haya sentido irrespetado/a?:

ALGUNAS VECES CUANDO LOS JOVENES ME IGNORAN O LES PIDO UN FAVOR SOBRE TECNOLOGÍA Y NO RESPONDEN
En los bancos algunas veces los vigilantes abusan del trató y en mi trabajo lo a jefa a veces grita
ME IGNORAN, ME APURAN, LES DA FASTIDIO.
NO ME TIENEN PACIENCIA
SOLO A VECES LOS QUE ATIENDEN NEGOCIOS NO PRESTAN ATENCIÓN A LOS MAYORES
ME DEJAN ESPERANDO, ME IGNORAN
CUANDO VOY AL MERCADO A COMPRAR GENERALMENTE ME ATIENDEN MAL
EN EL BANCO, EN EL MERCADO
En el transporte público
COMENTARIOS EN RAZON DE MI SEXO Y EDAD
FALTA DE PACIENCIA Y EMPATIA
Te tratan como si fueras un estorbo
CUANDO A VECES PREGUNTA VARIAS VECES LO MISMO POR NO ENTENDER, LE RESPONDEN DE MALA GANA
CON TEMAS DE TECNOLOGIA LE HAN HECHO SENTIR IGNORANTE POR NO SABER USAR CIERTAS APLICACIONES COMO PAGOS DIRECTOS Y TRANSFERENCIAS
SIENTO QUE SOY UNA CARGA PARA MI HIJO, DEBO PEDIRLE TODO
YA NO PUEDO DECIDIR POR MI MISMO, TENGO QUE VOLVER A PEDIR PERMISO
Cuando he tenido que ir al consultorio popular los médicos no me quieren atender o se demoran siempre me dicen que espere, que ya vay están en el teléfono o UD otra vez aquí
ME DEJAN ESPERANDO LARGO TIEMPO PIDIENDO ATENCION EN CENTROS PUBLICOS
Hay veces no suelen tener paciencia con las personas ancianas, y te tratan como que ya no sirves o eres un estorbo. Más que todo en los transportes públicos y en las instituciones públicas
Falta de consideración de parte de los jóvenes a los adultos mayores
NO LE GUSTA QUE LE LLAMEN VIEJA/VIEJITA, PREFIERE EL TERMINO ABUELA/ABUELITA, SIENTE QUE SUENA FEO...

LUGARES MÁS FRECUENTES DONDE LAS PERSONAS MAYORES SE HAN SENTIDO MALTRATADAS:

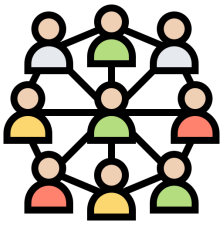
COMERCIO

BANCOS

TRANSPORTE PÚBLICO

SERVICIO DE SALUD

COMUNIDAD



ENTORNO FAMILIAR

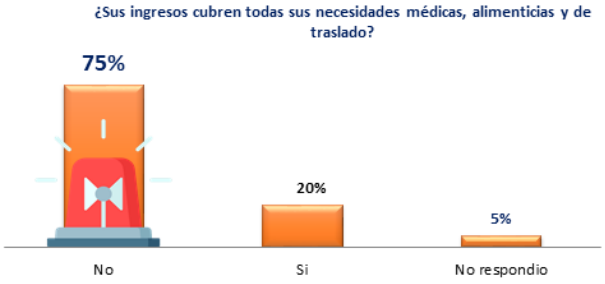


Gráfico No 127: Valoración del contexto. Ingresos y necesidades prioritarias.

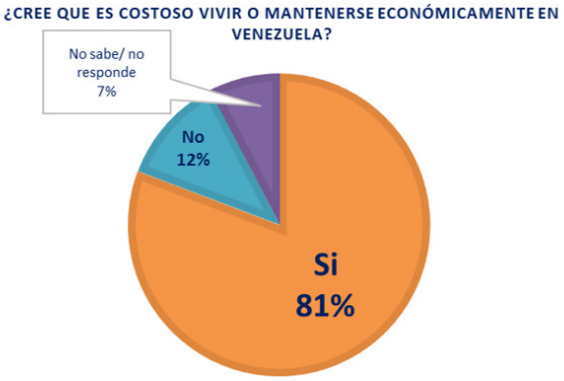


Gráfico No 128: Valoración del contexto. Costo de la vida en Venezuela.

