

35

Cuadernos
de **Postgrado**

**Envejecimiento
de la población
en Venezuela**

Ana Mercedes Salcedo C.
(Compiladora)

Articulistas

Ana M. Salcedo González
Absalón Méndez Cegarra
Margarita Rojas de Duarte
Rosalba del Camen Guevara
Norallys Villarroel de Espinoza
Jorge A. Peña Aguilar
Miriam Sánchez
Lolimar Reina

35

Cuadernos de Postgrado

Envejecimiento de la población en Venezuela

Ana Mercedes Salcedo G.
(**Compiladora**)

Articulistas

Ana M. Salcedo González
Absalón Méndez Cegarra
Margarita Rojas de Duarte
Rosalba del Carmen Guevara
Noralys Villarroel de Espinoza
Jorge A. Peña Aguilar
Miriam Sánchez
Lolimar Reina

Comisión de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Universidad Central de Venezuela

Cuadernos de Postgrado

Comisión de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Universidad Central de Venezuela

© Para esta edición

Comisión de Estudios de Postgrado, CEAP, FACES, UCV, 2015

ISBN: 978-980-00-2833-9

Depósito Legal: DC2016000961

Portada:, Diagramación y duplicación de CD: L + N XXI Diseños, C.A.

La colección Cuadernos de Postgrado ha sido concebida para dar a conocer los resultados de investigaciones de alto nivel desarrolladas por calificados profesores y cursantes de las distintas Áreas de Postgrado de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela.

35

Cuadernos
de Postgrado

Envejecimiento de la Población en Venezuela

Ana Mercedes Salcedo G
(Compiladora)

Articulistas

Ana M. Salcedo González
Absalón Méndez Cegarra
Margarita Rojas de Duarte
Rosalba del Carmen Guevara
Noralys Villarroel de Espinoza
Jorge A. Peña Aguilar
Miriam Sánchez
Lolimar Reina

Comisión de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Universidad Central de Venezuela
Caracas, (2016)

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Rectora: Cecilia García Arocha

Vicerrector Académico: Nicolás Bianco C.

Vicerrector Administrativo: Bernardo Méndez A.

Secretario: Amalio Belmonte G.

CONSEJO CENTRAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Coordinadora: Ana Mercedes Salcedo González

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES

Decana: Adelaida Struck (E)

Coordinador Académico: Francisco J. Fernández

Coordinadora de Extensión: Sandra Pinto

Administradora: Neike moya

COMISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Director: Adicea Castillo

Coordinadora Académica: Raquel Reyna Gracia

Coordinador Administrativo: Rafael Arias

Coordinadora de Relaciones Interinstitucionales: Mauricio Roitman

AREA DE POSTGRADO EN SEGURIDAD SOCIAL

Coordinador: Absalón Méndez Cegarra.

Coordinadora Adjunta: Ana Mercedes Salcedo González.

ARBITRAJE: Los artículos fueron sometidos a arbitraje de doble ciego, con árbitros pertenecientes al equipo de asesores y colaboradores del Área de Postgrado en Seguridad Social.

sumario

Presentación	7
Envejecimiento de la población y seguridad social: retos y perspectivas	
Ana Mercedes Salcedo González	11
Regímenes jubilatorios y pensionales en venezuela: una bomba de tiempo	
Absalón Méndez Cegarra	61
Teorías, enfoques del envejecimiento y la protección social de las personas adultas mayores	
Margarita Rojas de Duarte	99
El envejecimiento activo y su influencia en algunos parametros de salud	
Rosalba del Carmen Guevara	125
Pensiones y discapacidad en el adulto mayor en Venezuela	
Noralys Villarroel de Espinoza	155

El sistema de pensiones de Chile, reforma
y situación actual

Jorge A. Peña Aguilar

203

“El derecho a la salud de los adultos mayores desde
el desarrollo sustentable en Venezuela”. reflexiones

Miriam Sánchez

239

La pensión por vejez en Venezuela

Lolimar Reina

281

PRESENTACIÓN

La Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela, mediante petición expresa de la Comisión de Publicaciones, consideró necesario, conveniente y oportuno otorgar a la Serie Cuadernos de Postgrado, órgano oficial de publicaciones de la CEAP, carácter de publicación arbitrada, con periodicidad semestral. Esta decisión responde al requerimiento de los investigadores de los diferentes Programas de Postgrado de la Facultad de disponer de un órgano divulgativo de los resultados de sus investigaciones realizadas lo suficientemente acreditado nacional e internacionalmente, a los fines de dar a conocer ampliamente la labor de investigación que se lleva a cabo en el Postgrado. Es del más amplio conocimiento, que, sólo lo que se publica en este tipo de órganos de divulgación científica, revistas o libros arbitrados, y se cita en publicaciones similares, constituye indicador de importancia para medir el desarrollo científico de los pueblos del mundo, de las Universidades y Centros de Investigación. Venezuela presenta un rezago considerable en este aspecto, inclusive, respecto a países del Continente con menor grado de desarrollo científico y tecnológico que el nuestro y, una de las causas, seguramente, reside en la falta de publicación y divulgación de lo que hacemos en investigación en nuestro país. Por otra parte, las dificultades económicas, políticas, sociales y culturales que vivimos nos alejan cada día más de los Centros de Excelencia Académica, de los Congresos y Eventos Científicos Internacionales, del intercambio científico con nuestros pares del mundo y, muy particularmente, del acceso a revistas y publicaciones científicas internacionales que dan cuenta del avance de la investigación científica a escala internacional. Poco a poco nos hemos venido limitando a nuestro propio fuero fronterizo. Publicar en Venezuela es una odisea. Una labor titánica. Por esta razón, la medida adoptada por la CEAP es altamente positiva y esperamos que Cuadernos de Postgrado constituya el medio por exce-

lencia para dar a conocer, con la seriedad científica del caso, el resultado de los afanes de nuestros investigadores en el Postgrado de la Facultad.

El número 35 de la Serie Cuadernos de Postgrado fue asignado al Área de Postgrado en Seguridad Social y, dicha Área consideró oportuno desarrollar, desde diversas perspectivas, un tema central, de extraordinaria importancia, vigencia y pertinencia para la seguridad social en Venezuela y para el desarrollo de la sociedad nacional, nos referimos al tema del “envejecimiento de la población”.

Informes cuya autoría corresponde a los más importantes centros de investigación dedicados al estudio de la población mundial, dan cuenta de un fenómeno demográfico de aparición reciente: la transición demográfica. Con tal término se pasa revista al acontecer mundial poblacional, demográfico, los cambios experimentados en los principales indicadores demográficos y de ocupación de fuerza de trabajo y su impacto o efectos en los sistemas de seguridad social. La mayoría de los países del mundo está concediendo gran importancia al acontecer demográfico y están adoptando medidas para que los cambios demográficos no se conviertan en un factor adicional de dificultades para la vida en paz y bienestar sobre el planeta tierra. En nuestro país, por el contrario, observamos, con preocupación, que el fenómeno de la transición demográfica no tiene ningún interés ni significación en la vida nacional, al contrario, se adoptan medidas que atizan la llama de las dificultades presentes y futuras.

El envejecimiento de la población en Venezuela es una tendencia indetenible al igual que en otros lugares del mundo. El grupo etéreo de mayor crecimiento en el país es el de las personas adultas mayores y lo será aun más en el mediano y largo plazo; pero, en la actualidad, el país puede beneficiarse considerablemente del llamado “bono demográfico”, pues, el grueso de nuestra población se encuentra en la parte media de la pirámide poblacional, lo que constituye una enorme ventaja comparativa, capaz de impulsar un desarrollo sustentable de la nación para las presentes y futuras generaciones.

No es dañino y peligroso envejecer. Este es un proceso natural de todo ser vivo. Lo peligroso, dañino y preocupante es envejecer, llegar a

viejo, en la pobreza, en la indigencia, sin dignidad, en soledad, sin instituciones de atención médica, sin alimentos, a la intemperie, sin familia, sin custodia, sin instituciones sustitutivas del grupo familiar, sin recursos económicos, en fin, sin cuidado y atención alguna. Y, este y no otro, es el desafío, el reto de la sociedad actual y de una de sus creaciones más importantes: la seguridad social.

Un grupo de investigadores, docentes, alumnos y egresados del Área del Postgrado en Seguridad Social ha querido con este nuevo número de Cuadernos de Postgrado, llamar la atención sobre el comportamiento reciente de la población venezolana, A las variables e indicadores de natalidad, fecundidad, morbilidad, mortalidad y esperanza de vida al nacer, se suman los relacionados con la muerte prematura de personas, sobre todo hombres en edad productiva, víctimas de la violencia callejera, de la delincuencia desbordada y de los accidentes de tránsito. Otro hecho preocupante es el cambio demográfico ocurrido en Venezuela, es que el país ha pasado en menos de dos décadas de ser polo de atracción poblacional a ser polo exportador de población. La gente, sobre todo joven y bien calificada, está migrando. En el país nos estamos quedando quienes no tenemos más horizonte que el de envejecer bajo las circunstancias que la realidad nos depara.

La profesora Ana Mercedes Salcedo González, con su acostumbrado rigor científico, traza las líneas maestras del impacto que el envejecimiento de la población tiene para la seguridad social; el profesor Absalón Méndez Cegarra, nos alerta sobre las consecuencias que pueden derivarse de una política demagógica y populista en materia jubilatoria y pensional; la profesora Margarita Rojas de Duarte, analiza el tema del envejecimiento desde la perspectiva teórica y conceptual y sus distintos enfoques y concepciones. La Licenciada Rosalba del Carmen Guevara, egresada de la Maestría en Seguridad Social y funcionaria adscrita al Instituto Nacional de Servicios Sociales, con amplia experiencia práctica en el campo de la atención al adulto mayor, nos habla de una de las más recientes tendencias en la atención a las personas de edad: el envejecimiento activo. La profesora Noralys Villarroel de Espinoza, de profesión antropóloga, incursiona sobre un elemento agravante en el adulto mayor, aunque no exclusivo de esta

etapa de la vida, como lo es la discapacidad. A la edad adulta se puede llegar en buenas condiciones y disfrutar de una vejez activa; pero, sí a la vejez se le agrega la discapacidad, el cuadro se complica considerablemente. El profesor Jorge A. Peña Aguilar, con su agudeza analítica y su interés en dar a conocer experiencias de reformas en los sistemas de seguridad social que han dado resultados no queridos o, al menos, no esperados, nos informa sobre el régimen de pensiones de Chile, luego de su reforma estructural de la década de los años 80. La profesora Mirian Sánchez, de profesión odontóloga y Doctora en Seguridad Social, aporta al tema en estudio un enfoque sumamente interesante sobre la relación del envejecimiento de la población con el desarrollo sustentable. La tesis del desarrollo sustentable plantea la necesidad de nuevas formas de abordar la atención al adulto mayor, en crecimiento sostenido. Finalmente, la Msc. Lolimar Reina, egresada del Programa de Maestría en Seguridad Social, nos informa, con abundancia de cifras, la situación del envejecimiento de la población venezolana y la protección que recibe esa población o, parte de ella, mediante los regímenes jubilatorios y pensionales.

Hemos reunido en esta edición de Cuadernos de Postgrado un buen número de inquietudes y reflexiones, producto de investigaciones realizadas, que, como hemos dicho, alertan, llaman la atención, sobre la importancia de la ciencia demográfica en el desarrollo de los pueblos.

Absalón Méndez Cegarra

Coordinador del Área de Postgrado en Seguridad Social
Caracas, septiembre 2016

“ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL: RETOS Y PERSPECTIVAS”

Dra. Ana Mercedes Salcedo González

Resumen:

El fenómeno del envejecimiento poblacional debe ser analizado de manera integral, porque en él confluyen una multiplicidad de factores: económicos, sociales, políticos, demográficos, culturales, entre otros. Organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han venido abordando de manera integral esta compleja realidad, de la cual no escapan los países Latinoamericanos y en especial Venezuela. Entre las estrategias propuestas se encuentra el desarrollo de efectivos sistemas de seguridad social. La seguridad social ha sido concebida en casi todos los países del mundo como un derecho humano fundamental de todos los individuos, contenido y desarrollado en normas internacionales y nacionales. Los tradicionales mecanismos de protección social diseñados por los Estados, especialmente en la región latinoamericana, han sido insuficientes para atender a millones de individuos, unos, porque en el pasado, la mayor parte de su actividad laboral la han desarrollado en el sector informal de la economía, otros, porque han carecido de la capacidad contributiva suficiente para incorporarse o mantenerse afiliados a los sistemas de seguridad social existente. Efectivamente, la posibilidad de alcanzar un nivel adecuado de protección social para una población envejecida, en condiciones precarias, en constante crecimiento, se hace cada vez más difícil. Este artículo se orienta a presentar una visión de los retos y perspectivas que representan para la seguridad social y para el régimen pensional, la protección social de la población adulta mayor, sector cada vez más creciente y que requiere de una especial consideración por parte de los sistemas de seguridad social, sobre todo en los países de América Latina y el Caribe y

más concretamente en Venezuela. Se trata de un estudio documental, con un abordaje descriptivo, donde se examinan las disposiciones normativas vigentes en torno a la protección social y más específicamente al régimen pensional de la población envejecida en nuestro país, se analizan los datos sociodemográficos que dan cuenta de las características del fenómeno a nivel nacional, así como las fuentes documentales y bibliográficas existentes en materia de seguridad social. Con los resultados obtenidos, se evidencia, que a pesar de la existencia de un complejo conjunto de disposiciones jurídicas de carácter nacional e internacional reguladoras de esta materia, en la práctica, sin desconocer el avance de las medidas aplicadas por el Ejecutivo Nacional, se observa una limitada atención integral que garantice bienestar social para este importante grupo poblacional y no se avizoran estrategias en el marco de las políticas públicas tendentes a enfrentar a futuro el crecimiento de la población adulta mayor en Venezuela.

Palabras claves: envejecimiento, seguridad social, protección social y régimen pensional

INTRODUCCIÓN

El presente artículo, forma parte de un avance sobre el desarrollo de la investigación *“Envejecimiento de la población y la seguridad social en Venezuela”* que se adelanta en el programa postdoctoral en Ciencias Sociales en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela. En dicho artículo se presenta una visión de las distintas necesidades que afectan a los adultos mayores, sector cada vez más creciente de la población, que ante las amenazas que emergen de la economía mundial, imbuida dentro de los rigores del fenómeno globalizador, requiere de una especial consideración por parte de los sistemas de seguridad social, en especial de los países latinoamericanos y más concretamente en nuestro país, donde la problemática tenderá a agudizarse en los próximos años.

En virtud a lo expuesto, se considera oportuno presentar un análisis de las distintas disposiciones jurídicas que en Venezuela protegen a las personas que han llegado a la tercera edad, de manera que se pueda

disponer de manera sistemática de una visión general de todos los mecanismos que el legislador venezolano ha establecido para garantizarles una subsistencia digna y decorosa, objetivo éste que lamentablemente en la mayoría de los casos no logra alcanzar.

Esta investigación comienza haciendo un diagnóstico de las principales circunstancias que rodean el tema de la vejez en el marco global. Una de ellas, se vincula con los factores demográficos condicionantes del envejecimiento, encontramos como primer factor, la disminución de las tasas de fecundidad que reduce la proporción de jóvenes con respecto a los ancianos, el segundo factor, es el aumento de la esperanza de vida a pesar de la incidencia negativa de algunas pandemias como el VIH y SIDA en algunos países de ingresos medios y bajos; y, el tercer factor, son las variaciones pasadas entre las tasas de nacimiento y defunción.

Se pretende enmarcar la situación nacional dentro de una visión panorámica general de la protección social a la vejez en el mundo, para luego analizar los aspectos concretos referidos al ámbito jurídico venezolano. En primer término, se plantea una revisión de los distintos Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) suscritos y ratificados por Venezuela en materia de Protección Social a la Vejez, los cuales, según la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) prevalecen en el orden interno. En segundo término se analiza la situación de la seguridad social de la población adulta mayor en el país, en especial, una de sus prestaciones más importante, las pensiones de vejez otorgadas por el IVSS. Finalmente, se examina la situación demográfica y su proyección futura, a los fines de determinar las perspectivas y los retos que ello representa para la seguridad social y más concretamente para el régimen de pensiones de vejez en nuestro país, por cuanto los regímenes que ofrecen seguridad financiera en la vejez se encuentran bajo una presión creciente. Todo ello nos conducirá a concluir sobre la capacidad y efectividad de las respuestas que ha tenido el Estado venezolano para atender a este sector de la población.

En síntesis, aspiramos contribuir a la discusión sobre la efectividad de la política de protección social desarrollada por Estado venezolano para la población adulta mayor, las características demográficas y sus incidencias

en la seguridad social, específicamente, el régimen de pensiones con el propósito de destacar la importancia de estudiar la seguridad social, en correspondencia con el comportamiento sociodemográfico.

PROTECCIÓN SOCIAL A LA VEJEZ.

En este nuevo siglo, además del crecimiento de la población, hay otros temas demográficos que están adquiriendo importancia política, económica y social, el envejecimiento de la población es uno de ellos, por sus fuertes repercusiones en el desarrollo de los países y por la amplia variedad de sectores a los que afecta (salud, educación, infraestructura, comercio, economía, entre otros). El envejecimiento de la población es una realidad. En todas las regiones del mundo el número de personas mayores aumenta y las tasas de natalidad disminuyen. Mientras la comunidad internacional celebra el Día Internacional de las Personas de Edad (1 de octubre) aún quedan importantes preguntas por responder sobre ¿cuál es el diseño más adecuado, la administración más efectiva y la financiación sostenible para los programas nacionales de seguridad social en las sociedades que envejecen?

La esperanza de vida mundial ha pasado de 47 años a principios de la década de 1950 a 68 años en 2010 y se espera que alcance los 75 años en 2045. Este proceso de envejecimiento de la población no tiene precedentes históricos. Sin embargo, el fenómeno no es uniforme en todos los países. Las mayores diferencias de envejecimiento demográfico se encuentran entre las regiones más y menos desarrolladas. En los países más desarrollados, la quinta parte de la población ya tiene 60 años o más y se estima que esta proporción aumentará en más de 30 por ciento para 2050. En muchos países en desarrollo, menos de 10 por ciento de la población tiene 60 o más años de edad. Pese a que el ritmo al que envejecerán las distintas poblaciones nacionales también varía, se estima que la proporción de personas de 60 o más años de edad se multiplicará al menos por dos en las cuatro próximas décadas. (Naciones Unidas 2014. 3).

El contenido del Informe preparado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas 2014, señala que la población mundial alcanzó para el año 2014 la cantidad de 7.200 millones de personas y se espera que para el año 2050 aumente en más de 2.000 millones de personas, la mayor parte del crecimiento se realizará en las regiones menos desarrolladas, como África y Asia donde la población aumentará en gran medida en las próximas décadas. Sin embargo, por otro lado, se espera que varios países experimenten un descenso de la población debido a la persistencia de índices de fertilidad por debajo de la tasa de reemplazo. El informe destaca que el número de jóvenes ha crecido rápidamente en las dos últimas décadas y se espera que se mantengan relativamente estables, pero, por el contrario, la población de personas mayores de 60 años de edad continúa en alza. A escala mundial la población de personas mayores de 60 años aumentó el 9% en 1994 y después de dos décadas, para el año 2014, se incrementó al 12%, se espera que para el año 2050 alcance un total del 21%. (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2014)

En este contexto, el envejecimiento es uno de los retos demográficos que enfrentarán los países en el siglo XXI. El desafío consiste en hacer frente a este fenómeno mediante la definición de estrategias claras que garanticen, junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir con objetivos fundamentales de política presupuestaria, un nivel de vida digno para las personas mayores, que les permita verse favorecidas por el bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública, social y cultural.

Si bien es cierto que el incremento de la esperanza de vida significa un triunfo, el envejecimiento de la población plantea diversos retos a la familia, las comunidades y a las sociedades para garantizar seguridad económica en la vejez, sistemas de atención a la salud y solidez del apoyo familiar, todo ello conduce a una presión fiscal para alcanzar el financiamiento de los sistemas de seguridad social en especial en los países en los cuales permanece limitada, debido a ello, en esos países las personas mayores estarán más expuestas a la pobreza.

Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En el año 2014 la tasa de crecimiento anual de la población mayor de 60 años casi triplica la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi triplicará la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se duplica entre 1994 y 2014 y este grupo de personas supera ahora al número de menores de 5 años.

El referido informe destaca entre las características más importantes del envejecimiento las siguientes:

1. En el año 2014 aproximadamente las dos terceras partes de la población mundial mayor de 60 años vivía en las regiones menos desarrolladas y se espera que la proporción aumente para el año 2050 a cuatro de cada cinco personas.
2. El grupo de personas mayores de 80 años llamadas “muy mayores”, sigue incrementándose del 14% en el año 2014 al 19% para el 2050, es decir que para 2050 habrá 392 millones de personas mayores de ochenta años de edad, es decir más de tres veces que en la actualidad.
3. En la totalidad de los países hay predominio de mujeres en la población adulta mayor. En el 2014 en todo el mundo hay 85 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años de edad y 61 hombres por cada 100 mujeres mayores de 80 años de edad.
4. Estos cambios demográficos inciden en posible debilitamiento de los sistemas de apoyo familiar y la seguridad en la vejez, porque con la reducción de la fertilidad las personas dependerán de menos fuentes potenciales de atención y soporte familiar a medida que envejecan, a escala mundial el 40% de las personas mayores viven independiente (solas o en compañía de parejas) lo cual es más común en los países desarrollados.

Durante 1994 y 2014 se registró el mayor crecimiento del número de personas mayores alcanzando la cantidad de 225 millones lo que repre-

senta casi las dos terceras partes (un 64%) del crecimiento mundial, sin embargo, es importante destacar que el número de personas mayores fue más rápido en América Latina y el Caribe, seguida por África. (Informe de las Naciones Unidas 2014, 24).

América Latina y el Caribe, está envejeciendo y la mayoría de sus países se encuentran en distintos niveles de transición demográfica, es decir que a diferentes ritmos marchan hacia sociedades más envejecidas. Aunque es un proceso generalizado, podemos destacar algunas características que le son propias y motivan hacia una preocupación más urgente.

- a) El envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados.
- b) Se da en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo familiar producto de los cambios en la estructura y composición familiar.
- c) El modelo de seguridad social que disponen los países de la región es el tradicional, vinculado a los seguros sociales, sustentado en el modelo contributivo, orientado principalmente hacia el trabajador asalariado dependiente que se encuentra generalmente en el sector de la economía formal de la economía, este modelo de protección social ha sido insuficiente para que la mayoría de los países de la región, a pesar de los esfuerzos realizados, logre universalizar la cobertura para incorporar a la población trabajadora del sector informal, por lo tanto, las leyes de seguridad social, las estructuras institucionales y las prestaciones existentes son insuficientes en su cobertura horizontal y vertical, en la dimensión horizontal porque no cubren a toda la población y los excluidos son precisamente los sectores más empobrecidos de la población y en dimensión vertical porque no se incorporan adecuados y efectivos programas de protección social que mantengan el nivel de la calidad de vida para la población que envejece.

- d) Los países de América Latina y el Caribe están intentando lidiar con los problemas de cobertura de diferentes maneras, pero la tendencia es evidente y la política que parece estar teniendo el mayor impacto es la extensión de las pensiones sociales, asistenciales o no contributivas.
- e) Se observa con preocupación aspectos que contribuyen con el incremento de los niveles de desprotección social ante la dinámica de la sociedad actual como factores adversos al ser humano que complejiza la realidad latinoamericana tales como el debilitamiento de la acción sindical, la economía global, la migración, el incremento del desempleo y la discontinuidad en las cotizaciones bien sea, por falta de empleo o por los cambios continuos hacia la economía informal o la cuentapropista.

El logro de adecuados niveles de protección social es un derecho fundamental de todos los individuos, lo cual ha sido reconocido por las normas internacionales del trabajo y por la ONU, al incentivar la promoción del bienestar humano, alcanzar el consenso y la paz social, a fin de mejorar el crecimiento de la economía de cualquier país.

El artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos humanos (1948) establece que:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

De igual forma, el artículo 25 (ejusdem) prevé que toda persona:

Tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Sin embargo, pese a la trascendencia de la normativa transcrita, existen vastos sectores de la población que no han logrado incorporarse a estos sistemas de protección social, integrados no sólo, por los excluidos del sector formal de la economía, ni aquellos que han sido discriminados laboralmente en razón de su género u orientación sexual, etnias o personas con discapacidades, sino también por razones administrativas y de flexibilidad operativa de los sistemas de seguridad social para adaptarse a los cambios de las relaciones laborales. En el Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet convocado por la OIT con la colaboración de la OMS (2011) se destaca que “(...) cerca de 5.100 millones de personas carecen de una seguridad social o protección social adecuada, mientras que sólo poco más de 15 por ciento de los desempleados a nivel mundial recibe alguna forma de beneficios de desempleo”.

La preocupación histórica de los Organismos Internacionales como la ONU, la OIT, Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han contribuido en diferentes momentos históricos a la búsqueda por consagrar el derecho a la seguridad social para los adultos mayores y a proponer mecanismos que contribuyan a la obtención de niveles de vida adecuados para toda la población. Se parte que una sociedad inclusiva es la mejor estrategia para enfrentar el envejecimiento futuro, lo cual contribuirá no sólo a elevar la calidad de vida de toda la población, sino que permitirá enfrentar con éxito la protección social de la creciente población envejecida.

En efecto, organismos internacionales como la OIT que desde su creación en 1919, ha promovido políticas para que los Estados miembros tomen acciones que fortalezcan los sistemas de seguridad social y desarrollen programas que garanticen protección en la vejez, que pasan por configurar diferentes nociones con denominaciones distintas, complementarias entre si y que apuntan hacia un solo objetivo: ampliar, mejorar y extender la protección social a todos los ciudadanos, tal es el caso de los documentos sobre Trabajo Decente, Seguridad Social para Todos: Un nuevo consenso, Seguridad Social Dinámica y Piso de Protección Social.

- a) Seguridad Social y Trabajo Decente: En 1999, Juan Somavia, director general de la OIT, presentó su memoria "Trabajo decente". caracte-

rizado por cuatro objetivos estratégicos: los derechos en el trabajo, las oportunidades de empleo, la protección social y el diálogo social. En función en el logro de la inclusión social, la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento de la democracia, el desarrollo integral y la realización personal. El objetivo máximo es proporcionar acceso a los servicios de salud y la seguridad de ingresos: ingresos mínimos para los necesitados e ingresos de sustitución para los cotizantes. Siete años después, en el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas declararon: “Estamos convencidos de la urgente necesidad de crear un entorno a escala nacional e internacional que propicie el logro del empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos como base del desarrollo sostenible”.

- b) Seguridad Social para todos: Un nuevo consenso: Promovida por la OIT (2001) cuyo objetivo fundamental es plantear una serie de cuestiones fundamentales sobre el futuro de la seguridad social en un contexto mundial fundamentalmente diferente. Su intención no es proponer soluciones definitivas sino promover un consenso en torno a la evaluación de la situación y proponer las posibles formas de avanzar. Los principios asumidos son: a) los Interlocutores sociales deben tener un papel importante en la gestión del Sistema; b) Garantizar la importancia de la seguridad del Sistema; c) Promover un clima de confianza a través de una gestión racional y transparente de los recursos; d) Que el Estado debe garantizar el buen funcionamiento del Sistema en interés de los cotizantes sin discriminación; e) Promover el diálogo social y el consenso.
- c) Seguridad Social dinámica: El concepto estratégico de Seguridad Social Dinámica articula la visión de la AISS orientada a avanzar en la consecución de sistemas de protección social accesibles y sostenibles, que no sólo proporcionen protección, sino que adopten también planteamientos preventivos, sostengan la rehabilitación y la reintegración y contribuyan a una mejor realización de las sociedades socialmente inclusivas y económicamente productivas. De cara al trienio de 2008 a 2010, la AISS centra su actividad en las siguientes áreas prioritarias, que fueron identificadas por sus afiliados:

- Gobernanza y seguridad social;
 - Gestión de riesgos y liderazgo;
 - Extensión de la cobertura;
 - Tecnologías de la información y comunicación, como herramienta de gestión estratégica;
 - Cumplimiento y cobro de cotizaciones;
 - Responder a los cambios demográficos.
- d) La OIT con la colaboración de la OMS proponen en la 101^a Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (2012) sobre la base de un Informe, elaborado por un Grupo de Consulta (2011), creado por la OIT, presidido por Michelle Bachelet, ex-presidenta de la República de Chile, denominado: “Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva”. Esta propuesta es asumida en la Conferencia Internacional del Trabajo, 101.^a reunión, 2012, en la cual se declara que los Miembros deberían establecer y completar lo antes posible, y mantener, pisos de protección social propios que incluyan garantías básicas en materia de seguridad social. “Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que aseguren conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional”. (OIT, 2012)

Otros organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) han dedicado un extenso análisis sobre el reto que significa para la seguridad social y en especial para la sostenibilidad financiera de los regímenes pensionales, frente al envejecimiento de la población. Las propuestas para enfrentar este reto se han orientado principalmente hacia reformas de los modelos de seguridad y entre otras medidas sugieren el recorte de las prestaciones, aumento de las cotizaciones e incremento de la edad para optar al derecho de la edad de jubilación.

Simultáneamente, por otro lado, se han desarrollado propuestas de acción mundial para mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor, como el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, el

cual se constituye en el primer instrumento internacional sobre el tema que contiene una base para la formulación de políticas y programas sobre el envejecimiento y fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 (resolución 37/51), habiendo sido adoptado antes en el mismo año en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena, Austria. Este Plan contiene 62 recomendaciones para la acción sobre aspectos tales como la investigación, recolección de datos, análisis, capacitación, así como también, sobre las áreas temáticas siguientes: salud y nutrición, protección de los adultos mayores como consumidores, vivienda y medio ambiente, familia, seguridad social, seguridad económica, empleo y educación

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se realizó en Madrid entre el 8 y el 12 de abril. En ella los países adoptaron dos documentos clave: una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento Madrid 2002. En ambos documentos, los gobiernos se comprometen a diseñar y ejecutar medidas para enfrentar los retos que plantea el envejecimiento; además, se proponen más de un centenar de recomendaciones sobre tres temas prioritarios: i) personas de edad y el desarrollo, ii) fomento de la salud y el bienestar en la vejez y iii) la creación de un entorno propicio y favorable para ellos. En esta Asamblea se otorgó el mandato a las comisiones regionales para que trasladen el Plan de Acción Internacional a planes de acción regionales que tomen en cuenta, entre otras, las especificidades demográficas, económicas y culturales de cada región del mundo y hagan operativas las recomendaciones propuestas.

Para América Latina y el Caribe esta ola de envejecimiento se presenta en torno a dos grandes desafíos. El primero, que consiste en diseñar sistemas nacionales de jubilación capaces de proveer un adecuado nivel de soporte para los adultos mayores, pero, sin imponer una carga demasiado pesada sobre la juventud. El segundo, se orienta en mejorar los niveles de vida de la población.

Los países latinoamericanos han realizado avances para enfrentar ambos desafíos. Entre otros, es importante destacar que en la década de los noventa, la región se convirtió en un laboratorio de pruebas para la reforma previsional, se realizaron diferentes reformas estructurales en los

regímenes de pensiones. En las tres últimas décadas, reformas estructurales privatizaron total o parcialmente las pensiones “públicas” de seguridad social en el mundo, cambiando estas que se caracterizan por prestación definida, financiación por reparto y administración pública, hacia sistemas “privados” tipificados por cotización definida, capitalización plena con cuentas individuales, y administración privada con fines de lucro. El Dr. Carmelo Mesa Lago logró clasificar en tres grandes categorías: Sustitutivo, Paralelo y Mixto; con el común denominador centrado en la mayor o menor participación del sector privado en su administración:

- a) Modelo Sustitutivo se caracterizan porque se cierran los sistemas públicos y se sustituyen casi en su totalidad por la capitalización individual, administrados por el sector privado, algunos países que el Dr. Mesa Lago ubica bajo este modelo son: Chile (1981), Bolivia (1997), México (1997), El Salvador (1998), Nicaragua (2003), República Dominicana (2003).
- b) El Modelo Paralelo; en el cual no se cierran, pero si se reforman total o parcialmente el sistema público de pensiones y crea un nuevo sistema de capitalización individual para que coexista y compita con el público, ejemplo de este modelo de reforma lo encontramos en Perú en 1993 y Colombia en 1994;
- c) El Modelo Mixto; en este modelo también se reforma el sistema público para integrarlo como un pilar básico y solidario al pilar de capitalización individual y se otorgan dos tipos de pensiones una básica y otra complementaria, en este modelo de reforma se ubican las realizadas en Argentina (1994), Uruguay (1996), Costa Rica (2001) y Ecuador (2003).

Entre 2008 y 2010, tres países implementaron re-reformas de sus sistemas privados con diversos enfoques pero en todos se reforzó el papel del Estado: Chile mantuvo pero mejoró dicho sistema mientras que Argentina y Bolivia lo cerraron y transfirieron todos sus fondos y asegurados al sistema público; así que ahora hay once países con sistemas públicos y nueve con privados.

“Utilizando datos disponibles en las encuestas en hogares, Rofman y Oliveri (2012) estudiaron las tasas de cobertura activa en la mayoría de los países de ALC desde comienzos de la década de los 90. Sus análisis confirmaron que las tasas de cobertura activa de la afiliación a la seguridad social no han aumentado significativamente en la región y se han mantenido en bajos niveles, sin importar el tipo de esquema pensional analizado” (Panorama de las pensiones en América Latina y el Caribe 2015; 17)

En la actualidad todavía se evalúan los efectos de las reformas pensionales, en procura de avanzar en la ampliación de la cobertura de la población, superar e introducir cambios que contribuyan a reducir la reproducción de la inequidad laboral y sus efectos en los regímenes pensionales.

En general, el envejecimiento de la población amenaza con incrementar el gasto de las pensiones en ALC, esta situación se complica por el elevado número de trabajadores que permanecen en el sector informal y no aportan para sus pensiones. En la actualidad, sólo 45 de cada 100 trabajadores contribuyen con un plan de retiro, y este porcentaje apenas ha cambiado en las últimas décadas; aunado a los pocos aportes de estos trabajadores, también, su contribución suele ser demasiado irregular para lograr financiar prestaciones adecuadas. La tendencia más generalizada para reducir la brecha entre las personas que cotizan a los sistemas de pensiones y los que no, es hacer uso de las pensiones no contributivas o sociales; las cuales pueden incidir a disminuir la desigualdad y la pobreza, sin embargo, ello puede constituirse en una presión fiscal a medida que la población envejezca.

PROTECCIÓN SOCIAL A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, LEGISLACIÓN Y PROGRAMAS VIGENTES EN VENEZUELA

El mercado de trabajo venezolano se caracteriza por elevados niveles de informalidad producto de la estructura económica, la recesión y los componentes del marco regulatorio laboral que adicionalmente, se

incrementa ante el cambio en las relaciones de trabajo y la incorporación de nuevas tecnologías a los procesos productivos. Otra característica fundamental, son los bajos niveles de productividad de los trabajadores en relación a otros países del mundo. Tanto la productividad, como el nivel de salario real muestran una tendencia decreciente en las últimas décadas. El nivel de productividad está relacionado con el nivel de inversión en capital físico y capital humano, tanto por parte de las empresas como de los individuos y el Estado. Los ocupados venezolanos tienen un bajo nivel de capacitación y entrenamiento.

Venezuela en virtud a la baja cobertura y elevadas proporciones de trabajadores en el sector no estructurado de la economía, debe priorizar la extensión de la cobertura. Esta tarea es difícil, principalmente debido a la dificultad de integrar a los trabajadores del sector no estructurado informal dentro de los regímenes formales de seguridad social. A esto se le añaden los problemas que se presentan en las familias extendidas así como en otras formas tradicionales de asistencia a los ancianos, las cuales están disminuyendo debido a la presión de la urbanización, de la mundialización y de la mayor movilidad.

El arribo a la tercera edad se da en un país caracterizado por la pobreza, una seria desigualdad del ingreso, un escaso desarrollo institucional y una persistente inequidad social, siendo lo peor del caso, que no se han establecido mecanismos eficaces dentro de los Sistemas de Seguridad Social que permitan la acumulación de recursos a lo largo de la vida activa del trabajador, a fin de contar con eficientes sistemas de protección social, de ahorro o de capitalización individual, que le permitan satisfacer sus necesidades de consumo y de salud durante la vejez.

El contenido del párrafo anterior se corresponde con el resultado del índice presentado por la clasificación Global AgeWatch, durante el año 2014, evidencia que Venezuela aparece de número 76 como el país peor evaluado de los países latinoamericanos, el resultado evalúa los factores de seguridad de los ingresos; salud -esperanza de vida y bienestar psicológico; capacidades -posibilidad de trabajar o educarse, por ejemplo-; y, entorno -seguridad, libertad cívica, relaciones sociales. Los autores afirman que: “Los resultados de Venezuela se explican por la inseguridad y

porque tiene la tasa más alta de pobreza en la tercera edad de los países latinoamericanos evaluados, si bien sus pensiones están en la media". Diario El Universal (2014).

En Venezuela, al igual que la mayoría de los países latinoamericanos, el sistema de seguridad social no cubre a la totalidad de la población, deja por fuera a una parte significativa, en especial a los sectores sociales más vulnerables y de estratos socioeconómicos más bajos. A pesar de la existencia de un complejo y extenso ordenamiento jurídico, con diferentes instrumentos legales, vinculados a la protección social del ciudadano y más específicamente orientados a garantizar su seguridad social. Sin embargo, estas normas aunque vigentes, no se encuentran en plena aplicación, coexiste con normas que convergen, se complementan y gran parte de ellas se contraponen o neutralizan. Mientras los órganos del Estado responsables de su aplicación asumen y aplican las normas o instrumentos legales de manera indistinta, según interés o conveniencia.

2.1. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Efectivamente, nuestra Carta Magna dispone que Venezuela es un Estado Democrático y Social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político; y, en el Art. 21, postula que todas las personas son iguales ante la ley y adoptará medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables; protegerá especialmente a aquellas personas que por alguna de las condiciones antes especificadas, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. En este contexto, se destaca el rol que se le otorga a la familia en materia de protección a los grupos más vulnerables de la sociedad, y en especial el amparo que puede brindar a los adultos mayores, de allí la importancia que el artículo 75 (ejusdem) le confiere, al establecer que el Estado la protegerá como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas, en especial a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia.

Nuestra Constitución dispone en su artículo 80 el deber del Estado de garantizar a los “ancianos”, el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. Conjuntamente con la participación solidaria de las familias y la sociedad, le corresponde la obligación de respetar su dignidad humana, su autonomía, garantizándoles atención integral así como los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida.

En el artículo 86 de nuestra Carta Magna se define el modelo de seguridad social representado en un Sistema de Seguridad Social, regulado por una ley orgánica especial, de carácter universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas, destacando que la ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Este sistema se materializa en el año 2002 en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS). El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, integra el Sistema de Seguridad Social y, por sus características, es el Régimen Prestacional más innovador de todos los que conforman el Sistema de Seguridad Social. Este Régimen Prestacional, es regulado por la Ley de Servicios Sociales la cual procura integrar el conjunto normativo dirigido a amparar al Adulto Mayor en nuestro país. Este conjunto de normas es complejo y disperso. Otorga especial y prioritaria atención a la población adulta mayor que se encuentran en total desamparo, en estado de necesidad y sin ningún tipo de ingreso, pues la ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de la tutela del Sistema de Seguridad Social, todo ello, bajo la orientación de los lineamientos establecidos en la Constitución Nacional Venezolana.

Finalmente, en el texto constitucional, uno de los aspectos más novedosos y vigente es el contenido en su artículo 23, mediante el cual:

“Los tratados, pactos y convenciones relativos a derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas en sus disposiciones y en las leyes de la República, siendo de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder Público”.

2.2. La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y la Atención Integral al Adulto Mayor: La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) del año 2002, cuya última reforma fue publicada en la Gaceta Oficial del 24 de abril del año 2012, en su artículo 2º contempla que el Estado, por medio de dicho Sistema, garantiza a las personas comprendidas en el campo de aplicación de esta Ley, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la misma, pues, la seguridad social es un derecho humano y social fundamental e irrenunciable, asegurado por el Estado a todos los venezolanos residentes en el territorio de la República, y a los extranjeros residenciados legalmente en él, independientemente de su capacidad contributiva, condición social, actividad laboral, medio de desenvolvimiento, salarios, ingresos y renta (artículo 4).

La LOSSS consagra un Sistema de Seguridad Social cuya estructura organizativa está integrada por tres (3) Sistemas Prestacionales, uno de ellos es el de Previsión Social, conformado a su vez por cuatro (4) Regímenes Prestacionales, siendo el de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas, de naturaleza contributiva y el de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, de base asistencial, los vinculados con el tema de análisis en este estudio.

En este orden de ideas, una de las prestaciones garantizadas por el Sistema de Seguridad Social venezolano, según lo dispone el numeral 6 del artículo 18, es la referida a la protección o atención integral a la vejez, no sólo la satisfacción de las necesidades económicas, físicas y materiales del adulto mayor, sino además las emocionales, sociales, laborales, culturales, educativas, recreativas, productivas y espirituales. Si bien, todo el Sistema de Seguridad Social tal como ha sido concebido en la LOSSS (2002) se orienta a garantizar un nivel de vida adecuado para toda la población, inclusive la mayor de 60 años de edad; es importante destacar la importancia de dos regímenes fundamentales para la atención directa a la población que envejece, los cuales merecen especial atención: El Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas y el Régimen Prestacional de Servicios Sociales y Otras Categorías de Personas,, ambos contenidos en el Subsistema de Previsión Social de la LOSSS.