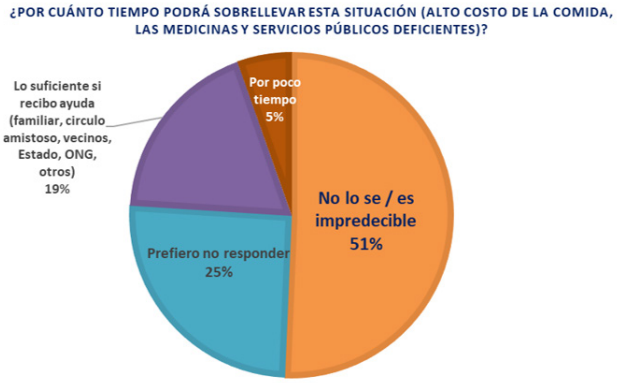


Gráfico No 129: Valoración del contexto. Capacidad para sobrellevar la actual situación

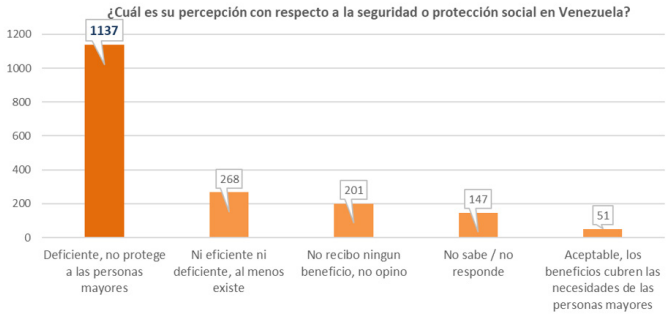


Gráfico No 130: Valoración del contexto. Protección social.

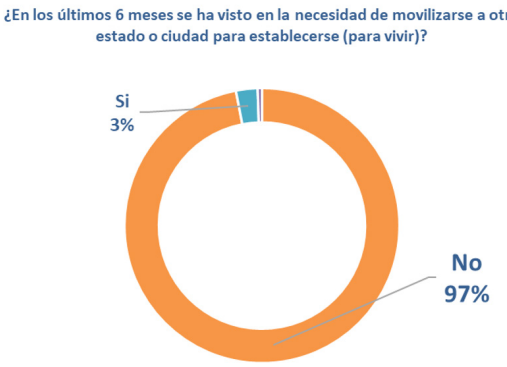


Gráfico No 131: Valoración del contexto. Desplazamiento interno.

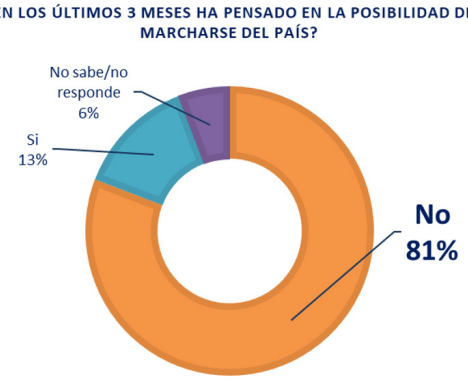


Gráfico No 132: Valoración del contexto. Posibilidad de dejar el país.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde la Asociación civil Convite reiteramos nuestra preocupación y **exigimos acciones urgentes** ante la ausencia de una política de asistencia y protección de las personas mayores en Venezuela.

Considerando 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.
- Personas mayores que buscan mantenerse económicamente activas para no depender de una pensión insuficiente y representar una carga para sus familiares. La crisis económica ha generado cambios en la composición del empleo siendo la categoría de trabajador por cuenta propia la que ha experimentado el mayor crecimiento en el país.
- La pensión equivale a 2,3 US$ mensuales a tasa del BCV (al mes de diciembre) y su capacidad de compra es imperceptible ante una canasta básica alimenticia que para diciembre de 2024 se ubicó en US$ 498,47, el equivalente a Bs. 27.415,70 (para una familia de 5 miembros).
- El sistema de pensiones de Venezuela, en comparación con otros países, otorga el beneficio más bajo de la región latinoamericana. La pérdida de valor real de las pensiones otorgadas por el sistema de seguridad público, en el cual se inscribe la gran mayoría de las personas mayores del país, ha generado mayores impactos en términos del aumento de la pobreza monetaria en el tiempo.[20]
- El sistema de seguridad social del país no constituye en la actualidad un mecanismo que garantice a las personas mayores hacer frente a sus necesidades más básicas, dada las mayores exigencias en términos de salud y cuidados que presentan.
- El país no cuenta con una estructura o sistema de protección ante vulneraciones de derechos, abuso, maltrato, violencia y negligencia donde puedan acudir las personas mayores a denunciar y solicitar medidas que les permita restablecer su dignidad a través de la rehabilitación, restitución, compensación, reparación, detener situaciones de riesgo, prevenir su recurrencia o aliviar sus efectos inmediatos.
- De acuerdo con la ENCOVI 2021, 31,1% de la composición de la población inactiva está conformada por las personas jubiladas, siendo este grupo el más

20. María Gabriela Ponce Zubillaga. PROYECTO ENPOVEN: "El envejecimiento poblacional en Venezuela. Panorama actual". La pobreza en Venezuela y la situación de las personas mayores en el contexto 2014-2019/2020. (2021). Convite, A.C., Caracas, Venezuela.

numeroso después de aquel compuesto por quienes se ocupan de las tareas del hogar, en su mayoría mujeres (40,2%).

- De acuerdo con el Observatorio Venezolano de Conflictividad Social (OVCS), los jubilados y pensionados conforman el colectivo que más ha mantenido una participación activa en protestas realizadas a nivel nacional. Los derechos laborales encabezan las exigencias en las protestas.
- Un porcentaje cercano al 70% del total de las personas mayores en Venezuela son diabéticas e hipertensas, razón por la cual requieren medicación regular y de por vida y, por ende, necesitan disponibilidad financiera.
- Venezuela no cuenta con un plan nacional de envejecimiento, ni instrumentos legales garantistas de derechos para las personas mayores, todo queda en discursos y proyectos 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 invisibilizadas y desprotegidas.

Insistimos en:

- Que las personas mayores no deben ser percibidas como un problema, deben ser percibidas como un colectivo fundamental cuyos intereses y necesidades deben ser abordados por las sociedades y los Estados.
- La inminente necesidad de atender la reconfiguración de las demandas sociales, debido al cambio demográfico. Proceso que merece la atención debida por sus implicaciones en materia de empleo, sistemas de salud, seguridad social, sistemas de cuidados y vivienda, protección, entre otras materias de la agenda social.
- Que deben ser concebidas como personas activas dentro de la sociedad. En los próximos años las personas mayores conformarán el grupo poblacional más numeroso y esto requerirá políticas públicas renovadas, acordes a sus necesidades y garantes de sus derechos. El foco debe ampliarse, no solo es la infancia, las mujeres, también las personas adultas mayores son afectadas de manera diferenciada, sobre todo en países con contextos adversos y, por ende, merecen atención especializada.
- 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. Asimismo, deben implementarse mecanismos que garanticen su protección frente a situaciones de violencia de todo tipo, especialmente intrafamiliar y la institucional.
- Que las personas mayores sean parte del desarrollo y los avances de la sociedad; no incluirlas en áreas específicas es una muestra de discriminación por edad. Por lo tanto, se deben promover los espacios de participación y formación en distintas áreas, como las nuevas tecnologías.
- Que es necesario que las acciones que se emprendan en materia de vejez incorporen no sólo la perspectiva de género para entender las necesidades diferenciadas de mujeres

y hombres, además, se debe incorporar el enfoque diferenciado por edad para abordar y visibilizar las desigualdades que se entretejen entre los distintos grupos etarios de personas mayores.

- Que la protección social debe apuntar tanto a la condición de las personas como sujetos de cuidado como aquellas con el rol de cuidadoras. El derecho a cuidar, a ser cuidado y a autocuidarse es indispensable para ejercer otros derechos humanos. Las labores de cuidado y sus riesgos asociados permanecen anclados fuertemente en las familias, especialmente en las mujeres, y aún persiste el no reconocimiento de la relevancia del cuidado como parte sustancial de los sistemas de protección social.
- Que, en el trabajo de cuidador o cuidadora, deben prevalecer las condiciones de igualdad, solidaridad intergeneracional y de género. Si bien el avance ha sido lento, se debe procurar el continuar investigando, documentando y desarrollando alternativas de solución para elevar el rol de la persona cuidadora y la importancia del derecho a ser cuidado/a.