2.3. El Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas: Los sistemas de seguridad social deben procurar mantener y aumentar la capacidad de los sistemas de pensiones para cumplir con sus objetivos sociales, garantizar su viabilidad financiera, y mejorar su capacidad de respuesta ante los cambios de la sociedad y las personas. Este régimen se orienta a garantizar a las personas, previo cumplimiento de los requisitos de afiliación y contribución, prestaciones dinerarias ante las contingencias amparadas, comprendiendo entre otras, las pensiones de vejez o jubilación, las cuales sustituirán las tradicionales pensiones pagadas en los actuales momentos por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y por otros entes públicos sobre la base de la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional de los Estados y de los Municipios. (Decreto 1.440 del 17-11-2014)

Según lo previsto en la LOSSS (artículo 65) la pensión de vejez o jubilación garantizada por el referido Régimen Prestacional será de financiamiento solidario, a través de cotizaciones obligatorias, para las personas con o sin relación laboral de dependencia, de beneficio definido, de aseguramiento colectivo bajo el régimen financiero de prima media general y sobre una base contributiva de uno a diez (10) salarios mínimos urbanos, correspondiéndole al Estado la administración del fondo de pensiones de vejez. Dicha pensión de vejez o jubilación será financiada con las contribuciones de los empleadores y trabajadores y, de los trabajadores no dependientes con ayuda eventual del Estado en los casos en que sea procedente, conforme a lo establecido en la ley que regule este Régimen Prestacional. Asimismo, aquellas personas que no estén vinculadas a alguna actividad laboral, con capacidad contributiva, podrán afiliarse al Sistema de Seguridad Social y cotizarán los aportes correspondientes al patrono y al trabajador y en consecuencia serán beneficiarios a la pensión de vejez (artículo 66).

Los regímenes de pensiones se convierten, conjuntamente con el de salud, en las piedras angulares de todos los sistemas de seguridad social, sin embargo, en nuestro país, el legislador se encuentra en deuda y ambas leyes no han sido aprobadas. Así que el Régimen Prestacional de Pensio-

nes y Otras Asignaciones Económicas, tan importante para la protección a la vejez, no se ha desarrollado, pues su puesta en práctica implica además de la promulgación de una Ley especial para regularlo, la realización de profundas modificaciones al complejo y heterogéneo régimen de pensiones existente en el país.

2.4. El Régimen de Protección Social al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. Este régimen se desarrolla en el ámbito de protección contenida en la Ley de Servicios Sociales, publicada en Gaceta Oficial N° 38.270, del 12 de septiembre de 2005, con dos reformas parciales promulgadas en el año 2007. El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, es de naturaleza asistencial y cubre a toda la población en especial a los que se encuentren en situaciones de necesidad, las cuales están previstas en la Ley de Servicios Sociales, que regula, protege a todos los venezolanos de sesenta (60) o más años de edad y a los extranjeros de igual edad, siempre que residan legalmente en el país, así como a los venezolanos y extranjeros, residenciados legalmente en el país menores de sesenta (60) años de edad en estado de necesidad, no amparados por otras leyes, instituciones o programas destinados a ofrecer prestaciones semejantes a la previstas en esta Ley. Cuando se trate de extranjeros de tránsito en el país que se encuentren en las situaciones arriba indicadas, serán atendidos de acuerdo a los tratados, pactos y convenciones suscritos y ratificados por Venezuela (Artículo 3). Las prestaciones a otorgar son de dos tipos: asignaciones económicas de largo, mediano y corto plazo, y prestaciones asistenciales en servicio y en especie. Las de largo plazo son las que se otorgan por más de veinticuatro (24) meses, las de mediano plazo, las que se otorgan por un lapso de entre trece (13) y veinticuatro (24) meses, y las de corto plazo, las que se entregan por un lapso de entre seis (6) y doce (12) meses, que pueden ser pagadas por una cantidad fija de entrega única o periódica (Artículo 31).

Adicionalmente, una serie de derechos y programas son regulados por la Ley de Servicios Sociales, en aras de garantizar un equilibrio biosociosocial a los sujetos bajo su amparo, entre los cuales vale la pena destacar, el derecho a ejercer la sexualidad (artículo 10); la atención integral a la salud (artículo 24); el acceso a la educación pública, cultura y deporte (ar-

título 25); la promoción al empleo (artículo 26); la recreación, tiempo libre y turismo social (artículo 27). Dichas prestaciones corresponderán algunas, a programas desarrollados directamente por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, en lo adelante INASS, y otras a programas de convenimiento y cogestión con gobernaciones y/o alcaldías, pues de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 y siguientes las prestaciones, programas y servicios contemplados para el Régimen Prestacional regulado por esta Ley, son competencias casi exclusivas del Poder Central, al estar atribuidas al Ministerio con competencia en materia de servicios sociales al adulto y adulta mayor y otras categorías de personas, a saber, hoy día el Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social (MPC y PS) y al INASS

En cuanto a los recursos para el financiamiento del Régimen Prestacional, dada su naturaleza asistencial, estarán constituidos básicamente por las asignaciones presupuestarias previstas en la Ley de Presupuesto Anual, pues como ya ha sido señalado su ámbito de cobertura está dirigido prioritariamente en materia de asignaciones económicas a amparar a personas que no tienen capacidad contributiva y se encuentran en estado de necesidad (artículo 92). Por su parte, las Prestaciones Asistenciales en Servicios y en Especie que garantiza la Ley in comento, están constituidas por todos aquellos servicios sociales no dinerarios, orientados a mejorar las circunstancias de carácter social, no superables en forma autónoma por la persona, y que le impiden su desarrollo integral e incorporación a una vida plena y productiva.

2.5. Ley del Seguro Social Obligatorio: Previsión Social a favor de la Protección en la Vejez. La Ley del Seguro Social, en lo adelante LSS, es el instrumento jurídico que durante décadas ha regido y continua rigiendo la protección de la seguridad social en Venezuela a sus beneficiarios, ante las contingencias de maternidad, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro, cesantía y por supuesto la vejez. El primer Reglamento General de la ley del Seguro Social Obligatorio se promulga el 19 de febrero de 1944, ese mismo año se inician las actividades del Seguro Social en Venezuela con la cobertura de los riesgos de enfermedad, maternidad y accidentes, en 1946 se reformula la Ley y se crea el Instituto

Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y para 1951 se sustituye la Ley por el Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio. Es en el año 1966 cuando se reformula totalmente el Estatuto y al año siguiente se inicia su aplicación en 1967, fundándose los seguros de Enfermedad, Maternidad, Accidentes de Trabajo, Enfermedades Profesionales y se crean las pensiones de invalidez, incapacidad parcial, vejez y sobrevivientes, así como las asignaciones por nupcias y funerarias.

La Ley del Seguro Social (LSS), vigente desde 1967 y reformada parcialmente en varias oportunidades, ofrece protección social a los Adultos Mayores beneficiarios, mediante el otorgamiento de las siguientes prestaciones: a) La asistencia médica integral, a la que tienen derecho los pensionados por vejez y los miembros de su familia, siempre y cuando reúnan los requisitos establecidos por la Ley y el Reglamento (artículo 7). b) Pensiones de vejez (artículo 27): para lo cual el asegurado, debe haber cumplido 60 años de edad si es varón o 55 si es mujer y tener acreditadas un mínimo de 750 cotizaciones semanales.

Se evidencia claramente que el Seguro Social exige las dos condiciones básicas y fundamentales de cualquier régimen de previsión social, a saber, afiliación y contribución, a diferencia de la Ley de Servicios Sociales (artículo 39), de naturaleza asistencial, cuyo ámbito de protección está dirigido únicamente a las personas adultas mayores que se encuentren en estado de necesidad y con ausencia de capacidad contributiva y sólo tendrán derecho a una asignación económica, entre un mínimo de sesenta por ciento (60%) y un máximo de ochenta por ciento (80%) del salario mínimo urbano vigente. En Venezuela, la pensión por vejez es vitalicia y se comienza a pagar siempre que se tenga derecho a ella, desde la fecha en que sea solicitada, todo ello de conformidad con el artículo 30 de la LSS.

En atención al conjunto de normas que regulan la protección social al adulto mayor en nuestro país, se considera oportuno presentar a continuación un cuadro sinóptico con el conjunto de instrumentos vigentes.

CUADRO No. 1
INSTRUMENTOS LEGALES CON ÁMBITO DE PROTECCIÓN SOCIAL
A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

TIPO DE INSTRUMENTO	INSTRUMENTO	CONTENIDO
Convenios de Organismos Internacionales	Convenio 102 sobre Seguridad Social (Norma Mínima) (1952).	Parte V, regula las Prestaciones de Vejez disponiendo que todo Miembro para el cual esté en vigor esta parte del Convenio debe garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez (artículo 25). En el Art. 15 se destaca: Si la edad prescrita fuera igual o superior a 65 años, "esa edad deberá ser reducida para las personas que hayan estado trabajando en labores consideradas por la legislación nacional como penosa o insalubres".
	Convenio 118 relativo a la Igualdad de Trato de Nacionales y Extranjeros en Materia de Seguridad Social (1962)	Estado Miembro puede aceptar las obligaciones del presente Convenio en cuanto concierne a una o varias de las ramas de la Seguridad Social, para las cuales posea legislación efectivamente aplicada en su territorio a sus propios nacionales, incluyendo expresamente en su artículo 2, a las prestaciones de vejez.
	Convenio 128 relativo a las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (1967)	Parte III, regula las Prestaciones de Vejez y dispone en su artículo 14 que todo Miembro para el cual esté en vigor la presente parte del Convenio deberá garantizar a las personas protegidas la concesión de prestaciones de vejez, de conformidad con los artículos que contempla.
Legislación Nacional	La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.	Art. 3 (Fines del Estado), Art. 21 (Igualdad ante la ley), art. 23 (Convenios, Pactos y Tratados Internacionales) Art.75 (protección a la familia), Art. 80 (protección al anciano), Art. 82 (derecho a la vivienda), Art. 83 (derecho a la salud) art. 86 (sistema de seguridad social). Art. 135 (deber del estado y responsabilidad social particular). 328 (seguridad social para personal militar).

Continuación Cuadro No 1

TIPO DE INSTRUMENTO	INSTRUMENTO	CONTENIDO
	<p>La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) del año 2002 (G. 90.39.912 del 3/4/2012</p>	<p>Consagra la seguridad social, como el derecho humano y social fundamental e irrenunciable que es, está garantizado por el Estado no sólo a todos los venezolanos residentes en el territorio nacional, sino también se hace extensivo a todos los extranjeros residienciados legalmente en él.</p>
	<p>Ley de Servicios Sociales (LESS) Asistencialismo a favor de los más necesitados.</p>	<p>Ampara tanto a los venezolanos de 60 o más años de edad como a los extranjeros de igual edad, bajo la condición de que residan legalmente en el país, estipulando que los extranjeros de tránsito en el país y que se encuentren en las situaciones cubiertas por la Ley, serán atendidos de acuerdo a los tratados, pactos y convenciones suscritos y ratificados por la República.</p> <p>Establece servicios sociales para toda persona adulta mayor y asignaciones económicas a los que no tienen capacidad contributiva. Un elemento que sobresale del referido texto legal, son los incentivos que se establecen para estimular la incorporación voluntaria al proceso productivo en ocupaciones acordes con las cualidades y capacidades de los Adultos Mayores, así como también, para la constitución de cooperativas y organizaciones socio-productivas con este fin (artículo 62) y los incentivos tributarios a aquellas instituciones o empresas que mantengan en sus nóminas un mínimo de cinco por ciento (5%) de personas adultas mayores (artículo 63).</p>

Continuación Cuadro No 1

TIPO DE INSTRUMENTO	INSTRUMENTO	CONTENIDO
	Ley del Seguro Social Obligatorio vigente desde 1967. Última reforma Decreto No.6266 del 31/07/2008. G.O. 5891	La Ley del Seguro Social, en lo adelante LSS, vigente desde 1967 y reformada parcialmente en julio de 2008, es el instrumento jurídico que durante décadas ha regido y continua rigiendo (incluso después de la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social) la protección Social ante contingencias de maternidad, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro, cesantía y por supuesto la vejez. Ofrece atención integral a los Adultos Mayores afiliados y familiares mediante asistencia médica integral (art.7), en dinero (Art. 27), que cumplan los requisitos de 55 años mujer, 60 años hombres y un mínimo de 750 cotizaciones cotizadas.
	Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial 416.783 del 25/11/2014	Protección a la mujer dirigida a garantizarles el pleno ejercicio y libertades para una vida libre de violencia.
Otros Instrumentos legales sobre la materia	Ley y Reglamento del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios G.O. No. 35.752. Caracas, 13 de julio de 1995 Ley de Seguridad Social de la Fuerza Armada Nacional	Exclusivo de los funcionarios de carrera, se adquiere al alcanzar (60) años si es hombre, o (55) si es mujer, con 25 años de servicios o 35 independiente de la edad. Sus disposiciones siguen vigentes hasta tanto se promulgue la Ley que regule el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas. Seguridad Social del personal militar y sus familiares calificados, accede al derecho de pensión al salir de baja después de 15 años de servicio activo.

Fuente: Elaboración propia. Caracas julio 2015

Efectivamente, en nuestro país existe un conjunto de leyes vigentes y programas sociales asistenciales focalizados para la protección social a la vejez, pero los mismos son paliativos que no enfrentan el problema de fondo. No obstante, la protección efectiva de la vejez en Venezuela, presenta problemas variados, complejos y de carácter estructural, los cuales no se resuelven simplemente sancionando un vasto conjunto de normas legales, ni programas asistenciales, temporales, con normas poco transparentes que al final no son consideradas para su efectiva aplicación, pues en la realidad social del país, convergen e influyen agentes y factores económicos, sociales, demográficos, culturales, políticos, administrativos, sanitarios e incluso de contenido ético, que a pesar del complejo andamiaje jurídico y superposiciones de programas que al final confabulan contra la implantación de las condiciones básicas que permitan garantizar un envejecimiento digno y una longevidad con calidad de vida. A esto se le suma que el envejecimiento es tratado de una manera marginal, debido a que no existe una estructura educativa capaz de crear una imagen positiva de la vejez, así como el reconocimiento de los valores y la experiencia de vida de aquellos que han alcanzado edad avanzada.

Todo lo anterior, en un marco institucional de numerosos y dispersas instituciones, programas y acciones. Se hace inminente la necesidad de incorporar en una política nacional integral e interdisciplinaria, no sólo el componente jurídico normativo que le sirva de base, sino además, acciones efectivas estructurales, permanentes, en materia de salud, trabajo, deporte, cultura, vivienda, recreación y bienestar social no sólo para atender las contingencias de quienes han dado los mejores años de su vida y contribuido con el crecimiento y desarrollo de las generaciones actuales, pero que desafortunadamente viven en el presente las vicisitudes que muy probablemente en el futuro afrontarán, sin lugar a dudas, la población que hoy está económicamente activa, si no se toman medidas dentro de una política social integral, con un sistema de seguridad social fuerte y sustentable, que garantice la calidad de vida de toda la población, en especial, promover la productividad en las edades jóvenes, para que la sociedad esté en capacidad, no sólo de enfrentar con éxito el futuro envejecimiento de la población, sino aprovechar las ventajas y oportunidades que ese envejecimiento pueda significar para el país.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y LAS PENSIONES EN VENEZUELA

A partir de los últimos cincuenta años, la disminución de los niveles de fecundidad y de mortalidad se extendió en todos los países de América Latina. La fecundidad, que hace cincuenta y cinco años era una de las más elevadas del mundo, se redujo hasta ubicarse en la actualidad por debajo de la media mundial (CEPAL- CELADE, 2009). La reducción de la mortalidad, por su parte, se tradujo en 21,8 años de aumento de la esperanza de vida al nacer. Si bien quedan todavía esfuerzos significativos por realizar, se han notado algunos avances destacables como el ocurrido durante el quinquenio 2005-2010 en el que la esperanza de vida promedio del conjunto de las poblaciones latinoamericanas superaba en 7,9 años la del total de las regiones en desarrollo y era sólo 1,6 años menor que el promedio de la población europea. Asimismo, la emigración de población en edades activas tiene impacto en la estructura de edades de las poblaciones de países de la región. Como es ampliamente conocido, las poblaciones expulsoras de población envejecen de manera inmediata aun cuando las tasas de fecundidad se mantengan relativamente elevadas. Como resultado de esta evolución demográfica, se verifica un paulatino proceso de envejecimiento de las poblaciones que es heterogéneo en su magnitud y en su velocidad en los diferentes países de la región. Prof. Jorge Alfredo Alberto y Prof. Aníbal Marcelo Mignone (2015) identifican cuatro categorías, según la etapa de envejecimiento demográfico por la que transitan los países:

1. Envejecimiento incipiente: en este estadio se ubican el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay. Este proceso podría acelerarse si en estos países se consolida y se incrementa el descenso de la fecundidad.
2. Envejecimiento moderado: en este grupo se incluyen Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela.
3. Envejecimiento moderado avanzado: entre estos países están la Argentina y Chile.

4. Envejecimiento avanzado: países que encabezan el nivel de envejecimiento en América latina, como Cuba y Uruguay. Este contexto general sirve como referencia para la presentación del análisis del envejecimiento poblacional en los países que se consideran en este artículo.

En términos generales, podemos extraer del texto Panorama de las Pensiones en América Latina (2015), que la situación demográfica venezolana en el marco del comportamiento del promedio de los indicadores de los países de la región, es la siguiente: La esperanza de vida al nacer en Venezuela es de 73,3 años, inferior al promedio de ALC(73,6); mientras la esperanza de vida después de los 65 años de edad, es de 17, 3 años, inferior a la de ALC (17,4); y, la población mayor de 65 años, como porcentaje de la población en edad laboral, es de 10,7, inferior al porcentaje de ALC (12,3).

La disminución de la mortalidad, es otro factor que influye en el envejecimiento de la población y afecta de manera diferente a cada país, según la etapa de transición en la que se encuentre. La disminución de la mortalidad y especialmente de la mortalidad temprana, inicia el proceso de transición demográfica y aumenta el número de años de vida de la población. El descenso de la mortalidad en los países latinoamericanos ha incrementado la expectativa de vida al nacer. La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante, la sobrevida de la población en estos países para ambos sexos en el quinquenio 2000-2005 para ambos sexos es de 72 años de edad. CEPAL (2005).

Venezuela inicia su proceso de transición demográfica a partir de un rápido descenso de la mortalidad, producto de importantes medidas que en el ámbito de la salud pública y saneamiento ambiental se emprendieron de manera decisiva a partir de la década de los años cuarenta y que comienzan a reflejarse en notables ganancias en la sobrevivencia de la población. En el quinquenio 1950-1955, la tasa bruta de mortalidad se ubicaba en 12,4 por cada mil habitantes y en promedio la población vivía 55,2 años, ya en la primera mitad la década de los setenta el nivel de

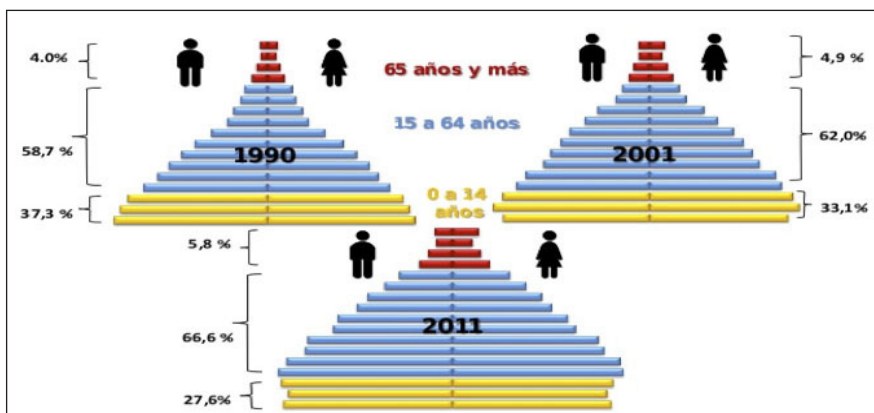
mortalidad general era del orden de 6,6 por mil y la esperanza de vida al nacimiento había aumentado a 66,1 años, indicando una ganancia de 11 años en el transcurso de este período. Según las estimaciones, a inicios del presente siglo la tasa bruta de mortalidad arriba a 5,1 por cada mil habitantes y los venezolanos vivían en promedio 6,7 años más

Los fundamentos teóricos de la ciencia demográfica indican que la disminución de las tasas de mortalidad específica, en cohortes numerosas conduce a la reconfiguración de la pirámide de edades. En el caso de Venezuela, la situación se visualiza gráficamente en la reducción de la base piramidal (0 a 15 años). Esto sucede debido a que los cambios demográficos son muy recientes, mientras la forma se mantiene más o menos idéntica en los grupos de edad adulta. La pirámide comienza a ensancharse en su cúspide y a reducirse en su base, presentando un engrosamiento en parte intermedia de la pirámide que representa la población con las edades correspondiente a las edades entre 15 años y los 64 años de edad, el incremento de este segmento de la población representa generalmente a los trabajadores activos. La cúspide de la pirámide representa a la población adulta mayor constituida generalmente por las edades iguales o superiores a 65 años de edad y en los últimos censos se puede apreciar un ligero incremento de la población femenina mayor de 65 años, hecho que hace más evidente en la cúspide de la pirámide, correspondiente a las edades más avanzadas de la población. La edad cronológica asumida por la legislación venezolana para determinar a la población adulta mayor es la de 60 años edad. (LESS 2008, Art. 7, Numeral 1). Las repercusiones del envejecimiento demográfico para las diferentes ramas de la seguridad social: empleo, salud, vivienda, son múltiples y más específicamente con significativa importancia para el régimen de pensiones, tenemos:

- Incrementa la tasa de dependencia entre la población pasiva y activa y posiblemente también la tasa de dependencia entre la población enferma y la población con buena salud.
- Prolonga el tiempo de la población sujeta al beneficio en especial a las pensiones de vejez, debido al aumento de la esperanza de vida.
- Afecta la sostenibilidad de los regímenes de seguro de vejez

- Se incrementan los programas de asignaciones económicas o apoyo de cuidado diario para los adultos mayores y estos tienden a ser de mayor duración.
- En términos generales se presenta el riesgo de pobreza general para las personas mayores, etc.
- En la sociedad, el envejecimiento contribuirá a modificar radicalmente todos los aspectos de la vida y a permitir la emergencia de una sociedad longeva – una sociedad en la que deberá establecerse un nuevo contrato generacional.

Grafico No. 2
Venezuela Estructura de la población censada 1990, 2001 y 2011



Fuente: Tomado de presentación INE, Censo 2011(primeros resultados) Caracas, 23 de febrero 2012

En el gráfico de la estructura por edades con los datos aportados por el INE en los censos correspondientes a los años 1990, 2001 y 2011, podemos destacar los siguientes aspectos:

- Aumento del peso relativo de la Población en Edad de Trabajar (PET) población de 15 a 64 años (1990: 58,7%, 2001: 62,0% y 2011:66,6%).

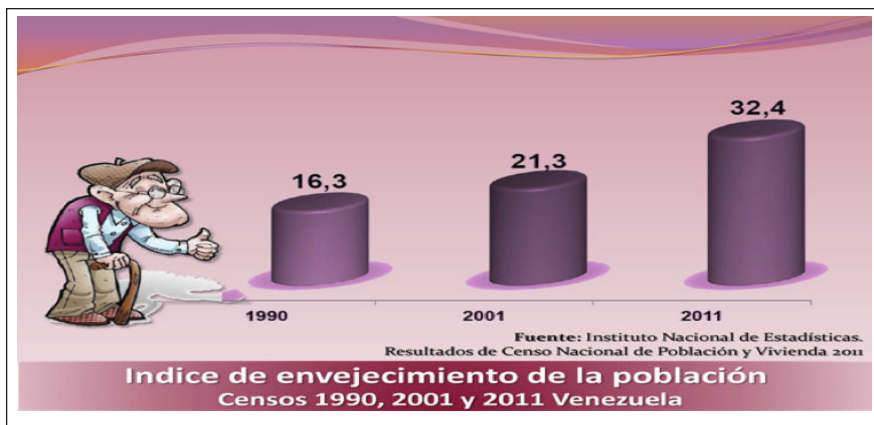
Ello significa que el país dispone de una mayor proporción de población en la edad productiva, lo cual se traduce en una menor relación de dependencia, es decir, menos personas a cargo. Esta situación que atraviesa nuestro país por un periodo aproximado entre el 2010 y 2040 es considerada como una “Ventana de Oportunidad”, también llamada “bono demográfico”, lo cual implica menos exigencias para los sistemas de salud materno infantil y de educación escolar, lo cual potencialmente incide en producir, ahorrar e invertir más. El periodo del “bono demográfico” ofrece la oportunidad para prepararse para el aumento del venidero incremento de la población adulta mayor; pero ello se alcanzará, sólo si se dispone de las capacidades adecuadas de salud, educación y empleo. Esta oportunidad demográfica se materializará en la medida que la sociedad sea capaz de generar empleos de calidad y en cantidad suficiente.

- Reducción de la proporción de niños y niñas menores de 15 años (1990: 37,3%, 2001:33,1% y 2011: 27,6%). La reducción de la población menor de 15 años está afectada directamente por el descenso de la natalidad en el país. El descenso de la fecundidad se traduce en la función reproductiva, este es un factor de suma importancia para el envejecimiento de la población, aun cuando ella varía en función al grupo de edades; en promedio, podemos apreciar el descenso de la tasa global de fecundidad en Venezuela y lo más grave aún es que las proyecciones del INE evidencian que no sólo se mantendrá sino que se intensificará en el tiempo. Existen numerosos enfoques que tratan de explicar las razones de la reducción de la fecundidad, la gran mayoría se centra en argumentos económicos y sociales, vinculados al desarrollo social, status de la mujer en la sociedad, su participación en la fuerza de trabajo, su nivel educativo, en general, en variables asociadas a la intervención activa de la mujer en la sociedad y al desarrollo de una sociedad.
- Aumento de la persona adulto(a) mayor, mayores de 65 años (1990:4,0%, 2001:4.9% y 2011: 5,8%). Encontramos evidencias de una mayor presencia de población mayor de 65 años, sin embargo, el incremento en cada censo en nuestro país alcanza sólo el 0,9% demostrando que la población mayor de sesenta y cinco (65) años,

en los últimos 20 años, apenas ha sufrido un incremento de 1,8 %, por lo tanto, la proporción de adultos mayores a 65 años, apenas roza el 6 % del total de la población, esta situación de escaso peso demográfico de la población adulta mayor en nuestro país, ha incidido que los planes y políticas estatales a favor de los ancianos sean muy débiles; los programas de atención social, educativos, preventivos y culturales están mayoritariamente dirigidos a la población joven. Sin embargo, el ritmo constante del crecimiento de este grupo etario, obliga a repensar el contenido de la política social.

Efectivamente, esta situación comienza a cambiar cuando se aprecia ese incremento lento pero inexorable de la población mayor, acompañada de una reducción significativa de la población menor de 15 años de edad, en el mismo lapso de 20 años. En tres censos registrados, encontramos que la reducción de la población menor de 15 años alcanza el 9,8%. Al mismo tiempo, el índice de envejecimiento de la población alcanza a 32,4 %. Esto quiere decir que existen 32 personas mayores a 60 años por cada 100 menores de quince años.

Gráfico No. 3



Fuente: Tomado de presentación INE, Censo 2011. Caracas, 23 de febrero 2012

Al establecer relaciones entre los indicadores demográficos y la situación socioeconómica del país, los registros censales recientes obligan

a tomar previsiones tempranas, desde el punto de vista gubernamental, a los fines de ampliar y sostener en el tiempo las políticas de seguridad social de los ciudadanos.

Esta incipiente tendencia al envejecimiento poblacional, según las estadísticas disponibles en Venezuela, por todas las vías está ligada a cambios visibles en la calidad de vida de los venezolanos. Es difícil propiciar el quiebre en las tendencias demográficas tradicionales, si la situación económica y social de la República no empuja en la dirección correcta. El proceso de envejecimiento se da simultáneamente con dos variables indicadoras, como son: el incremento de la esperanza de vida y el aumento de la edad mediana de la población en nuestro país.

Gráfico 4
Venezuela Esperanza de Vida
2012-2021

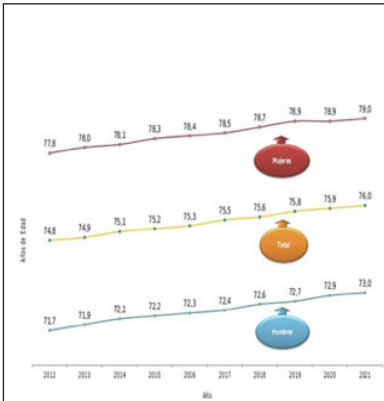
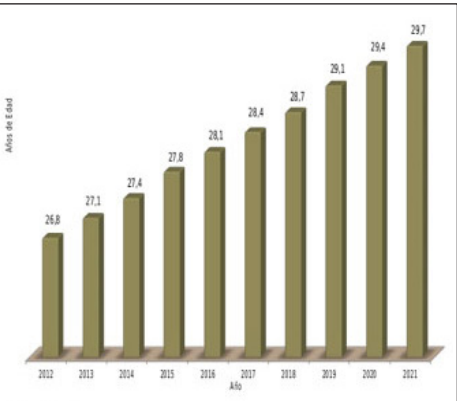


Gráfico 5
Venezuela Edad mediana 2012-2021



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE

La esperanza de vida del venezolano se está incrementando paulatinamente con los años como se puede apreciar en el grafico No. 4. Según las proyecciones del INE para el año 2015, el promedio entre los sexos de la esperanza de vida alcanza a 75,2 años de edad y para el año 2021 se proyecta que alcance un promedio de 76 años de edad. Este comportamiento demográfico se refleja también en la edad mediana de

la población, con una tendencia al crecimiento para el año 2015 la edad mediana se encuentra en 27,8 años de edad y para el año 2021 se estima que se aproxime a los 30 años de edad.

En síntesis, podemos afirmar que el envejecimiento de la población en Venezuela, posee como mínimo cuatro (4) características básicas que merecen ser destacadas:

- a. La feminización de la población adulta mayor; la esperanza de vida femenina es superior a la masculina en todas las edades y esta diferencia se incrementa en la medida que se escala mayores niveles de edad.
- b. El incremento de los ancianos se aprecia más acelerado en los de más edad; el subgrupo que más crece es el mayor de 80 años; por lo tanto, es necesario acelerar el proceso de adecuación de los planes de salud para esta población en especial para la atención de las enfermedades crónicas y degenerativas.
- c. Existe una gran proporción de la población adulta mayor en el país que no está cubierta por la seguridad social.
- d. La estructura nuclear familiar tradicional (fortaleza en cualquier sociedad del mundo), se ha ido debilitando en la sociedad venezolana; por reducción de la familia extendida a la familia nuclear, ruptura de los lazos familiares y separación de los miembros de una familia, fragmentación de las parejas jóvenes y migraciones a otros países. Esta situación puede traer como consecuencia pérdida de protección y calidad de vida para los adultos mayores.

El envejecimiento en sí mismo, no significa un peligro para ninguna sociedad, si esta se prepara adecuadamente y desarrolla sus políticas en torno a las características demográficas y sus previsibles proyecciones. El reto consiste en preparar a la sociedad con antelación para aprovechar las oportunidades que pueda significar una población madura, con experiencia, tiempo libre y recursos económicos, la reducción de los costos en salud materno infantil, guarderías y educación preescolar y la posibilidad de desarrollar todavía más rápidamente y con mayor extensión la cohe-

sión social entre generaciones. Pero también, podría suponer un riesgo grave, si no tomamos en consideración todos los desafíos de gastos en salud geriátrica, medicamentos para enfermedades degenerativas, ingresos a través de pensiones y calidad de vida de esta población.

La tendencia al envejecimiento de la población, aunque lenta en la actualidad en Venezuela, resulta preocupante, en especial cuando se analizan los indicadores como el desempleo y el porcentaje de la población económicamente activa incorporada al sector informal de la economía, la proporción de población de escasos recursos sin afiliación a la seguridad social, la dispersión legislativa y programática de los programas de protección social a la vejez en nuestro país y la escasa importancia atribuida a su desarrollo institucional. Adicionalmente, no existe una cultura valorativa capaz de crear una imagen positiva de la vejez, así como el reconocimiento de la sabiduría y experiencia de vida de aquellos que han alcanzado edad avanzada.

Algunos referentes aportados por Estudios recientes como el desarrollado cada año por la organización británica de ayuda a la vejez, HelpAge International, evidencia en el índice sobre la situación de la vejez, que construye como resultado de la combinación de cuatro factores: seguridad de los ingresos; salud -esperanza de vida y bienestar psicológico; capacidades -posibilidad de trabajar o educarse, por ejemplo-; y, entorno -seguridad, libertad cívica, relaciones sociales. Este índice para el año 2014 refleja que Venezuela aparece en el lugar 76, y es el peor evaluado de los países latinoamericanos. En nuestro país a pesar de la vigencia de la Ley de Servicios Sociales (2005) el envejecimiento continúa tratándose como un tema marginal y la valoración del adulto mayor se realiza desde la carencia y la debilidad, sin identificar las fortalezas propias de esta etapa de la vida.

EL RÉGIMEN DE PENSIONES EN VENEZUELA

En Venezuela existen innumerables regímenes de jubilaciones y pensiones de características diversas: Contributivos y no contributivos, par-

ticularmente, en el sector público. Estos regímenes marchan en paralelo con el régimen más general existente en el país, el de pensiones por vejez, que administra el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

El primer sistema de pensiones y jubilaciones del sector público venezolano, desarrollado con cierta permanencia en nuestro país se promulgó en el año 1842 y se correspondía con una ley especial de pensiones civiles, jubilaciones y retiros militares. La obtención del beneficio se ajustaba al cumplimiento de treinta años de servicio activo, aun cuando no fuese consecutivo y el monto no estaba vinculado al salario percibido, sino por el tipo de servicio prestado al país.

Las pensiones por vejez se consagran en la Ley del Seguro Social, efectiva a partir del año 1967, mediante la cual se amplían los beneficios de asistencia médica y se establecen las prestaciones en dinero a largo plazo materializadas en las pensiones de vejez y para el año 1975, este beneficio se extiende a todo el territorio nacional a través del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Es precisamente el IVSS, que durante su historia, se ha constituido en la principal institución responsable del régimen de pensiones del país, en especial de las pensiones de vejez.

El IVSS se financia mediante aportes de los trabajadores, empleadores y el Estado y en particular el régimen de pensiones funciona sobre la base de transferencias intergeneracionales, donde los trabajadores actualmente activos financian a los trabajadores retirados. Algunos indicadores obvios evidencian que este sistema de pensiones presenta una estructura desequilibrada, ya que las cotizaciones aportadas por los trabajadores cotizantes no cubren el pago de las pensiones actuales y el número de cotizantes, con relación a los pensionados, ha disminuido de forma sostenida en los últimos veinte años.

Muchos ciudadanos están hoy preocupados por el futuro de sus pensiones por dos razones: a mediano plazo, por la caída creciente del número de cotizantes y el aumento del número de beneficiarios. A largo plazo, por el envejecimiento de la población y por el menor tamaño de las cohortes jóvenes que tendrán que pagar las pensiones de las familias numerosas que ahora se jubilan.

Venezuela ya no es un país de niños y en 40 años ni siquiera será una nación de jóvenes. Con el 21% de la población empadronada por el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda el Instituto Nacional de Estadística (INE) mostró algunos indicadores que marcan una tendencia hacia el envejecimiento poblacional. Con el agravante del escaso desarrollo institucional que se dispone en el país, para garantizar la protección social a la actual población envejecida, el régimen de pensiones del IVSS, cubre para finales del año 2013, sólo el 52,8 % de la población mayor de 60 años de edad (SISOV, 2015), es decir un poco más de la mitad de la población mayor de 60 años para ese momento, sin considerar el lento pero inexorable crecimiento de este segmento de la población.

En virtud a la necesidad de ampliar la cobertura de la población afiliada al IVSS con derecho a optar por una pensión de vejez, es preciso destacar que adicionalmente a lo dispuesto en la LSS y su Reglamento General, el Ejecutivo Nacional ha dictado varios Decretos que establecen medidas necesarias para facilitar el otorgamiento y el disfrute de la pensión de vejez a través del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) a Adultos Mayores que se encuentran en circunstancias específicas, entre otros destacamos:

- Decreto No. 4.107, G.O. No. 38.323. Caracas, 28 de noviembre de 2005. Mediante el cual se dicta el Instructivo que establece las Normas que regulan la Tramitación de las Jubilaciones Especiales para los Funcionarios y Empleados que prestan servicio en la Administración Pública Nacional, Estatal, Municipal y, para los Obreros Dependientes del Poder Público Nacional.
- Decreto No. 4.269, Gaceta Oficial No. 38.377, Caracas, 06/02/ 2006. Programa excepcional y temporal para otorgar pensiones de vejez a aquellas personas que cumplidos sus requisitos de edad no tengan acreditadas ante el IVSS las (750) cotizaciones mínimas exigidas.
- Decreto No. 5316 de fecha 30/04/2007: Programa excepcional y temporal, para que los Ministerios del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social y el de Participación y Protección Social, a través de sus entes adscritos, conjunta y coordinadamente, registren, ca-

lifiquen y certifiquen a 100.000 personas venezolanas o extranjeras, mayores de 70 años de edad, que residan en el territorio nacional y se encuentren en alguno de los estados críticos que en él se señalan.

- Decreto No.5.370 de fecha 30/05/2007: Programa excepcional y temporal, para que el IVSS, identifique y registre en su nómina de asegurados a cincuenta mil (50.000) mujeres mayores de 65 años de edad, venezolanas, que viviesen en el territorio nacional o extranjeras con residencia mínima en el país de 10 años. Mediante este Programa se incorporaron sólo 12.329 amas de casa al seguro social
- Decreto No. 7.401 de fecha 30/04/2010: Programa excepcional y temporal para otorgar pensiones de vejez a aquellas personas que cumplido los requisitos de edad no tengan acreditadas ante el IVSS las (750) cotizaciones mínimas exigidas. Este Decreto al igual que el Decreto 4.269, crea un programa excepcional y temporal para garantizar el disfrute de las pensiones de vejez otorgadas por el IVSS, pero su vigencia se redujo a sólo siete (7) meses es decir, hasta el 31 de diciembre de 2010.
- Decreto No.7.402 de fecha 30/04/2010, Se ordena al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) el otorgamiento de la pensión de vejez a veinte mil (20.000) campesinos y campesinas, pescadores y pescadoras que hayan cumplido, si es hombre (60) años de edad y si es mujer (55) años de edad. De acuerdo con este Decreto, el INASS transferirá al IVSS la nómina correspondiente a las ciento cinco mil seiscientas (105.600) personas adultas mayores beneficiarias de la asignación económica, quienes pasarán a recibir la pensión de vejez equivalente al cien por ciento (100%) del salario mínimo nacional a partir del 01 de enero de 2012 (Artículo 9). Asimismo, conforme al Artículo 9, se reconoce el derecho a la pensión de vejez, igual al salario mínimo, a las cien mil (100.000) personas adultas mayores beneficiarias de la asignación económica establecida en el Decreto 5.316 y que cancela el IVSS.
- Decreto Presidencial No. 8.694. Se oficializa la Gran Misión Amor Mayor dictado el 08/12/2011. Debido al limitado alcance de estos

programas, y muy probablemente por tratarse el 2012 de un año electoral, en diciembre de 2011 el Gobierno Nacional lanzó la Misión en Amor Mayor Venezuela, dirigida a otorgar pensiones de vejez equivalentes a salario mínimo a las mujeres mayores de cincuenta (55) años y a los hombres mayores de sesenta (60) años, sin importar si han cotizado o no al seguro social y siempre que vivan en hogares cuyo ingreso mensual sea inferior a un (1) salario mínimo. Este es el único de los decretos de carácter asistencialista que fue concebido con cierta permanencia. Pero la selección e incorporación de los pensionados es discrecional, temporal y su selección poco transparente. Para el momento de elaborar este artículo se anuncia la fusión de esta Gran Misión a la Misión Hogares de la Patria, y se obliga a la población adulta mayor que requiera la pensión a registrarse nuevamente, junto con las amas de casa y las personas con discapacidad. Este censo lo realizan el Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV) y las Unidades de Batalla de Chávez en las parroquias y los barrios. En la página del PSUV (hogaresdelapatria.psuv.org.ve) se encuentra la planilla para el registro en la misión. Con ello, se hace evidente el uso político partidista que el gobierno nacional hace de las misiones sociales en nuestro país.

A pesar de las medidas excepcionales anunciadas y puestas en ejecución para incrementar la cobertura del seguro social en Venezuela, encontramos que en los datos registrados en el SISOV para el año 2013, evidencia que la población afiliada al IVSS, sólo cubre el 18,9% de la población total del país (Cuadro No. 2).

Cuadro No 2:
Población asegurada al IVSS con respecto a la Población Total del País

AÑO	PORCENTAJE
2004	9,5
2005	13,9
2006	13,1
2007	14,1
2008	12,1
2009	15,7
2010	16,6
2011	17,5
2012	18,3
2013	18,9

Fuente: Sisov 2013.

Cuando nos referimos a la necesidad de aproximarnos a conocer la situación de la seguridad social con respecto al régimen de pensiones de la población adulta mayor en nuestro país, consideramos oportuno indagar sobre la cantidad de pensiones por vejez otorgadas por el IVSS, incluyendo las pensiones incorporadas por los diferentes Decretos Presidenciales

Con los datos expuestos en el Cuadro No. 3, podemos afirmar que efectivamente en nuestro país, desde el año 2004 hasta el año 2013, se ha duplicado el número de la población pensionada por vejez en Venezuela, sin embargo, es necesario destacar que para el año 2013 la población adulta mayor pensionada por vejez apenas alcanza a proteger a la mitad de la población de 60 o más años de edad en nuestro país.

Cuadro No 3
Población pensionada por vejez (IVSS) con respecto a población
total de 60 años y más

AÑO	PORCENTAJE
2004	27,2
2005	28,5
2006	33,0
2007	40,0
2008	41,2
2009	43,3
2010	49,0
2011	53,1
2012	52,9
2013	52,8

Fuente: SISOV 2013

Hasta ahora, el gobierno nacional ha implementado ciertos programas para extender la protección social a las personas de la tercera edad, pero estos se han centrado básicamente en garantizarles una prestación económica, la mayoría de las veces equivalente al salario mínimo, y en todo caso, se trata de medidas espasmódicas o coyunturales (consideradas por las propias autoridades como excepcionales), que han permitido atender a un grupo vulnerable de la sociedad, pero no resuelven el problema en sus raíces, al no establecer mecanismos de protección para aquellos que aún no han llegado a la edad de retiro y que podrían estar contribuyendo al sostenimiento del sistema de seguridad social en la actualidad y a futuro.

- a) La aplicación del enfoque de los derechos humanos al análisis e interpretación de los asuntos de la vejez ha significado un cambio paradigmático respecto de una etapa de la vida que, tradicionalmente, se asocia a carencias de todo tipo, y las Naciones Unidas ha hecho un enorme aporte en este sentido, sin embargo, en nuestro país, se

hace preciso superar la enorme dispersión normativa existente, sincerar, integrar y hacer coherente la legislación existente y hacer más eficientes las instituciones responsables de brindar estos servicios.

- b) A medida que se avanza los países deben adoptar políticas y desarrollar servicios en atención a sus especificidades para cubrir las demandas de una proporción de población adulta mayor cada vez superior, cambios que generan necesariamente deben generar otros cambios en los ámbitos sociales, económicos, ambientales y normativos.

Dos temas centrales han surgido frente al análisis del tema de las pensiones a la luz del proceso de envejecimiento de la población y de las características de los regímenes de jubilaciones y pensiones. El primero de ellos, tiene que ver con la edad para el retiro laboral y las características de los regímenes de carácter contributivo. El segundo, se orienta hacia la propuesta del ajuste periódico de las pensiones como consecuencia de la pérdida del poder adquisitivo. Ambos tópicos han sido considerados en las diferentes propuestas de proyectos sobre la Ley de Régimen Presidencial de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas prevista en la LOSSS y que todavía no ha sido aprobado.

CONSIDERACIONES FINALES

Desde la perspectiva favorable es importante considerar que el envejecimiento no es peligro en sí mismo, es producto de mejoras en las condiciones de vida, por lo tanto, consecuencia de condicionantes que son y han sido favorables a cualquier sociedad. al proceso de envejecimiento. El proceso de envejecimiento es sólo un cambio en la estructura de edades, cambio que es previsible por lo tanto factible de desarrollar estrategias y planes de acción conducentes al aprovechamiento de sus oportunidades, como el de disponer de población madura, con experiencia, tiempo libre y recursos.

También es importante considerar que el envejecimiento de la población es condicionado por la reducción de la población menor de 14 años, en especial de la población infantil, esta situación trae consigo, reducción de costos maternos infantiles, guarderías y educación preescolar, entre otros, dichos gastos pueden ser reinvertidos en estrategias que contribuyan a enfrentar los cambios en la estructura demográfica.

En los países de la región latinoamericana en vías de desarrollo, en especial en Venezuela, nos encontramos en un proceso demográfico caracterizado por el incremento de la población económicamente activa (PEA), potencial de desarrollo si se disponen de capacidades educativas y de empleo. Los datos demográficos en Venezuela nunca han sido tan favorables como lo son actualmente, y puede que no lo sean de nuevo. Nuestro país debe aprovechar esta ventana de oportunidad para fortalecer el régimen de pensiones y elevar los niveles de vida antes de que el clima demográfico cambie. Entre las estrategias a impulsar está la de desarrollar una política de pleno empleo que garantice un trabajo decente y protegido para la población económicamente activa que contribuya a fortalecer los fondos de pensiones y garantice que la poblaciones disfrutará de medios de vida al llegar a la vejez; fortalecer los programas de salud, en atención a la situación demográfica de los estados y municipios.

Por otro lado, en la mayoría de los países desarrollados se avanza por indicadores identificados como de envejecimiento demográfico en diferentes niveles de transición, esta situación internacional de búsqueda de fuerza laboral joven y calificada, debe ser aprovechada por nuestro país como fuente de atracción laboral de las grandes corporaciones globales y prepararse para evitar el riesgo contrario de convertirse en expulsor del talento humano juvenil, atraído por dichas corporaciones desde otras latitudes o países con mayores condiciones de atractividad.

Frente al proceso de envejecimiento, el régimen de pensiones en Venezuela confronta un conjunto de desafíos que debe enfrentar para mejorar su capacidad de respuesta ante los cambios de la sociedad y las personas. Es importante destacar los siguientes aspectos:

- a) La escasa capacidad de los sistemas de pensiones para cumplir con sus objetivos sociales, aprovechando para ello, la existencia del bono demográfico en nuestro país.
- b) La dispersión legislativa e institucional en materia de pensiones en nuestro país y la ausencia de voluntad política para aprobar el régimen pensional consagrado en la LOSSS
- c) La presión que causa el envejecimiento de la población en el gasto destinado a salud y proceder a ajustar los sistemas de salud para enfrentar los cambios epidemiológicos y adecuar la transformación de las prestaciones sanitarias.
- d) La necesidad de una política social firme, planificada y evaluable para el desarrollo de pensiones no contributivas en especial para aquellos sectores de la población más empobrecidos
- e) La realización de estudios técnicos actuariales que permita evaluar la viabilidad financiera para la sostenibilidad de los fondos de pensiones del IVSS y proceder en consecuencia.
- f) El desarrollo de una cultura ciudadana de apoyo y respeto al adulto mayor a los fines de contribuir a fortalecer la solidaridad intergeneracional.
- g) La creación de condiciones sociales, físicas e institucionales que favorezcan a la integración y calidad de vida de las personas adultas mayores
- h) El desarrollo de una política social firme en materia pensional donde se tome en consideración, entre otros aspectos, la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres en materia de protección social y universalidad de la cobertura de la seguridad social en especial para la población rural.

La protección que actualmente ofrece el sistema venezolano de seguridad social frente a la vejez, es claramente insuficiente. El conjunto de beneficios se reduce a pensiones, pagaderas por el IVSS, por el INASS, gobiernos estatales y locales y jubilaciones otorgadas por organismos pú-

blicos, eventuales pensiones de sobrevivientes, cuando se trata de adultos mayores familiares calificados de pensionados del seguro social o de jubilados o pensionados del sector público, además de asistencia médica, pero se sabe que tales prestaciones sólo llegan a la mitad de la población mayor. Aunado a las dificultades para realizar estudios y evaluaciones por cuanto desde el año 2011 el IVSS suprimió la información sobre las pensiones de vejez en el país, lo cual dificulta conocer y monitorear los datos actualizados en materia pensional.

En Venezuela coexisten en la actualidad, como se ha visto hasta ahora, multiplicidad de normas y un conjunto variado de regímenes de jubilaciones y pensiones en el sector público producto de decretos, convenciones colectivas de trabajo y otros instrumentos jurídicos de diferente jerarquía, que consagran beneficios de variada cuantía que deben ser evaluados, armonizados e integrados, sin violar los derechos adquiridos.

El Estado por mandato constitucional tiene el deber de proteger a quienes ya llegaron a la vejez y no disponen de recursos, así como proteger a los que ya son viejos pero no son pobres o al menos no pobres extremos. Ante esta realidad, es necesario desarrollar la legislación que habrá de regular el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas, pues teniendo en cuenta lo dispuesto en la LOSSSS, a través de este Régimen será posible la afiliación de trabajadores independientes en general y el otorgamiento de subsidios a la cotización para los trabajadores independientes de bajos ingresos, lo que contribuiría a incrementar la cobertura y sostenibilidad financiera. Estableciendo incentivos para la cotización al régimen, así como subsidios y facilidades para la obtención de las pensiones por vejez.

HACIA ALGUNAS RECOMENDACIONES

- En lo estratégico; desarrollar una política de protección social integral en torno a la concepción del envejecimiento positivo. Atraer la

inversión con reglas claras y ambiente de negocio favorable para convertir al país en polo de atracción de las grandes corporaciones internacionales que se encuentran en búsqueda de talento joven calificado disponible.

En lo táctico:

- Invertir en capital humano, desarrollo del talento joven y abrir oportunidades de pleno empleo, desarrollar la efectiva aplicación de la noción de Trabajo Decente estable y protegido por la seguridad social a los fines de lograr aprovechar la existencia en nuestro país del denominado bono demográfico.
- Incorporar la perspectiva de género y equidad laboral, a través de una política integral efectiva de equidad de género y mediante el apoyo, entre otras acciones, hacia las mujeres en cumplimiento del rol de cuidadoras, fortalecer los servicios sociales para cuidados a domicilio y garantizar la continuidad de las cotizaciones de la mujer para la seguridad social.
- Difundir cultura previsional, solidaridad intergeneracional, imagen valorativa de la vejez de la previsión y el ahorro.
- Desarrollar estrategias inclusivas de protección social mediante el incremento de las pensiones sociales no contributivas, por la vía de la universalidad de las pensiones básicas y/o por el desarrollo de las estrategias basadas en Piso Nacional de Protección Social (PNPS) para los sectores tradicionalmente excluidos.
- Garantizar la efectiva aplicación de artículo 86 CRBV, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y la Ley de Servicios Sociales, y proceder a la integración normativa, institucional y programática de la seguridad social en nuestro país.
- Abocarse al estudio y aplicación de medidas que favorezcan el financiamiento de las pensiones y jubilaciones en nuestro país: tales como la revisión de los tiempos de cotización (trayectoria laboral v/s esperanza de vida), evaluar el estímulo para el retraso en el goce de

la jubilación, Acentuar las medidas de fiscalización y afiliación. Desarrollar acciones para reorientar el gasto en función a las proyecciones de la estructura demográfica y fortalecer y publicitar la inversión de los fondos de jubilaciones y pensiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- ALBERTO, Jorge Alfredo y MIGNONE, Aníbal Marcelo (2015). “El papel de los Geo indicadores en el análisis espacial”. Revista Geográfica Digital No. 23, enero-julio 2015. Publicaciones del Instituto de Geografía. Facultad de Humanidades. UNNE. San Juan-Argentina.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley de Servicios Sociales. Gaceta Oficial No. 38.270. Caracas, 12 de septiembre de 2005.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ley de Reforma Parcial de la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Funcionarias o Empleados o Empleadas de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios. G.O. No. 5.976, Extraordinario. Caracas, 24 de mayo de 2010.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. “Ley de Reforma Parcial del Decreto No. 6.266 con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Reforma Parcial de la Ley del Seguro Social”. G.O. No. 5.976, Extraordinario. Caracas, 24 de mayo de 2010
- BOSCH, Melguizo Y PAGÉS (2013), “Mejores Pensiones, Mejores Trabajos: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe”. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- CEPAL-CELADE (2005). Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. En Serie Población y Desarrollo No. 58. Santiago de Chile.
- CEPAL-CELADE (2007). Estimación y proyección de las poblaciones de América Latina y el Caribe, actualizada a julio 2007. Versión on line. http://www.eclac.cl/celade_proyecciones/basedatos_BD.htm
- CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. “Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Nacionales”. Gaceta Oficial No. 35.752. Caracas, 13 de julio de 1995. [Links]

- CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. “Convenio No. 102. Seguridad Social (Norma Mínima) 1952”. Gaceta Oficial No. 2848 Extraordinario. Caracas, 27 de agosto de 1981. [Links]
- CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. “Convenio 118. Igualdad de Trato de Nacionales y Extranjeros en Materia de Seguridad Social (1962)”. Gaceta Oficial No. 847 Extraordinario. Caracas, 27 de agosto de 1981. [Links]
- CONGRESO NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. “Convenio No. 128. Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (1967)”. Gaceta Oficial No. 3169 Extraordinario. Caracas, 11 de mayo de 1983. [Links]
- Diario el Universal, (2014) Disponible en: <http://www.eluniversal.com/vida/141001/venezuela-es-uno-de-los-peores-paises-para-envejecer>
<http://www.elmundo.com.ve/noticias/economia/politicas-publicas/venezuela-es-uno-de-los-peores-paises-para-envejec.aspx#ixzz3fPYGSOJZ>
- FERNÁNDEZ S., María Eugenia (2014). La Protección Social frente a la vejez en Venezuela / Pp. 191-222
- GONZALEZ, Julieta (2005). “Atención al Adulto Mayor en Venezuela”. Disponible en http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/4/23004/JGonzalez_p.pdf. Fecha de consulta 02/06/2009. [Links]
- OIT (2011).Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS.
 Oficina Internacional del Trabajo • Ginebra. Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2011 Primera edición 2011
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (2011). “Resumen de Indicadores Socioeconómicos. Noviembre 2011”. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/resumenindicadoresociales/Resumen_ISD. Pdf. Fecha de Consulta: 31.01.2012.
- LEY ORGANICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL publicada Gaceta Oficial N° 37.600 de fecha 30 de diciembre de 2002; última reforma G.O. 90.39.912 del 3/4/2012
- MÉNDEZ CEGARRA, Absalón (2013). “Extensión de la cobertura pensional en Venezuela” Cuaderno de Postgrado No 31, CEAP-FACES-UCV.
- MENDEZ CEGARRA, Absalón (2009) “Regímenes y Fondos de Jubilaciones y Pensiones en la Universidad Pública Venezolana” Revista Seguridad Social al Día. Año 2. N° 6. Caracas- Venezuela.

- MENDEZ CEGARRA, Absalón (2013) Retos de la Seguridad Social. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Comisión de Estudios de Postgrado. Caracas- Venezuela.
- OIT (1993). Memoria del Director General. El Seguro Social y la Protección Social. Conferencia Internacional del Trabajo. 80ª reunión.
- NEOMUNDO. (2012). La población en América Latina hoy vive 25 años más que en 1900. Revista edición online, 21 de septiembre 2012. Disponible en: <http://www.neomundo.com.ar/Ciencia/-poblacion-America-Latina-hoy-vive-anos-mas-que/900/>
- NACIONES UNIDAS (2013). División de Población, estimaciones de población y sección de proyecciones. Perspectivas de la Población Mundial. Revisada 2012. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, junio del 2015. Disponible versión digital en: <http://esa.un.org/wpp/>
- NACIONES UNIDAS (2014). La Situación Demográfica en el Mundo 2014. Informe Conciso. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de la Naciones Unidas, Nueva York. Políticas financieras para el Desarrollo. CEPAL, 1995.
- CISS-AISS (1996). Para un análisis más detallado, consultar: "Análisis Técnico Básico de los Sistemas de Jubilaciones y Pensiones en América Latina", Alejandro Bonilla García. Reunión de alto Nivel. Panamá, mayo 1996.
- OCDE, BID, BM (2015). Panorama de las Pensiones en América Latina y del Caribe. Copyright. Banco Interamericano de Desarrollo.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2014). Panorama Laboral de América Latina y el Caribe, Copyright OIT. Lima, Perú.
- RODRÍGUEZ, Hilda (1994) Jubilaciones y Pensiones en la Administración Pública. Paredes Editores. Caracas-Venezuela.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. "Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Reforma Parcial de la Ley del Seguro Social de 1991". Gaceta Oficial No. 5.891 Extraordinario. Caracas, 31 de julio de 2008. [Links]
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. "Decreto N° 2.814. Reglamento General de la Ley Seguro Social". Gaceta Oficial No. 35.302. Caracas, 22 de septiembre de 1993. [Links]
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. "Decreto N° 4.269". Gaceta Oficial No. N° 38.377 Extraordinario. Caracas, 10 de febrero de 2006. [Links]
- PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. "Decreto N° 5.370". Gaceta Oficial No. N° 38.694. Caracas, 30 de mayo de 2007. [Links]

- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. “Decreto N° ° 6.660”. Gaceta Oficial N° 39.151. Caracas, 1° de abril de 2009, corregido mediante Aviso Oficial de la Vice-Presidencia de la República. Gaceta Oficial N° 39.153. Caracas, 3 de abril de 2009. [Links]
- SUAREZ, Rubén y Pescetto, Claudia (2005). “Sistemas de Protección Social para el Adulto Mayor en América Latina y el Caribe”. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Washington DC. Vol. 17, 5/6.

REGÍMENES JUBILATORIOS Y PENSIONALES EN VENEZUELA: UNA BOMBA DE TIEMPO

Dr. Absalón Méndez Cegarra

Resumen

Este artículo forma parte de la serie de adelantos en la ejecución de un proyecto de investigación de mayor alcance sobre el tema de los regímenes de jubilaciones y pensiones en Venezuela.

Los procesos de reforma de la seguridad social que se han adelantado y adelantan en muchos países del mundo; en especial, en América Latina y el Caribe, tienen como centro de gravedad el tema pensional, debido a que el mismo está asociado con una serie de variables, entre las que podemos citar: demográficas (disminución de la tasa de fecundidad, disminución de la tasa de natalidad, disminución de la mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida al nacer, envejecimiento de la población, relación activo-pasivo); económico-financieras (inflación, crisis financiera, gasto público, déficit fiscal, deuda externa e interna, balanza de pagos); mercados laborales (desempleo, sub-empleo, desocupación, informalidad, trabajo por cuenta propia, bajos salarios); y, técnico-administrativas (ingobernabilidad institucional, corrupción, políticas clientelares, grupos de poder).

Venezuela, es uno de los países latinoamericanos que se ha negado sistemáticamente a considerar con objetividad y seriedad el comportamiento de las variables señaladas y, aun cuando ha hecho amagos de reformar los regímenes jubilatorios y pensionales en varias oportunidades, con miras a la unificación y racionalización, aún mantiene una multiplicidad-heterogeneidad de regímenes jubilatorios y pensionales para distintas categorías de personas.

En el país conviven, con fundamento legal y convencional, los regímenes pensionales por vejez, discapacidad y sobrevivencia (seguro social) con un

número difícil de determinar de regímenes de jubilaciones y pensiones para los trabajadores del sector público y; en menor proporción, del sector privado. La mayoría de estos regímenes difieren en sus aspectos esenciales: requisitos de exigibilidad, fuentes de financiamiento, regulación normativa y sustentabilidad económico-financiera.

Las normas regulatorias sobre la materia más importantes, de data reciente, tal es el caso de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002), no se cumplen, son letra muerta, inefectivas, por lo que el desorden pensional sigue prevaleciendo e incrementándose debido a medidas populistas del gobierno nacional. Estas medidas y la inobservancia de los fenómenos demográficos, socio-laborales y económico-financieros, constituyen el caldo de cultivo que abona un terreno sumamente conflictivo a corto, mediano y largo plazo, o, lo que es lo mismo, estamos construyendo una bomba de tiempo capaz de estallar en cualquier momento.

El artículo se circunscribe a los regímenes de jubilaciones en el sector público. En atención, al espacio concedido, reservamos para otra oportunidad un análisis más acabado de los regímenes de pensiones por vejez, cuya administración está a cargo de Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). La referencia que aparece en el trabajo sobre el tema pensional (pensiones por vejez), es, en extremo, superficial.

Palabras clave: jubilaciones, pensiones, sector público.

INTRODUCCIÓN

La jubilación es una institución de vieja data en el mundo, incorporada, hoy, a los modernos sistemas de seguridad social. La jubilación está asociada con el desempeño de actividades en el sector público o privado y con la edad cronológica de la persona.

La jubilación se entiende como un premio o recompensa que recibe una persona y otorga la sociedad, en el caso del sector público, y; la empresa, en el caso del sector privado, por la prestación de servicios por

un tiempo determinado y haber llegado a una cierta edad cronológica. La jubilación significa júbilo, festejo, alegría, porque se entiende que el trabajador ha cesado en la prestación de servicios, ha terminado su relación laboral y; por consiguiente, ha llegado el momento del merecido descanso; pero, la jubilación comporta otros factores de índole familiar, social, económico y de realización personal.

En algunas personas no significa nada grato abandonar la actividad laboral porque se olvidan amistades, tertulias, reuniones, rutinas; la cotidianidad se vuelve incómoda, se perturba, se estorba; se le utiliza para cosas que nunca se hacían; y, surge en la persona, la sensación-sentimiento que ya no sirve para nada, que ha llegado a la inutilidad como ser humano. En otras personas; por el contrario, es el momento de gozar la vida y de hacer lo que tanto se ha deseado.

En atención al impacto que la jubilación tiene en las personas, el cual difiere de una a otra, las organizaciones modernas han establecido programas pre-jubilatorios y post-jubilatorios. Con los primeros, se prepara al trabajador para la ruptura laboral y el inicio de una nueva vida, la cual puede incluir, nuevas actividades laborales. Con los segundos, se mantiene un vínculo con el trabajador, no de tipo laboral, porque el mismo ha cesado; pero, sí, el que deriva del pago de la pensión y otros beneficios a los cuales tiene derecho el trabajador jubilado, por ejemplo, asistencia médica, odontológica, actividades turísticas y de recreación.

El trabajo está dedicado al estudio de la heterogeneidad y multiplicidad de los regímenes jubilatorios en el sector público venezolano, con miras a su ordenación, racionalización y unificación, a los fines de evitar un colapso capaz de generar una gran conflictividad social de consecuencias impredecibles, debido a la política populista del gobierno venezolano, el cual se niega a avizorar las amenazas y peligros que atentan contra la estabilidad, durabilidad y permanencia de los regímenes de jubilaciones existentes en el país. A esta situación, ya, dramática, se agrega lo que ocurre en el campo pensional (IVSS), en el cual cada día se atiza la llama de un posible colapso previsional, lo que será abordado muy superficialmente por razones de espacio.

1. La Jubilación como medio extintivo de la relación laboral de servicio público

La Función Pública

La doctrina administrativa y la ciencia política presentan variadas nociones de la función pública. La concepción de función pública es dependiente de la organización de la “cosa pública”; es decir, de la organización y funcionamiento del aparato estatal. Así, tenemos, que, en un Estado, en los que las distintas ramas en las que se divide orgánicamente el Poder Público Nacional, están debidamente separadas, la noción de función pública y, más específicamente, la de funcionario público, se reserva, exclusivamente, a la función administrativa que realiza el Poder Ejecutivo mediante la Administración Pública Nacional, Centralizada y Descentralizada. Por el contrario, en concepciones globalizantes de lo público, del sector público, la función pública es la actividad pública que cumple y realiza el órgano individual- persona natural, física -para expresar la voluntad del órgano institucional- órgano institución-; por consiguiente, todos los órganos del Estado cumplen una función pública.

El Estado, al asumir la representación de la sociedad, realiza, según su división y estructura organizativa y funcional, diversidad de funciones: ejecutivas (administrativas, en sentido estricto); legislativas; judiciales; militares, electorales y de control.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), dedica el Título IV, Del Poder Público, a desarrollar la estructura organizativa y funcional del Poder Público Nacional, lo cual hace en la Sección Segunda: de la Administración Pública; y, en la Sección Tercera: de la Función Pública.

La Carta Magna, en las Secciones indicadas, restringe la noción de función pública, a la Administración Pública, y, ésta, a la actividad administrativa que cumple, básicamente, el Poder Ejecutivo; en consecuencia, las demás ramas del Poder Público, aun cuando realizan actividad admi-

nistrativa y cumplen funciones públicas: legislativas, judiciales, militares, electorales y de control, no quedan enmarcadas en la noción constitucional de función pública, razón por la que, quienes la realizan, siendo servidores públicos, no califican como funcionarios o empleados públicos.

La Constitución de la República no define qué es función pública. Por lo que hemos dicho, se infiere que se trata de la actividad administrativa del Ejecutivo Nacional, Estatal y Municipal, sólo, se limita a indicar, en el artículo 141, qué es la Administración Pública; y, consecuentemente, en el artículo 144, la regulación de quienes realizan la Administración Pública.

Artículo 141. CRBV. “La Administración Pública está al servicio de los ciudadanos y ciudadanas y se fundamenta en los principios de honestidad, participación, celeridad, eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad en el ejercicio de la función pública, con sometimiento pleno a la ley y al derecho”.

Artículo 144. CRBV. “La ley establecerá el Estatuto de la Función Pública mediante normas sobre el ingreso, ascenso, traslado, suspensión y retiro de los funcionarios o funcionarias de la Administración Pública, y proveerá su incorporación a la seguridad social.

La ley determinará las funciones y requisitos que deben cumplir los funcionarios públicos y funcionarias públicas para ejercer sus cargos”.

Esta ley, en la Venezuela actual, es la Ley del Estatuto de la Función Pública (LEFP. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 37.522 de fecha 06 de septiembre de 2002), la cual regula la función pública; en especial, a los funcionarios públicos. En su artículo 1, establece, que:

Artículo 1. LEFP.”La presente Ley regirá las relaciones de empleo público entre los funcionarios y funcionarias públicos y las administraciones públicas nacionales, estatales y municipales, lo que comprende:

El sistema de dirección y de gestión de la función pública y la articulación de las carreras públicas.

El sistema de administración de personal, el cual incluye la planificación de recursos humanos, procesos de reclutamiento, selección, ingreso, inducción, capacitación y desarrollo, planificación de las carreras, evaluación de méritos, ascensos, traslados, transferencia, valoración y

clasificación de cargos, escalas de sueldos, permisos y licencias, régimen disciplinario y normas para el retiro.

Parágrafo Único: Quedarán excluidos de la aplicación de esta Ley:

1. Los funcionarios y funcionarias públicos al servicio del Poder Legislativo Nacional;
2. Los funcionarios y funcionarias públicos a que se refiere la Ley Orgánica del Servicio Exterior;
3. Los funcionarios y funcionarias públicos al servicio del Poder Judicial;
4. Los funcionarios y funcionarias públicos al servicio del Poder Ciudadano;
5. Los funcionarios y funcionarias públicos al servicio del Poder Electoral;
6. Los obreros y obreras al servicio de la Administración Pública;
7. Los funcionarios y funcionarias públicos al servicio de la Procuraduría General de la República;
8. Los funcionarios y funcionarias públicos al servicio del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT);
9. Los miembros del personal directivo, académico, docente, administrativo y de investigación de las universidades nacionales.”

Este artículo 1, de la Ley del Estatuto, corrobora lo dicho sobre la limitación de la noción de función y funcionario público; pero, al mismo tiempo, admite, que las demás ramas del Poder Público, distintas al Ejecutivo Nacional, cumplen funciones públicas y las personas que ejecutan dichas funciones, son funcionarios públicos.

Este criterio es sustentado por Enrique Silva Cimma, en su obra: “La Función Pública”, al afirmar, que:

“Al hablar de la función pública civil nos estamos refiriendo al conjunto de acciones y al ejercicio de empleos que se ubican, en términos amplios, dentro de lo que llamaríamos la Administración Civil del Estado. Es decir, excluiríamos de este estudio todo cuanto

atañe a la “administración militar” o sometida a la “disciplina militar”, no porque ella no forma parte, en último término, de la función pública, sino porque el objetivo específico de este estudio es tan sólo la función del orden civil (...). Dentro de esta concepción de función pública civil, habremos de analizar entonces, lo relativo a los empleos de orden civil (...). Hoy día hay acuerdo en que esta función pública, desde el punto de vista propiamente jurídico, queda regida por el Derecho Administrativo (...). A los efectos de nuestro estudio, a nosotros nos basta consignar que dentro del concepto de función pública, incluiremos todos aquellos principios relativos al régimen de personal, es decir, del empleado público, y a las normativas legales o positivas en que aquellos principios se consagran”. (Silva Cimma, 1978:19)

Para Silva Cimma, la única excepción en materia de función y funcionario público es el servicio militar, el cual, también es público; pero, responde a un estatuto completamente diferente al del servicio civil. Y, tal situación, es, así, sólo cuando el militar se desempeña en actividades estrictamente militares, porque cuando el militar, como ocurre en el presente, desempeña funciones civiles, de índole no militar, ipso facto, es funcionario público, tal es el caso, del titular del Ministerio de la Defensa. Ministro de la Defensa, es un cargo de naturaleza civil. El Ministerio de la Defensa es un órgano de la Administración Pública Nacional.

Funcionarios, Empleados y Servidores Públicos

El Derecho Administrativo en Venezuela, la Ley, la Doctrina y la Jurisprudencia no distinguen entre las nociones de funcionarios, empleados y servidores públicos, como ocurre en otras legislaciones del mundo; por ejemplo, la francesa, en la que se reserva la noción de funcionario para el titular del órgano administrativo; es decir, quien expresa la voluntad del órgano administrativo; empleado, para quien contribuye a formar la voluntad del órgano administrativo; y, servidor público, para todo aquel que realiza la función pública. En Venezuela, estos términos no tienen diferencia, todos son equivalentes. Y, se usan indistintamente.

En nuestro país, las diferencias las encontramos en la denominación especial que reciben los funcionarios públicos de otras ramas del Poder Público Nacional; por ejemplo, los funcionarios públicos del Poder Judicial, se denominan Jueces y Magistrados; del Poder Legislativo, Diputados; del Poder Electoral, Rectores; del Poder Ciudadano, Fiscales. Todos, sin excepción, cumplen una función pública, son en términos generales, funcionarios públicos; pero, su régimen de regulación, no es la Ley del Estatuto de la Función Pública, sino leyes especiales.

La Ley del Estatuto de la Función Pública, define al funcionario público, de la manera siguiente:

“Artículo 3. LEFP. Funcionario público es toda persona natural que, en virtud de nombramiento expedido por la autoridad competente, se desempeña en el ejercicio de una función pública”.

Esta definición de funcionario público elimina de la esfera de la función pública a toda persona que presta servicios en el sector público en calidad de contratado, es decir, a todo aquel que no haya ingresado a la Administración Pública mediante concurso, en los términos señalados en la Constitución y la Ley, tal como se advierte en Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia, en Sala Plena, Expediente N°. AA10-L-2011-000321. Magistrada Ponente: Carmen Zuleta de Merchán, en la que se señala, que:

(...) el artículo 38 de la Ley del Estatuto de la Función Pública, determina el régimen aplicable al personal contratado señalando que estará sujeto al respectivo contrato y en la legislación laboral; y, el artículo 39 ejusdem, prescribe que en ningún caso el contrato podrá constituirse en una vía de ingreso a la Administración Pública”.

Un hecho importante a considerar en la Venezuela reciente, es el Decreto 1.440, el cual deroga la Ley sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y Municipios; pues, a partir de la publicación en Gaceta Oficial de este Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores y las Trabajadoras de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N° 6.156 Extraordinario del 19 de noviembre de 2014), la noción de funcionario público, en abierta

contradicción con lo establecido en el artículo 144 de la Constitución, y en el artículo 3 de la Ley del Estatuto de la Función Pública, es sustituida por la noción general de trabajador y trabajadora.

La Relación de Servicio Público

La ejecución o realización de la función pública; es decir, de las distintas actividades encomendadas al Estado: administrativas, de servicio, judiciales, legislativas, electorales, contraloras, etc, requieren de la actividad de personas físicas, naturales, quienes, luego de cumplir con ciertas formalidades, reciben el nombramiento oficial para el ejercicio de la función pública, el cual puede ser por elección popular, selección, designados, concurso o contratación. Según sea el tipo de ingreso a la función pública, nos encontramos con categorías de funcionarios: de carrera, libre nombramiento y remoción, contratado (según la Ley y la jurisprudencia, los contratados no son funcionarios públicos), designados y electos.

La teoría administrativa al explicar qué tipo de relación laboral se establece entre el órgano individuo-persona natural- y el órgano administrativo -órgano institución- ha desarrollado dos teorías: la teoría contractual y la teoría estatutaria.

La teoría contractual, asimila la relación laboral pública a la relación laboral entre particulares (contrato individual de trabajo), es decir, la misma está mediada por un contrato de trabajo inter-partes; por un lado, una entidad empleadora -organismo público-; y, por otro lado, un trabajador, persona natural.

La teoría estatutaria, por el contrario, señala que la relación de empleo público es unilateral, el organismo público es el único que fija los términos de la relación de empleo público y lo regula mediante un instrumento jurídico que denomina Estatuto de la Función Pública.

En Venezuela, la teoría que predomina es la estatutaria. Silva Cimma, dice al respecto, lo siguiente:

“Es por eso que, sin necesidad de ahondar en mayores especulaciones doctrinarias que rebasarían la índole y los propósitos de este estudio, nos basta con concluir que la calidad de funcionario nace de una relación unilateral y potestativa de la Administración que, cuando se perfecciona en el acto de nombramiento, produce simplemente el efecto de incorporar al designado en el status y situación de empleado público sometido a un régimen estatutario”. (Cimma, 1978:25).

Sin embargo, en materia de empleo público ha habido, en los últimos años, muchos cambios, en los que ha intervenido, entre otros organismos, la Organización Internacional de Trabajo (OIT). En el empleo público, es posible la organización sindical de los funcionarios; la negociación colectiva de trabajo; el derecho a la huelga, con ciertas limitaciones y, la eliminación de diferencias entre el trabajador público y privado, sobre lo que ha enfatizado la OIT, con apoyo jurisprudencial en Venezuela.

Terminación de la relación de servicio público mediante la jubilación

La jubilación, está considerada como un derecho de los trabajadores, siempre y cuando forme parte de un régimen de seguridad social como protección a la contingencia de vejez, o, de uno específico, de jubilaciones y pensiones, acordado legal, convencional o voluntariamente, entre empleadores y trabajadores.

En el desempeño de la función pública, es frecuente encontrar el derecho a la jubilación, integrando el conjunto de derechos de los funcionarios, empleados y servidores públicos. Menos frecuente, es encontrarlo, en el sector privado; por lo general, está presente, sólo en grandes empresas o corporaciones.

La jubilación, el acto de acordar la jubilación a un trabajador público, está asociado a tres factores fundamentales, que pueden variar según las características del régimen jubilatorio, a saber:

- a) Edad cronológica. Una determinada edad cronológica, la cual puede variar por razones de género, es requisito indispensable para alcanzar el derecho a la jubilación.
- b) Años de servicio. Los años de servicio prestados por el trabajador a la función pública constituye otro de los requisitos para obtener el beneficio-derecho de la jubilación. Los años de servicio pueden ser continuos o discontinuos, pero, al acumular el número indicado, procede el derecho a la jubilación.
- c) Número de cotizaciones, aporte o contribuciones. En los regímenes de jubilaciones y pensiones de afiliación obligatoria y de financiamiento directo por parte de los trabajadores, es necesario para optar al derecho de la jubilación, cumplir con el requisito de acumular un mínimo de cotizaciones semanales o mensuales como contribución al financiamiento del régimen jubilatorio y pensional.

Los requisitos anteriores; por lo general, están previstos en la norma o normas que regulan el régimen jubilatorio; y, en algunos regímenes, se establecen mixturas entre los requisitos señalados; por ejemplo, una determinada edad, hace innecesario alcanzar el número de años de servicio, o, viceversa, años de servicio acumulados desestiman la edad cronológica, es usual, también, llegar a un número base mediante la sumatoria de años de servicio y años de edad. Las cotizaciones, en la práctica, sólo son consideradas, por supuesto, en los regímenes de contribución directa y, guardan relación con los años de servicio; pero, igualmente, puede fijarse un número menor.

Los requisitos para obtener la jubilación son concurrentes; es decir, se requiere cumplir con los tres señalados, o, con dos de ellos: edad cronológica y años de servicio, casos contrario, según la norma regulatoria no es procedente; pero, al examinar la jurisprudencia nacional, observamos que tal disposición legal, normativa, resulta también innecesaria.

Conceptualmente, entonces, la jubilación un acto formal de terminación de la relación laboral de servicio público, que, procede por la acumulación de un número de años de servicio, edad cronológica y número de

cotizaciones, según el caso, determinado por la norma jurídica o contractual regulatoria. Consiste en el pago de una suma de dinero, sustitutiva del salario, que se calcula sobre la base de un salario de referencia, la cual se denomina pensión, y, es vitalicia, ajustable y transferible a los sobrevivientes con derecho.

Algunos autores, entre ellos, José Manuel Almansa Pastor (1991), cuestionan esta definición, porque estiman que se corresponde con la concepción del “Derecho funcional, donde se concebía como recompensa por los servicios prestados”. La legislación, por lo general, no define la jubilación, sino que establece los requisitos para obtenerla; pero, sí, se elimina el requisito de la prestación de servicios, se convierte en una prestación pensada en atención a la vejez alcanzada por una persona, tesis que coincide grandemente con la concepción que mantiene la jurisprudencia nacional.

La doctrina, la contratación colectiva de trabajo y la jurisprudencia definen la jubilación de distinta manera, aunque manteniendo siempre un denominador común: una determinada edad y la cesación de la actividad laboral.

María José Rodríguez Ramos, señala, que:

“Tradicionalmente la prestación de jubilación se ha concebido como “una renta de sustitución destinada a compensar la carencia de ingresos profesionales de una persona cuando ésta cesa en su vida laboral activa (Alarcón/Caracuel González Ortega; Almansa; Sempere)”. Esta concepción, hoy desfasada porque sólo es aplicable a su modalidad contributiva, tiene su causa en el cese de la actividad profesional una vez alcanzada la edad prevista, sin que incida la situación de necesidad en que puede encontrarse el sujeto solicitante (que caracteriza la modalidad no contributiva), ni la existencia de un proceso patológico específico (leimotiv de la incapacidad temporal y de la permanente).

Por ello, un concepto más moderno de prestación de jubilación ha de incluir necesariamente sus dos modalidades, contributiva y no contributiva” (Rodríguez Ramos, 2005:370).

La anterior concepción de la jubilación, a nuestro juicio, funde en una sola institución el concepto tradicional de jubilación con otras formas de protección social, como la brindada a la vejez, la discapacidad, la sobrevivencia o, cualquier otro estado de necesidad. La jubilación, en sentido estricto, es una contraprestación dineraria que la sociedad, representada en el Estado, concede a una persona que le ha prestado sus servicios por tiempo prolongado y ha logrado una determinada edad; situación distinta es la pensión, entendida como una distribución de renta, no salario, ni renta sustitutiva, por cuanto es posible, que ésta nunca se haya obtenido, la cual tiene su origen en motivos muy distintos a la actividad laboral: edad cronológica, discapacidad o sobrevivencia.

Estamos de acuerdo con Rodríguez Ramos, en el hecho de considerar actualmente, en un régimen jubilatorio y pensional, tanto lo contributivo como lo no contributivo, pues, a la jubilación o pensión, una persona puede tener acceso con contribución o sin contribución.

Almansa Pastor, define la jubilación, “como una forma de colectivización del ahorro, realizado durante toda la vida laboral por el trabajador y que se desembolsa cuando cesa en la actividad laboral alcanzada una determinada edad, siempre que haya contribuido durante un determinado período de tiempo establecido por el legislador“. (Almansa Pastor, citado por Rodríguez Ramos, 2005:373).

Esta tesis coincide con la concepción que mantiene un sector de la doctrina de la seguridad social respecto a la naturaleza jurídica de la cotización, cuando se piensa la cotización como un ahorro diferido, que no se obtiene en el momento de la percepción normal del salario, sino que se difiere para obtenerlo vía prestaciones, en este caso, la prestación de jubilación.

La firma Cooper & Lybrand, S.A. en la “Guía Laboral y Seguridad Social, 98” (Madrid, 1998:159), responde a la pregunta ¿Qué es la jubilación?, así:

“Prestación económica de la Seguridad Social, de carácter vitalicio, que le es reconocida al trabajador al cumplir ciertos requisitos de edad o cese en el trabajo por cuenta ajena voluntariamente una vez cumplido

un mínimo de edad. La finalidad de la pensión de jubilación es proteger la ausencia de ingresos motivado por el cese en el trabajo”.

Esta definición, esencialmente económica, va a tropezar con la jurisprudencia nacional.

El Proyecto de la II Convención Colectiva Única del Sector Universitario, período 2015-2016, define la pensión de jubilación, así:

“Este término se refiere a la asignación mensual que recibe la trabajadora o el trabajador universitario a quien le ha sido otorgado el beneficio de la jubilación, como retribución al cumplimiento del tiempo efectivo de servicio en un cargo (...)”

Finalmente, tenemos el desarrollo que en la jurisprudencia nacional, tiene, actualmente, el beneficio-derecho a la jubilación.

Al respecto, encontramos en la Sentencia de la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia N° 1.518 del 20 de julio de 2007, una conceptualización de la jubilación sumamente interesante, que transcribimos de seguidas:

“La jurisprudencia ha venido resaltando el valor social y económico que tiene la jubilación, pues ésta sólo se obtiene luego que una persona dedica su vida útil al servicio de un empleador; y conjugado con la edad-la cual coincide con el declive de esa vida útil- este derecho se configura como un logro a la dedicación de un esfuerzo que se realizó durante años. El objetivo del mismo es que su titular mantenga igual o una mejor calidad de vida de la que tenía, producto de los ingresos provenientes de la jubilación, con la finalidad de asegurar una vejez cónsona con los principios de dignidad que recoge el artículo 80 de la Constitución”.

La jurisprudencia en Venezuela, en los últimos tiempos, ha venido desarrollando de manera importante el derecho a la jubilación en la función pública, pues, el gran número de regímenes jubilatorios existentes, deja enormes vacíos o lagunas que la jurisdicción debe llenar con sus sentencias interpretativas de la norma jurídica, o, en algunos casos, acudiendo a sus facultades normativas, cuando se trata del máximo Tribunal de la República.

Nacimiento de una nueva relación con la función pública

La Jubilación, como ha quedado expresamente indicado, es una de las formas que tienen los funcionarios públicos, prevista por la ley, para dar término a la relación laboral de servicio público.

La jubilación, en consecuencia, es un acto administrativo, formal, que procede, al igual que el nombramiento, para dar fin a la relación de empleo público, una vez cumplidos los requisitos establecidos en la norma que regula el régimen de jubilaciones y pensiones; pero, con la jubilación, si bien es cierto, termina la relación que vincula al funcionario con la Administración, no es menos cierto, como bien lo expresa Silva Cimma, nace una nueva relación del funcionario, o, ex funcionario, con el servicio público; es decir, se activa el derecho a la seguridad social y, eventualmente, puede reingresar a la función pública activa.

“Decimos que en la función pública se produce el tránsito hacia la pasividad cuando un empleado público deja de ser tal porque concurre una causa legal de retiro de la Administración (...) La función pública pasiva por lo tanto, o sea, la pasividad, no configura otra cosa que el conjunto de derechos o situaciones administrativas que se desprenden o pueden desprenderse del acto legal de expiración de la función pública (...) Cuando se produce entonces el retiro de un empleado público se dice que este pasa a la pasividad. (...) la primera consecuencia de ese retiro es la extinción del vínculo que unía al funcionario con la Administración activa. Pero esa extinción genera o puede producir, automáticamente, siempre que se den las circunstancias o requisitos que la norma administrativa establece, el nacimiento de los derechos llamados de la seguridad social“. (Cimma, 1978:102.).