En cuanto a la asistencia humanitaria de las personas mayores en el país, planteamos las siguientes recomendaciones:

En la respuesta humanitaria general:

- Que la arquitectura humanitaria aplique, de forma sistemática, medidas que promuevan la inclusión de personas mayores y de personas con discapacidad, en todas las fases de la respuesta humanitaria, garantizando su derecho a la misma. Esto incluye: recopilación, análisis y reporte de datos desagregados por sexo, rangos de edad y discapacidad; consultas participativas para identificar necesidades, riesgos de protección y capacidades; fortalecimiento de capacidades para promover la resiliencia; identificación y abordaje de barreras para el acceso a insumos y servicios; ajustes razonables para asegurar la accesibilidad, tanto a espacios como a servicios y a la información; adaptaciones del contenido de kits y cestas de alimentos a requerimientos específicos y preferencias de las personas mayores; y la integración de medidas sensibles a la edad en los servicios de salud, seguridad alimentaria, protección y otros.
- Que las organizaciones que participan en la respuesta humanitaria en el país fortalezcan sus capacidades para promover la inclusión de personas mayores y de personas con discapacidad en sus actividades y proyectos, mediante capacitaciones de su personal y asesoría técnica dirigidas por el Grupo de Trabajo de Edad y Discapacidad del clúster de Protección.
- Que la asistencia se diseñe e implemente, en lo posible, con una vinculación hacia el desarrollo y construcción de paz, fortaleciendo la resiliencia y evitando la dependencia.

Alojamiento, energía y enseres:

- Realizar reparaciones o rehabilitaciones de viviendas con riesgos estructurales, considerando uso de materiales y de técnicas de construcción culturalmente apropiados y adaptados a

las potenciales amenazas (incendios, terremotos, inundaciones o deslaves, etc.) presentes en cada localidad.

- Sustituir materiales de construcción improvisados por materiales resistentes a condiciones climáticas y amenazas locales.
- Contratar mano de obra y a proveedores de materiales locales, para dinamizar economía.
- Generar guía de recomendaciones para la adecuada ventilación de espacios para cocinar, con el objetivo de minimizar la inhalación de gases y partículas derivadas de la cocción, causantes de múltiples enfermedades crónicas (cardiovasculares, pulmonares, de piel y oculares).
- Facilitar el acceso a fuentes alternativas de electricidad y combustible para cocinar, como plantas y cocinas solares, cocinas de biomasa, etc.
- En casos de riesgo elevados de desastres, evaluar la posibilidad de reubicación.

Agua, saneamiento e higiene:

- Distribución de insumos y materiales para la recolección y almacenamiento adecuado de agua en los hogares, para contribuir al acceso a una cantidad adecuada de agua segura y limpia para cubrir las necesidades diarias de los hogares.
- Distribución de kits de higiene cuyo contenido esté adaptado a las prioridades y necesidades específicas de las personas mayores, incluyendo materiales e insumos para la gestión adecuada de la incontinencia urinaria y fecal.
- Provisión de insumos y materiales para mejorar las prácticas de potabilización de agua, en particular el filtrado y la cloración.
- La distribución de los insumos previamente indicados debe ir acompañada de actividades de promoción de higiene personal, familiar y comunitaria (lavado de manos, higiene de alimentos, uso y mantenimiento de filtros y cloro, etc.).
- Provisión de insumos para promover el reciclaje de materiales biodegradables (composteros domiciliarios).
- Capacitaciones sobre la gestión circular de desechos sólidos, enfocada en materiales reciclables (papel, cartón, plásticos, vidrio) y biodegradables.