El retiro de un funcionario público de la Administración puede producirse por la ocurrencia de varios hechos, a saber: retiro voluntario, por renuncia al cargo por el funcionario; retiro no voluntario, despido del funcionario de la Administración debido a la aplicación de una sanción disciplinaria; retiro por el cumplimiento del lapso o término establecido para el ejercicio del cargo; retiro por revocatoria del mandato; retiro por jubilación; y, retiro por discapacidad del funcionario o, por muerte de éste.

El retiro por jubilación se produce a solicitud de parte, o de oficio, por voluntad de la Administración, por haber llenado o cumplido los extremos que la ley establece para alcanzar ese derecho-beneficio.

Es práctica frecuente en la Administración, entre ellas, la Administración Pública en Venezuela, conferir al Presidente de la República, la facultad de conceder jubilaciones anticipadas, de gracia o graciosas; es decir, por causas totalmente ajenas a los requisitos establecidos en la norma para tener derecho a la jubilación. Este hecho, sumado a la interpretación jurisprudencial de la norma regulatoria del régimen de jubilaciones y pensiones, trastoca y desfigura por completo dicho régimen de jubilaciones y pensiones, como bien se observa en el decreto 1.440 de fecha 17-11- 2014.

La seguridad social y el derecho a la jubilación

Consideraciones Generales

Entre las grandes preocupaciones de la humanidad y, de manera muy particular en los últimos tiempos, tenemos las relacionadas con la tendencia al envejecimiento de la población y la escasa cobertura de los sistemas de seguridad social. De acuerdo con las actuales tendencias demográficas, en 2050 la población mundial alcanzará los 9.200 millones de personas. La mayor parte de esta población estará compuesta por ancianos. Dicho incremento en la esperanza de vida, estará flanqueado por una dramática disminución en la tasa de fecundidad en las naciones del planeta; en general, como ya sucede en Japón, Alemania y Francia. El resultado de esta desproporción, es que una cantidad cada vez más reducida de jóvenes deberá sostener económicamente a una población cada vez mayor de viejos. Es la primera vez en la historia de la humanidad, que ocurre algo así y las consecuencias pueden ser impredecibles y catastróficas.

Los organismos especializados y técnicos sobre seguridad social, así como otras entidades internacionales, han venido mostrando su preo-

cupación por el incremento de las tasas de población considerada como adulta mayor y el rezago que muestran los sistemas de seguridad social para dar cobertura a las personas que alcanzan edades avanzadas.

Cuando el fenómeno se presentó en toda su magnitud, y se evidenció que a mediano y largo plazo la población adulta mayor se incrementaba aceleradamente en virtud de los avances de la medicina, la tecnología médica y farmacéutica, acompañada dicha aceleración por otros fenómenos demográficos: reducción de la mortalidad infantil, disminución de la tasa de fecundidad, reducción de la natalidad y mayor esperanza de vida al nacer, apareció, cual receta mágica, la reforma de los sistemas de seguridad social; en especial, los regímenes de jubilaciones y pensiones, con especificación clara de sus ingredientes: aumento de la edad cronológica para el retiro laboral; aumento del número de años de servicio laboral; aumento del número de cotizaciones obligatorias; compatibilidad de la percepción de la pensión de jubilación o vejez con la continuidad laboral remunerada; y, disminución de la cuantía o monto del beneficio pensional. Con estas medidas se busca restablecer el equilibrio actuarial, económico y financiero que permita la sostenibilidad en el tiempo de los regímenes de jubilaciones y pensiones.

El derecho a la jubilación forma parte del derecho a la seguridad social. Constituye uno de los grandes objetivos de la seguridad social, cual es el de mantener los medios de vida de las personas; por consiguiente, la prestación dineraria (pensión por jubilación o pensión por vejez) que deriva del amparo a la contingencia que llamamos vejez, es una de las más importantes conquistas de la seguridad social y de la humanidad, toda vez que se parte del hecho natural que en la medida que la persona avanza en edad cronológica va perdiendo facultades físicas y mentales, que; por lo general, la alejan del mundo laboral remunerado.

Sí, ha estado afiliada a un régimen de jubilaciones y pensiones, contará con un ingreso sustitutivo del salario, total o parcialmente, que le permite satisfacer sus necesidades; caso contrario, dicha persona puede constituir para la familia y la sociedad, una obligación social importante que deberá ser atendida mediante la red de servicios sociales y programas de tipo asistencial, financiados por el Estado. Esta situación revela la im-

portancia que tiene la jubilación como forma de protección a las personas en la vejez, en el diseño de los sistemas y regímenes de seguridad social y; sobremanera, en el financiamiento de los regímenes de jubilaciones y pensiones.

Diferencias Conceptuales y Prácticas entre Jubilación y Pensión por Vejez

La doctrina de la seguridad social y la legislación sobre la materia jubilatoria y pensional no ahonda en la búsqueda de diferencias entre jubilación y pensión, por cuanto en términos de resultado; es decir, del derecho-beneficio o, más específicamente, el quantum o monto de la prestación, no hay diferencias, pues se trata de una prestación dineraria (pensión), de pago periódico, ajustable en el tiempo por la pérdida del poder adquisitivo de la moneda, vitalicia para el titular y, en algunos casos, transferible a los sobrevivientes con derecho.

Las diferencias las encontramos en las características de los regímenes jubilatorios y pensionales, pues, el término jubilación, se reserva, básicamente, al empleo público, en menor proporción al empleo privado, para denominar el derecho-beneficio que deriva de la prestación de servicios por un número de años determinado por la norma regulatoria del régimen jubilatorio o pensional, por parte de una persona natural, que coincide y concurre con una determinada edad cronológica y, en los regímenes contributivos directos, con un número de cotizaciones, aportaciones o contribuciones.

Contrariamente, la noción de pensión aplica a las prestaciones dinerarias, igualmente, de pago periódico, que se causan como consecuencia de la edad cronológica (vejez), discapacidad (invalidez) y sobrevivencia (viudedad y orfandad) y un número determinado de cotizaciones en los regímenes contributivos.

La jubilación (pensión) genera sobrevivencia (viudedad y orfandad) y la pensión por vejez, igual, hasta determinados límites o condiciones;

pero, la pensión por discapacidad y la pensión por sobrevivencia, no generan sobrevivencia, fenecen con el titular o titulares de la misma.

La tendencia reciente en el campo de la seguridad social y, como una de las modalidades de extensión de la cobertura de la seguridad social, algunos sistemas de protección y seguridad social han establecido, en materia pensional, dos tipos de regímenes: contributivo directo y no contributivo. En el régimen contributivo directo, la edad cronológica, como hemos dicho, concurre con un número de cotizaciones y tiempo de servicio; en los regímenes no contributivos, la única variable que se considera para otorgar la pensión, es la edad cronológica o el estado de necesidad de la persona (vejez, discapacidad, sobrevivencia, cargas familiares, etc) y, por lo general, este tipo de pensión, puede ser revisable, limitada en tiempo y cuantía y, ella no genera efectos más allá del titular del beneficio.

Regímenes de jubilaciones

Clarificada, a nuestro juicio, la confusión que suele presentarse entre jubilación y pensión, giramos la atención exclusivamente a los regímenes de jubilaciones y, por tal, entendemos la protección que un determinado sistema de seguridad social o específicamente, un régimen de jubilaciones brinda a las personas que constituyen su campo de aplicación personal.

La seguridad social comporta una relación jurídica, una relación inter-partes, entre sujetos. Por un lado, una persona natural, por ejemplo, un empleado o funcionario público, o simplemente, un trabajador, con derecho; y; por la otra, un órgano institucional, público o privado, obligado por la norma jurídica (legal o contractual) a otorgar la prestación dineraria que ya hemos denominado jubilación (pensión).

La norma jurídica o contractual; además, de la determinación del campo de aplicación personal, debe establecer el quantum o monto de la prestación (definida, indefinida) periodicidad, revisión, ajuste, requisitos para su obtención, transferencia a sobrevivientes; forma de financiamiento: sistemas y regímenes de financiamiento (unipartito, bipartito, tripartito)

to, capitalización individual o capitalización colectiva, prima media, prima media escalonada, etc), base imponible y topes salariales; retiro anticipado o vejez prematura; órgano gestor obligado al pago de las prestaciones; y por último, la forma de dirimir las controversias que se ocasionen con la aplicación de la norma. Los aspectos señalados y otros que pueden estar presentes, conforman lo que se denomina régimen de jubilaciones.

Regímenes de Jubilaciones en el Sector Público en Venezuela

En Venezuela, resulta difícil, inclusive para el propio Estado y Fisco Nacional, cuantificar los regímenes de jubilaciones existentes en el sector público. Un observador desprevenido podría pensar en cierta unidad en materia jubilatoria, si sólo se detiene a analizar, la Ley que regula el régimen de jubilaciones y pensiones aplicable a los funcionarios o empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y Municipios; pero, la realidad revela que el número de regímenes de jubilaciones y pensiones se cuenta por cientos. Algunas investigaciones realizadas en el país, la más importante de ellas, en nuestra opinión, la ejecutada como Tesis Doctoral, por la profesora de la Universidad Simón Bolívar, Mercedes Mosquera de Arnal, corroboran esta afirmación.

En el Resumen de su Tesis Doctoral, la profesora Mosquera, apunta lo siguiente:

“(...) siguiendo procedimientos metodológicos de análisis de contenido y de series temporales, fue posible verificar la influencia que ejerce la ideología política predominante en el proceso de conversión de demandas en acciones dentro del sistema, y la poca atención que se presta a los aspectos técnicos de un proyecto emanado del sector administrativo. (...) La influencia del crecimiento económico se observa sólo en la expansión territorial progresiva y las medidas populistas de incremento de las pensiones, sin las previsiones correspondientes. (...) vale la pena destacar las diferencias que presentan entre sí los regímenes de jubilación de los organismos del Estado, que con frecuencia pueden conducir a niveles de holganza generalizada, o bien a

un reingreso al mundo laboral, desmintiendo el carácter de protección en la vejez, de las pensiones y jubilaciones.(...)También se considera importante señalar la profunda segmentación que se produce entre los trabajadores según estén protegidos sólo por el Seguro Social, por regímenes estatutarios o contractuales de la Administración Pública, o bien por la suma de ambos. Argumentos que llevan a destacar en las conclusiones, la importancia de la unificación de todos los regímenes de jubilación y de pensiones de vejez en uno solo que cubra a todos los trabajadores del Estado y de la empresa privada en el país” (Mosquera de Arnal, 1992: s/n).

La profesora Mosquera, en su investigación doctoral, en un esfuerzo de exhaustividad sobre un asunto en extremo disperso, cual es el de los regímenes de jubilación y pensión en el sector público venezolano, indagó en las fuentes siguientes:

- a) Seguro Social
- b) Organismos del Poder Público con autonomía funcional
- c) Organismos del Gobierno Central
- d) Empresas del Estado
- e) Entidades federales, distritales y municipales
- f) Universidades Nacionales
- g) Contratación Colectiva del sector público
- h) Contratación Colectiva del sector privado

En suma, registró y analizó un total de 440 regímenes jubilatorios y pensionales, existentes, para el momento de la investigación (1987-1989), correspondientes a organismos públicos y privados, cuyo origen se encuentra en leyes generales, leyes especiales, resoluciones ministeriales, de Empresas del Estado, Institutos Autónomos, leyes de las Entidades Federales, Ordenanzas Municipales y Contratos Colectivos.

En Venezuela, podría pensarse que la situación descrita y analizada por la profesora Mosquera, ha sido superada, lo cual no es así;por el con-

trario, se ha potenciado al infinito. En la actualidad el número de regímenes de jubilaciones y pensiones es mayor y más heterogéneo, difícil de cuantificar.

En Venezuela, tienen regímenes especiales de jubilaciones y pensiones los funcionarios y empleados y los obreros de los organismos públicos siguientes:

- Presidencia de la República y sus Dependencias Adscritas (Oficinas Centrales)
- Ministerios
- Órganos Asesores de la Presidencia de la República
- Poder Público Estatal. Entidades Federales (Gobernaciones de Estado) y sus entes descentralizados
- Poder Público Municipal (Concejos Municipales y Alcaldías) y sus entes descentralizados
- Institutos Autónomos
- Empresas del Estado
- Establecimientos Públicos Corporativos: Universidades Nacionales (Miembros del Personal Docente y de Investigación, Empleados Administrativos, Profesionales y Técnicos y el Personal Obrero)
- Poder Judicial: Magistrados, Jueces y Empleados Judiciales
- Poder Legislativo: Diputados y Personal Administrativo
- Poder Electoral: Rectores y Personal Administrativo
- Poder Ciudadano: Contralor, Fiscal y Defensor del Pueblo y el Personal Administrativo
- El Magisterio: Miembros del Personal Docente
- Las Fuerzas Armadas Nacionales

- Fundaciones y Asociaciones, Personas Jurídicas de Derecho Público
- Banco Central de Venezuela
- El personal obrero al servicio de los organismos públicos, cuenta; por lo general, vía contratación colectiva, con regímenes de jubilaciones compatibles con el régimen de pensiones por vejez del IVSS
- El personal administrativo de los organismos públicos, lo que se denomina, funcionarios públicos, por mandato de la Ley del Seguro Social, debe estar afiliado al régimen parcial del Seguro Social y cotizar a él, lo que le confiere el derecho a recibir, al cumplir los requisitos de edad y número mínimo de cotizaciones, la prestaciones dinerarias de vejez (pensión por vejez) o, según el caso, sobrevivencia y discapacidad (pensión de sobrevivientes o de invalidez). Este tipo de pensión, es, igualmente compatible, por disposición constitucional y legal, con el derecho a la jubilación.

La estructura administrativa y funcional del Estado venezolano es, en la actualidad, contrario a lo que se piensa, mucho más compleja que en el pasado, toda vez que se ha ampliado considerablemente el sector público y se ha creado una serie de entidades distintas a las tradicionales, tal es el caso de los Consejos Comunales, Consejos Locales de Planificación, Parroquias, entre otros, que se ubican en una frontera entre lo público y lo organizativo-participativo privado, pues, administran recursos públicos, y, perfectamente, según algunos instrumentos jurídicos (Ley Orgánica de la Contraloría General de la República), califican como servidores públicos, más aún, en el presente, cuando de conformidad con la Ley Orgánica del Trabajo, las Trabajadoras y los Trabajadores (LOTTT,2012), este tipo de trabajador puede ser considerado tercerizado, según la definición que al respecto establece el artículo 47 de la LOTTT:

Artículo 47. LOTTT. “A los efectos de esta Ley se entiende por tercerización la simulación o fraude cometido por patronos o patronas en general, con el propósito de desvirtuar, desconocer u obstaculizar la aplicación de la legislación laboral. Los órganos administrativos o judiciales con competencia en materia laboral, establecerán la responsabi-

lidad que corresponda a los patronos o patronas en caso de simulación o fraude laboral, conforme a esta Ley”.

La tercerización; no obstante, que el artículo 48 de la LOTTT, la prohíbe de manera absoluta, es práctica frecuente, paradójicamente, en el sector público venezolano, en el cual, se aplica, otra práctica nefasta, cual es la de la figura del contrato en el empleo público, con lo que se exceptúa de la calificación de funcionario público, hoy, trabajador- a miles de trabajadores, pues, al no ingresar a la función pública mediante concurso y recibir el nombramiento correspondiente, no califican como funcionarios públicos, según lo establece la Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia en Sala Plena, con ponencia de la Magistrada Carmen Zuleta de Merchán, Expediente N° AA10-L-2011-000321; por consiguiente, el régimen aplicable no es el establecido en la Ley de la Función Pública sino el de la LOTTT.

La Magistrada ponente, entre las consideraciones para decidir, señala lo siguiente:

“Artículo 146 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Los cargos de los órganos de la Administración Pública son de carrera. Se exceptúan los de elección popular, los de libre nombramiento y remoción, los contratados y contratadas, los obreros y obreras al servicio de la Administración Pública y los demás que determine la Ley (resaltado de la Sala)”.

Por otra parte, el artículo 39 de la Ley del Estatuto de la Función Pública, señala:

“Artículo 39. En ningún caso el contrato podrá constituirse en una vía de ingreso a la Administración Pública”.

“(…) Del contenido de las normas parcialmente transcritas se desprende que no es posible considerar a los contratos como modos de ingreso a la función pública y, por esta razón, no se puede calificar a los contratados como funcionarios ni les es aplicable el régimen contemplado en la Ley del Estatuto de la Función Pública; (...)”.

De lo expuesto se concluye, que buena parte de la función pública en Venezuela, está en manos de personas que no son funcionarios públicos; pero, sí, son trabajadores públicos, por lo que, a tenor de lo establecido

en el Decreto N°1.440, Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores y las Trabajadoras de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal, tienen derecho a la jubilación.

Este Decreto-Ley, en su artículo 4°, Definiciones, establece, que :

“1. Trabajador o trabajadora: (...) todos los funcionarios o funcionarias, empleados o empleadas, obreros u obreras, contratados o contratadas, cualquiera sea su naturaleza, al servicio de la Administración Pública Nacional, estatal y municipal, tanto de los órganos y entes centralizados como descentralizados” (...).

Las personas contratadas para prestar un servicio en el sector público venezolano no son funcionarios públicos, debido a que no han ingresado por concurso; la legislación aplicable es la laboral y, en materia de seguridad social, debería ser la Ley del Seguro Social y su Reglamento; pero, según el Decreto 1.440, tienen derecho a la jubilación, sin indicar bajo qué carácter, sí, de funcionario público, o, simplemente, de trabajador, menudo problema, que viene a complicar las cosas relacionadas con la jubilación en el sector público venezolano, de por sí, complicadas.

Intentos de unificación de los regímenes de jubilación en el sector público

En Venezuela, hemos tenido varios intentos de unificación de los regímenes de jubilaciones en el sector público. Todos estos intentos, hasta el momento, han resultado fallidos, razón por la que, en la actualidad, se mantiene la situación de multiplicidad y heterogeneidad de regímenes de jubilaciones y pensiones en el sector público.

El derecho a la jubilación, en sentido estricto, ha sido incorporado en la legislación en Venezuela desde el siglo XIX. Como referencia, tenemos, dos antecedentes importantes: Uno, en materia militar; otro, en materia civil. En tiempos de la guerra de independencia y finalizada ésta, se otorgaron, por vía de gracia, primer y, luego, mediante reglamentación,

pensiones a los familiares de los hombres caídos en la contienda bélica y a los jefes militares sobrevivientes. Al respecto, la Doctora Ana M. Salcedo González, en su obra: *La Seguridad Social de las Fuerzas Armadas*, señala lo siguiente:

“Durante el siglo XIX se dictaron diversas normas tendentes a proteger a los familiares de los patriotas caídos en la lucha por la independencia (...) la protección social en materia de pensiones durante este período está circunscrito a los riesgos acontecidos en el ejercicio de la función militar, y para optar a ella debía demostrarse que la invalidez es producto de eventos ocasionados en el acto del servicio militar, en defensa de la República (...) Las primeras fórmulas ordenadas y organizadas tendentes a proteger al personal militar se instauran en Venezuela durante la segunda presidencia del General Carlos Soublette en 1842-1846, cuando se organizó el sistema de ayuda para los familiares de los patriotas muertos durante la guerra de independencia y se establece el Monte Pío Militar (...) La historia de los regímenes jubilatorios y pensionales en Venezuela en el ámbito militar es de larga data. El 20 de julio de 1928, se promulga el primer sistema de pensiones y jubilaciones para el sector público venezolano, denominado Ley Especial de Pensiones Civiles, Jubilaciones y Retiros Militares, sancionada durante el régimen de Juan Vicente Gómez” (Salcedo González, 2004:92-94).

Demostración palpable de las dificultades de la época en materia pensional; inclusive, para el sector militar, es la dramática carta que envía el General Rafael Urdaneta, héroe de la guerra de independencia, al General Carlos Soublette, Presidente de la República, en solicitud de ayuda económica, que, reproduce en su obra la Doctora Ana Salcedo.

En la vida civil, interesa destacar, la evolución histórica de la jubilación en Venezuela, que nos presenta el Doctor Jesús Caballero Ortiz; e, igualmente, constituye antecedente de significación, la regulación sobre la materia, establecida, en 1827, en los “Estatutos Republicanos de la Universidad de Caracas”, elaborados por una Comisión designada al efecto, integrada entre otros, por el Doctor José María Vargas, promulgados por El Libertador Simón Bolívar. Ahora bien, en lo que respecta al funcionario público, el Doctor Caballero Ortiz, parte de la Ley de 1842, en la que se establece un régimen, cuya característica principal es la siguiente:

“La Ley del 9 mayo de 1842 sobre Jubilaciones de Empleados, dictada bajo la presidencia de José Antonio Páez, presentaba ciertas peculiaridades. Su ámbito de aplicación comprendía a todos los funcionarios civiles; era facultativa, pues sólo las personas que “quisieran contribuir” al Fondo de Jubilación tenían derecho a la misma y, por tanto, tenía carácter contributivo” (Caballero Ortiz, 2002:300).

El autor en referencia, cita, luego, las leyes de los años 1925; 1928; las Resoluciones de varios Ministerios entre 1962 y 1965; “el mal llamado Reglamento de Jubilaciones y Pensiones de 1966”; la Enmienda Constitucional de 1983; el Decreto Ley N° 673 del 21 de junio de 1985; la reforma del anterior Decreto-Ley, mediante acto legislativo del 2 de julio de 1986, promulgada el 10 de julio de 1986, la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios, hasta llegar, a lo que califica el autor, como la distorsión de la posible unificación de los regímenes de jubilaciones y pensiones del funcionariado público.

Es decir, las demandas de nulidad interpuestas por los titulares de los órganos con autonomía funcional: Consejo Supremo Electoral, Consejo de la Judicatura, Contraloría General de la república, Fiscalía General de la República, para evadir la aplicación de la Ley y hacerse de un régimen propio de jubilaciones y pensiones para el funcionariado adscrito a dichos órganos, petición declarada con lugar por el máximo Tribunal de la República, en Sala Plena. Concluye el Doctor Caballero Ortiz, con la referencia a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y, al respecto, indica lo siguiente:

“La aproximación histórica anteriormente expuesta pone de manifiesto un régimen jurídico incapaz de regular en debida forma el sistema de las jubilaciones en nuestro país. Hemos visto cómo, ayer y hoy, el régimen se desentiende del principio de la indelegabilidad de la potestad legislativa en las materias reservadas, por lo que corresponde entonces a la Asamblea Nacional ordenar esos regímenes dispersos y ejercer a cabalidad las atribuciones que la Constitución le asigna” (Caballero Ortiz, 2002:316)

A la importante descripción que hace el Doctor Caballero Ortiz, calificado experto en la materia funcionarial, sobre la evolución histórica de

la jubilación en Venezuela, es necesario agregar las leyes posteriores y; muy especialmente, el Decreto N° 1.440, del 17 de noviembre de 2014, que reforma, parcialmente, la Ley sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios y Funcionarias, Empleados y Empleadas de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios, por cuanto este Decreto, entre otras cosas, elimina, como hemos indicado supra, la noción de funcionario público, empleado o servidor público, para sustituirla, simplemente, por la de “trabajador” y “trabajadora”.

En términos sintéticos, podemos distinguir varios momentos en los esfuerzos realizados en Venezuela para unificar lo relacionado con las jubilaciones y pensiones en el sector público. Un primer momento, punto de partida, lo constituye la Ley del año 1842; un segundo momento, la Ley del año 1925; tercer momento, la Ley del año 1928; cuarto momento, el Reglamento de 1966; quinto momento, la Ley del Seguro Social, del año 1966; sexto momento, la Segunda Enmienda Constitucional (Constitución de la República de Venezuela, 1961) del año 1983; séptimo momento, la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios y Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios, del año 1986; octavo momento, Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSSI, 1997) y la Ley del Sub-Sistema de Pensiones, 1998; noveno momento, la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999; décimo momento, la promulgación y entrada en vigencia de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS, 2002); y, décimo primer momento, el Decreto 1.440 del año 2014.

Amagos de Reforma Pensional en Venezuela

Lo relacionado con las pensiones por vejez y las jubilaciones es un asunto que ha despertado muy poco interés en el país. El número de regímenes de jubilaciones y pensiones en el sector público venezolano, como hemos comentado, es algo que sorprende a cualquier observador. Se carece de una cifra exacta que dé cuenta de la cantidad de regímenes existentes y de la población amparada por los mismos, a pesar que la Ley

Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS), en el Régimen de Transición, artículo 122, “Comisión Técnica de Transición de los Regímenes de Pensiones y Jubilaciones preexistentes”, estableció que:

“El ministerio **con competencia** en materia y previsión social, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la promulgación de la presente Ley, designará una Comisión Técnica de Transición a cuyo cargo estará la planificación y dirección del proceso de transición de los regímenes jubilatorios y pensionales preexistentes al nuevo sistema. El ministerio con competencia en materia de trabajo y previsión social emitirá el correspondiente reglamento que establecerá la integración y funciones de la Comisión Técnica de Transición

El ministerio a que se refiere la LOSSS, es hoy, el Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo, antes Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, al cual, por mandato presidencial, se le ha confiado la competencia para ser el Órgano Rector del Sistema de Seguridad Social, cuyas funciones están claramente indicadas en la Ley correspondiente, que ordena y regula la estructura y funcionamiento de la Administración Pública.

El Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo, no ha cumplido, hasta ahora, el mandato del legislador, razón por la que se carece en el país de un registro de todos los regímenes de jubilaciones y pensiones existentes, sus características, requisitos de afiliación, requisitos para obtener el beneficio, base de cálculo de la pensión, monto de la pensión, políticas de ajuste de la pensión, régimen y fuentes de financiamiento, entre otros conceptos.

Desde el punto de vista normativo jurídico, el asunto puede simplificarse si se considera sólo las normas principales que regulan los regímenes jubilatorios y pensionales; pero, el caso es que existen leyes especiales creadoras de regímenes de jubilaciones y pensiones para determinados trabajadores del sector público. A lado y en paralelo de leyes como la del Seguro Social que dispone de un régimen de pensiones por vejez, discapacidad (invalidez) y sobrevivencia, al cual está afiliado el funcionariado público; Ley del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios, nos encontramos con múltiples leyes especiales que

permiten y facultan la creación de regímenes de jubilaciones y pensiones para los trabajadores de determinados organismos: Universidades, Poder Electoral, Poder Legislativo, Poder Moral, Poder Judicial, Gobernaciones, Alcaldías, Institutos Autónomos, Empresas del Estado.

Toda una maraña pensional, en extremo difícil de desenredar, entender y comprender; y, en su gran mayoría no contributivos directos; por consiguiente, de financiamiento fiscal, lo que constituye una bomba de tiempo posible de estallar en cualquier momento, el cual, perfectamente, puede ser el de una disminución importante de la renta petrolera venezolana y; por consiguiente, la falta de recursos económicos para financiar un gasto social potenciado enormemente por las políticas desacertadas del gobierno nacional, causantes de un gasto público irracional, clientelar, desabastecimiento, inflación galopante, control de cambio, precarización del empleo, desempleo, informalidad laboral, déficit en la balanza de pagos, emisión de dinero inorgánico, ausencia de control, destrucción del aparato productivo nacional, deterioro de los servicios públicos, endeudamiento interno y externo generalizado, dependencia extrema a nuevas potencias, compromisos económicos internacionales; y, otras más.

A esta situación, de por sí compleja, se suma el agregado de otro régimen totalmente asistencial, no contributivo, creado improvisadamente, sin base de sustentación económica y financiera, vía, misiones sociales, a cargo del régimen de pensiones del IVSS, denominado: Gran Misión en Amor Mayor Venezuela.

La reforma jubilatoria y pensional en Venezuela es tarea pendiente; y, el régimen de pensiones establecido en la LOSSS, el cual identifica la pensión de vejez con jubilación, no ha sido desarrollado.

En Venezuela, al igual que en Brasil, Chile, Argentina y otros países latinoamericanos, durante la administración de Hugo Rafael Chávez Frías, se dio fuerte impulso a los programas sociales asistenciales, bajo la denominación de “misiones”, muy propias del lenguaje militar, con relativo éxito en lo que se refiere a erradicar verdaderamente la pobreza, a pesar de las grandes sumas de dinero invertidas; pero, con altísimos logros y alcances en lo remedial y dividendos legitimadores y electorales, que le permitieron

al Presidente, mantenerse en el poder durante 14 años consecutivos y, dejar inconclusa la tercera reelección para el período 2013-2019, motivado a su temprana desaparición física.

En Venezuela, más temprano que tarde, debe y tiene que emprenderse una verdadera reforma de la seguridad social, muy especialmente, en materia pensional, sobre todo si se desea hacer sustentable el régimen o regímenes pensionales y jubilatorios y evitar una crisis y conflictividad social de proporciones y efectos inimaginables, que aparecerá en el momento que disminuya, reduzca o desaparezca la renta petrolera y el Fisco Nacional, sin recursos, sin haber tomado las previsiones financieras de un egreso permanente y en constante aumento, se vea en la necesidad imperiosa de disminuir la inversión social y diferir o aminorar el pago puntual de jubilaciones y pensiones causadas. Las cifras oficiales que a continuación se exponen son fiel evidencia de un drama que puede presentarse en cualquier momento.

En 1966, se promulgó una nueva Ley del Seguro Social, que incluyó las prestaciones dinerarias de largo plazo (pensiones) para amparar las contingencias de vejez, invalidez (discapacidad) y sobrevivencia. En el año 1971, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), paga las primeras pensiones por vejez a 567 personas que, para la fecha, habían cumplido con los requisitos legales y reglamentarios establecidos para alcanzar el beneficio pensional (750 cotizaciones semanales y 55 años de edad, la mujer; y, 60 años de edad, el hombre). Al año siguiente, 1972, el número de pensionados se eleva a 73.692. El número de trabajadores afiliados al IVSS, para 1971, alcanza la cifra de 881.347. Al establecer, la relación activos/pasivos, nos encontramos, que, en 1971, 62.3 trabajadores activos, cotizaban para que un trabajador recibiese su pensión por vejez; en el año 2015, cuarenta y cinco años más tarde, la situación ha cambiado radicalmente.

El número de personas afiliadas al IVSS, es de 5.945.223; y, el número de pensionados (vejez, discapacidad, sobrevivencia), es de 2.565.725 (diciembre, 2014), lo que ofrece una relación activos/pasivos, de 2,3; es decir, por cada persona pensionada, tenemos sólo 2,3 personas activas, cotizantes. De estas cifras, el 73% corresponde a personas pensionadas por vejez y, la diferencia, 23%, personas pensionados por invalidez y so-

brevivencia. En el año 1999, el número de pensionados por el IVSS era de 475.514. En el año 2014, el número se incrementó a 2.565.725. Un salto gigantesco de 439,6%. Este salto es un logro, bandera del gobierno nacional; pero, el mismo es necesario relacionarlo con la tendencia al envejecimiento de la población en Venezuela.

El último censo de población y vivienda realizado en el país, año 2011, dio el siguiente resultado: de 27.227.930 personas empadronadas, el 13,9% de ese total, lo constituye mujeres mayores de 55 años, es decir, con derecho a pensión por vejez; y, también, a jubilación, si son funcionarias públicas; el 8,3%, hombres, igualmente, con derecho a pensión por vejez y/o jubilación. Todas las jubilaciones y pensiones que se pagan en Venezuela, cuya cifra puede ascender, fácilmente, a 3.000.000 de personas, o, más, si se suma pensionados por el IVSS y jubilados por organismos públicos, independientemente de su origen y naturaleza, corren a cargo del Fisco Nacional (República Bolivariana de Venezuela. Sistema de Información para la Planificación y Desarrollo, 2015)

Esta relación activos/pasivos es dramática y, sí, a ella se le agrega la situación de los regímenes jubilatorios concurrentes en el sector público, el dramatismo se agiganta, sin que en el horizonte se divise, aún, algunas medidas que hagan pensar en algo distinto; por el contrario, cada día, vemos, con preocupación, como el populismo lanza combustible a la hoguera pensional, con medidas de gran contenido humano y social, indiscutibles, orientadas a saldar una enorme deuda social acumulada; pero, sin previsión financiera alguna, sólo a merced del maná petrolero, en modo alguno, infinito.

Algunos elementos para una reforma pensional en Venezuela

En Venezuela, como lo hemos advertido supra, no ha habido reforma pensional. La LOSSS, en su artículo 63, establece el tipo de régimen pensional que sustituirá a los existentes, incluyendo el de los Seguros Sociales, en los términos siguientes:

“La pensión de vejez o jubilación garantizada por este régimen –se refiere al Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas– será de financiamiento solidario y de cotizaciones obligatorias, para las personas con o sin relación laboral de dependencia, compuesto por una pensión de beneficios definidos, de aseguramiento colectivo bajo el régimen financiero de prima media general y sobre una base contributiva de uno (1) a diez (10) salarios mínimos urbanos”. “La administración del fondo de vejez corresponderá al Estado a través de la Tesorería de la Seguridad Social”. “Sin perjuicio y previa afiliación al Sistema de Seguridad Social, cualquier persona podrá afiliarse voluntariamente a planes complementarios de pensiones de vejez bajo administración del sector privado, público o mixto regulado por el Estado”.

Este es, por consiguiente, el régimen de pensiones por vejez que establece la LOSSS, la cual, como se ha indicado en varias oportunidades, está vigente desde el año 2002; pero, carece de efectividad, por cuanto no se aplica. Es importante destacar algunos caracteres de la norma consagratória de lo que podría ser el nuevo régimen pensional en Venezuela.

La norma es vaga e imprecisa en cuanto se refiere a requisitos relacionados con la edad cronológica, tiempo de servicio, número de cotizaciones y monto del beneficio. Estos asuntos, fundamentales, quedan a criterio del legislador ordinario al momento de sancionar la ley especial que regulará el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas.

- a) La pensión por edad cronológica (vejez), asimila y sustituye la pensión por jubilación (edad cronológica y tiempo de servicio), con fundamento en el artículo 148 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y, en el artículo 68 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, los cuales establecen, que: “nadie podrá disfrutar más de una jubilación o pensión, salvo en casos expresamente determinados en la Ley”.
- b) El régimen de pensiones requiere de afiliación. Los trabajadores subordinados o dependientes, serán afiliados por sus empleadores o patronos, dentro del término que establezca la ley; en cambio, otros trabajadores, no dependientes, lo harán por sí mismo, por cuenta propia.

- c) El régimen de pensiones es de financiamiento directo, contributivo, mediante cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores.
- d) El régimen de pensiones es solidario, con beneficio definido, conocido de entrada, al momento de la afiliación; aseguramiento colectivo (capitalización colectiva), financiado bajo un régimen de prima media general (igual porcentaje de cotización – prima – para toda la población afiliada); y, aplicado a una base de cotización que oscila entre un (1) salario mínimo y diez (10) salarios mínimos.
- e) Un solo ente recaudador de las cotizaciones y aportes: la Tesorería de la Seguridad Social (unidad recaudatoria).
- f) Los regímenes de jubilaciones y pensiones preexistentes, los actuales, tienen vida finita, desaparecerán con el tiempo, mediano o largo plazo, siendo reemplazados por el que establece la LOSSS, para lo cual se crea un Régimen de Transición, el cual garantiza los derechos adquiridos y los derechos en formación. Para el caso que los interesados decidan permanecer en estos regímenes preexistentes, pueden hacerlo, sólo que los mismos deberán transformarse en Regímenes Complementarios Voluntarios, con financiamiento a cargo de los afiliados exclusivamente. Esta afiliación no exime de la afiliación y obligaciones que establece la LOSSS y el Régimen de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas, cuya ley especial espera por sanción parlamentaria y promulgación por el Ejecutivo Nacional.

El régimen de pensiones antes descrito, previo a su posible puesta en marcha, requiere, ya, de reformas, a la luz de lo que acontece en el país en materia demográfica, política y económico – financiera. En atención a estos aspectos, el Área de Postgrado en Seguridad Social adscrita a la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela, ha tomado la iniciativa, al igual que en otras oportunidades, de proponer una reforma parcial de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, particularmente, de los artículos relacionados con pensiones por vejez. La propuesta, nos resulta, aún, tímida, por cuanto no aborda asuntos crucia-

les como los relacionados con el envejecimiento de la población y la edad mínima requerida para que las personas califiquen como beneficiarias de pensiones; pero, es sin duda, un primer paso en la dirección correcta de establecer un régimen de pensiones que responda a la política de extender la cobertura de la Seguridad Social a todas las personas sin exclusión alguna.

En atención a lo anterior, se propone una reforma parcial a las Leyes Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) y Especial, de Servicios Sociales (LSS). En la primera, la LOSSS, para modificar los artículos 57, 63, 64 y 117; y, agregar dos nuevos artículos, lo que permite abrir las ventanas a un régimen pensional de nuevo tipo; y, en la segunda, la LSS (2005), para eliminar la figura de las asignaciones económicas o ayudas económicas, no contributivas, de carácter asistencial, debido a que por imperio del artículo 80 de la Constitución Bolivariana de Venezuela, estas ayudas asumen el carácter de pensiones auténticas.

El régimen que se propone es el conocido por la doctrina y práctica de la Seguridad Social como mixto o multipilar; en consecuencia, Venezuela tendrá un régimen pensional que se formará por pilares de pensión, así: un primer pilar, básico, de igual cuantía, de financiamiento fiscal y solidario, equivalente al salario mínimo nacional, asignado a toda persona que cumpla la edad de 55 años, la mujer y, 60 años de edad, el hombre. Un segundo pilar de pensión, asegurativo, obligatorio, de contribución directa, beneficio definido, proporcional al monto y número de contribuciones o cotizaciones hechas por las personas afiliadas. Y un tercer pilar de pensión, de carácter complementario voluntario.

El primer pilar de pensión será financiado mediante la constitución de un Fondo Especial, con aportes anuales provenientes de la renta petrolera y contribuciones solidarias de personas con capacidad contributiva, en la cuantía que determine los estudios financieros y actuariales. El establecimiento de este primer nivel de pensión, será una de las vías que seguirá la sociedad y el Estado para distribuir la renta petrolera y hacer realidad la popular frase: “Venezuela es de todos, y el petróleo es nuestro”.

Este primer nivel de pensión permitirá incluir en la seguridad social, a miles de venezolanos y venezolanas, adultos mayores, sin capacidad

para contribuir al financiamiento directo de la seguridad social, excluidos hasta ahora de ese beneficio pensional, en contravención a lo establecido en el artículo 80 de la Carta Magna. El segundo pilar de pensión permitirá la obtención de una pensión, superpuesta a la anterior, por parte de las personas sometidas o no a relaciones laborales de subordinación o dependencia; pero, con capacidad contributiva directa para financiar la seguridad social. Y, el tercer pilar, será voluntario y la contribución al mismo, así, como el beneficio pensional, dependerá de la capacidad de ahorro.

CONCLUSIONES

En Venezuela, lo relacionado con las jubilaciones y pensiones, como componentes prestacionales importantes de la seguridad social, mantiene un gran desorden, que configura una situación caótica, susceptible de generar en el corto, mediano o largo plazo, un colapso total en cuanto a la protección social de las personas adultas mayores se refiere. El país carece de una política pública, de Estado, que examine con objetividad y seriedad, más allá de banderías políticas, la forma como el Estado venezolano responderá por las obligaciones pensionales, presentes y futuras, contraídas y por contraer, con un sector de población que crece aceleradamente: los adultos mayores.

En Venezuela se impone la necesidad de plantear el tema de una reforma pensional estructural dentro del ámbito de lo público, cuyas bases las encontramos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Diferir, por más tiempo, dicha reforma es conspirar contra la seguridad social de los venezolanos, su tranquilidad y bienestar. La unificación de los regímenes jubilatorios y pensionales, la búsqueda de su racionalidad, justicia y equidad y la creación de bases económicas y financieras lo suficientemente sólidas y perdurables que los sustenten, son, entre otras, medidas que no pueden postergarse por más tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMANSA PASTOR, José Manuel (1973). Derecho de la Seguridad Social. Editorial Tecno, S.A. Madrid.
- CABALLERO ORTIZ, Jesús (2002) “Aproximación histórica al régimen de las jubilaciones de los funcionarios públicos en Venezuela” Revista de Derecho. N° 4. Tribunal Supremo de Justicia. Caracas- Venezuela.
- HOLZMANN, Robert y otros (2008). Fortalecer los Sistemas de Pensiones Latinoamericanas. Cuentas Individuales por Reparto. Banco Mundial, CEPAL. Naciones Unidas. Colombia.
- MENDEZ CEGARRA, Absalón (2009) “Regímenes y Fondos de Jubilaciones y Pensiones en la Universidad Pública Venezolana” Revista Seguridad Social al Día. Año 2. N° 6. Caracas- Venezuela.
- MENDEZ CEGARRA, Absalón (2013) Retos de la Seguridad Social. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Comisión de Estudios de Postgrado. Caracas- Venezuela.
- MOSQUERA DE ARNAL, Mercedes (1990). La Jubilación en Venezuela. Multigráfica. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Doctorado en Ciencias Sociales. Caracas- Venezuela.
- REPÚBLICA Bolivariana de Venezuela (2015). Sistema de Información para la Planificación y Desarrollo. Caracas- Venezuela.
- REPÚBLICA Bolivariana de Venezuela (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No. 5.453 del 24 de marzo del año 2000. Caracas- Venezuela.
- REPÚBLICA Bolivariana de Venezuela (2012). Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Gaceta Oficial No. 39.912 del 30 de abril del 2012. Caracas- Venezuela.
- REPÚBLICA Bolivariana de Venezuela (2014). Decreto No 1.440. Decreto con Rango Valor y Fuerza de Ley sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores y las Trabajadoras de la Administración Pública Nacional, Estatal y Municipal. Gaceta Oficial No. 6.156 Extraordinario del 19 de Noviembre del 2014. Caracas- Venezuela.
- RODRÍGUEZ, Hilda (1994) Jubilaciones y Pensiones en la Administración Pública. Paredes Editores. Caracas-Venezuela.
- RODRÍGUEZ María José y Otros (2005). Sistema de Seguridad Social. Editorial Tecno. Séptima Edición. Madrid - España
- RONDÓN DE SANSÓ, Hildegard (1974). El Sistema Contencioso de la Carrera Administrativa. Ediciones Magón. Caracas-Venezuela.

- SALCEDO DE LOMBAO, Ana Mercedes (2004). La Seguridad Social en las Fuerza Armada Nacional. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Comisión de Estudios de Postgrado. Editorial Tamher. Caracas-Venezuela.
- SILVA CIMMA Enrique (1978). La Función Pública. El Régimen de Personal en la Contraloría General de la República. Ediciones de la Contraloría. Caracas-Venezuela.
- VALENCIA ZEA Arturo (1987). Derecho Civil. Tomo I. Parte General y Personas. Editorial Temis, S.A. Bogotá- Colombia.

TEORÍAS, ENFOQUES DEL ENVEJECIMIENTO Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Margarita Rojas de Duarte

Resumen:

En este artículo se hace una reseña de aspectos importantes de las teorías biológicas, psicológicas y sociológicas, e igualmente de los enfoques de derecho y espiritual del envejecimiento, como aspectos fundamentales a considerar por parte del Estado en el diseño y ejecución de políticas y programas dirigidos a la protección social de las personas adultas mayores. El enfoque de derecho concibe a las personas adultas mayores como titulares de derechos a la protección social y el espiritual como seres físicos, emocionales y espirituales. Entre las teorías biológicas del envejecimiento se destacan: teoría del debilitamiento del sistema inmunológico; del envejecimiento celular; de la acumulación de productos de desechos; del desgaste natural; del entrecruzamiento; de los radicales libres; de las modificaciones del sistema endocrino y de genética. Desde el enfoque psicológico se consideran las teorías: de la actividad; de la desvinculación y la teoría psicosocial del yo de Erikson. Las teorías sociológicas del envejecimiento se ubican en dos grandes grupos: las que exponen la relación del individuo con su propio proceso de envejecimiento y aquellas que explican la relación entre el sistema social y los adultos mayores.

Palabras claves: protección social, teorías, enfoques, envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las teorías y enfoques del envejecimiento es necesario y útil para el abordaje de la protección social de las personas adultas mayores, en tanto permite tener una mayor comprensión como sujeto de

atención, en consideración de los factores internos (inherentes a la persona) y externos (influencia del entorno) y los cambios socio demográficos que influyen en el proceso de envejecimiento.

Poseer conocimiento sobre los sujetos de atención, lo que los define, sus características, necesidades, la influencia orgánica, física, biológica, cultural y espiritual en su ser, permite que la protección social requerida sea más oportuna y efectiva, cuyos aportes permiten tener una mayor comprensión del fenómeno, desde las teorías biológicas, pasando por las teorías psicológicas, hasta llegar a las sociológicas que explican la relación de la persona con su vejez, y la influencia de la sociedad en el proceso del envejecimiento, e igualmente ocurre con los enfoques del envejecimiento, particularmente con el enfoque de derecho y el espiritual del envejecimiento.

Existen múltiples concepciones sobre el envejecimiento, para algunos autores, es la fase final de la transición demográfica; para otros, lo conciben como un proceso complejo. En el envejecimiento como proceso, se producen cambios, en correspondencia con la posición que ocupan las personas adultas mayores en la sociedad; con los roles de desempeño; las actividades que realizan; la nutrición; ejercicios físicos; la actitud ante la vida, entre otros.

Otra manera como ha sido entendido el envejecimiento, es desde el nivel individual y el poblacional; el envejecimiento individual se refiere a la ampliación de los horizontes de la vida, mayor longevidad; mientras que el envejecimiento poblacional, es producto del aumento de la esperanza de vida, lo que significa que la población viva más años, y en mejores condiciones y calidad de vida, que en épocas precedentes. El envejecimiento poblacional, también se le conoce como envejecimiento demográfico, para referirse a cambios en la estructura por edades, o en el menor o mayor peso que tienen unas edades respecto a otras, en relación a la población total.

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico, el descenso de la mortalidad y su derivado aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Este cambio incide tanto en el crecimiento de

la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel, 2004, citado por Satorres Pons, 2013: 9).

Los cambios vertiginosos que se están produciendo a nivel mundial en cuanto a la transición demográfica; el aumento progresivo de la esperanza de vida, producto de los avances científicos, tecnológicos, de la medicina y de la modernidad en general, y con ello la disminución de la tasa de fecundidad, natalidad y mortalidad; trae como consecuencia el aumento acelerado de la población adulta mayor, lo cual producen un alto impacto social y económico, que exigen que se le preste mayor atención a este grupo etario, en particular en su protección social.

Prestar atención a la protección social pasa por tener un profundo conocimiento en todas las dimensiones de las personas adultas mayores tanto a nivel individual, como social, cultural, emocional y espiritual, en el proceso del envejecimiento; y el envejecimiento poblacional o demográfico.

La protección social constituye un derecho humano, materializado en políticas, programas y acciones, cuya aplicación conduce a la reducción de la vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas las personas que han disminuido o carecen de ingresos, debido al desempleo, la pérdida de salud o la vejez.

La idea de protección social se halla implícita en todas las instituciones cuyos fines son: amparar al hombre de la miseria, solucionar sus necesidades vitales mínimas, prevenir y atender las consecuencias de los riesgos bioeconómicos. Esta idea-fuerza de la protección social actúa como constante histórica que mueve y orienta la búsqueda de la seguridad individual y colectiva en épocas sucesivas. Cuando de esa protección surge un derecho, se convierte en “previsión”, y en ésta la cobertura de los riesgos y la reparación de sus efectos constituyen disciplinas técnicas” (Ricardo R Morles, 1962, citado por Méndez, 2011:24)

La protección social, es una manera de proteger a los seres humanos ante contingencias ocurridas en la cotidianidad de la vida, para lo cual las

instituciones a través de las diferentes políticas y programas deben prever y proveer los requerimientos que les permitan solventar sus necesidades, y de esta manera garantizarles el derecho de la previsión social, vinculado a la política social y la seguridad social.

Teorías del envejecimiento

Al revisar el marco conceptual de vejez y envejecimiento, se aprecia que una de las definiciones más completas, que define al envejecimiento como proceso multidimensional es la gerontología, la cual entre otras dimensiones contempla la biológica, la psicológica y la social; la biológica investiga sobre los cambios que se producen en los distintos sistemas biológicos de organismo como consecuencia de la edad; la psicológica estudia los cambios que se producen con el devenir de los años, en las funciones psicológicas como la atención, la percepción, el aprendizaje, la memoria y la personalidad; la social profundiza sobre los cambios de la edad relacionados con los roles sociales, intercambio y estructura social y cambios culturales. Desde esta visión tridimensional, se clasificarán las teorías del envejecimiento, y esto es así, por cuanto los seres humanos en general y los adultos mayores en particular son complejos e integrales como seres físicos, mentales, emocionales y espirituales.

Teorías Biológicas. En la dimensión biológica coexisten diversas teorías que explican sobre las causas del envejecimiento, las mismas dan cuenta de los cambios progresivos que afectan la totalidad del organismo; pudiéndose observar un proceso de desgaste corporal con disminución de la respuesta del sistema inmune, debilitamiento del sistema endocrino, cambios bioquímicos a nivel celular, tejidos, órganos y sistemas que afectan el plano psicológico y del comportamiento del individuo. Las teorías biológicas del envejecimiento se sustentan en la influencia de factores internos y externos que afectan a la persona. Las basadas en factores internos hacen referencia al envejecimiento ocasionado por causas intrínsecas al individuo, mediante las cuales se deteriora el organismo; mientras que las basadas en factores externos son teorías que se refieren a las causas del entorno o del

medio ambiente influyente en el proceso del envejecimiento.

Entre las teorías biológicas del envejecimiento se encuentran: teoría del debilitamiento del sistema inmunológico; teoría de envejecimiento celular; teoría de la acumulación de productos de desechos; teoría del desgaste natural; teoría del entrecruzamiento; teoría de los radicales libres; teoría de las modificaciones del sistema endocrino; teoría genética.

Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico. El sistema inmunitario o inmunológico, está compuesto por órganos, tejidos, proteínas y células especiales, es el encargado de proteger al organismo de los gérmenes y microorganismos contra toda sustancia exógena que tenga contacto con el cuerpo, a través de diversos mecanismos, llamados “respuesta inmune”. La teoría del debilitamiento del sistema inmunológico, también conocida como teoría inmunobiológica, plantea que en el envejecimiento se produce un deterioro del sistema inmunitario, en el cual se produce una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, lo que trae como consecuencia una disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.

La teoría inmunitaria del envejecimiento descansa sobre la premisa de que con la edad, disminuye la capacidad de este sistema a sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada, y en el momento oportuno, además el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. (González de Gago, 2010: 4)

Lo que quiere decir que en la medida que se envejece el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz en la lucha contra las enfermedades, en consecuencia, un síndrome viral puede complicarse y tener un resultado fatal, así mismo cierto material deja de ser reconocido como propio, lo que explica el desarrollo de enfermedades autoinmunes, como por ejemplo las artropatías (lesiones que afectan las articulaciones).

Teoría de envejecimiento celular. Esta teoría parte de la idea que el envejecimiento es consecuencia de la muerte de un número creciente de células en el cuerpo, donde juega un papel relevante el ADN (ácido desoxirribonucleico), como molécula responsable de diversos mecanis-

mos moleculares y bioquímicos a nivel metabólico y de la división celular; es así, como toda pérdida de información o codificación deficiente de las células determinada por un defecto del ADN puede provocar la muerte celular. La teoría del envejecimiento celular, según González Gago (2010) se basa en que las células tienen un número limitado de división, e incluso las células de recambio rápido tienen un límite el cual encuentra programado el contenido genético de dicha célula.

Existen otras teorías que explican el envejecimiento celular basadas en el mecanismo de destrucción, entre ellas tenemos: acumulación de desechos en la célula, denominada teoría de la acumulación de desecho, y la reducción de la tasa de oxidación celular, la llamada teoría de los radicales libres, las cuales provocan pérdida de función, por cuanto mientras más se acumulen, más se acentúa el proceso de degradación, teoría de desgaste natural que relaciona los daños celulares con el desgaste y estrés de la vida.

Teoría de la acumulación de productos de desechos. Esta teoría admite que en la vida las personas producen y eliminan desechos, como un proceso normal; no obstante, algunos teóricos consideran, que el envejecimiento viene acompañado de una disminución de la capacidad de disminución, seguida de una acumulación de desechos que perjudica a la actividad celular normal. Para Mishara, B. y Riedel R (2000), citado por González Gago (2010), la teoría de la acumulación de productos de desecho, señala que el funcionamiento normal del cuerpo quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanado por las funciones corporales, el problema recae en la existencia de un desequilibrio entre los productos de desecho producidos y su eliminación, en dicho caso influirán negativamente en el funcionamiento del organismo.

Teoría del Desgaste Natural. Considera que todos los organismos están compuestos de partes insustituibles, cuyo deterioro o acumulación de daños celulares por el desgaste y/o estrés de la vida, contribuyen con el deterioro de las actividades bioquímicas normales que ocurren en células, tejidos y órganos, afectando la producción de energía celular, por lo tanto el funcionamiento celular adecuado. Es así, que en el proceso del envejecimiento el desgaste se hace progresivo.

Teoría del entrecruzamiento. Esta teoría plantea que ocurren enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macro moléculas celulares, que determinan el envejecimiento y la aparición de enfermedades dependientes de la edad. Para Pulido, M.E (2003), citado por González Gago (2010), la teoría sugiere que el entrecruzamiento químico que ocurre entre proteínas, lípidos y DNA, como resultado a la exposición a factores exógenos como ambiente y dieta, producen cambios en las características físicas de sustancias como el colágeno y la elastina; con el tiempo los enlaces cruzados aumentan, los tejidos se vuelven menos plegables y se retraen.

Teoría de los radicales libres. Los promotores de esta teoría, señalan que el oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, mediante el cual se produce energía a través del ciclo respiratorio, pero como quiera que la utilización y manejo del oxígeno no es perfecto, se producen radicales libres, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas; daños que podrían causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como el colágeno, la elastina y los lípidos, entre otros. De acuerdo a esta teoría el envejecimiento celular es producto de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Su propulsor Harnan señala que la vejez es atribuida a los radicales libres y a los peróxidos endógenos, lo cual tiene que ver con una reacción química que se produce cuando ciertas moléculas reaccionan con el oxígeno y se separan para formar elementos reactivos, o radicales libres de oxígeno.

Teoría de las modificaciones del sistema endocrino. El sistema endocrino es el que produce la secreción de las sustancias denominadas hormonas, las cuales actúan sobre las células a través de receptores, por medio de los cuales dichas sustancias regulan funciones orgánicas relacionadas con el metabolismo, reproducción, síntesis de proteínas, función inmunitaria, desarrollo y comportamiento. Se ha demostrado que la secreción hormonal se modifica en la medida que se envejece, lo cual se puede apreciar por ejemplo el debilitamiento de la función ovárica, con la disminución de los niveles de estrógeno en la sangre, y con ello la menopausia. Siendo así, el agotamiento de las glándulas sexuales, entre otras, es una

de las principales causas del envejecimiento, tal y como lo señala Lorand propulsor de esta teoría.

Teoría Genética. Esta teoría considera que el factor genético es determinante en el proceso evolutivo del envejecimiento, en tanto el mismo está influenciado por la manifestación de los genes en interacción con el medio ambiente, Michara, B., y Riedel R., citados por González Gago (2010), señalan que actualmente los teóricos genéticos creen que para comprender el envejecimiento hay que entender el código genético que determina nuestra longevidad.

Teorías psicológicas del envejecimiento

Así como en el envejecimiento se producen cambios biológicos, también se producen cambios psicológicos relacionados con la personalidad y la conducta, entre los cuales están presentes las capacidades cognitivas, sensoriales y perceptivas; la creatividad y el comportamiento.

Para Mishara, B y Riedel (2000), citado por González Gago; 2010: 49, a propósito de la personalidad, refiere tres grupos de teorías que explican las causas de las diferencias de personalidad entre los ancianos y los jóvenes ellas son: teorías psicodinámicas de la personalidad, las cuales establecen que existen determinantes inconscientes e históricos de la personalidad, que explican la diferencia de personalidad joven-anciano, debido a la gran cantidad de material inconscientes residual presente en los ancianos; teorías conductistas, de acuerdo a ésta teoría la personalidad es el resultado de las condiciones de aprendizaje y del entorno y las teorías humanistas, las cuales plantean que la personalidad se crea en libertad y según los objetivos de las personas.

Sandra Huenchuan desde el enfoque psicológico señala las siguientes teorías: teoría de la actividad; teoría de la desvinculación y la teoría psicosocial del yo de Erikson. La autora concibe el enfoque psicológico en los siguientes términos:

La unidad de análisis del enfoque psicológico del envejecimiento es el conjunto de individuos que envejecen y la forma en que encaran este proceso. Envejecer se conceptualiza, desde esta perspectiva, como un proceso individual de adaptación a los cambios que ocurren en esta etapa en el propio organismo y en el entorno social, el énfasis analítico se pone en el modo en que los individuos enfrentan y responden a las condiciones personales que les toca vivir, buscando solución a los problemas, aceptando y asumiendo las pérdidas inevitables, para poder seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Comisión Nacional para el Adulto Mayor, Chile, 1995, citado CELADE, CEPAL, 2007)

El enfoque se inscribe en la noción de envejecimiento satisfactorio, introducida por John Rowe en 1987. El envejecimiento satisfactorio es el resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales; un buen estado nutricional; un proyecto de vida motivante; empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, etc. (Vellas, 1996, citado CELADE, CEPAL, 2007: 11).

Desde esta perspectiva y en consideración de la teoría de la actividad, mientras más activa se encuentren las personas adultas mayores, podrán envejecer de manera más satisfactoria. Lo contrario sucede con la teoría de la desvinculación, caracterizada por el alejamiento o la reducción voluntaria de sus actividades.

Teoría de la desvinculación, separación o retraimiento. Surge en el año 1961, propuesta por Cummings Elaine y Williams Henry, quienes aplicaron el término separación al proceso en el cual las personas adultas mayores se separan o se retiran gradualmente de los roles y actividades que han ocupado en la sociedad. De acuerdo a esta teoría, las personas cuando envejecen, sus necesidades psicosociales básicas cambian desde una participación activa a una contemplación inactiva. La teoría plantea que las personas adultas mayores, de manera voluntaria o no, disminuyen su interacción social, lo cual les favorece, en tanto, aumenta su autonomía y tienen más tiempo de ocio. Igualmente, desde el punto de vista social, su separación o retiro da paso a personas más jóvenes. Centra su planteamiento en la adaptación social de las personas adultas mayores, y sugiere que es imperativo que éste grupo poblacional, se se-

paren de la sociedad porque eventualmente morirán. Esta separación es funcionalmente necesaria para que las instituciones sociales sobrevivan y se mantenga una estabilidad y un funcionamiento social cohesivo.

Se parte de la premisa de que las personas están preparadas para el retiro, cuando se percatan del poco tiempo que les queda por vivir y cuando perciben que van perdiendo energía para mantener sus funciones e interacciones sociales. Por estos motivos, las personas mayores consideran este proceso como funcional desde el punto de vista social, psicológico y como parte del envejecimiento normal. A su vez, la sociedad debe transferir las responsabilidades a otros segmentos de la población y aislar a los ancianos de la participación social. (Piña, 2010:71)

Los autores que sustentan esta teoría, consideran que la separación es un proceso inevitable, funcional y universal, mediante el cual se acaba con las relaciones a nivel individual y social; no obstante, tales planteamientos han sido cuestionados, por cuanto más que el retiro de las personas adultas mayores, es la misma sociedad la que no crea las condiciones que permitan la permanencia de las personas adultas mayores en sus espacios laborables. Por otra parte, la separación no ocurre en todos los individuos, cuestión que es muy razonable, ya que no siempre existe acuerdo sobre si el retiro es frecuente o si es beneficioso, tanto para la sociedad como para el individuo; igualmente se destaca que la desvinculación, más que por razones de la edad, está vinculada con otros factores, tales como problemas de salud, la viudez, la jubilación, entre otros.

Teoría de la actividad. Esta teoría surge como respuesta a las críticas de la teoría de la desvinculación o retraimiento. Fue propuesta originalmente por Robert Havighurst (1963) y elaborada más tarde por George Maddos (1974), considera que para que las personas adultas mayores logren enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, preservar la moral y aumentar la autoestima, debe haber una restitución de roles o actividades desaprovechadas; asume que la población adulta mayor, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos.

La tesis central de esta teoría puede resumirse, siguiendo a Sánchez, en los siguientes términos: “Cuanto mayor número de roles o actividades

opcionales posea la persona según entra en la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios a los que ordinariamente se les da prioridad en la vida adulta”. (Sánchez, 1990: 70)

La clave para la vejez exitosa es mantener unos niveles óptimos de actividad; obviamente, esto dependerá de la disponibilidad de roles o actividades y de la capacidad de la persona para llevarlos a cabo. Esta teoría, opuesta a la teoría de desvinculación o retraimiento, enfatiza la interacción e integración social para explicar mayores niveles de satisfacción de vida. Sin embargo, otros expertos objetan la idea de que todas las personas de mayor edad necesitan y desean niveles altos de actividad y que no se tengan presentes las variaciones en el significado de las actividades particulares en la vida de los adultos mayores.

La teoría de la actividad es muy importante, en tanto permite comprender que el uso del tiempo en actividades gratificantes, facilita una mayor interacción e integración social, lo cual influye en la calidad de vida de los adultos mayores, ya que esta es una etapa de la vida en la cual las personas disponen del mayor tiempo libre, teniendo en cuenta que estas actividades deben ser estimulantes, con la intención de combatir la soledad y cultivar afectos; por otro lado deben estar adaptadas a las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que caracterizan a los adultos mayores, lo cual conducirá a un mayor estado de bienestar. “El bienestar se logrará a través de las actividades en los papeles sociales recién adquiridos y una vejez favorable es aquella que descubre nuevas funciones o medios para conservar las antiguas (Piña, 2010:80)

El principal aporte de esta teoría, es la propuesta que hacen a la población adulta mayor de la importancia de mantenerse activa y lograr una interacción e integración social para obtener de esta manera una adaptación satisfactoria a la vejez, que genere por ende una mayor satisfacción hacia la vida. Entre las limitaciones que presenta esta teoría, es que no reconoce la influencia de la personalidad en la conducta humana, la teoría no ofrece una explicación al hecho de que algunas personas pueden ser felices estando pasivas, mientras que otras prefieren disminuir su nivel de actividad según avanzan en edad. (Aranibar, 2001:16) es decir, no consi-

dera relevante la personalidad, cuando se establece una asociación entre niveles de actividad y satisfacción con la vida. Igualmente se le critica a esta teoría, el presumir que los roles sociales de la edad mediana se mantienen relativamente en la edad adulta mayor.

Teoría psicosocial del yo de Erikson. Es una de las teorías más aceptadas en el campo de la psicología del desarrollo; Erickson al igual que el psicoanalista Sigmund Freud, considera que la personalidad evoluciona por etapas, cuyo progreso además de ampliar competencias, también desarrolla la conciencia por mediación de la interacción social. Si en cada etapa de la vida, la persona adquiere las competencias en correspondencia con la misma, la persona sentirá una sensación de dominio, que según Erikson, se denomina fuerza del ego, y a partir de esa competencia obtendrá una sensación de suficiencia que le ayudará a resolver los retos que tendrá que superar en la siguiente etapa de la vida, lo que quiere decir, que los progresos de cada etapa, está determinado en parte por los éxitos o fracasos que le preceden a cada etapa.

Las etapas o estadios a los que hace referencia el psicólogo Erikson, son las siguientes: Confianza vs Desconfianza (transcurre **desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida**); Autonomía vs Vergüenza y duda (desde los 18 meses hasta los 3 años); Iniciativa vs Culpa (de 3 a 5 años); Laboriosidad vs Inferioridad (entre los 6-7 años hasta los 12 años); Exploración de la Identidad vs Difusión de Identidad (durante la adolescencia); Intimidad frente al Aislamiento (desde los 20 años hasta los 40 aproximadamente); Generatividad frente al Estancamiento (entre los 40 hasta los 60 años) e Integridad del yo frente a la desesperación (desde los 60 años hasta la muerte).

A finales del siglo XX emerge la psicología positiva, cuyo objetivo es destacar y potenciar las cualidades o virtudes de las personas, y de esta manera lograr una mayor calidad de vida y bienestar. La teoría psicosocial de Erikson se enmarca dentro de este enfoque, también denominado envejecimiento activo; el autor ubica a las personas adultas mayores en la octava o última etapa de la vida: "integridad versus desesperación". La primacía de la integridad permite la emergencia de la sabiduría.

Teorías sociológicas del envejecimiento

Existen varias teorías sociológicas que intentan explicar las relaciones sociales entre los adultos mayores. Estas teorías se ubican en dos grandes grupos: las que exponen la relación del individuo con su propio proceso de envejecimiento y aquellas que explican la relación entre el sistema social y los adultos mayores. Esta clasificación en dos grandes grupos, según la autora Ortiz 1999: 21 (Cit. Por Aranibar 2001: 11) señala que, por un lado se encuentra la edad, entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas que son las que imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez.

Teorías que explican la adaptación del individuo a su vejez

Teoría de la Continuidad. Entre los representantes de esta teoría se encuentran, Rosow (1963), Bernice Neugarten (1969) Lehr (1980) y Atchley (1987), la teoría parte de la premisa que los individuos en las etapas de su vida desarrollan actitudes, valores, metas, hábitos y comportamientos, que retienen en cierta medida en la vejez; sostiene la teoría que la edad avanzada no implica un cambio drástico en la vida de las personas, según se entra en años, existe una tendencia a mantener continuidad. “Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten y se mantienen en la vejez. (Travieso, 2005:77); siendo así, en la vejez no se presentan cambios significativos, sino más bien, es una continuidad de la vida, tal como lo señala Barreira (1992), el mejor índice de predicción del comportamiento de una persona en una determinada situación sigue siendo su conducta anterior.

Un eje central de esta teoría se refiere a que las personas de edad mediana y mayor, al momento de realizar nuevas adaptaciones intentan mantener las estrategias internas y externas existentes, así como también lograr nuevos ajustes a través de la continuidad. En esta visión, las personas mayores establecen sus propias normas para el establecimiento de una vejez exitosa, en lugar de intentar acomodarse

a una regla común. Los sujetos que se están adaptando a su vejez, están predispuestos a una continuidad psicológica interna y externa del comportamiento y eventos sociales como producto de sus percepciones individuales y de las presiones ambientales. (Piña, 2010:83)

La continuidad significa que la relación del individuo con su vejez, puede explicarse si se examinan las interrelaciones complejas entre los cambios biológicos y psicológicos, los hábitos de las personas, preferencias y asociaciones, las oportunidades situacionales y la experiencia actual; la experiencia de vida creará ciertas predisposiciones que el individuo mantendrá si le es posible, esto incluye estilos de vida y preferencias personales.

Teoría de Roles. Su principal exponente, Irving Rosow (1967), establece que debido a una serie de cambios especialmente asociados a la tecnología y a la modernización a que se expone la población adulta mayor, afecta su posición en la sociedad y con ello la pérdida de roles. Las personas durante diferentes etapas de su vida favorecen unos roles más que otros, que a su vez disminuyen o pierden con la edad; según Rosow, entre esos cambios señala los siguientes: cambios en el control de propiedad; cambios en la productividad, como la automatización, cambios en la tecnología o conocimientos estratégicos y cambios en los patrones de dependencia. La teoría de roles resalta, como los diversos cambios producidos en el proceso productivo, la sociedad y en la dinámica familiar, afectan e influyen en la pérdida de funciones o de la posición social que tenía la población adulta mayor, antes que se produjeran dichos cambios, lo cual incide en su calidad de vida.

Teoría de la Modernidad. Esta teoría fue desarrollada principalmente por Donald Cowgill y Lowell Holmes (1972), la misma tiene como principal objetivo, la búsqueda en la historia y en el pasado las claves para entender el sentido del envejecimiento, de igual manera surge como un intento de explicar la adaptación al proceso de la vejez, se parte de la presunción que la vejez es una experiencia negativa aplicable universalmente, en tanto postula la pérdida inevitable de poder y status de la población adulta mayor, en la medida que se moderniza una sociedad tradicional. Sus postulados se resumen, según lo expuesto por Aranibar (2001:13), en los siguientes términos:

En la existencia de factores que acompañan al proceso de modernización, como el aumento de la proporción de población adulta mayor sobre el total, el cambio en el tipo de conocimiento dominante, la extensión de la educación, la sustitución del modelo de familia extensa por el modelo nuclear en virtud al proceso de urbanización, etc., producen un efecto combinado cuyo resultado es la disminución de la valoración social de la vejez (Aranibar, 2001: 13)

La conclusión es que, a medida que aumenta el grado de modernización de las sociedades, disminuye la importancia de la población adulta mayor para la sociedad, y por ende para las familias. Entre las críticas a esta teoría, encontramos el corto alcance explicativo más allá de la conducta de los individuos; se critica, que al hacer de la vejez un asunto dicotómico de adaptación o inadaptación a un conjunto de normas y pautas predefinidas por el sistema social dominante, la relación de ajuste es unidireccional, es decir, son los adultos mayores los que deben ajustarse al sistema, en consecuencia se propicia una mirada acrítica a las estructuras que definen dichas normas y pautas; no obstante, la validez de estas observaciones, y, considerando muchas otras que fueron formuladas desde el ámbito teórico y el empírico, es indudable que los enfoques funcionalistas y conductistas que dieron pie a una primera aproximación a la vejez como fenómeno social han sido de gran trascendencia.

La teoría de la modernidad al igual que la teoría de roles, permite entender como el proceso de modernización ha generado cambios en la vida familiar, entre otros: en la convivencia familiar, pasando de la familia extendida en donde podían convivir varias generaciones, a la familia nuclear, que separa al trabajador del hogar y a los adultos mayores de los miembros más jóvenes de la familia, lo que afecta notablemente a la población adulta mayor, la cual observa como su posición en la sociedad comienza a desvalorizarse al no poder cumplir sus roles; lo que se traduce muchas veces, en la institucionalización de esta población en centros geriátricos, por cuanto los familiares más jóvenes al insertarse en el mercado laboral, no pueden ocuparse de atender a sus adultos mayores.

Teoría del Ciclo de Vida. La perspectiva de ciclo de vida introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital, es decir, la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo

ni el ingreso a una etapa terminal, sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí misma) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores.

Así como en otras etapas del ciclo de vida (niñez, juventud, adultez), la vejez posee, por una parte, su propio conjunto de normas, roles, expectativas y status, y es la sociedad la que establece una pauta social sobre la edad que corresponde a este ciclo. La perspectiva del ciclo de vida permite entender la vejez recurriendo al análisis de etapas anteriores de su vida. Sin embargo, su aporte más importante ha sido el establecer que:

“...al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social. Otro aporte importante derivado de esta perspectiva es la idea de la interacción de los ciclos de vida, que pone de manifiesto que los ciclos de vida de los individuos se relacionan entre sí, fundamentalmente a través de las relaciones familiares.” (Aranibar, 2001: 18)

La teoría del ciclo de vida, en la actualidad ha perdido mucho su poder teórico explicativo por la carencia de enlaces explícitos entre el concepto del ciclo de vida y las teorías sociológicas.

Es importante destacar que las teorías mencionadas, han contribuido a enriquecer el conocimiento acerca del proceso del envejecimiento, claro está, no existe un modelo unitario o universal, que explique las múltiples dimensiones de la vejez, “...dada que las condiciones que afectan a la población adulta mayor, varían de individuo a individuo, de sociedad en sociedad y de generación en generación...” (Sánchez, 2000: 84).

A manera de síntesis se puede señalar que las teorías que explican la adaptación del individuo a su vejez, se resume en los siguientes términos: la teoría de la continuidad señala que la vejez es producto de un proceso de vida; la teoría de roles, refiere la pérdida de roles de los adultos mayores como consecuencia de los cambios internos y externos; la teoría de la modernidad da cuenta de la disminución de la valoración de las personas adultas mayores, como consecuencia de la modernización; la teoría del ciclo de vida, recuerda que la vejez es un proceso continuo, en el cual influyen factores internos y externos.

Teorías que explican la relación del individuo con la sociedad

Entre las teorías sociológicas que explican la relación: individuo, sociedad y vejez, se encuentran: la de la subcultura; la estratificación y la del medio social, las cuales se pueden sintetizar en los siguientes términos, la teoría de la subcultura enaltece a la juventud y discrimina a las personas adultas mayores, tanto por parte de la sociedad en general, como por el Estado en particular. La teoría de la estratificación, solo considera a la edad cronológica como único indicador para definir la vejez; y la Teoría del medio social, destaca la influencia del entorno en el comportamiento del adulto mayor, seguidamente se amplía el contenido de las mismas.

Teoría de la Subcultura. La teoría de la subcultura, es una teoría que privilegia los factores culturales y el criterio de la sociedad. Fue desarrollada por Arnold Rose, 1965, este autor sostenía, que se podía generar una sub- cultura cuando miembros de una categoría de edad particular interactúan más entre sí, que con miembros de otras edades. Esta interacción está también motivada por la discriminación que excluye a este mismo grupo de edad (personas adultas mayores) de relacionarse más con otras generaciones. La teoría de la subcultura se orienta desde una visión funcionalista respecto de las normas sociales, pero su tesis central apunta a que estas normas surgen en la interacción con otros.

En el marco de las interacciones se pueden producir diversas reacciones, como mantener y reforzar su identidad como grupo e influir en dimensiones de género, raza y clase social, para Marcelo Piña Morán (2010)

La conformación de una subcultura de la vejez puede tener dos efectos relevantes para las personas mayores. En primer lugar, una identificación del grupo como personas viejas, siendo social y culturalmente excluidas de una sociedad centrada en los valores juveniles. En segundo lugar, una conciencia grupal que genere una fuerza para el poder político y la acción social (Piña, 2010: 82)

Tal como lo señala Sánchez (2005), en países industrializados como los Estados Unidos, Suecia, y Alemania, han surgido comunidades exclusivas de personas adultas mayores, que se han convertido en grupos de poder que reclaman sus derechos y demandan servicios, y de esta ma-

nera ejercen influencia en las políticas públicas de estos países, es decir, que mientras más se excluye a las personas adultas mayores de la participación social, más se desarrollaría una conciencia de grupo de pares relacionado con el ajuste al proceso de envejecimiento.

Teoría de la Estratificación Social. Esta teoría, fue elaborada por Matilda Riley (1971), considera que la sociedad está estratificada en varias generaciones de edad; provee una base para explicar las formas y niveles de desigualdad que existen entre las personas adultas mayores y jóvenes, en cualquier sociedad dada; establece que el escalafón de edad y el curso de vida se combinan para producir ciertos estratos por edad o generaciones reconocidas y que la interacción de las personas dentro de las mismas, estaría determinada por lo que consideren propio de sus generaciones.

La teoría examina el movimiento de generaciones (cohorte) a través del tiempo. Una cohorte de nacimiento es un grupo de personas que nacieron en el mismo tiempo en la historia y envejecieron juntos. Cada grupo es único porque tiene sus propias características y cada uno experimenta eventos históricos particulares los cuales afectan las actitudes y el comportamiento de sus miembros, e igualmente la interacción interpersonal al interior de las generaciones está influenciada por los intereses de la misma.

De acuerdo a la teoría, de la desigualdad relativa el adulto mayor en cualquier tiempo y contexto cultural depende según Sánchez (2000) de dos tipos de experiencia: 1) las experiencias típicas de su curso de vida, debido principalmente a cambios físicos y mentales. 2) las experiencias del momento histórico, íntegramente del grupo de edad particular al que pertenecen.

La teoría no asumía, que las condiciones de la vejez no son necesariamente siempre las mismas. Podrían diferir de una sociedad a otra y cambiar de tiempo en tiempo en una sociedad particular. Al fijar su atención sólo en las características estructurales, demográficas e históricas, la teoría de la estratificación no es útil para aclarar el comportamiento del individuo según envejece. Sin embargo, ella puede ayudar a entender las formas en que la sociedad usa la edad para encajar a la gente en nichos estructurales del mundo social y para observar que la estructura de edad cambia al pasar del tiempo. (Sánchez, 1990: 67)

Las características demográficas, estructurales e históricas proporcionan elementos importantes al momento de diseñar políticas y programas de protección social, dirigidas a las personas adultas mayores.

Teoría del Medio Social. Esta teoría, elaborada por J. Gubrium (1973), plantea que el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad donde viva, de su condición física, y de los recursos con que cuente para satisfacer sus necesidades. “El medio ambiente en que se encuentra la persona de edad avanzada incluye no sólo el contexto social con sus normas sino también los bienes de orden material y las posibilidades que se le ofrecen.” (Sánchez, 1990:66). El nivel de actividad de los adultos mayores se encuentra influenciado por tres factores importantes: salud, dinero, y apoyos sociales. En conjunto, los factores procedentes del medio ambiente social que pueden incidir en el grupo de actividad de la persona van a resultar favorables o desfavorables en su adaptación a la vejez.

Al revisar algunas de las teorías que explican la relación: individuo, sociedad y vejez, se puede sintetizar, que la teoría de la subcultura enaltece a la juventud y discrimina a las personas adultas mayores, tanto por parte de la sociedad en general, como por el Estado en particular. La teoría de la estratificación, solo considera a la edad cronológica como único indicador para definir la vejez; y la Teoría del medio social, destaca la influencia del entorno en el comportamiento del adulto mayor.

Así como existen teorías del envejecimiento también existen enfoques. En éste caso se destacan el enfoque de derechos y el enfoque espiritual del envejecimiento.

El enfoque de derechos y el envejecimiento

El enfoque de derechos, siguiendo a lo que establece la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), está basado en la normativa en los estándares internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista práctico u operativo, está dirigido a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, para lograr el desarrollo humano.

Las normas y estándares están contenidas en los instrumentos de derechos humanos del derecho internacional. Los principios en los cuales se sustentan son: universalidad y de reconocimiento de la interdependencia entre todos los derechos, del ejercicio de los derechos, y de la participación en los procesos de toma de decisiones; de responsabilidad y rendición de cuentas y de no discriminación y equidad (Artigas, 2003, citado CELADE, CEPAL, 2007: 17).

El enfoque de los derechos humanos de protección social a la vejez ha sido magistralmente trabajado por Sandra Huenchuan, especialista en envejecimiento del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), y de la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Señala la autora en referencia, que el principal problema de las personas adultas mayores es la discriminación en razón de su edad, lo que entre otros aspectos, le obstaculiza e impide el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo, de allí que considera que las personas adultas mayores están expuestas a sufrir la pobreza; la invisibilización o la fragilización. En cuanto a la pobreza se refiere a pérdidas o carencias de ingresos económicos; la invisibilización a la ausencia en la agenda del desarrollo, y la fragilización a la pérdida o condiciones adecuadas para fortalecer la autonomía (Huenchuan, 2011).

En el año 2006, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, planteó que: “El principio de titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales” (CEPAL) citado por Huenchuan, 2011)

Lo que quiere decir, que al momento de legislar y diseñar políticas y programas, más que considerar a las personas con necesidades que deben ser asistidas, se les debe considerar como sujetos con derechos, cuya mayor responsabilidad de atención recae sobre el Estado; constituyéndose las personas en el centro del desarrollo, y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos, en

el marco conceptual, aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo (Abramovich, 2004 CEPAL, 2006, citado por Sandra Huenchuan CEPAL, 2011: 12).

Enfoque Espiritualista del Envejecimiento

La espiritualidad es una dimensión humana, que está presente en todas las edades; en este caso se enfatiza en la vida de las personas adultas mayores. En principio es importante señalar que los seres humanos, son seres físicos, mentales y espirituales.

La dimensión espiritual, está estrechamente vinculada a lo físico y emocional; no obstante, se enfatiza en la dimensión espiritual, por considerarla trascendental, la que le da sentido a la vida, y que desde nuestro punto de vista es determinante sobre las demás; tal como lo indica el principio que establece la triada espíritu, mente y cuerpo. Siendo el espíritu lo principal, lo que quiere decir, que ante todo somos creación divina. Para la Dra. Cecilia San Martín Petersen, en su tesis doctoral, titulada Espiritualidad en la Tercera Edad, define la espiritualidad, como:

Un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen la búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino. En tanto representaciones acerca de un poder final último, contribuye a dar un sentido y propósito a la vida, y orienta la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como así mismos. (San Martín 2007: 111)

Aplicando la afirmación que el espíritu es lo principal, a lo que le sigue la parte mental y emocional, para luego expresarse a través del cuerpo físico, a la definición de la espiritualidad dada por la Dra. San Martín, podemos señalar que lo que para ella representa lo sagrado o divino, sería para nosotros el espíritu principal; lo que para ella son los sentimientos, la forma de sentir y de pensar, sería para nosotros la parte mental y emocional y, lo que representa para ella las acciones, la conducta de las personas, sería para nosotros el cuerpo físico.

Igualmente Cecilia San Martín, al referirse a la espiritualidad en la tercera edad, la focaliza con las dimensiones del bienestar psicológico, como: la auto percepción; relación con los demás, desarrollo y crecimiento personal y propósito en la vida. “Nada tiene más poder sobre el cuerpo que las creencias de la mente” (Chopra; 2001:19) Indudablemente, que la triada: espíritu, mente y cuerpo están estrechamente vinculados, pero lo más importante es la fuente, el origen, o sea lo espiritual, lo trascendental, lo sagrado, la vida misma; lo que nos proporciona la fuerza, la energía, que nos mueve y anima a reconocer y amar, en amor y en armonía a nuestros semejantes y nos orienta al servicio humanitario.

El servicio a la humanidad, pasa por el reconocimiento y aceptación de nosotros mismos, de nuestro ser, del trabajo interno, de reconocernos como parte de la humanidad, como seres humanos espirituales, emocionales y físicos, y que como tales, nuestro comportamiento y actuación en la sociedad influye en el resto de la humanidad. De allí la importancia de estar consciente de la importancia del trabajo interno, por cuanto es desde adentro donde fluye la fuerza del amor, de la armonía y de la maravillosa sabiduría, que nos va a permitir vivir y convivir de manera natural y jubilosamente en una familia, en una comunidad, en una sociedad y en la humanidad, que refleje la salud, armonía y prosperidad; por cuanto todos los seres humanos desde el punto de vista espiritual, aunque no lo veamos con los ojos físicos, estamos conectados por hilos invisibles, en consecuencia todo nuestro comportamiento, influye en la humanidad “Aunque cada persona parezca separada e independiente, todos nosotros estamos conectados a patrones de inteligencia que gobiernan el cosmos entero. Nuestros cuerpos son parte de un cuerpo universal” (Chopra; 2001:20).

Al respecto, desde un punto de vista científico la física cuántica, ha dado aportes significativos sobre la inteligencia invisible que subyace bajo el mundo visible, donde prevalece la energía; si bien es cierto, el cuerpo está compuesto de materia sólida, moléculas y átomos, para la física cuántica, “cada átomo es en más del 99, 9999 por ciento espacio vacío, y que partículas subatómicas que se mueven a fulgurante velocidad por ese espacio son, en realidad manojos de energía vibrante” (Chopra; 2001:27).

Otro autor que ha abordado la espiritualidad en las personas adultas mayores es el Dr. Lars Tornstam, quien acuñó el término gerotranscendencia, al cual lo describe como “un cambio desde una visión materialista y racional del mundo a una más cósmica y trascendente, normalmente acompañada de un aumento de la satisfacción con la vida” Tornstam (2003), señala que la espiritualidad ha sido otros de los aspectos más estudiados como ganancia propia de la vejez, y lo explica desde lo que él ha denominado gerotranscendencia, que como cualidad que alcanzan algunas personas mayores, al sustituir una visión materialista por una más espiritualista, o cósmica y trascendente; transcendencia que cuenta con tres dimensiones claves, a saber: el cosmos, el yo y las relaciones sociales.