Seguridad alimentaria y medios de vida:

- Incluir a personas mayores y personas con discapacidad en actividades de seguridad alimentaria y medios de vida.
- Adaptar contenido de cestas de alimentos a preferencias culturales, condiciones asociadas al envejecimiento (pérdida de piezas dentales, lentitud y calidad de la digestión, riesgo de deshidratación, elevada prevalencia de estreñimiento, etc.) y limitaciones en el acceso a combustible para cocinar. Esto implica incluir alimentos de fácil digestión y cocción, de consistencia suave o blanda, y con contenido adecuado de fibra.

- Priorizar la inclusión de alimentos ricos en proteínas, con el objetivo de garantizar el aporte de 1,2-1,5 gramos por kilo de peso corporal al día.
- Promover enlaces con mercados comunitarios para facilitar acceso a alimentos de temporada, más económicos y accesibles para los bajos niveles de ingresos.
- Incluir, en la distribución de alimentos, la provisión de suplementos de vitaminas para abordar las deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro, calcio, vitaminas B y D.
- Promover el conocimiento y uso de herramientas digitales (redes sociales, aplicaciones bancarias, etc.) para mitigar riesgos financieros, la soledad y aislamiento social, y promocionar emprendimientos y generación de ingresos, mediante capacitaciones adaptadas a las habilidades y conocimientos de las personas mayores.
- Diseñar y ejecutar actividades de medios de vida que se adapten a preferencias culturales y conocimientos técnicos de las personas mayores.
- Incluir capacitaciones para fortalecer o crear nuevas habilidades que permitan reinserción en mercado laboral formal.

Salud:

- Incorporar capacitaciones a personal de salud a nivel de la atención primaria, sobre derechos de las personas mayores, cambios normales asociados al envejecimiento y manejo de las condiciones más frecuentes: enfermedades cardiovasculares, digestivas, dolor crónico y otras.
- Fortalecer capacidades de centros públicos de atención médica mediante insumos, materiales y equipos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Facilitar el acceso a medicamentos para el control de enfermedades crónicas no transmisibles mediante equipamiento de centros de atención primaria, jornadas de distribución y enlaces con empresa privada (red de farmacias, por ejemplo).
- Incluir, en las actividades de asistencia, la distribución de tecnologías de asistencia, principalmente lentes para vicios de refracción y dispositivos para la discapacidad motora (bastones, andaderas, sillas de rueda, muletas), mediante evaluación individualizada.
- Capacitar al personal de salud, familiares y cuidadores, en la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos y manejo de la ansiedad, tristeza e insomnio en personas mayores.

Protección:

- Realizar campañas sobre la prevención del abuso y maltrato de personas mayores, en todas sus formas (físico, financiero o patrimonial, psicológico o emocional).
- Incorporar sensibilizaciones sobre la distribución equitativa de tareas domésticas entre miembros del hogar, particularmente la preparación de alimentos y las labores de cuidado de otros miembros del grupo familiar.
- Fortalecer cohesión comunitaria y mitigar la soledad y aislamiento social mediante

formación de grupos de apoyo capacitados en primeros auxilios psicológicos, liderados por personas mayores.

- Capacitar a las personas mayores, especialmente a las mujeres, en auto cuidado y en recomendaciones para el uso más eficiente del tiempo.
- Promover espacios de integración mediante actividades recreativas, lúdicas y deportivas, que respondan a preferencias de personas mayores.
- Facilitar acceso a servicios y actividades comunitarias mediante creación y distribución de directorio de servicios locales, en formatos accesibles.
- Realizar acciones de incidencia con garantes de derechos (alcaldías, gobernaciones) para el diseño e implementación de programas y políticas que aborden y respondan a las necesidades específicas de las personas mayores.
- Abordar las barreras físicas en las actividades de asistencia, aplicando medidas como facilitar el transporte hacia y desde los puntos de distribución, realizar entregas a domicilio, realizar ajustes razonables o usar espacios accesibles (principio LECU), etc.
- Socializar información sobre medidas de seguridad antes y durante movilización para salir del país.

CONVITE A.C.

ACCIÓN HUMANITARIA

¡Síguenos en nuestras redes!

@conviteac

Convite Asociación

WWW.CONVITEAC.ORG.VE

SÍGUENOS SÍGUENOS SÍGUENOS

CONVITE AC. DICIEMBRE 2024

ACCIÓN HUMANITARIA

CONVITE A.C.