La Gerotranscendencia, constituye el estudio final de un proceso natural hacia la madurez y la sabiduría, que no necesariamente está asociada a las creencias o prácticas religiosas; en correspondencia con esta teoría “el individuo gerotranscendente experimenta una nueva comprensión acerca de cuestiones existenciales y fundamentales; a menudo un sentimiento de comunión cósmica con el espíritu del universo, una redefinición del tiempo, del espacio, de la vida y la muerte, así como una redefinición de sí mismo y de su relación con otros”(San Martín Petersen: 121)

La espiritualidad es de carácter personal, caracterizada por la búsqueda de lo divino, de lo sagrado, a través de diferentes caminos o experiencias personales, con una visión profunda del ser, centrada en principios, valores y sentimientos de integración con la vida y el entorno. Entre esos caminos están la fe, la gratitud, el perdón, la oración; para ello no hay edad; en el caso de las personas adultas mayores, es considerada por algunos autores como la edad de oro, para ese encuentro trascendental.

“... La vejez es una auténtica creación de Dios para la vida del hombre. No es un recorte accidental, un residuo o un desecho del metabolismo humano. En los planes de Dios es más bien una etapa esencial y principalísima de nuestra vida, quizá la más importante... su maduración, su verdadero broche de oro. Por eso guarda para ella sus mejores alabanzas; y la Sagrada Escritura pide constantemente veneración y respeto religioso para los ancianos... (Julio Rodríguez García, 1985. Nuevas Imágenes de la Espiritualidad, (en) Books.google.co.ve, consultada 25-05-2015)

Hay tendencia a considerar que ser espiritual, es ser religioso, y realmente el ser espiritual no implica necesariamente ser religioso; sin embargo, ser religioso es a menudo ser espiritual. La religión es más restrictiva, dogmática e institucional; mientras que la espiritualidad es más personal, subjetiva; ambas se pueden expresar social e individualmente y tienen la capacidad de buscar el bien individual y colectivo.

Conclusiones

- A partir del conocimiento y manejo de las diferentes teorías y enfoques del envejecimiento por parte los diseñadores como los ejecutores de políticas sociales dirigidas a la protección social de las personas adultas mayores, se puede contribuir significativamente en el mejor tratamiento preventivo y curativo a este grupo poblacional, a través del desarrollo de programas, proyectos y acciones compartidas, entre todos los actores: el Estado, la comunidad, la familia, los profesionales y sobre todo las personas adultas mayores.
- En el caso de la protección a la salud, las teorías biológicas del envejecimiento, permiten conocer a profundidad sobre los cambios progresivos que afectan la totalidad del organismo; pudiéndose observar un proceso de desgaste corporal con disminución de la respuesta del sistema inmune, debilitamiento del sistema endocrino, cambios bioquímicos a nivel celular, tejidos, órganos y sistemas que afectan el plano psicológico y del comportamiento del individuo; ocasionado por factores tanto internos, como externos; siendo así, la atención al derecho de la salud, resultaría más efectivo.
- En relación a las Teorías Psicológicas, al momento del diseño y ejecución de la política de vejez se debe considerar sus aportes fundamentales referidos a la manera como las personas adultas mayores afrontan el proceso del envejecimiento, su actitud y comportamiento ante la vida; en el entendido que las personas adultas mayores requieren de apoyo permanente que le permitan reforzar su autoestima

y valor personal; no obstante, cuentan con condiciones propias de la naturaleza humana, que deben conocerse, para reforzar lo positivo.

- Las teorías de corte sociológico, al igual que las biológicas y psicológicas es fundamental su comprensión en el estudio de la vejez y el envejecimiento y su aplicabilidad en la protección de las personas adultas mayores, tanto las que explican la adaptación del individuo a su vejez, como las que exponen la relación del individuo, sociedad y vejez, precisamente por cuanto las personas adultas mayores forman parte de un contexto poblacional y de una sociedad.
- Al igual que las teorías, los enfoques espiritualista y de derecho del envejecimiento además de ser ampliamente conocidos deben ser aplicados tanto por los diseñadores como por los ejecutores de políticas de vejez. Desde el punto de vista individual y desde el derecho a la protección social se debe considerar el enfoque de la espiritualidad, en tanto los seres humanos ante todo son seres espirituales, de creación divina y como tales dignos de protección social y respeto como personas. Desde el punto de vista social, jurídico y del derecho a la protección social, se debe manejar con propiedad el enfoque de derechos humanos. El Estado bajo una concepción integral de las personas como seres humanos físicos, emocionales, espirituales y titulares de derechos, debe brindar protección social requerida a través del desarrollo de políticas y programas proporciona los medios conducentes a garantizarles la protección social integral.

Referencias Bibliograficas

- ARANIBAR, Paula (2001) Acercamiento conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía- División de Población de la CEPAL.
- CEPAL (2010) Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad.

- HUENCHUAN, Sandra y otros, **(en) CEPAL 2011**
- DEEPAK Chopra (2002) **Cuerpos sin Edad, Mentes sin Tiempo**. Ediciones B. Argentina, S.A.
- GONZÁLEZ DE GAGO, Julieta (2010) Teorías de Envejecimiento. Tribuna del Investigador, vol. 11, N° 1-2, 42-66.
- MÉNDEZ CEGARRA, Absalón (2011). La Seguridad Social en Venezuela. UCV FACES, Comisión de Estudios de Postgrado. Área de Postgrado de Seguridad Social. Centro de Investigaciones de la Seguridad Social en Venezuela.
- PIÑA, Marcelo (2010) Matriz de Intervención en Gerontología Social Revista Rumbos Número 5, Universidad Central de Chile.
- SAN MARTÍN PETERSEN, Cecilia (2007) Espiritualidad en la Tercera Edad. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
- SÁNCHEZ, Carmen Delia (1990) Trabajo Social y Vejez. Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- _____ (2000) Gerontología Social. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- SATORRES PONS, Encarnación (2012) Bienestar Psicológico en la Vejez y su Relación con la capacidad Funcional y la Satisfacción Vital.
- RODRÍGUEZ GARCÍA, Julio (1985) Nuevas Imágenes de la Espiritualidad, (en) Books.google.co.ve, consultada 25-05-2015)

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SU INFLUENCIA EN ALGUNOS PARAMETROS DE SALUD

Rosalba del Carmen Guevara

Resumen

El presente artículo recoge las diferentes concepciones teóricas más importantes sobre el envejecimiento: El Envejecimiento como Proceso Biológico, el Envejecimiento como Proceso Social, el Envejecimiento como Reto Político y el Envejecimiento Activo y a su vez los parámetros considerados en el Estudio del Envejecimiento Activo. Se tiene como propósito fundamental analizar la concepción del envejecimiento activo y su influencia sobre algunos patrones de salud, tomando en consideración aspectos en diferentes contextos donde se desarrolla el programa o política de envejecimiento activo, haciendo énfasis en la cotidianidad para envejecer en forma activa y vinculada a la participación en la comunidad y sociedad, considerando en estos casos, la importancia de los Club de Abuelos adscritos al Instituto Nacional de Servicios Sociales, como espacio para el desarrollo del envejecimiento activo.

Palabras clave: Adulto Mayor, Envejecimiento Activo, Salud y Club de Abuelos.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento ha constituido a través de la historia del hombre, un motivo de consideración, reflexión, indagación y preocupación. Desde las más antiguas civilizaciones se consideraba la vejez, por una parte, como símbolo de sabiduría y asentamiento de la personalidad; por otra, como la etapa que precede a la pérdida de facultades físicas y mentales, la invalidez y la muerte, así como un momento en que el hombre lucha por mantenerse independiente y activo, a pesar de los efectos del paso

del tiempo. Grimberg (2000) destacó que en etnias del sur y del oeste del continente africano, tales como las Zulú, Bantú, Masai, Yoruba y Mandinga, el anciano era un ser respetado por su sabiduría y experiencia, considerándosele como un elemento clave en la fase de entrenamiento de los jóvenes para entrar en la adultez. De modo que las personas de la tercera edad, con la excepción de aquellas sometidas a los efectos de las enfermedades inhabilitantes mental y físicamente, tenían una posición activa en esas sociedades. De igual manera se observa ese protagonismo social del hombre ya proveyo, en la Grecia del Siglo VI a.C., específicamente en Atenas, según Bowen (2003), dentro del denominado Consejo de los Arcontes. También en el senado de Esparta, conocido como la Gerusía, que estaba integrado por 28 miembros, todos mayores de 70 años y en Roma, durante la República, cuando se confiaba en los ancianos para dirigir el destino político de una civilización cuya herencia todavía está presente (Trejo 2000).

En la edad moderna, sobran los ejemplos de personas consideradas ancianas, es decir, con 60 o más años, según Hiekkinen (1998), que tuvieron o aún tienen un envejecimiento activo. Por ejemplo, el inventor norteamericano Thomas Alva Edison (1847-1931), desarrolló o mejoró sus inventos iniciales a partir de los 67 años, como el telescribe, el sistema de corrección automática para dictáfonos y diversos ingenios para detectar los submarinos alemanes durante la Primera Guerra Mundial (Vogtle, 1998).

También se puede citar al científico Francis Crick, co-descubridor junto con James Watson del ácido desoxirribonucleico o ADN. Crick continuó activo aportando conocimientos y descubrimientos en neurobiología, incluso teorías antiparadigmáticas como la independencia entre mente y cerebro, después de los 70 años de edad y continuó así a pesar de un cáncer de colon que lo liquidara físicamente en el año 2004. De igual modo el Dr. Robert Gallo, descubridor del virus del SIDA y con más de 70 años de edad, actualmente continúa activo en su laboratorio y en su cátedra de Biología Molecular.

Con base a los ejemplos anteriores, el atavismo relativo a que la vejez es solo molestia, retiro y enfermedad, resulta cada vez más falso, especialmente en los tiempos del postmodernismo y la globalización, cuando los avances en biomedicina, han elevado la vida media del hombre a la par

que han restringido, desde la invención de los métodos anticonceptivos, la tasa de nacimientos. De modo que en las sociedades modernas hay cada vez más personas viejas, pero también activas con respecto a las que existían en el Siglo XIX y principios del XX (Maneiro 2003).

Más aún, las naciones-Estado modernas invierten en planes sociales para mejorar la calidad de vida de los adultos/as mayores y para poder aprovechar para el beneficio colectivo, su experiencia y conocimiento, a la par de facilitarles los medios para tener mayor calidad de vida, al aliviar los efectos del envejecimiento, no sólo por la vía farmacéutica, sino por las alternativas de la recreación y prácticas deportivas, actividades que contribuyen a mejorar el bienestar y la salud de la persona de edad avanzada.

En Venezuela existen fundaciones sin fines de lucro, creada por voluntarios y denominada Club de Abuelos. Un ejemplo de ello es Club de Abuelos del Centro de Servicio Social Residencial “Dr. Joaquín Quintero”, ubicado en la Parroquia Caricuao de Caracas.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Los programas de envejecimiento activo se circunscriben a la etapa en la cual se desarrolla el proceso de envejecimiento del ser humano, del esfuerzo de la sociedad y del individuo para que éste último pueda sobrellevar la vejez de manera activa, integrado a la comunidad, en tareas o rutinas que contribuyan con su bienestar físico y mental.

En este sentido cabe destacar el impulso dado en los países desarrollados para diseñar y ejecutar programas de inclusión de adultos mayores que los mantengan activos, incluso en el mercado laboral o en eventos de diversas índoles, especialmente recreacional y deportiva. La meta es, por una parte, aprovechar la capacidad productiva de hombres y mujeres aún en condiciones de ser útiles a la sociedad y por otra, generar las condiciones óptimas para que estas personas, pertenecientes a la tercera edad (60 y más años), se mantengan saludables física y mentalmente a pesar del desgaste fisiológico que implica la vejez.

Debe destacarse que particularmente en los países industrializados, en Norteamérica, Asia y la Unión Europea, el control planificado de la natalidad y los descubrimientos en biomedicina y farmacología, han incrementado la expectativa de vida del hombre, pero también, frenado el crecimiento de los estratos etarios más jóvenes, variables que inciden en el envejecimiento de la población, cuya tendencia está presente en todos los países denominados industrializados, lo cual incrementa el interés de indagar la efectividad de las propuestas sobre el envejecimiento activo.

Esta situación ha sido destacada por Hiekkinen (1998) en un informe especial para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con relación a la necesidad de que los gobiernos de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, solos o en asociación con la empresa privada, desarrolle planes para mantener a los adultos mayores activos en el mercado laboral en función de sus capacidades intelectuales y físicas previamente comprobadas.

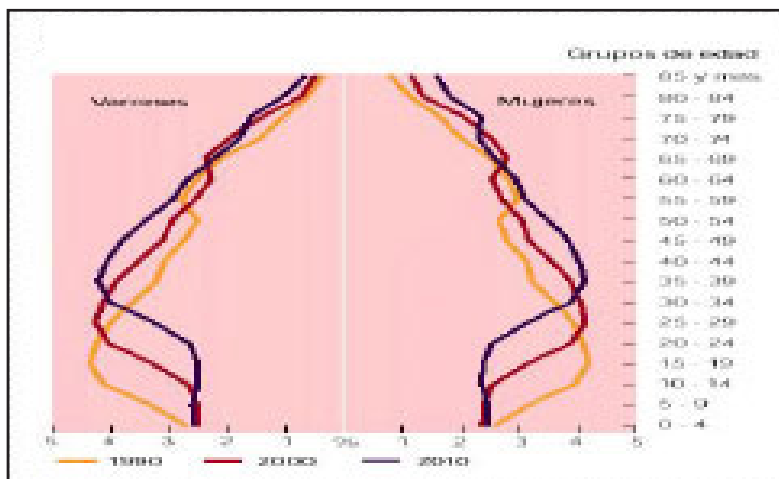
Lo antes expuesto, no debe asociarse, sólo con una idea de explotación laboral del anciano porque no hay mano de obra joven (lo cual es absolutamente falso), sino como una alternativa para mantener al adulto mayor integrado en un modelo de desarrollo social equilibrado, donde se optimicen las posibilidades de salud, participación y seguridad para una mejor calidad de vida del individuo en la medida que éste asciende en la pirámide poblacional.

El problema, desde el punto de vista demográfico que implica el envejecimiento puede expresarse mejor desde los gráficos de las pirámides poblacionales. Si se toma como ejemplo de país desarrollado a España, se notará, según Texeira (2004), que la composición etaria de esa nación ha variado desde la conformación de pirámide de base ancha, con predominio de las clases de edad que incluye niños, adolescentes y jóvenes, típica de los países de Hispanoamérica y el Caribe de mediados del Siglo XX, a una forma menos ancha en su base (Gráfico 1) y más ancha hacia la cúspide (crecimiento de los estratos de población de 70 y más años de edad).

Nótese en el Gráfico 1, que para 1990, la población española era en términos generales, más joven que la existente en el 2000. En efecto, para

el año 1990, predominaba mayor población concentrada en los estratos comprendidos entre 10 y 24 años; luego el predominio se desplaza hacia los grupos de entre 20 y 34 años y, según las proyecciones para 2010, la pirámide tendrá su ancho máximo entre los 30 y 49 años. Este ejemplo de un país desarrollado de la Unión Europea muestra que ese tipo de población tiende a ser más vieja en su totalidad, al haber menos niños y jóvenes, la población se concentrará en más adultos de edad mediana y más adultos mayores de 60 años (Los jóvenes de ayer son los adultos mayores de hoy).

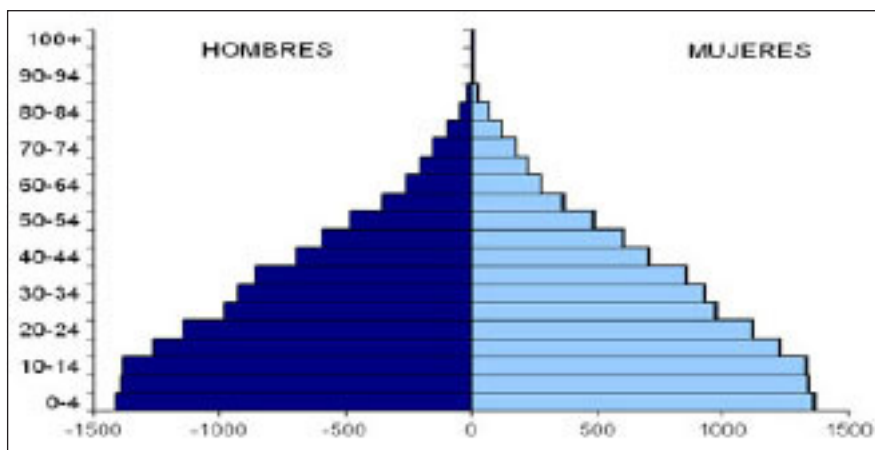
Gráfico 1
Pirámides Poblacionales de España proyectadas para los años 1990, 2000 y 2010



Fuente: Teixeira (2004).

Mientras que en países considerados como en vías de desarrollo o naciones de economías emergentes, la pirámide continua siendo de base ancha y las poblaciones tienden a mantenerse jóvenes por décadas porque predominan los estratos de niños, adolescentes y adultos con menos de 30 años, sobre los adultos mayores que son minoría.

Gráfico 2
Pirámide Poblacional de Venezuela hacia el año 2000

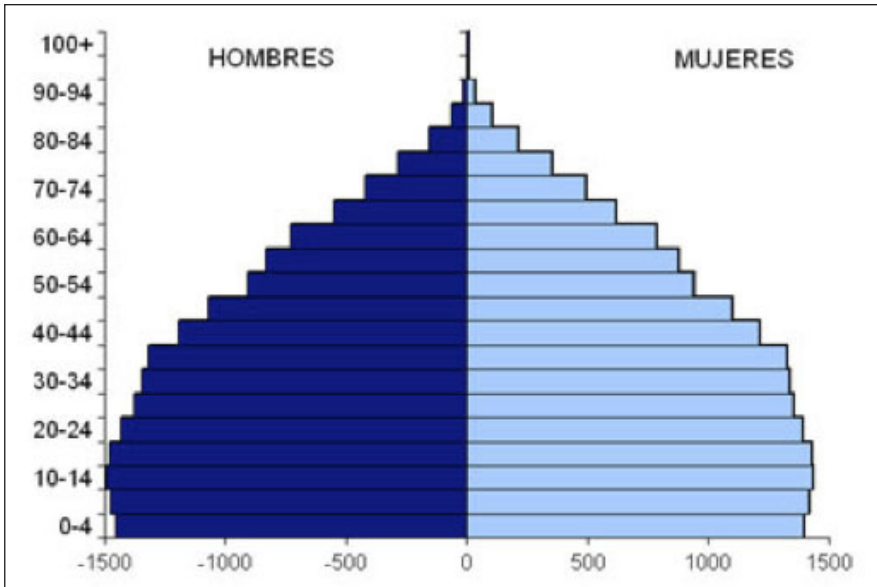


Fuente: Naciones Unidas (2004)

Un ejemplo de lo expuesto se observa en el Gráfico 2, que representa la pirámide poblacional de Venezuela para el año 2000. Nótese el ancho de la base y lo angosto de la cúspide. En este caso, cerca del 60 % de la población tiene menos de 34 años, lo cual refleja para ese momento un país con una población joven en crecimiento, sin embargo observemos la situación poco expansiva y en contracción en la base de la pirámide, aunque esta estructura piramidal no cambiará a corto plazo, la proyección hecha para el primer cuarto del Siglo XXI, no prevé inversión de la pirámide. Seguirá siendo de base ancha y de cúspide angosta (Gráfico 3).

En el caso de los países europeos como sucede en España se tiende hacia poblaciones con estratos etarios mayores de 65 años de edad comúnmente denominados adultos mayores, mientras que América Latina todavía sucede al contrario. Significa esto que los países desarrollados, en teoría, estarían enfrentando más gastos por concepto de seguridad social, en especial en lo atinente a salud y pensiones, mientras que en los países emergentes el problema se estaría, también teóricamente, enfrentando a problemas de desempleo y la sociedad demandando inversiones en el sistema educativo para una población sustancialmente joven.

Gráfico 3
Proyección de la Población de Venezuela para el año 2025



Fuente: Naciones Unidas (2004).

- La práctica nos demuestra la coincidencia entre lo observado y lo esperado en términos cuantitativos, pero al contrario en términos cualitativos y en tal sentido, vale destacar la interpretación de las estadísticas señaladas por Navarro (2008), tanto para la Unión Europea (UE), especialmente España, como para los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU).
- La Unión Europea tiene un déficit de gastos para la atención al adulto mayor de 7,3 %.
- El déficit en España, donde la tasa de natalidad es la menor de todas de la UE junto con Italia, el porcentaje asciende a 8,6.
- Sí es cierto que los países de la UE gastan más en seguridad social que los de América Latina (24,3 % del PIB vs 17,8 %, respectivamen-

te) pero el déficit no ha podido superarse para atender al ciudadano en situación de vejez y por ello ese déficit se incrementa anualmente.

- Los programas de seguimiento, atención y control del adulto mayor generan grandes gastos administrativos en EEUU, pero la atención al adulto mayor es de mejor calidad
- Salvo en los países escandinavos, Alemania, Inglaterra y en algunas regiones del sur de Francia, los programas de promoción de la calidad de vida del adulto mayor, su estímulo y recreación así como su incorporación voluntaria como fuerza laboral, son deficitarios. En otras palabras, la creación de programas para el envejecimiento activo no satisfacen las necesidades reales que a tal efecto hay en Europa y particularmente en España.

Más aún, con relación al tema el precitado autor señala para el caso particular de España:

El escaso desarrollo de estos servicios penaliza a los ancianos y a sus familias, y muy en especial a las mujeres, pues son ellas las que realizan la mayor parte de tareas familiares de cuidados a los ancianos y a los infantes (además de los jóvenes que viven en casa de los padres hasta que tienen treinta y dos años como edad media, una situación de dependencia juvenil que inhibe su desarrollo psicológico además de sobrecargar a las madres). En realidad, las familias, y muy en particular las mujeres españolas, son las que cubren las enormes insuficiencias del Estado de Bienestar español, y ello a un elevado coste humano, social y económico. (p. 7)

Por otra parte, en España, el Ministerio de Sanidad, Política Social y Seguridad (2012) señaló, a propósito del Año del Adulto Mayor en la UE, el esfuerzo hecho en EEUU para desarrollar un sistema estandarizado de vigilancia y control para el envejecimiento, basado en el Stanford University Standard Model (SUSM) o Modelo Estandarizado de la Universidad de Stanford., que incluye programas de:

- Actividad física como el Enhance Wellness [Mejora del Bienestar], el Tai Chi o el Healthy Moves [Movimientos Saludables], que hacen hincapié en el aeróbico de bajo impacto, el entrenamiento suave con pesas, y los estiramientos.

- Prevención de las caídas, como el Matter of Balance and Stepping On [Cuestión de Paso y Equilibrio], orientados al entrenamiento con pesas y a la modificación de los hábitos para ayudar a prevenir las caídas y el miedo a caerse.
- Dieta y nutrición, como el Healthy Eating [Comer Sanamente], que enseñan a las personas mayores el valor de comer alimentos sanos y de mantener un estilo de vida activo.
- Anti depresión y Drogadicción, como el PEARLS o el Healthy IDEAS, [PERLAS o IDEAS Saludables], que incluye la revisión y derivación de los adultos mayores que ya estén padeciendo una depresión o estén en riesgo de sufrirla.
- Debe destacarse que la Organización Mundial de la Salud (2011) evaluó los primeros resultados del SUSM y calificó sus programas como de “buenas prácticas” (p. 4).

En los países en vías al desarrollo, la situación con relación a la atención al adulto mayor y su envejecimiento activo apenas comienza a conocerse, y; en ese orden de ideas, Martino (2002) acota:

Uno de los problemas que deben enfrentar los gobiernos de países en desarrollo, es la atención a los adultos de la tercera edad (mayor o igual a 60 años), en virtud de su grado de indefensión social por la ausencia o la baja cobertura de las políticas de Estado en materia de protección social (p.11), aunque debe reconocerse que en los albores del Siglo XXI, ya se están dando muestras, aunque incipientes, de programas para la autogestión de la vejez (p. 12).

La opinión de Martino (2002) es compartida posteriormente por otros autores como Correa, Mendoza y Martínez (2006), quienes, para América Latina, señalan “Avances sustanciales y progresivos en programas de autogestión de la vejez” (p. 27).

Pruebas recientes de los programas sociales para el adulto mayor se han demostrado en Chile, con el recién creado Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA), según el Ministerio de Desarrollo Social (2011) y en México con el Programa de Envejecimiento Activo del Instituto Mexicano de Geriátrica, según Camacho y col (2011).

El problema radicaría en que se trata de programas creados o rescatados en años relativamente recientes, con características centradas en programas de salud (física y mental), actividad deportiva y creativa (artes y oficios) y sobre los cuales, según Martino (2010), se han llevado a cabo pocos estudios evaluativos al respecto para medir la eficiencia de esos programas. Igualmente, en Venezuela se han implementado, desde el año 2004, diversos programas como planes vacacionales para adultos mayores, olimpiadas de la tercera edad y otros (González, 2005), pero sus resultados y el grado de satisfacción de los beneficiados poco se conoce.

En Venezuela son pocos los estudios realizados acerca de la aplicación de programas sustentados en el envejecimiento activo y su incidencia en algunos parámetros de la salud física y mental de los adultos mayores, según Tamayo y Quintero (2004). Esta situación parece ser un problema generalizado a todos los países de América Latina y el Caribe (ALC) porque, según la Organización Mundial de la Salud para el año 2000, destaca:

La determinación de los resultados del envejecimiento activo y sus efectos en el posible mejoramiento de algunos parámetros de salud en el adulto mayor, constituyen un campo de investigación que apenas se inicia en Latinoamérica (OMS, 2000:39)

En este orden de ideas y con el propósito de centrar este artículo en los programas de envejecimiento activo en nuestro país, destacamos que uno de los centros adecuados para conocer de los programas sobre el envejecimiento activo y su vinculación con la salud, lo constituye el denominado Club de Abuelos; una entidad que, en diferentes centros y unidades geriátricas de Venezuela, agrupa a personas de la tercera edad quienes, voluntariamente, aceptan integrarse a diversas actividades, sean recreativas, deportivas, artísticas o de otra índole.

Un ejemplo de estas agrupaciones de la población adulta mayor es el Club de Abuelos del Instituto Nacional de los Servicios Sociales (INASS) están amparados, reconocidos y promovidos dentro de las políticas, mandatos y deberes consagrados tanto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) como en la Ley de Servicios Sociales (2005). Para contextualizar el tema objeto de discusión, se hace necesario desarrollar sintéticamente un conjunto de enfoques teóricos que agrupan diferentes concepciones del envejecimiento.

CONCEPCIONES TEORICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El Envejecimiento como Proceso Biológico

Según se interpreta de las obras de Bona y Bonilla (2001); Lasdberg y Hiekkinen (2002) y Tamayo y Quintero (2004), el envejecimiento es, en los seres vivos pluricelulares, un proceso en el que se manifiesta la pérdida gradual de efectividad de funciones en diversos órganos o sistemas de órganos y con ello, la aparición o agudización de procesos patológicos que culminan con una falla orgánica, a veces irreversible y mortal.

Acotan Tamayo y Quintero (2004): “Puede interpretarse el envejecimiento como un desgaste fisiológico más que como un efecto de la edad cronológica, porque se puede ser, por razones genéticas, niño y viejo al mismo tiempo” (p. 17). Este comentario de los autores nombrados tiene su ejemplo en la progrenia, donde el envejecimiento de un ser humano toma pocos años antes de culminar con la vida de un individuo.

La progrenia se debe a la disminución del complejo enzimático glutatión peroxidasa a un nivel 50 % inferior del que poseen los humanos normales. De este modo, los radicales libres, consecuencia del simple hecho de respirar una atmósfera con oxígeno, no pueden ser procesados y terminan afectando las células corporales y generando, con ello, un envejecimiento acelerado y con ello, falla cardíaca, renal o de otra índole, tal como lo destacan Lasdberg y Hiekkinen (2002).

Señalan Bona y Bonilla (2001). “Todos los seres multicelulares envejecen. Es un proceso que tiene su origen en el nivel celular y depende de la interacción con factores externos para que se active la apoptosis” (p. 136). De nuevo se pone de manifiesto que el envejecimiento, si bien corre paralelo al tiempo, no es cuestión de tiempo sino de complejos procesos bioquímicos intracelulares producto de la interacción entre factores genéticos que generan la muerte celular programada o apoptosis y factores ambientales como agentes cancerígenos, radiaciones ultravioleta, virus y agentes oxidantes. Incluso, sustancias de crecimiento como las

hormonas, útiles en el crecimiento y la maduración sexual, se transforman posteriormente en cancerígenos. De modo que envejecer es cuestión de genética, fisiología y ambiente.

Algunos seres vivos envejecen y mueren antes que el hombre, como es el caso del perro (*Canis familiaris*) y el gato (*Felis domesticus*) con una expectativa de vida de 11 años; la paraulata de jardín (*Mimus gilvus*) con 20 años en promedio y la rata (*Ratus ratus*) con aproximadamente 4 años. Otros, lo sobrepasan en tiempo, como la tortuga gigante (*Chelonia mydas*), con una vida media de 150 años (Storer, 2001).

Al igual que en otros animales, en el hombre, el envejecimiento es un proceso continuo e inexorable que comienza desde el nacimiento y a partir de los 40 años, se evidencian signos que permiten detectarlo, según Tamayo y Quintero (2004), los primeros signos de “desgaste celular” (p. 22) en las articulaciones y en otros órganos como la próstata y en los sistemas visual y auditivo. Como se ha mencionado anteriormente, la raíz del envejecimiento debe buscarse en el ámbito celular. De hecho, con excepciones, todas las células del cuerpo humano son percederas. Por ejemplo, los blastocistos de embriones humanos pueden replicarse hasta 50 veces en pocos meses, pero a partir de ese límite la replicación comienza a fallar y tiene lugar un evento denominado senescencia reproductiva; es decir, se hacen viejas en el cuerpo de un hombre que apenas nace. Así de relativo es el envejecimiento con relación al tiempo y a las concepciones mentales de la sociedad sobre la vejez y la figura del viejo.

Más allá del ámbito celular, el envejecimiento como un proceso biológico estudiado al nivel de sistema, es decir, de individuo, sea hombre o mujer, tiene unas implicaciones fisiológicas que son tangibles externa e internamente. La pregunta básica es: ¿Por qué a los 20 años se tiene una apariencia ideal que desaparece a los 60 años? Varias son las razones como múltiples las respuestas, pero una de las más simples es que, evolutivamente, se nace programado para morir.

Así, según Medina (2000), la muerte programada de la célula o apoptosis, es como un software cuya función tarda varias décadas en completarse. Mientras tanto, algunos signos se hacen evidentes como la pérdida

de colágeno y de firmeza de la piel, que junto con la deshidratación termina por generar las arrugas. De igual modo se puede observar el crecimiento de ciertas partes del cuerpo como las orejas o la disminución de otras como la estatura corporal, que se achica en la medida en que la columna vertebral se desgasta en sus tejidos blandos y en sus estructuras óseas debido a la osteoporosis por pérdida de calcio.

Aunque el principal síntoma externo de la vejez se presenta en las arrugas de la piel, otras anomalías se hacen crónicas en el cuerpo y en la mente del adulto mayor, entre ellas las que se enumeran y se describen brevemente.

- **Artropatías.** Son enfermedades de las articulaciones. Algunas son producto de procesos autoinmunes y otras se generan por desgaste o atrofia debido al uso desmesurado o por el contrario, a la inactividad. La más común en la vejez es la artrosis, que es el resultado de un proceso normal de envejecimiento del cuerpo que afecta a la mitad de los mayores de 65 años y a las tres cuartas partes de los mayores de 75 años. Es ocasionada por el desgaste del cartílago, que es el tejido que recubre los huesos en las articulaciones y que con el paso de los años, desarrolla pequeñas grietas, provocando dolor y rigidez (Medina, 2000).
- **Depresión.** La depresión es una enfermedad severa e incapacitante que puede ser resultado de una reacción ante determinadas circunstancias, como la pérdida de un ser querido, problemas laborales, soledad o algunas enfermedades. Aunque no tiene distinción de sexo, edad y condición social, la depresión suele ser típica en los adultos mayores por factores emocionales que generan conflictos no resueltos, como: (a) la pérdida de seres queridos; (b) la soledad o el aislamiento social y (c) la sensación de estar enfermo e inutilizado. Estas y otras causales generan disminución de la autoestima (Landsberg y Hiekkinen, 2002).
- **Arterioesclerosis.** Es ocasionada por el endurecimiento de las arterias cuyas paredes se engrosan y pierden elasticidad. Se desconoce su origen, y se desarrolla cuando se deteriora el endotelio, que es la

capa más profunda de las arterias. Este deterioro generalmente es consecuencia natural del envejecimiento, pero algunos especialistas como Hiekkinen (1998) y Guijarro (2003), piensan que el proceso se desencadena por la presencia de algún virus o como una respuesta inmune que produce inflamación. Ocasiona diversos problemas circulatorios, pero es más frecuente y peligrosa la que obstruye las arterias coronarias y la arteria carótida, encargada de transportar sangre al cerebro, ya que su taponamiento puede dar por resultado un ataque al corazón o un derrame cerebral.

- El mal de Parkinson o parálisis agitante es un trastorno cerebral que suele presentarse en algunas personas alrededor de los 50 años de edad. Esta enfermedad ocasiona rigidez muscular progresiva, movimientos temblorosos con disminución de la fuerza muscular, propensión a inclinar el tronco hacia delante e inestabilidad al caminar, sin alteración de los sentidos y la función intelectual. Hasta la fecha, no se sabe todavía que lo genera, ni se ha descubierto una cura satisfactoria, aunque se ha establecido una relación con la degeneración de las células nerviosas que contienen mielina (Guijarro, 2003).
- Hipertensión. Es la elevación de la tensión arterial por encima de los niveles considerados clínicamente normales (12-14 cm Hg máxima y 6-9 cm Hg mínima)

El Envejecimiento como Problema Social

El envejecimiento conduce hacia la conformación de un estrato etario que si bien es cierto, no suele ser mayoría, posee ciertas singularidades que lo hacen relevante dentro de las sociedades modernas. En primera instancia debe señalarse que en las sociedades post modernas y especialmente en los países industrializados, la población de personas con edades que superan los 60 años, cada día va en aumento como consecuencia de múltiples factores para muchos vinculados con el desarrollo

social como la participación laboral de la mujer, pero también, de otros factores como la planificación familiar que restringe la natalidad y de los avances de la ciencia que prolongan la vida del ser humano (Martino, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2002; Royo, 2005).

Por otra parte, debe tomarse en cuenta que la denominada tercera edad es considerada como una época de retiro, bien por fuerza de ley en algunos países como Venezuela (González, 2005), por razones de discriminación etaria o por los problemas de morbilidad que se hacen más acentuados en los adultos mayores (Hiekkinen, 1998). Esto significa que las fracciones poblacionales que entran al grupo de los adultos mayores, corren el riesgo de quedar excluidos de la sociedad o de convertirse en una carga económica. También existe la posibilidad de que aparezca la figura penal de la explotación del anciano o que simplemente éste a pesar de sus limitaciones, siga conformando la mano de obra activa para no quedar al desamparo, en caso que no existan leyes que lo protejan o que estas no sean efectivas (Correa, Mendoza y Martínez, 2006).

El envejecimiento como problema social es un tema que ha venido popularizándose desde hace casi 40 años. Por ejemplo, Ganón (1970), refiriéndose a Uruguay, planteó que las erogaciones en seguridad social no solamente eran insuficientes en calidad y cobertura, sino que, además, distraía el ahorro y la inversión en una sociedad que requería con urgencia “sacudirse de la dependencia exterior” (p. 1). Problemas similares eran enunciados en España hacia finales de la década de los años 80. Por ejemplo, García y Del Hoyo (1988), comentaban que uno de los rasgos más relevantes de la evolución demográfica reciente, era la notable caída de la tasa de natalidad en la década de los ochenta, que, junto con la estabilización de las tasas de supervivencia para la mayoría de las edades y la traslación a edades comprendidas entre 24 y 40 años de los nacidos en los años sesenta (partícipes de un aumento entonces de la tasa de fecundidad), configuraban una nueva situación. La última estadística oficial, según los mencionados autores, señalaba que en España existían en 1985, 4,5 millones de jubilados, frente a 8,9 millones de niños.

Según el estudio de García Ferrer y Del Hoyo (1988), entre 1980 y el año 2000 se produciría un crecimiento negativo hasta los 24 años. Sería

aproximadamente de -32,1% en los menores de 6 años, de -30,7% entre los de 6 a 14 años y de -11,3% entre los jóvenes de 15 a 24 años. Por el contrario, aumentaría en un 26% la población comprendida entre 25 a 39 años, un 18,2% la comprendida entre 40 y 64 años y un 61% entre los mayores de 64 años.

Problemas como los planteados por García Ferrer y Del Hoyo (ob. cit) tienen un impacto en los diferentes componentes de la estructura social. Por ejemplo, el sistema educativo es uno de los campos donde se sienten las consecuencias de los cambios en la población, puesto que al disminuir de manera drástica la tasa de natalidad y, por tanto, de niños en edad escolar, el sistema quedaría sobredimensionado. Otra consecuencia se refleja sobre el sistema económico en materia de erogación para cubrir la asistencia social en una población cuyo porcentaje de jubilados crece a una tasa mayor de la esperada.

En pleno Siglo XXI, el envejecimiento poblacional es considerado todavía como una amenaza social, tal como lo destaca Urteaga (2003). En efecto, su análisis se centra sobre el plano económico y específicamente sobre la cantidad de personas que deben aportar al sistema de seguro social para que no colapse ante una población cada vez mayor de adultos mayores. Incluso en países altamente tecnificados, se tendría que recurrir a la inmigración. Por ejemplo, en Japón, según Castro (2001), Japón necesitará algo más de seis millones de extranjeros con fuerza laboral en las fábricas niponas, que permita mantener el sistema de seguridad social a flote, sin que se tenga que elevar el impuesto a la renta y la prima de los seguros.

Acota Castro (2001) que “Uno de los mayores problemas del Japón, es mantener su sistema de seguridad social, que cada vez tiene más gente mayor dependiente de él y menos gente joven trabajadora aportando” (p. 11). En un sentido social más estricto, el problema de la inmigración en países tan tradicionales y conservadores como Japón, radica en la posición política anti inmigratoria de un buen sector del Gobierno, fundamentada en la seguridad del Estado; choques sociales ante la diferencia de costumbres; (en la actualidad sólo aceptan “nikeis”), y por consideraciones nacionalistas, que aún conceden gran importancia a la pureza de raza y origen (Urteaga, 2003).

Ante las circunstancias ya descritas, el envejecimiento poblacional pudiera considerarse socialmente problemático e incluso, una amenaza para la seguridad del Estado, que pudiera enfrentar problemas económicos, educativos e incluso, como es el caso de Japón, desequilibrios de la paz interna debido a posibles enfrentamientos raciales. De modo que el envejecimiento no sólo es un problema social sino también, un reto político.

El Envejecimiento como Reto Político

Entre los planes de aquellos grupos que pretenden detentar y ejercer el poder o la autoridad de una nación por la vía del sufragio, debería incluirse un programa orientado a resolver los problemas sociales que en sus distintas dimensiones, estaría ocasionando el envejecimiento de los pueblos. Por ello, algunos autores como García y Del Hoyo (1988); González (2005); Guijarro (2003) y Correa, Mendoza y Martínez (2006), coinciden en calificar el envejecimiento como un problema de políticas de Estado.

En este sentido cabe señalar que la protección de los estratos superiores de la pirámide poblacional, que incluye personas de 60 años y más, no siempre son objeto de interés en los planes de Estado en algunos países del orbe. Por ejemplo, según la Organización Mundial del Trabajo (OIT, 2000), existe una asimetría entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado en cuanto a seguridad del adulto mayor. Según las estadísticas de esa organización, una prueba la constituye el porcentaje de individuos de ambos sexos que sirven de mano de obra en fábricas y sembradíos. Para el año 2000, en el continente africano, ese porcentaje superaba el 40 %. Es decir, 4 de cada 10 adultos mayores tenían que trabajar para mantenerse; en Asia era de 25 % y de 21 % en Hispanoamérica y el Caribe. Como contraste, en los Estados Unidos de América y en los países de la Unión Europea, que poseen una mayor densidad poblacional de adultos mayores, ese porcentaje era, respectivamente 7% y 5 %.

Las cifras de la OIT deben complementarse con otros datos cualitativos en este caso, que muestran el reto político que representa la tercera edad para los gobiernos del mundo. Por ejemplo, las enfermedades infec-

ciosas de alta incidencia en África, como la tuberculosis, el SIDA, la enfermedad del sueño, el cólera y otras, si bien es cierto que discapacitan a los estratos etarios más jóvenes, también es cierto que afecta a los de mayor edad por cuanto serían los miembros de esta clase etaria que tendrían que cargar con el sostenimiento de sus familiares jóvenes enfermos, que por lo general mueren por falta de asistencia médica (Guijarro, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (2002) planteó como alternativa ante el problema social que pudiera representar el envejecimiento poblacional y como reto político, una modalidad de programas enmarcados dentro de la concepción de envejecimiento activo, cuyas características se describen en la sección siguiente.

El Envejecimiento Activo (EA):

El envejecimiento activo (EA) es en esencia, un término usado a principio de los 90 del Siglo XX por la Organización Mundial de la Salud (1991), para designar un proceso de “Optimización de las oportunidades salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 19).

Más allá de un simple concepto, el EA es un modelo de asistencia al adulto mayor que puede incluirse en las políticas de Estado para permitir, tanto a individuos como a grupos de población, realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo de vida y participar en la sociedad, no de manera obligatoria, sino de forma voluntaria, de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Paralelamente, en un programa de EA, habría una asistencia médica continua, además de seguridad y cuidados específicos según las necesidades.

Tamayo y Quintero (2004) señala que la médula del EA es permanecer activo; vale decir, participar de manera continua en cuestiones sociales, económicas, deportivas, culturales, espirituales y cívicas. De modo tal que no es sólo se considere el hecho de permanecer en condiciones para constituirse en mano de obra productiva.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000, 2002, 2004), una política o programa de EA debe garantizarle a los beneficiarios: (a) autonomía; (b) independencia; (c) calidad de vida y (e) esperanza o expectativa de vida saludable. Por otra parte, EA no significa mantener al adulto mayor confinado en un geriátrico, por mucha asistencia médica que se le brinde, porque esa es una política antigua de dudosos resultados en materia de calidad de vida. En otras palabras, es contraria al concepto de salud, por cuanto un centro geriátrico pudiera garantizar albergue, protección y hasta bienestar físico, pero no necesariamente, el bienestar mental y social. Así, el EA debe actuar sobre el beneficiario sin aislarlo del contexto de los demás, es decir, procurar mantener los vínculos de sus amigos, compañeros de trabajo, vecinos y miembros de su familia. He allí una de las bases para que, por sí mismo, el adulto mayor pueda sentir bienestar social.

Un enfoque desde el EA a las políticas y programas de desarrollo, ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de los pobladores que están envejeciendo. En ese sentido, señala Medina (2000), cuando el EA sea apoyado por el sistema de salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias, es posible que ocurran: (a) menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida; (b) menos discapacidades por enfermedades que se hacen crónicas en la ancianidad; (c) más calidad de vida en la medida en que se envejece; (d) más participación del adulto mayor y (e) menos gastos del Estado debido a tratamientos médicos y atención sanitaria.

- Las políticas de envejecimiento activo deben incluir los siguientes componentes, según la Organización Mundial de la Salud (2002).
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades físicas y mentales.
- Acceso eficaz y eficiente a los servicios curativos cuando sea el caso.
- Asistencia de larga duración, de modo que, cuando una persona no pueda asistirse por sí misma, pueda, sin embargo, llevar una vida con la mejor calidad posible según sus gustos y grado posible de autonomía, participación, realización y dignidad humana.

- Servicios de salud mental de larga duración, especialmente para combatir la depresión senil y bajar los índices de suicidio de las personas mayores.
- Servicios especiales de orientación para prevenir, combatir o eliminar ciertos vicios sociales como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción, promocionando paralelamente la toma de conciencia, la terapia ocupacional y la actividad física – deportiva, incluso competitiva si se dieran las circunstancias.

Cabe destacar que las recomendaciones de la OMS sobre EA, ya están siendo implementadas en diversos países y particularmente en Venezuela, donde se han proyectado y ejecutado unidades físicas para el desarrollo y salud integral del adulto mayor; entre ellas, la modificación o reacondicionamiento de las viejas unidades geriátricas (González, 2005) y las gerogranjas (Instituto Nacional de Servicios Sociales, 2005).

EL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

Los parámetros más considerados según se interpreta de la obra de Corvey (2011), para las evaluaciones de los adultos mayores y de los procesos o programas de envejecimiento activo. En efecto, se aplica una clasificación en parámetros:

- Demográficos,
- Fisiológicos,
- Psicológicos y;
- Sociales.

Los parámetros demográficos se refieren a la edad, el sexo, la dirección de residencia, el lugar de nacimiento, la ocupación actual, la última ocupación y la preparación académica de la persona encuestada. La utilidad de estos datos radica en que permite ubicar la población de adultos mayores dentro de ciertos contextos poblacionales. Por

ejemplo, la distribución etaria entre los sesenta y más años de edad facilita ubicar si la población está en el límite inferior de la tercera edad, hacia el rango medio o hacia el superior, es decir, al final del valor medio de expectativa de vida según el sexo (70 años para los varones y 77 para las mujeres según la Organización Mundial de la Salud, citada por Corvey, 2011). Según el rango de edad en que se ubique mayoritariamente la población, se podrá determinar o inferir ciertas necesidades de cuidados o de protección del adulto mayor.

El sexo también facilita la clasificación de adultos mayores estudiada y de igual modo permite describir la población. Por ejemplo, un grupo de adultos mayores predominantemente masculino en un club de abuelos lleva al sociólogo hacia la búsqueda de las razones de tal situación, que podrían obedecer a problemas de discriminación de géneros por razones culturales o religiosas, a un mejor estado de salud y autonomía de las adultas mayores en la población de donde proceden los miembros del club o a razones de motivación personal, que no promueven la membresía de las mujeres.

El lugar de nacimiento responde preguntas básicas como por ejemplo: ¿Se trata de una organización netamente local?; ¿Es una suerte de agrupación étnico-cultural o religiosa que mantiene la coherencia del club? ¿Hay alguna relación entre el lugar de nacimiento y la presencia de algunos rasgos fisiológicos o psicológicos predominantes en la agrupación de adultos mayores que se está estudiando?

El estado ocupacional permite, de forma independiente o dependiente de otras variables, relacionar la situación observada con relación a lo que esperaba en términos de la ocupación de la tercera de edad en un país determinado.

Las variables de salud en su conjunto, dan un panorama sistémico del estado de bienestar físico y mental del adulto mayor y las que suelen considerarse con mayor frecuencia son: tensión arterial, enfermedades articulares, problemas sensoriales, nutricionales y otras de índole mental como presencia de cuadros depresivos, síndrome bipolar, manías compulsivas - depresivas y demencia senil.

La presión ejercida por el bombeo de la sangre hacia las arterias es un factor de importancia capital en el control de la calidad de vida del adulto mayor. Especialmente porque tiende a elevarse con la edad generando cuadros hipertensivos que en la mayoría de los casos son asintomáticos.

Dada la magnitud presente y futura de la hipertensión arterial, su incorporación a la estrategia de atención primaria al adulto mayor, se convierte en un desafío y una necesidad. La atención de casos, muchos de ellos diagnosticados tardíamente, solo atiende parte del problema (la hipertensión propiamente dicha), dejando de lado otras patologías derivadas en el sistema renal, respiratorio y nervioso.

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, Canadá y México (Cameron, 2006), se ha encontrado una coincidencia entre los porcentajes de adultos mayores con hipertensión arterial, con predominancia del género masculino sobre el femenino. En efecto, 7 de cada diez adultos mayores tienen tensiones arteriales máximas y mínimas superiores a 190 mmHg (máxima) y 100 mm Hg (mínima); de esa cifra cuatro son del sexo masculino y tres del femenino.

Normalmente la hipertensión arterial, por su carácter asintomático, no suele controlarse salvo en casos de asistencia médica periódica al paciente. Esta situación obliga a que en un centro de atención al adulto mayor, sea una unidad gerontológica o un club de recreación, exista un control sistemática de esta variable fisiológica, altamente relacionada con accidentes cardiovasculares y cerebro vasculares.

Con respecto a las artropatías o enfermedades de las articulaciones, éstas suelen tener mayor prevalencia en los adultos mayores, razón por la que debe establecer un control y un tratamiento adecuado y sistemático. De hecho, la inmovilidad, consecuencia principal de una artropatía, es una entidad sindrómica que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas etiologías y cursa con síntomas y signos asociados a la disminución de la capacidad motriz del adulto mayor.

Estas alteraciones darán a su vez cuenta de otras patologías que continuarán con el deterioro de la calidad de vida del paciente, es por esto

que dicha condición debe ser siempre estudiada a fin de hallar etiologías y factores corregibles y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor. Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente. Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen en inmovilidad abruptamente como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes (por un cuadro hipertensivo crónico y no tratado).

En otros casos el problema es básicamente por afectación de la flexibilidad y movilidad de las articulaciones, como sucede con la osteoartritis; la artritis reumatoide, gota y pseudogota y la polimalgia reumática.

Por otra parte, las variables relativas al estado de los sistemas sensoriales son de importancia fundamental para el control del estado de salud en el adulto mayor, por cuanto éstos suelen presentar un deterioro evidente y generalmente irreversible con la edad.

En el área oftalmológica, algunas enfermedades como las cataratas, la presbicia y ciertas retinopatías pueden tratarse con procedimientos quirúrgicos y farmacológicos mejorando con ello la calidad de percepción visual.

El deterioro del sistema auditivo es común y proporcional con la edad y sólo puede mejorarse la audición con aparatos amplificadores y algunos procedimientos de limpieza.

La mala nutrición también trae consecuencias sobre el deterioro de la salud en personas mayores (más de 60 años) y suele relacionarse con el abandono social y familiar y con problemas relacionados con la demencia senil y otras patologías del sistema nervioso. Dada sus consecuencias sobre la salud global del adulto mayor, el estado nutricional es otra variable de máxima consideración en las investigaciones relativas a la calidad de vida del estrato etario igual o mayor que 60 años.

Por su parte, la demencia senil es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales relacionados con la edad. Característicamente, esta alteración cognitiva provoca inca-

pacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visuoespaciales, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden.

Según avanza la enfermedad se pueden evidenciar también rasgos psicóticos, depresivos y delirios. Dentro de los síntomas conductuales los primeros hallazgos consisten en cambios de personalidad o de conducta leves, que posteriormente se hacen más evidentes con cuadros de delirio o alucinaciones.

La demencia senil, igual que los cuadros demenciales en personas jóvenes, también pueden afectar la comprensión, las habilidades motoras, la memoria de corto plazo, la capacidad de identificar elementos de uso cotidiano, el tiempo de reacción, rasgos de la personalidad y funciones ejecutivas.

El trastorno bipolar es una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado del ánimo, entre episodios de depresión, de manía y mixtos. Aunque no se trata de una enfermedad que aparece con la tercera edad, sí puede complicarse en sus síntomas cuando existen factores que disparan los cuadros depresivos o de euforia, tales como el abandono familiar, la inmovilización por artropatías o incluso los momentos agradables de repentinos o inesperados para el paciente.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (2007), divide los trastornos del ánimo en depresivos bipolares; los bipolares se clasifican en: Trastorno bipolar tipo I, Trastorno Bipolar tipo II, Trastornos Ciclotímicos y Trastornos no especificados. El criterio principal para el diagnóstico es la presencia de manía o de hipomanía, alternando con episodios de depresión. El manejo psicofarmacológico adecuado, más la psicoeducación del paciente y de los miembros de su entorno familiar, es importante para mantener equilibrada a la persona.

Otras variables denominadas de salud social también son consideradas, como es el caso del aislamiento, la conducta agresiva del anciano y la timidez. Aunque todas podrían tener una etiología propia del sistema nervioso, están de igual modo altamente vinculadas con la interacción entre el adulto mayor y su entorno social y ambiental. De allí la importancia de desarrollar espacios conducentes a la interacción positiva del adulto mayor con el resto del colectivo social y principalmente con sus pares lo cual contribuye a satisfacer el deseo de compartir intereses, actitudes y afecto, constituyéndose en un aspecto significativo para estimular las emociones positivas y desarrollar un entorno favorable a la confianza y salud física y mental del adulto mayor.

CLUB DE ABUELOS DEL INASS

El Club de Abuelos es concebido como espacio para contribuir a la calidad de vida de la población adulta mayor en el marco de la política de envejecimiento activo que promueve el Instituto Nacional de Servicios Sociales.

La población integrante de los Clubes de Abuelos se caracteriza por ser personas de 60 años o más de edad, las cuales son definidas en la Ley de Servicios Sociales como población adulta mayor, en su mayoría del sexo femenino y desde el ámbito laboral se encuentran en situación de retiro, aun cuando, ello no signifique que no realicen actividades remunerativas. Es importante destacar que dicha población disfruta de tiempo libre que puede dedicarlo a la sana recreación, esparcimiento y expansión personal.

Las políticas conducentes al envejecimiento activo y su influencia en la salud del adulto mayor son congruentes con la necesidad de desarrollar acciones en nuestro país tendentes a contribuir con los programas salud dirigidos a la población adulta mayor, no sólo para el ciudadano que se encuentra institucionalizado, sino con más énfasis para los adultos mayores no institucionalizados, con la finalidad de incidir en la salud a través de los diversos programas desarrollados en los Club de Abuelos a nivel nacional promocionados directamente por el Instituto Nacional de Servicios

Sociales (INASS antiguo INAGER), sino también, por los Club de Abuelos establecidos en las diferentes Alcaldías del país.

Estos espacios son diseñados para contribuir con la participación del adulto mayor de manera continua en cuestiones sociales, económicas, deportivas, culturales, espirituales y cívicas que se desarrollan en dependencias institucionales del INASS como son: los Centro Asistenciales, Geriátricos, Centros de Servicios Sociales.

En estos Club se brinda la atención necesaria para mejorar la calidad de vida de quienes voluntariamente se adhieren al mismo, las actividades desarrolladas están orientadas además del sano esparcimiento y su impacto en la salud, también, contribuyen a sensibilizar y comprometerse con la responsabilidad personal de tomar conciencia de la necesidad de seguir las prescripciones médicas, aprovechar las oportunidades de esparcimiento o recreación que se ofrecen y tener claro que las enfermedades que afectan a las personas de edad avanzada suelen ser crónicas y aunque redimibles, no son totalmente curables y pueden reincidir si no se toman las medidas necesarias.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la seguridad social, el Envejecimiento Activo presupone retiro de la persona y la exigencia de un derecho humano fundamental: el derecho a la vida, que implica, en una sociedad democrática y organizada, el derecho a tener calidad de vida, el derecho a ser protegido cuando se está en situación de debilidad o desventaja por efectos de la edad y más aún por razones de salud.

Quizá el principal problema que suele afectar la conducta del adulto mayor sucede cuando éste es sometido a un estado de aislamiento o exclusión por causa de su conducta senil. Este escenario genera no solamente cuadros depresivos; también situaciones de desnutrición y complicación de ciertas patologías relacionadas con el sistema muscular esquelético del individuo afectado.

Es por estas razones que al estudiar el estado de bienestar de los adultos mayores en los centros geriátricos o en los clubes sociales para personas mayores de sesenta años, el concurso interdisciplinario de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y sociólogos es fundamental, particularmente si se trata de un programa que esté orientado a proteger a la población adulta mayor, en el sentido de brindarles la mejor atención posible e incluso de hacerlos sentir útiles todavía a la sociedad a la que pertenecen en función de sus capacidades, tal como lo establecen las políticas del envejecimiento activo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BONA, C. A. Y BONILLA, F. A. (2001). *Celular Biology*. Londres: Harwood Academic Publishers.
- BOWEN, J. (2003). *Historia de la educación occidental*, Tomo I. Barcelona: Hereder.
- CAMACHO S, R. D; GÁMEZ M, C. H.; FLORES G, A.V Y GUERRERO N, G. (2011). *Implicaciones sociales del envejecimiento poblacional sin calidad de vida*. México: Paidós
- CASTRO, M. (2001). *Japón enfrenta el reto de la inmigración*. Revista de Asuntos Internacionales. N° 34, Pp. 11-12.
- CORREA, E.; MENDOZA, V Y MARTÍNEZ, M. (2006). *El envejecimiento activo; calidad de vida para los adultos mayores*. México D.C.: Ediciones del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología.
- CORVEY, G. (2011). *Gerontology*. London: Elsevier.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Gaceta Oficial N° 36.860, diciembre 30 de 1999.
- GANÓN, I. (1970). *Problemas sociales del envejecimiento*. Revista Mexicana de Sociología, (32 (1): 169-191.
- GARCÍA F., F. Y DEL HOYO, J. (1988). *Problemas sociales del envejecimiento de la población en España*. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada.
- GONZÁLEZ, J. (2005). *Atención al adulto mayor en Venezuela*. Buenos Aires. Simposio de Atención Social al Adulto Mayor.
- GRINBERG, K. (2000). *Historia del mundo en los albores de la civilización*. Bogotá: Logos.

- GUIJARRO, J. L. (2003). *Las enfermedades en la ancianidad*. Anales del Servicio de Geriátría de la Casa de Misericordia de Pamplona. Suplemento I, pp: 21-27.
- HIEKKINEN, R. L. (1998). *Growing older. Staying well. Ageing and physical activity in every day life*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (2007). *Las gerogranjas: una alternativa para el envejecimiento activo*. Caracas.
- LANDSBERG, K Y HIEKKINEN, R. L. (2002). *Gerontology: The science of ageing*. Londres. Harwood Academic Publishers.
- LEY DE SERVICIOS SOCIALES(2005). Gaceta Oficial N° 38.694, mayo 30 de 2007.
- MANUAL DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO (2007). Barcelona: Masson S. A.
- MANEIRO, M. M. A. (2003). *Aspectos teóricos básicos sobre seguridad social*. México: CECSA.
- MARTINO H., M. A. (2002). *Problemas sociales en tiempos del subdesarrollo*. Buenos Aires: Atenea.
- MARTINO H., M. A. (2010). *América Latina: políticas y resultados frente a su nueva realidad económica, social y demográfica*. México: Ediciones de la UNAM
- MEDINA, J. J. (2000). *El reloj de la edad*. Barcelona: Editorial Crítica.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2011). *Chile quiere a sus mayores*. Santiago de Chile.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y SEGURIDAD (2012). *Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional*. Madrid.
- NACIONES UNIDAS (1991). *Ejecución del Plan Internacional sobre Envejecimiento y Actividades Conexas. Resolución 46/91, 74ª sesión plenaria, 16 de diciembre de 1991*. Madrid.
- NACIONES UNIDAS (2004). *Proyecciones mundiales de población. Revisión 2004*. Nueva York: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2000). *Participación en la fuerza de trabajo por parte de personas mayores de 65 años*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). *Life in the 21 st Century; A vision for All*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Envejecimiento activo. Un marco político*. Revista Española de Geriátría y Gerontología.37 (2): 74-105.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). *Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, nuevas estrategias*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD (2011). *Programas integrados para la autogestión de la salud en el adulto mayor*. Ginebra.

- ROYO, B. (2005). *Envejecimiento y sociedad*. Madrid: Editorial Panamericana.
- STORER, J. (2001). *Vertebrate zoology*. Chicago: Harper & Row Publishers
- TAMAYO M., M Y QUINTERO L., E. (2004). *Vejez y seguridad social: Guías de la Cátedra de Gerontología*. Barquisimeto: Facultad de Medicina de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado.
- TEXEIRA G., J. (2004). *Demografía y seguridad social en España*. Madrid: Altea
- TREJO M., C. (2000). *El viejo en la historia*. Disponible en <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/viejo.htm>.
- URTEAGA M., R. (2003). *El envejecimiento: futura amenaza político social*. *Enfermedades del Tórax*. 46(1):75-76
- VOGTLE, F. (1998). *Edison*. Barcelona: Editorial Salvat.

PENSIONES Y DISCAPACIDAD EN EL ADULTO MAYOR EN VENEZUELA

Noralys Villarroel de Espinoza

Resumen:

En este artículo se aborda el tema del adulto mayor en Venezuela, relacionado con la discapacidad, analizando la situación que afronta este colectivo y el alcance de la protección social que ofrece el Estado venezolano, a través, tanto del sistema de seguridad social, como de la asistencia social, expresada por medio de la Ley de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. Se trata de una investigación documental en la que se manejan los instrumentos legales vigentes, así como textos relacionados con la salud y calidad de vida de este grupo etario. Se concluye que existe una inadecuada protección social, en especial para las personas con discapacidad. Se ofrecen algunas recomendaciones en torno al cumplimiento de las leyes, así como la importancia de la formación para brindar una mejor atención al Adulto Mayor.

Palabras Clave: Seguridad Social; Adulto Mayor; Discapacidad; Pensiones.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son personas que se encuentran en la “tercera edad”. Este es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que el individuo se aproxima a la edad máxima en que el ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, por lo que se suceden cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. Generalmente se asocia la tercera edad con el período

en que las personas ven disminuidas sus capacidades intelectuales, físicas, mentales y productivas, por lo que para muchas personas hablar de tercera edad es sinónimo de enfermedad, dependencia o discapacidad. Esto no tiene por qué ser así.

Esta etapa de la vida, también denominada “vejez” o “ancianidad”, es sin duda alguna una contingencia social, con fundamento biológico y con consecuencias sociales y económicas. Tales efectos son los que precisan que deba ser protegida por la seguridad social¹ a fin de contrarrestar las secuelas que su aparición trae al individuo y que pueden impactar a nivel familiar. Tal como lo plantea Méndez: “La vejez, como contingencia biológica y social, ha sido denominador común en el largo evolucionar de la seguridad social. Su protección tiene fundamento en la pérdida de capacidad productiva, consecuencia del deterioro físico y mental que produce en el organismo humano el transcurso del tiempo”. (2000, p. 177)

En esta perspectiva, la seguridad social puede cumplir tanto una función preventiva, como reparadora.

En el campo preventivo, propicia y fomenta el empleo como fuente primaria de obtención de los medios de vida, cuida de la salud ocupacional y se ocupa de la reinserción laboral. En el campo reparador, dependiendo del tipo de siniestro ocurrido, genera ingresos o salarios sustitutos o de remplazo, cuando estos disminuyen, se paralizan o estancan, como consecuencia de enfermedad o accidente [...] (Ob. Cit., p. 176)

Por ello, la seguridad social se ha convertido en una expresión indispensable de las políticas públicas que los Estados aplican para brindar protección a sus ciudadanos en éstas y otras contingencias, amparadas en su mayoría a través de instrumentos legales. En el caso venezolano, en el artículo 80 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) se establece que:

-
1. La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. (OIT: 2012)

El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos [...] y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser menores al salario mínimo urbano. [...](CRBV, 1999, Art. 80)

Asimismo, el artículo 81 establece que “Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria [...] Por su parte, el artículo 83 plantea que: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.” (Ídem.).

Respecto a la seguridad social, en la constitución se encuentra extensamente reseñado este derecho en su artículo 86:

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure la protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda...El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección [...] (CRBV, 1999)

Este artículo expresa de manera detallada todo lo que la nación, a través del Sistema de Seguridad Social, debería proteger en sus ciudadanos y señala la necesidad de crear una ley que regule el sistema. Tal ley fue creada con el nombre de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, publicada en Gaceta Oficial N° 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002. En este instrumento legal se encuentra señalado en el Capítulo II el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, cuyo artículo 59 en sus numerales 1 y 5 define y garantiza el derecho a una asignación económica para los adultos mayores con ausencia de capacidad contributiva y la atención institucional que garantice, entre otras, cuidados médicos y alimentación.

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten diferidos y excluidos. Si la etapa de vejez o de “adulto mayor” se combina con algún tipo de disminución de alguna función, o con alguna discapacidad física, mental, intelectual o sensorial que pueda afectar la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad, esto agravaría la situación de estas personas y lo colocaría en una situación de desventaja social.

Abordar el estudio del envejecimiento y la discapacidad del adulto mayor en el ámbito de la seguridad social ofrece la posibilidad de fortalecer el diseño e implementación de las políticas públicas en materia de salud, relacionadas con la calidad de vida de la población en general, y de este colectivo en específico. Se debe considerar que las tendencias mundiales muestran un creciente aumento de personas de edad avanzada, debido, entre otros factores, a la disminución en las tasas de mortalidad, aumento de la esperanza de vida y un progresivo mejoramiento de la calidad de vida general. Sin embargo, no se puede obviar el hecho de que los adultos mayores presentan padecimientos cuyos índices impactan a las sociedades, con repercusiones económicas, sociales y culturales, por lo que se deben buscar mecanismos para mejorar su salud integral y, por ende, su calidad de vida.

Partiendo de considerar la situación del adulto mayor en Venezuela como un problema grave y en cierta forma desatendido e ignorado por la mayoría, y principalmente por los entes competentes, se ha planteado como objetivo con este estudio: Analizar el alcance de la protección social que se le brinda al adulto mayor en Venezuela, haciendo énfasis en la complicación que surge cuando además esta etapa va acompañada por alguna discapacidad.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

En la mayoría de los países del mundo, tanto en Europa, como en Asia y, más recientemente, en América, la población tiene una tendencia al envejecimiento, lo que significa que su edad media es cada vez más alta, y todas las previsiones indican que el número de adultos mayores va en aumento, tanto en cifras absolutas como en proporción de la población total. Tal situación tiene consecuencias directas para los regímenes de seguridad social porque altera la relación entre los sectores activo y pasivo de la población de estos países. Lo que han hecho los Estados es ofrecer prestaciones universales para todos los residentes a través de un régimen de asistencia social, complementario al régimen de seguridad social que protege, en primera instancia, a los trabajadores y a su familia.

El tema que se desarrolla, relacionado con la protección social del adulto mayor en Venezuela, ha sido abordado por algunos expertos en el área, como el doctor Absalón Méndez y la doctora Ana Salcedo, así como por estudiantes de Especializaciones, Maestrías y Doctorados, concernientes a la materia y provenientes de diversas universidades del país.

Méndez, realizó un trabajo titulado: Extensión de la Cobertura Pensional En Venezuela, cuyo objetivo era analizar la situación de los regímenes jubilatorios y pensionales, la intención del Estado de extender la cobertura pensional por vejez y otras contingencias, y el problema que representaba la provisión de recursos financieros que garantizaran la perdurabilidad e inalterabilidad del sistema pensional en el país. Dentro de las conclusiones más resaltantes de esta investigación se puede mencionar que el tema pensional y jubilatorio en Venezuela es complejo y que su abordaje resulta delicado, asimismo, que deben ser consideradas todas las variables demográficas, dentro de ellas, el envejecimiento poblacional, como base del nuevo régimen pensional y jubilatorio. (Méndez: 2013)

Por su parte, Salcedo, en un artículo denominado: Extensión de la Cobertura de la Seguridad Social: Experiencias Favorables, Retos y Desafíos, se planteó, dentro de los objetivos, distinguir las dos grandes moda-

lidades básicas de los sistemas de seguridad social, los modelos contributivos y los no contributivos; estos últimos buscan estrategias para llegar a la población no contributiva, tradicionalmente excluida en lo social y donde se encuentran, entre otros grupos vulnerables, los adultos mayores. Uno de los resultados que se pueden destacar de esta investigación es que la baja cobertura de la protección social en América Latina y el Caribe se debe, entre otras razones, a los desafíos demográficos, que implican un envejecimiento acelerado de la población, lo que traerá como consecuencia que la extensión de la cobertura será difícil de financiar. (Salcedo: 2013).

Una investigación realizada por Reisis Ríos Loyo, en el año 2008, se tituló: *Oferta de Servicios de Atención al Adulto Mayor, desde la perspectiva del Estado de Bienestar En El Municipio San Felipe*. El objetivo de este estudio era caracterizar la oferta de servicio ofrecida a la población adulta mayor. Se concluyó que esta población no contaba con servicios de atención que garantizaran y aseguraran una calidad de vida y que le brindara la protección social que merece y que está garantizada en las leyes venezolanas. (Ríos: 2008)

En el año 2007, Felipa Naveda realizó un trabajo titulado: *Consideraciones sobre la situación Socio-Laboral del Adulto Mayor en Venezuela*. El objetivo era analizar ese escenario con la finalidad de determinar los aspectos de mayor relevancia que rigen a esta categoría de personas en el ordenamiento jurídico venezolano vigente. Entre sus principales resultados se destacan que estas personas carecen de una verdadera protección socio-laboral, pues al llegar a una determinada edad se enfrentan al desempleo, sin ninguna preparación para el retiro. De igual manera, se señala que hay discrepancia entre la Ley de Servicios Sociales, donde se establece la importancia de incorporar al adulto mayor al proceso productivo y que debe intervenir activamente en todos los órdenes de la vida pública dentro de sus cualidades y capacidades, mientras que la Ley Orgánica del Trabajo, no contiene disposición sobre el trato laboral al adulto mayor, lo que se puede considerar un menoscabo a los derechos de este colectivo en cuanto a protección laboral. (Naveda: 2007)

Otro estudio realizado en torno a esta temática fue el de Lila Reyes Valles, quien presentó una investigación denominada: *Investigación Ge-*

rontológica y Políticas Sociales de Atención al Adulto Mayor en Venezuela. Esta investigación tenía como objetivos: Determinar, a través del análisis de la investigación gerontológica que se desarrolla en las universidades del país, la problemática social de la vejez en Venezuela; y, establecer la correspondencia y pertinencia de las políticas y programas sociales diseñados y ejecutados por el Estado venezolano con la problemática social de la población anciana. Entre sus principales resultados se planteó que los ancianos requieren de permanente apoyo y afecto que permita reforzar su autoestima y valor personal, siendo que las necesidades afectivas y de relación son las que menos satisface, generándole sentimientos de soledad, aislamiento, minusvalía, auto percepción negativa y baja autoestima. Asimismo, se debe considerar que los adultos mayores experimentan una serie de cambios fisiológicos y padecen de algunas enfermedades crónicas que disminuyen su nivel físico de respuestas, y hasta de independencia, reflejado en la insatisfacción de sus necesidades de alimentación y de salud. Por otra parte, también se concluyó que la población anciana presenta carencia de recursos económicos y/o bajos ingresos que no le permiten satisfacer necesidades básicas como: alimentación, vestido, vivienda y salud; ya que, en cuanto a lo laboral, esta población está desincorporada del mercado de trabajo y con pocas posibilidades de reinserción, debido a la estructura política-administrativa del país. Se destacó que las políticas para la población de la tercera edad deben estar dirigidas a la atención integral haciendo hincapié en su inserción en la comunidad; para lo cual se deben desarrollar programas y actividades de atención en su propio medio, sin desvincularlo de su familia y de su entorno comunal. (Reyes: 2003)

Eamon O'Shea, perteneciente al Grupo de Expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes (CS-QV), del Comité Europeo de Cohesión Social (CECS), presentó un documento llamado: La Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes. El objetivo de este estudio es brindar orientaciones a las personas que están relacionadas con el cuidado y atención de adultos mayores con algún tipo de discapacidad. El documento defiende unos servicios integrados, multidisciplinarios, justos y accesibles que se centren en los individuos y el respeto a sus opiniones o preferencias, en un espíritu de solidaridad entre las generaciones y la familia, la comunidad local y a nivel nacional. (O'Shea: 2003)

Otra investigación que realizó Méndez, en el año 2008, lleva por título: Seguridad Social y Tercera Edad. El objetivo es dar una visión de varios aspectos medulares de los procesos de reforma de la seguridad social y la incidencia que estos tienen en los esquemas protectivos, ideados para mejorar esa última etapa de los individuos donde se les llama adulto mayor.

También en el 2008 la doctora Árraga, de la Universidad del Zulia, realizó un estudio denominado: Políticas Públicas y Seguridad Social, cuyos objetivos eran analizar la correspondencia entre el rol del Estado venezolano y las políticas públicas para la seguridad social de la tercera edad, expresadas en la Ley de Servicios Sociales, derivada de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, promulgada en 2002, y analizar la correspondencia entre las necesidades de los adultos mayores y las políticas públicas para la seguridad social de la tercera edad, expresadas en la Ley de Servicios Sociales. Los principales resultados de esta investigación arrojan que no existe claridad en cuanto a si las políticas de protección a la población se basan en la seguridad o la asistencia social. Se señala que el rol social del Estado, que busca la protección integral de la población se corresponde con las políticas de protección a los adultos mayores, mientras que el rol pluralista no, porque las leyes son selectivas y discriminan, contraponiéndose al respeto a la diversidad, característica del pluralismo.

La revisión detallada de los estudios antes mencionados, han ofrecido un amplio panorama para conocer la problemática relacionada con el adulto mayor en Venezuela, y entender la importancia de abordar tal situación con una visión holística de este colectivo que va en aumento en los países latinoamericanos, por lo cual, se hace apremiante la búsqueda de alternativas para mejorarle sus condiciones y ofrecer la posibilidad de que enfrenten exitosamente esta etapa de la vida de los seres humanos, particularmente aquellos que se encuentran desasistidos, con alguna discapacidad o en situación de pobreza.

Marco Conceptual:

Definiciones:

Protección Social: Entendemos por protección social al conjunto de medidas, leyes y programas que un Estado representado en un gobierno determinado toman y aplican sobre la sociedad a la que deben gobernar. Este conjunto de medidas y leyes tiene como principal objetivo asegurar el cumplimiento de los que se consideran derechos básicos como por ejemplo el acceso a la salud, vivienda, educación, alimentación y jubilación digna. Todos estos elementos al estar presentes mejoran claramente la calidad de vida de una población y además le permiten rendir mejor a nivel productivo, por lo cual la economía también se ve dinamizada. (... de Importancia: <http://www.importancia.org/proteccion-social.php>)

Seguridad Social: Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos, por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica, y de ayuda a las familias con hijos. (OIT)

Asistencia Social: Tiene como objetivos la ayuda a individuos, familias, comunidades y grupos de personas socialmente en desventaja, así como la contribución al establecimiento de condiciones que mejoren el funcionamiento social y que prevengan el desastre. <http://wordreference.com/php>

Pensión: Según el concepto que ofrece el diccionario de la Real Academia Española (DRAE) es: “Asignación que recibe periódicamente una persona por servicios que ha prestado anteriormente, por méritos o por cualquier otra razón, pudiendo distinguir entre pensión de invalidez, de viudedad, de jubilación”. (DRAE: 2014)

La información que brinda la página web del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), reseña que la pensión es la prestación dinera-

ria otorgada en virtud de una disposición jurídica que tiene como finalidad garantizar al ciudadano bienestar y seguridad social y dependiendo de su situación pueden ser por vejez, invalidez, incapacidad o sobreviviente. En este portal también se señala que la Dirección de Prestaciones del IVSS es la encargada de velar por el oportuno trámite y cancelación de las prestaciones dinerarias a corto (indemnizaciones diarias por incapacidad temporal para el trabajo, nupcias y funerarias) y largo plazo (pensiones por vejez, invalidez y sobreviviente) solicitadas a nivel nacional, así como los Convenios de Seguridad Social en materia de pensiones, suscritos entre la República Bolivariana de Venezuela y otros países.

Es importante destacar que la pensión del Seguro Social es un beneficio que tiene todo venezolano que ha prestado sus servicios bajo una relación laboral, bien sea a entes públicos o privados, o que haya cotizado por su cuenta ante el IVSS. Es por esto que los entes públicos y privados están obligados por ley a realizar el pago de las cotizaciones del Seguro Social Obligatorio (SSO) de manera mensual, basándose en el salario del trabajador, realizando un aporte que, según el Reglamento de la Ley de Seguro Social (RLSSO), varía entre 9% a 11% (artículo 192), dependiendo de la clasificación de riesgo de la empresa. Esta información se encuentra determinada en el Artículo 94 de la Ley Orgánica de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). En tanto que se le descuenta al trabajador otra parte que se calcula con base al número de lunes en el mes, el sueldo mensual y las semanas laborales del año.

La normativa vigente que regula el Sistema de Seguridad Social en Venezuela es en primera instancia la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, publicada en la Gaceta Oficial N° 37.600 de fecha 30 de diciembre de 2002, y en segunda instancia, el Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de Reforma Parcial de la Ley del Seguro Social, publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.912, de fecha 30 de abril de 2012. No obstante, existen otros reglamentos y decretos al respecto. Las pensiones que brinda el Seguro Social son:

- Pensión por Incapacidad: Prestaciones dinerarias otorgadas en virtud de una enfermedad profesional o accidente de trabajo, el cual disminuye al asegurado su capacidad para trabajar entre un 25%

y hasta un 66,66%, originándose el derecho a la obtención de una pensión por incapacidad.

- **Pensión por Invalidez:** Prestaciones dinerarias otorgadas al asegurado por la pérdida de más de dos tercio (2/3) de su capacidad para trabajar a causa de una enfermedad o accidente, en forma presumible permanente o de larga duración.
- **Pensión por Sobreviviente:** Prestaciones dinerarias que se causan por el fallecimiento de una beneficiaria o un beneficiario de pensión de invalidez o vejez en todo caso y por el fallecimiento de una asegurada o un asegurado siempre que tenga acreditadas no menos de setecientas cincuenta (750) cotizaciones semanales; o bien cumpla con los requisitos para tener derecho a una pensión de invalidez al momento de fallecer; o bien haya fallecido a causa de un accidente del trabajo o enfermedad profesional; o por un accidente común, siempre que la trabajadora o el trabajador para el día del accidente esté sujeto a la obligación del Seguro Social.
- **Pensión por Vejez:** Prestaciones dinerarias otorgadas una vez que la asegurada o el asegurado ha cumplido 55 años, si es mujer, y 60 años, si es varón, y posee un mínimo de 750 semanas cotizadas. (www.venelogia.com/archivos/4244/)

Discapacidad: La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afecta la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la ONU en 2006, define de manera genérica a quien posee una o más discapacidades como persona con discapacidad. Es decir, que se antepone «persona» como un prefijo, a fin de hacer énfasis en sus derechos humanos y su derecho a ser tratados con igualdad. En los últimos años se ha propuesto un término en ciertos espacios para referirse a las personas con discapacidad, el de mujeres y varones con diversidad funcional, o “personas con capacidades diferentes”, con el fin de eliminar la negatividad en la definición del colectivo de personas con discapacidad y reforzar su esencia de diversidad.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad es un término que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS: 2015)

Dentro de esta perspectiva, es importante mencionar que la discapacidad es una problemática que puede afectar al individuo desde su nacimiento, o bien aparecer durante un determinado momento de la vida como consecuencia de algún accidente o afección, por ejemplo, un individuo que sufre un accidente laboral y como consecuencia de este trauma se le provoca una discapacidad motora que antes no presentaba y que le impide realizar con normalidad las labores que hacía anteriormente.

Existen diversos tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial, intelectual o mental, cada una puede manifestarse de diferentes maneras y en diferentes grados. La discapacidad física es una desventaja que le impedirá a la persona que la sufre su desempeño motor; La discapacidad sensorial es aquella que se manifiesta en los sentidos, por ejemplo, la sordera originada por un problema en los oídos, la ceguera, motivada por una deficiencia en la vista; la discapacidad de tipo psíquica es aquella que ocasiona trastornos permanentes en el comportamiento; y la discapacidad intelectual es aquella que supone un funcionamiento mental por debajo de la media y que se caracterizará por limitaciones en áreas como el aprendizaje, la comunicación, la vida en el hogar y las habilidades sociales, entre otras.

Las causas de la discapacidad pueden ser muy variadas, algunas recurrentes son: factores genéticos, errores congénitos del metabolismo, enfermedades infantiles, accidentes de tránsito, enfermedades profesionales y accidentes laborales. Actualmente son muy comunes las que se conocen como discapacidad psíquica. Este tipo de afección es la que surge en un ser humano como consecuencia de que se encuentre sufrien-

do cuadros psicóticos, trastorno afectivo bipolar o síndrome de Asperger, entre otros. Todo ello trae consigo que al individuo se le presenten dificultades para integrarse en el ámbito familiar, laboral o social.

Muchas veces estos problemas se agravan con las exigencias y tensiones laborales y con la falta de prevención que hay en los lugares de trabajo, donde, por regla general, hay un desconocimiento sobre este tipo de trastorno y por ello el trabajador no es diagnosticado a tiempo, no se le brinda el trato adecuado por parte de compañeros de trabajo y jefes y muchas veces, el mismo trabajador desconoce que está sufriendo de una enfermedad que puede ser tratada y controlada, permitiéndole al trabajador una incorporación adecuada a sus labores y una buena calidad de vida.

En el caso de los adultos mayores las discapacidades aparecen como resultado natural del proceso de envejecimiento (artritis, Parkinson, osteoporosis, artrosis, Alzheimer, etc.) y, en algunos individuos, como consecuencia del tipo de vida que ha tenido, de la ausencia de cuidado con respecto a su salud en su etapa joven, y en la vida actual que lleva, siendo común que si la persona se encuentra sola, viuda, abandonada o menospreciada por la familia, aparezcan síntomas como la depresión, malnutrición, cáncer, entre otros.

Adulto Mayor: Individuo que se encuentra en la etapa de la vejez, llamado también anciano, o tercera edad, según la definición ofrecida por la Ley de Servicios Sociales, en su artículo 7, es la persona natural con edad igual o mayor a sesenta años de edad. El adulto mayor es un individuo que se encuentra en un estado de envejecimiento. Este proceso puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad. En otras palabras, la razón principal de que los ancianos enfermen con más frecuencia que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que provocan enfermedades durante un período más largo que el de los jóvenes. (López: 2005)

Con vista en lo anterior, la OMS, propuso el término “envejecimiento activo”, que consiste en “el proceso de hacerse mayor sin envejecer me-

dian­te el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espiri­tuales a lo largo de toda la vida” (Citado en López, 2005). Al respecto, en un documento de la OMS sobre envejecimiento se señala:

Con el continuo crecimiento de las poblaciones de la tercera edad en las sociedades modernas, la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarles a manejarse independientemente en la comunidad y, fundamentalmente, mejorar la calidad de sus vidas, se ha convertido en un asunto cada vez más urgente por cuanto la incidencia de muchas enfermedades y discapacidades crónicas aumenta con la edad. (OMS: 1998)

Estamos de acuerdo con López cuando afirma que los determinantes sociales y económicos del envejecimiento saludable abarcan una gran variedad de factores, incluidos el estado laboral, las condiciones y seguridad del trabajo, la educación desde edades tempranas, el entorno de vida y la permanencia en él, y las circunstancias familiares. Los factores conductuales, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo, son determinantes importantes del envejecimiento saludable (López:2005), por lo cual es fundamental la prevención y la educación a la sociedad sobre estos aspectos.

Marco Jurídico regulatorio de atención al adulto mayor y la discapacidad en Venezuela.

Instrumentos jurídicos internacionales

Entre los instrumentos jurídicos internacionales relacionados con seguridad social, pensiones, discapacidad y vejez en Venezuela, están los de carácter general y los destinados a sectores específicos. Con respecto al derecho a la seguridad social, el mismo se encuentra establecido en una amplia gama de declaraciones, tratados, convenios, recomendaciones, resoluciones u observaciones, que componen sus bases normativas y doctrinarias de carácter internacional. Asimismo, en el orden interno, en cada país puede tener reconocimiento constitucional y legal; tal como sucede en Venezuela.

Según lo señalado en el texto: Derecho Humano a la Seguridad Social, del Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA: 2004), los Instrumentos Internacionales se clasifican en universales o regionales, dependiendo de su ámbito de competencia. Aquellos elaborados en el sistema de la ONU o en algún organismo de la misma organización, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tienen carácter universal, y los elaborados por la Organización de Estados Americanos (OEA), tienen competencia únicamente en el continente americano.(P. 24)

Instrumentos de carácter universal, se destacan:

- a) La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por Naciones Unidas en 1.948, en su Artículo 22 establece de manera específica que: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”. Por otra parte, el Artículo 25 define con amplitud el alcance y contenido del derecho humano a la seguridad social, al establecer que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- b) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por Naciones Unidas en 1.966, en su Artículo 3 ratifica el principio de universalidad de los derechos humanos, de manera particular los económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho humano a la seguridad social.
- c) La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, establece en su Artículo 5 que “los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la dis-

- criminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona [...] en particular: [...] el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.
- d) La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social prioriza entre sus objetivos el desarrollo de la seguridad social. En su Artículo 11, establece: “La provisión de sistemas amplios de seguridad social y los servicios de asistencia social y el establecimiento y la mejora de sistemas de servicios y seguros sociales para todas aquellas personas que por enfermedad, invalidez o vejez no puedan ganarse la vida, temporal o permanentemente, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar el debido nivel de vida a estas personas, a sus familias y a quienes estén a su cargo [...]”.
- e) Convenio N° 102 sobre la seguridad social (norma mínima). que abarca las nueve modalidades principales de la seguridad social:
- 1) asistencia médica;
 - 2) prestaciones monetarias de enfermedad;
 - 3) prestaciones de desempleo;
 - 4) prestaciones de vejez;
 - 5) prestaciones en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional;
 - 6) prestaciones familiares;
 - 7) prestaciones por maternidad;
 - 8) prestaciones por invalidez; y
 - 9) prestaciones para sobrevivientes. La importancia de este convenio estriba en que los Estados deben aceptar las obligaciones relativas a tres de estas ramas para poder ratificar este convenio cuya norma mínima se define respecto del alcance de la protección y las prestaciones, incluido el monto de las mismas. El Convenio N° 102 establece que dentro de las tres ramas aceptadas como mínimas deben estar comprendidas “... por lo menos una de las cinco siguientes: de desempleo,

de vejez, de accidente de trabajo y enfermedad profesional, de invalidez o de sobrevivientes”.

- f) Convenio N° 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, establece que la legislación nacional sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales debe proteger a todos los asalariados, incluidos los aprendices, de los sectores público y privado, comprendidos aquellos de las cooperativas, y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios.
- g) Convenio N° 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, establece que la legislación nacional debe garantizar a las personas aseguradas el pago de prestaciones de invalidez cuando la persona se encuentre incapacitada para ejercer una actividad lucrativa cualquiera, cuando sea probable que esta incapacidad será permanente o cuando subsista a la terminación de un período prescrito de incapacidad temporal o inicial; prestaciones de vejez para las cuales el Convenio establece como principio general que la edad prescrita no deberá exceder de sesenta y cinco años; y también el pago de pensiones de sobrevivientes, la cual se hará efectiva ante la pérdida de medios de subsistencia sufrida por la viuda o hijos como consecuencia de la muerte del sostén de familia.
- h) Convenio N° 130 sobre la asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, establece en los Artículos 7 y 13 las contingencias y las prestaciones que tienen como objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida y su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales. Las contingencias cubiertas “deberán comprender: a) la necesidad de asistencia médica curativa, y, en las condiciones prescritas, de asistencia médica preventiva; b) la incapacidad para trabajar, tal como esté definida en la legislación nacional, que resulte de una enfermedad y que implique la suspensión de ganancias”.

- i) La Observación General N° 5 sobre personas con discapacidades, fue aprobada por Naciones Unidas en la sesión 38, el 25 de noviembre de 1994, como respuesta a la discriminación generalizada que sufrían las personas en esa condición. En la Observación se asume que “con la palabra ‘discapacidad’ se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente”.

- j) La Observación General N° 6, sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, fue adoptada por Naciones Unidas en 1.995, motivada por los graves problemas que confrontaba ese sector poblacional de la humanidad. En el diagnóstico se hace referencia a que: “La mayoría de los Estados Partes en el Pacto, en particular los países desarrollados, tienen que enfrentarse con la tarea de adaptar sus políticas sociales y económicas al envejecimiento de sus poblaciones, especialmente en el ámbito de la seguridad social. En los países en vías de desarrollo, la falta o deficiencias de la seguridad social se ven agravadas con la emigración de la población más joven, que debilita el papel tradicional de la familia, principal apoyo para las personas de edad avanzada”. La Observación General N° 6 pretende solventar la falta de referencia explícita de los derechos de las personas mayores en el PIDESC, donde el Artículo 9 sólo garantiza el derecho a la seguridad social a todas las personas, y al reconocer el derecho “incluso al seguro social”. Preocupados porque se presenten prácticas discriminatorias hacia las personas mayores plantean que “ los Estados Partes en el Pacto están obligados a prestar especial atención al fomento y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad.

Instrumentos de la Organización de Estados Americanos:

- a) La Carta de la Organización de Estados Americanos, instrumento fundacional del sistema regional, establece en su Artículo 44 que: “Los Estados Miembros, convencidos de que el hombre sólo

puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones dentro de un orden social justo, acompañado de desarrollo económico y verdadera paz, conviene en dedicar sus máximos esfuerzos a la aplicación de los siguientes principios y mecanismos: [...] El trabajo es un derecho y un deber social, otorga dignidad a quien lo realiza y debe prestarse en condiciones que, incluyendo un régimen de salarios justos, aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia, tanto en sus años de trabajo como en su vejez, o cuando cualquier circunstancia lo prive de la posibilidad de trabajar; [...] desarrollo de una política eficiente de seguridad social”.

- b) La Carta Internacional Americana de Garantías Sociales o declaración de los derechos sociales del trabajador, establece en su Artículo 1 que la misma “... tiene por objeto declarar principios fundamentales que deben amparar a los trabajadores de toda clase y constituye un mínimo de derechos que de ellos deben gozar en los Estados Americanos, sin perjuicio de que las leyes de cada uno puedan ampliar esos derechos o reconocerles otros más favorables”. Los artículos que van del 28 al 34 norman todo lo referente a la previsión y seguridad social, constituyéndose en un marco referencial para el desarrollo de los sistemas de seguridad social de los países miembros del sistema interamericano.
- c) La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en coincidencia con la anterior, establece en su Artículo 16 que “ Toda persona tiene derecho a la seguridad social que se le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener medios de subsistencia”.
- d) La Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida también como Pacto de San José, hace referencia a las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura que se encuentran incluidas en la Carta de la OEA. En su Artículo 26 establece el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales.

Otros instrumentos regionales:

Entre estos, destacan por su relevancia:

- a) La Carta Andina para la promoción y protección de los Derechos Humanos.
- b) El Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur, el cual establece en su Artículo 2 que: “1. Los derechos de Seguridad Social se reconocerán a los trabajadores que presen o hayan prestados servicios en cualquiera de los Estados Parte.
- c) El Convenio Iberoamericano de Seguridad Social, el cual tiene aplicación en dos continentes porque incluye a América y algunos países de Europa, como son: España, Portugal e Italia, garantizando los derechos de asistencia médica-sanitaria y prestaciones de vejez, invalidez y sobrevivientes previstos en los sistemas obligatorios de seguridad social vigentes en los Estados contratantes. Vale destacar que Venezuela aun no ha cumplido con todos los pasos para ser miembro de este Convenio.
- d) La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad, establece en su artículo 3 que los Estados Parte se comprometen a: “Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración a la sociedad”. (PIDHDD: 2003)

Instrumentos jurídicos nacionales:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV)

La Constitución nacional, en su artículo 86, establece el derecho de toda persona a la seguridad social, como servicio público de carácter no lucrativo, que le garantice salud y asegure protección en diversas contin-

gencias, como la vejez, enfermedad, invalidez y discapacidad, entre otras eventualidades; y en el artículo 80, la garantía por parte del Estado a los ancianos y ancianas (adultos mayores) del pleno ejercicio de sus derechos y garantías, respeto a su dignidad humana, autonomía, atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida. Asimismo, este artículo establece que las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano; por otra parte, también se les garantiza a los adultos mayores su derecho a tener un trabajo digno, acorde a aquellos que manifiesten su deseo y estén en capacidad de ejercerlo.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS)

Esta es la ley que tiene por objeto regular lo concerniente a la seguridad social en el país. Fue aprobada en el año 2002, publicada en la Gaceta Oficial N° 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002. Sufrió reformas en los años 2008 y 2012, esta última es la que está vigente, aunque no efectiva, y fue publicada en Gaceta Oficial N° 39.912, del lunes 30 de abril de 2012. De acuerdo a lo establecido en la LOSSS, el Sistema de Seguridad Social venezolano está conformado por tres Sistemas Prestacionales, cada uno de los cuales tiene a su cargo uno o más Regímenes Prestacionales; estos sistemas son: Salud, que tiene a su cargo el Régimen Prestacional de Salud; Vivienda y Hábitat, integrado por el Régimen Prestacional del mismo nombre; y Previsión Social, conformado por cuatro Regímenes Prestacionales: Empleo; Pensiones y otras Asignaciones Económicas; Seguridad y Salud en el Trabajo; y Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas (LOSSS: 2012, Artículos 19-22). Sobre este último régimen, cabe destacar que su objeto es garantizar atención integral a los adultos mayores, a las personas discapacitadas, a los indígenas, a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social, y cualquier otra categoría de personas que por su situación así lo amerite, a fin de mejorar y mantener su calidad de vida y bienestar social (Artículo 58), constituyéndose en un pilar asistencial dentro del Sistema de Seguridad Social previsto en la LOSSS.

La LOSSS, en su artículo 18, numerales 6,7 y 9, garantiza, la protección integral a la vejez y pensiones por vejez, sobrevivencia y discapacidad; prestaciones en dinero por discapacidad temporal, debido a enfermedades, accidentes, maternidad y paternidad, entre otros. Igualmente, se reconocen y garantizan los derechos y deberes de los adultos mayores, con el fin de mejorar su calidad de vida, mediante la incorporación efectiva a programas, servicios y acciones que lo faciliten. (LSS, Artículo 9)

Ley de Servicios Sociales Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas (LSS)

La Ley de Servicios Sociales, gaceta Oficial N° 38.270, de fecha lunes 12 de septiembre de 2005 es la normativa legal vigente en Venezuela, que define y regula el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. Esta ley en su artículo 1 establece:

La presente Ley tiene por objeto definir y regular el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, su rectoría, organización, funcionamiento, financiamiento, determinación de las prestaciones, requisitos para su obtención y gestión, de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela. (LSS: 2005, artículo 1)

Asimismo, en el artículo 3, establece:

El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, exceptuando las asignaciones económicas, las cuales se rigen por lo establecido en la presente Ley, ampara a todos los venezolanos y venezolanas de sesenta o más años de edad y a los extranjeros y extranjeras de igual edad, siempre que residan legalmente en el país. Ampara igualmente a los venezolanos y venezolanas y a los extranjeros y extranjeras con residencia legal en el país, menores de sesenta años, en estado de necesidad, no amparadas por otras leyes, instituciones y programas [...] (LSS. Art. 3)

Con el artículo precedente se busca ratificar la universalidad de la seguridad social en el tipo de cobertura a la población. Esta cobertura,

según la LSS se sustenta en una política nacional de protección a la población que implica inclusión social y equidad. Por otra parte, los adultos mayores también tendrán derecho a recibir asignaciones económicas, prestaciones en servicios y en especie.

En este sentido se prevé dos tipos de prestaciones para esta población:

1. Asignaciones económicas, definidas como prestaciones no contributivas en dinero a los adultos y adultas mayores en estado de necesidad y con ausencia de capacidad contributiva, cuya situación haya sido calificada y certificada por el INASS. Estas asignaciones tendrán un valor entre el 60% y el 80% del salario mínimo urbano vigente. (LSS, Artículo 39)
2. Prestaciones en servicios y en especie. Son servicios sociales no dinerarios, orientados a mejorar las circunstancias de carácter social que no pueden ser superadas en forma autónoma por la persona y que impiden su desarrollo integral e incorporación a una vida plena y productiva. (LSS, Artículo 7 numeral 12) Esas prestaciones se concretan en: hogares sustitutos y residencias diurnas; programas de cultura de la salud, de ingreso y permanencia al sistema formal o no formal de educación pública, acceso y participación en actividades culturales y recreativas; programas y campañas de valoración y respeto hacia las personas adultas mayores; atención médica especializada; suministro de fármacos; atención preferencial en citas, consultas, salas de espera o cualquier otra situación que requiera permanecer en espera; programas alimentarios que proporcionen alimentación adecuada y condiciones óptimas de higiene; atención domiciliaria en salud, recreación, acompañamiento, alimentación, orientación y cualquier otro servicio individual o colectivo; programas destinados al uso adecuado del tiempo libre, la recreación y el turismo social; servicios funerarios; tarifas especiales preferenciales para entrar a espectáculos, cines y teatro; y entrada gratuita a museo y parques; entre otros. (LSS, Artículos 46 al 65)

De acuerdo a lo anterior, es importante mencionar que además del Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Cate-

gorías de Personas, el Sistema de Seguridad Social venezolano, protege a los adultos mayores a través de otros medios, como el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas, cuya ley especial aún no ha sido dictada, el de Seguridad y Salud en el Trabajo, el de Vivienda y Hábitat y a través de la Ley del Seguro Social y la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Funcionarias, Empleados o Empleadas de la Administración Pública Nacional, de los Estados y de los Municipios, así como diversos regímenes de jubilaciones y pensiones existentes en el sector público.

Ley Para Las Personas con Discapacidad (LPPD).

Publicada en Gaceta Oficial Número 38.598, con fecha 5 de enero de 2007. Tiene por objeto regular los medios y mecanismos, que garanticen el desarrollo integral de las personas con discapacidad de manera plena y autónoma, de acuerdo con sus capacidades, el disfrute de los derechos humanos y lograr la integración a la vida familiar y comunitaria, mediante su participación directa como ciudadanos y ciudadanas plenos de derechos y la participación solidaria de la sociedad y la familia. Estas disposiciones son de orden público. (LPPD, Artículo 1)

El Ámbito de aplicación (a quién protege), según lo establecido en el Artículo 3, son los venezolanos y venezolanas y extranjeros y extranjeras con discapacidad, en los términos previstos en esta Ley. Sus Principios, según lo señalado en el Artículo 4, son: humanismo social; protagonismo; igualdad; cooperación; equidad; solidaridad; integración; no segregación; no discriminación; participación; corresponsabilidad; respeto por la diferencia y aceptación de la diversidad humana; respeto por las capacidades en evolución de los niños y niñas con discapacidad; accesibilidad; equiparación de oportunidades; respeto a la dignidad personal; entre otros.

La discapacidad, aparece definida en el Artículo 5, como:

La condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales, que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de alguna de sus capacidades sensoriales, mo-

trices o intelectuales que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo, en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente. (LPPD, artículo 5)

Asimismo, se define ‘Personas con discapacidad’ aquellas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás. En consecuencia, se reconocen como personas con discapacidad: las sordas, las ciegas, las sordo ciegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas y con cualesquiera combinaciones de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitantes, científica, técnica y profesionalmente calificadas, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la OMS.

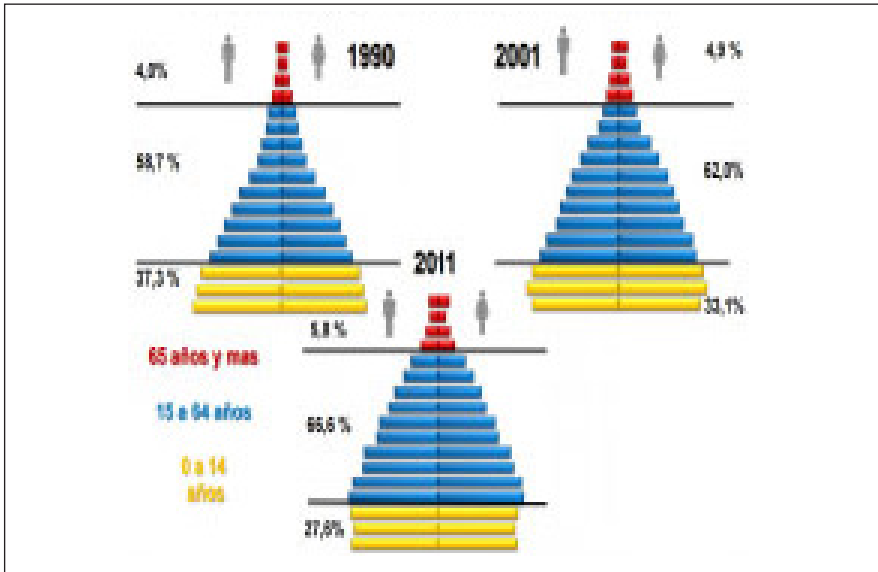
SEMBLANZA DE LA SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA Y, ESPECÍFICAMENTE, EN VENEZUELA

En América Latina y el resto de los países en desarrollo está ocurriendo un fenómeno conocido como “envejecimiento poblacional”, el cual consiste en la presencia de un número cada vez más alto de adultos mayores en nuestras sociedades, tanto en valores absolutos como relativos, respecto a otros grupos de edades y al total de la población. La presencia de índices de envejecimiento, es decir porcentajes de mayores de 65

años respecto al total de la población, que superan, en algunos países de Europa, el 15 % es un hecho nuevo que plantea cambios culturales, incógnitas económicas y demandas socioasistenciales ya presentes en nuestra sociedad. Nos encontramos pues ante la necesidad de acomodarnos a este cambio, producto, entre otros factores, de un aumento de la esperanza de vida en el siglo XX gracias al progreso médico, económico y social. <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.aspclase/Adulto/Mayor/y/Sociedad/111php>

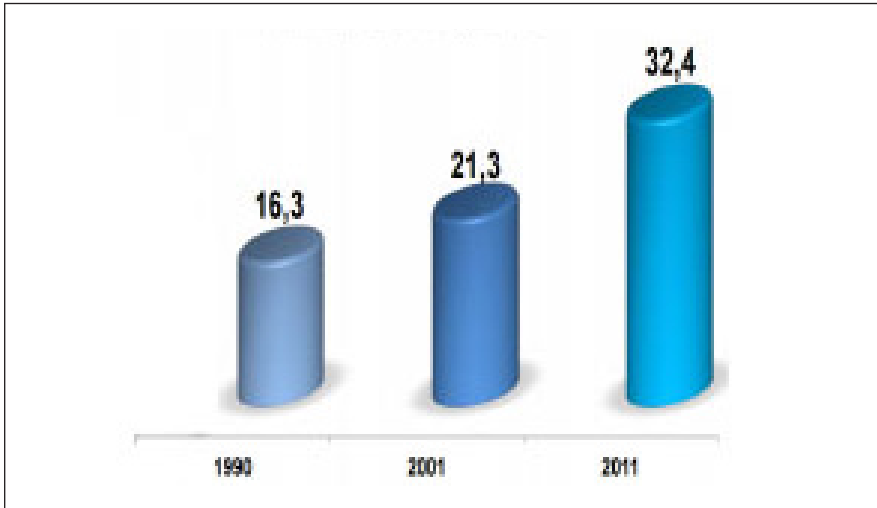
Venezuela, observa desde hace más de veinte (20) años una tendencia hacia el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, con el consiguiente incremento de la población adulta mayor. Según cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población está repartida, según grupos etarios de la siguiente manera:

Gráfico N° 1
Estructura de la población censaa 1990, 2001 y 2011



Fuente: INE Censo 2011

Gráfico N° 2
Índice de envejecimiento de la población.
Censo 1990, 2001 y 2011



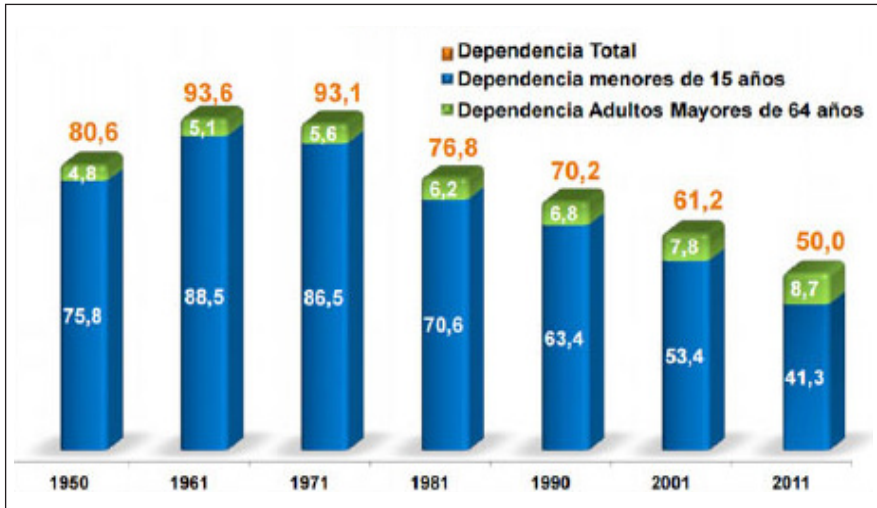
Fuente: INE Censo 2011

En estos gráficos se evidencia la tendencia que ha venido teniendo el crecimiento de la población en Venezuela en las últimas dos décadas, caracterizada por una disminución en la población de 0 a 14 años y un incremento en la población de 65 años y más, lo cual demuestra lo que se ha venido planteando acerca del fenómeno del envejecimiento, sobre el que hay que actuar para impedir un impacto negativo en los sistemas de seguridad social. Esto implica que el Estado debe concebir políticas públicas eficaces destinadas a atender a esta población desde el punto de vista familiar, social y sanitario.

De igual manera se evidencia en el gráfico a continuación, el incremento de la dependencia de los adultos mayores, en las últimas décadas.

Gráfico N° 3

Razón de dependencia total, menores de 15 años y adultos mayores de 64 años.
Censos 1950-2011



Fuente: INE Censo 2011

Un componente fundamental de la calidad de vida de las personas mayores es su seguridad económica, definida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos que les permita llevar una existencia digna, atención adecuada a sus discapacidades y calidad de vida en la vejez.

Según un estudio realizado por Humberto Pestana, de la Escuela de Sociología de la Universidad Central de Venezuela, en el cual se construyeron escenarios con una Venezuela envejecida, específicamente, para 2030, se estima que la población de adultos mayores aumentará en un 120,62%. Los datos demográficos referidos en este trabajo, elaborado con información del Instituto Nacional de Estadística, indican que la población de 60 o más años para 2010 era de 2.519.751 personas y para 2030 los venezolanos con esas edades serán 5.558.973. Por esa razón se hace la advertencia sobre la necesidad de comenzar a preparar un plan nacional de envejecimiento, que pueda dictar lineamientos, entre otras co-

sas, para la prevención de enfermedades y para mejorar la calidad de vida de las personas después de los 60 años de edad; y también la necesidad de formar al personal que atenderá a este colectivo.

A propósito de lo anterior, Roselin Jerez, secretaria de Bienestar Biopsicosocial del Colegio Venezolano de Gerontólogos, afirma que es necesario formar profesionales que brinden atención integral a las personas de la tercera edad, incluso a domicilio. A este respecto, señala que la Universidad Experimental Francisco de Miranda creó hace 26 años la carrera de Gerontología, de la cual han egresado aproximadamente 700 profesionales hasta el año 2014. Agrega que existe un problema para estos profesionales, no existen cargos para ellos en el sistema de salud, por lo que sólo está trabajando un 2%, aun cuando se trata de especialistas que están preparados para hacer un diagnóstico integral que incluye no sólo la valoración cognitiva sino también emocional, física e incluso económica del paciente adulto mayor. Destaca la necesidad de que se apoye al gerontólogo, no sólo porque está capacitado sino también por su sensibilización hacia el trabajo con estas personas.

Pero el problema del envejecimiento poblacional no es exclusivo de Latinoamérica. Según lo reportado por la OMS, “El envejecimiento de la población mundial - en los países desarrollados y en desarrollo- es un indicador de la mejora de la salud en el mundo”. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050. Sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios especiales para el siglo XXI. Es importante preparar a los proveedores de atención sanitaria y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de las personas de edad. Esto incluye proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de las personas de edad; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados a las personas de edad. (OMS: 2012)

Otro aspecto interesante es el que se refiere al derecho que le asiste al adulto mayor de trabajar, si lo desea y sus capacidades se lo permiten. Ellos, en muchos casos, pueden verse obligados a escoger entre aceptar

una pensión insuficiente, que no podrán complementar con lo que ganen con su propio esfuerzo, o continuar trabajando, pese a haber alcanzado ya la edad que da derecho a pensión. En ocasiones, las contrataciones colectivas o los reglamentos de empresa disponen que los trabajadores dejen sus empleos al alcanzar cierta edad, encontrándose todavía aptos para continuar en el mercado laboral. La estabilidad laboral para el adulto mayor ha sido a través de la historia del derecho laboral una problemática, debido a la disyuntiva que ésta crea entre la edad y el rendimiento laboral. Es por esta razón que actualmente algunos países, entre ellos los latinoamericanos, han querido proteger al adulto mayor en sus respectivos instrumentos legales y le han dado a este derecho rango constitucional, lo que no significa que en la práctica sea reconocido, pero, al menos existe el ordenamiento jurídico que lo avala como derecho de las personas mayores.

El Adulto mayor con discapacidad en Venezuela

Cuando un adulto llega a la edad de la jubilación representa para ella como persona, por un lado, que ha alcanzado la vejez, y por otro, que ya no es visto por la mayoría como útil a la sociedad. Envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable; ante este proceso, habitualmente se da la exclusión de la sociedad, quien generalmente valora solo aquello que le resulta productivo, por lo que los adultos mayores, en el común de los casos, representan una carga para la sociedad, máxime cuando estas personas son afectadas por alguna o varias discapacidades.

En América Latina y el Caribe la población de 60 años y más ha tenido un incremento sustancial, debido a que el ritmo del envejecimiento es más acelerado de lo que fue históricamente en los países desarrollados. Esto se debe principalmente a que ha aumentado la calidad de vida de las personas. En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promover la calidad de vida en la vejez y, especialmente, en la vejez dependiente, es el reto más inmediato de las políticas sociales.

En esta perspectiva, un reto de máximo interés para los diseñadores de políticas públicas está relacionado con definir estrategias para enfrentar de manera exitosa el envejecimiento de la sociedad y, más específi-

camente, la protección a la cantidad de adultos mayores cuyo número aumenta exponencialmente debido a hechos como: El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas de las familias, los cambios en el estatus de las mujeres y la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. El proceso de envejecimiento, entendido éste como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normales e inherentes a todo individuo, que deja huella en el nivel físico y en el comportamiento de cada uno, puede verse complejizado cuando aparecen las discapacidades. La Organización Mundial de la Salud estima que, al menos, el 10 % de la población iberoamericana, está afectada por algún tipo de discapacidad y que, a la vista de los índices de crecimiento poblacional en América Latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número absoluto de personas discapacitadas.

En el ámbito mundial, vamos a encontrar que 600 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad y el 70 % vive en países en desarrollo; cada año se agregan 10 millones de personas con discapacidad moderada o severa, o sea, 25.000 cada día. (Asamblea Mundial de Gerontología: 2002) Es importante destacar, que según los resultados presentados en esta asamblea, se considera que 1 de cada 5 personas al envejecer desarrolla algún tipo de discapacidad, y que 1 de cada 4 familias tiene un miembro discapacitado. A pesar de los enormes progresos médicos logrados en las últimas décadas, sigue dándose el hecho de que los últimos años de vida aún conllevan una salud y una discapacidad que empeoran con los años. “El factor clave del envejecimiento saludable es la capacidad de conservar una vida independiente durante el mayor tiempo posible”. (López: 2012)

Como se puede apreciar, existe una estrecha relación entre el proceso de envejecimiento y la discapacidad los que, a su vez, se relacionan con aspectos que abarcan lo social, lo político, lo cultural y lo ético y que

en su integralidad permiten una vida más plena del ser humano, siempre y cuando se tomen las medidas necesarias para ello. Las acciones deberán estar enfocadas a dignificar a los adultos mayores. Dentro de ese marco, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2012), Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.912, del lunes 30 de abril de 2012, dispone las contingencias amparadas por el sistema de seguridad social, entre las que se cuentan: el derecho a la salud, atención a la discapacidad, protección ante necesidades especiales y vejez, entre otras. La protección ante la vejez viene dada por adecuación a la norma constitucional de 1999, que dispone:

Todas las personas son iguales ante la ley, y en consecuencia:

1. No se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona.
2. La ley garantizará las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad ante la ley sea real y efectiva; adoptará medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables; protegerá especialmente a aquellas personas que por alguna de las condiciones antes especificadas, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. [...] (CRBV, Artículo 21).

Existen normas dispersas en diversos instrumentos legales e instituciones con responsabilidades directas e indirectas en el desarrollo de programas de protección laboral para el adulto mayor. Si bien es cierto, los problemas que afectan a los adultos mayores deben ser considerados en un contexto social, humano, cultural, económico y asistencial con el propósito de valorar su utilidad para la sociedad en su conjunto. Sus funciones económicas, sociales, educativas o culturales deben ser reconocidas y protegidas, propiciando su participación activa dentro de la sociedad.

Las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 60 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los adultos mayores. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, coloca a las familias en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de enfermos con más de un padecimiento y la atención médica significa egresos altos en la economía familiar que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en muchas de ellas. http://trazandocaminos2012.blogspot.com/2012/10/abandono-social-en-el-adulto-mayor_2406.html/php

Con relación a las cifras de personas con discapacidad en Venezuela, el presidente del INE, Elías Eljuri, señaló que 93,9% de las venezolanas y los venezolanos declaró no sufrir de ninguna discapacidad y 6% reconoció tener alguna discapacidad. De 27.227.930 de habitantes, 1,7% tiene alguna discapacidad visual, 0,4% auditiva, y 0,7% neurológica. Otro 0,9% dijo tener discapacidad en el músculo esquelética, 0,2% voz y habla, 1,0% cardiovascular, 0,5 mental-intelectual, 0,6% respiratoria y 0,3% mental-psicosocial. (Censo: 2011) Sin embargo, no se tuvo acceso a cifras específicas de adultos mayores con discapacidad en Venezuela.

1.1. Pensiones otorgadas actualmente en Venezuela

4.2.1. Pensiones y Jubilaciones en el Sector Público. Regidas por los siguientes Instrumentos jurídicos:

- Ley de Pensiones de 1928.
- Reglamento de Jubilaciones y Pensiones para regir en Ministerios, Institutos Autónomos y Empresas del Estado de 1966.
- Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y Municipios de 1986, reformada en 2006 y 2010 y su Reglamento.
- Regímenes producto de convenciones colectivas.
- Decretos y resoluciones.

Pensión de Vejez del Seguro Social

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) otorga pensiones de vejez tanto a los trabajadores del sector privado como del público, para lo que se exigen dos requisitos: haber alcanzado la edad de sesenta (60) años, en el caso de los hombres y cincuenta y cinco (55) años, para las mujeres, y haber acreditado un mínimo de setecientos cincuenta (750) cotizaciones semanales efectivamente pagadas. (Artículo 27 Ley del Seguro Social)

En cuanto a su monto, aunque en la LSS está prevista una fórmula para calcularla teniendo en cuenta el salario mensual de referencia de los últimos cinco (5) o diez (10) años, esta prestación fue homologada a salario mínimo desde 1995, a través de la Ley de Homologación de las Pensiones del Seguro Social y de las Jubilaciones y Pensiones de la Administración Pública Nacional al Salario Mínimo Nacional (Pensión Mínima Vital).

Pensión de Retiro de los Miembros de la Fuerza Armada Nacional

De acuerdo a lo establecido en la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Nacionales, tienen derecho a recibir la pensión de retiro, los Oficiales y Suboficiales Profesionales de Carrera que pasen a situación de retiro o cese de funciones y el personal de Tropa Profesional que sea retirado, con excepción de aquellos que sean retirados como consecuencia de una condena judicial por los delitos de traición a la patria, espionaje o desertión. Se exige haber alcanzado el mínimo de quince (15) años de servicio, pues si se tratare de personal que ha pasado a retiro antes de haber cumplido el tiempo indicado y sin estar incurso en los delitos arriba mencionados, recibirán por una sola vez el monto total de las cotizaciones que hubieren acreditado. (Artículo 16)

4.2.4. Pensiones Asistenciales

Complementaria a la previsión social, se encuentra la asistencia social, dirigida a quienes carecen de capacidad contributiva o a quienes per-

ciben de la previsión social prestaciones insuficientes. La asistencia social se da a nivel nacional, estatal o regional y local. A nivel nacional se encuentran las pensiones no contributivas de vejez canceladas por distintos organismos y por intermedio del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) que forma parte de la nueva institucionalidad del Sistema de Seguridad Social.

Entre los beneficios que otorga el INASS se encuentran las “pensiones” correspondientes al programa asistencial conocido como Gran Misión en Amor Mayor Venezuela, que fue promulgado con rango, valor y fuerza de Ley, por medio del Decreto N° 8694, por el entonces presidente de la República Hugo Chávez, y publicado en Gaceta Oficial N° 38270, el 13 de diciembre de 2011. El objeto, según su artículo 1, es “asegurar la máxima protección, inclusión, igualdad, respeto, solidaridad, bienestar y justicia social para las personas adultas mayores de la Patria”. Para ello se establece en el artículo 5 otorgamiento de pensiones de vejez para las personas adultas mayores en pobreza y sin capacidad contributiva. No obstante, las cifras de beneficiarios de estos programas son bajas en proporción al total de la población adulta mayor, tal como lo señala Fernández:

La baja cobertura del seguro social, aunada a las deficiencias de otros instrumentos como la asistencia social, sin duda repercuten en la protección con que cuentan los individuos al llegar a la tercera edad y en este sentido, de acuerdo a estimaciones del Programa Venezolano de Educación - Acción en Derechos Humanos (PROVEA), para septiembre de 2011 sólo el 50% de las personas integrantes de este grupo contaban con protección (pensión de vejez o jubilación). (2012, p. 4)

Sobre este particular la autora realiza una advertencia acerca de las cifras a las que se tiene acceso, indicando que para ese mismo período, el número de pensionados ascendía 1.506.595, pero que el instituto no manejaba datos desagregados, de manera que sólo se conoce el total de pensionados, pero no cuántos de ellos son por vejez. Otro dato que resultaba, y sigue siendo, imposible conocer, es el total de venezolanos que ya han alcanzado la edad de retiro, y que reciben una pensión de vejez del IVSS, cuántos al mismo tiempo reciben una jubilación por parte del sector público o por parte de algunas empresas del sector privado, debido a que

no existen estadísticas al respecto. Algo importante, y que se convierte en una limitación al momento de realizar cualquier estudio, es que desde el año 2011 el IVSS eliminó esas informaciones de su página web, lo que dificulta o impide conocer estadísticas fehacientes y actualizadas sobre estos aspectos.

Por otra parte, si bien es cierto que el IVSS ha logrado extender la cobertura pensional por algunas mejoras en su organización y funcionamiento y también por medidas adoptadas por el Ejecutivo Nacional a través de decretos que han permitido la incorporación de muchas personas que no cumplían con los requisitos para ser pensionados, esta incorporación es insuficiente, en la medida en que son muchas las personas a lo largo del territorio nacional que aun no logran obtener este beneficio. Además, como se ha planteado anteriormente, es fundamental que todos estos procedimientos estén ajustados a la Ley del Régimen Prestacional de Pensiones y Otras asignaciones Económicas, que aun no ha sido desarrollada, sin obviar los estudios actuariales y financieros que deben realizarse para que el sistema de seguridad social pueda sostenerse y dar respuesta efectiva a tantas demandas.

La Protección al Adulto Mayor, según lo establece el Sistema de Seguridad Social

Tal como se ha mencionado, desde el 30 de diciembre del año 2002 se encuentra vigente en Venezuela la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSE), caracterizada por retornar a un modelo solidario, de reparto, conformado por tres Sistemas Prestacionales, que a su vez están integrados por Regímenes Prestacionales: Sistema Prestacional de Salud: integrado por el Régimen Prestacional de Salud; Sistema Prestacional de Previsión Social: Integrado por cuatro (4) Regímenes Prestacionales: Empleo; Adulto mayor y otras categorías de personas; Pensiones y Otras Asignaciones Económicas; y Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo; y el Sistema Prestacional de Vivienda y Hábitat: Integrado por el Régimen Prestacional de Vivienda y Hábitat.

La protección al adulto mayor, y específicamente, al que presenta cualquier tipo de discapacidad, debe concretarse fundamentalmente a través del Sistema Prestacional de Salud (Régimen Prestacional de Salud) y el Sistema Prestacional de Previsión Social, y dentro de este, mediante el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas y el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas. El Régimen Prestacional de Salud: Tiene por objeto "... garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida..." y conjuntamente con el componente de restitución de la Salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, serán gestionados por el Sistema Público Nacional de Salud, que atenderá tanto a los afiliados cotizantes, como a los que no lo son, sin discriminación alguna. (Artículos 52 y 53 LOSSS)

Por otra parte, el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, es de naturaleza asistencial, pues se financia mediante impuestos.

Todos los miembros de la colectividad que se encuentren en cualquiera de las situaciones de necesidad previstas en la Ley de Servicios Sociales, que lo regula, son potenciales beneficiarios. Este Régimen debe ofrecer protección a todos los venezolanos de sesenta (60) o más años de edad y a los extranjeros de igual edad, siempre que residan legalmente en el país, así como a los venezolanos y extranjeros, radicados legalmente en el país menores de sesenta (60) años de edad en estado de necesidad, no amparados por otras leyes, instituciones o programas destinados a ofrecer prestaciones semejantes a la previstas en esta Ley. En el caso de extranjeros de tránsito en el país que se encuentren en las situaciones arriba indicadas, serán atendidos de acuerdo a los tratados, pactos y convenciones suscritos y ratificados por Venezuela. (Artículo 3)

En cuanto a los estados de necesidad que dan derecho a los beneficios de este Régimen Prestacional, se enumeran:

1. Estar en desamparo familiar, social, económico o en indigencia.
2. Estar excluidos del núcleo familiar, carecer de medios de subsistencia y con ingresos inferiores al cuarenta (40) por ciento del salario mínimo urbano.

3. Estar privadas de alimento y en estado de desnutrición.
4. Carecer de habitación y estar en exposición a la intemperie.
5. Estar en situación de avanzada edad o gran discapacidad con imposibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y depender permanentemente de otra persona de escasos recursos.
6. Ser jefe o jefa de familia en estado de necesidad y con personas bajo su dependencia.
7. Encontrarse en cualquier otra circunstancia de desamparo que implique limitaciones severas para cubrir las necesidades básicas de subsistencia y que la persona o familia no pueda superarlas por sí misma. (Artículo 30)

Con relación a las prestaciones a otorgar, las hay de dos tipos: asignaciones económicas de largo, mediano y corto plazo, y prestaciones asistenciales en servicio y en especie. Las de largo plazo son las que se otorgan por más de veinticuatro (24) meses, las de mediano plazo, las que se otorgan por un lapso de entre trece (13) y veinticuatro (24) meses, y las de corto plazo, las que se entregan por un lapso de entre seis (6) y doce (12) meses, que pueden ser pagadas por una cantidad fija de entrega única o periódica. (Artículo 31).

Asignaciones Económicas: tienen derecho a recibirlas, conforme al Artículo 32, los adultos mayores en estado de necesidad y con ausencia de capacidad contributiva, las personas menores de sesenta (60) años de edad en estado de necesidad y no integradas a un grupo familiar o con discapacidad total, las familias en situación de desprotección económica, amas de casa y pueblos indígenas, en estados de necesidad, cuya situación haya sido calificada y certificada por el INASS. En el caso concreto de los adultos mayores, deben encontrarse en estado de necesidad y con ausencia de capacidad contributiva, previa certificación de cualquiera de estas condiciones, conforme al Artículo 11.

A los efectos de la Ley de Servicios Sociales, se entiende por adulto mayor a la persona con edad igual o mayor a sesenta años (Artículo 7,

Numeral 1); y por ausencia de capacidad contributiva, la “falta de recursos económicos de una persona que le imposibilita cotizar al Sistema de Seguridad Social, o ser beneficiaria del subsidio que otorga el Estado”.

La ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) establece las prestaciones, según las categorías de daños ocurridos a la persona (trabajadora), clasificándolas en seis: Discapacidad Temporal; Discapacidad Parcial Permanente; Discapacidad Total Permanente; Discapacidad Absoluta Permanente; Gran Discapacidad; y muerte. (Artículo 78) Pero no hay especificaciones dirigidas exclusivamente al adulto mayor, y esto debido a que se supone que el adulto mayor ya no se encontraría trabajando.

El sufrimiento de los adultos mayores con discapacidad

Los adultos mayores son personas que se enfrentan a una etapa difícil en la vida, donde, en la mayoría de los casos, ven disminuidas sus capacidades, su fuerza, sus habilidades y, esta situación se agrava cuando además su salud se deteriora, o no cuentan con el apoyo familiar. Es importante aclarar que vejez no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, a estos términos se les relaciona porque muchas personas en esta edad comienzan a sufrir de enfermedades, sobre todo, cuando no han tenido los cuidados adecuados para su salud en las etapas previas de su vida.

Cuando las personas alcanzan la vejez, entran en un período de sus vidas en el que están más expuestas al riesgo de contraer enfermedades crónicas, que a su vez, pueden traducirse en discapacidad. A veces se padecen afecciones simples y que pueden ser tratadas de manera sencilla, pero en otros casos se presentan enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo, entre las cuales se destacan: Enfermedades cardiovasculares; Hipertensión; Accidentes cerebro vasculares; Diabetes; Cáncer; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; Enfermedades músculo esqueléticas (como la artritis y la osteoporosis); Ceguera y alteraciones visuales; y, Enfermedades mentales (principalmente, demencia y depresión). (Vita, A., 1998, citado en López: 2012)

El envejecimiento de las personas con discapacidad es un fenómeno nuevo, amplio y duradero que se podría definir como una “emergencia silenciosa” por lo que resulta fundamental preservar la independencia de las personas con discapacidad para evitarles una doble angustia: la discapacidad y la vejez. (El envejecimiento de las personas con discapacidad: 2002)

En otras palabras, se puede decir que llegar a la vejez y no contar con mecanismos y herramientas para mantenerse autónomo, puede considerarse un factor clave para enfermar o padecer algún tipo de discapacidad. Adicional a esto, se afirma que la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto, aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores. (López: 2012)

En el documento: Cómo la soledad afecta la salud de los adultos mayores, señalan que: “algunas personas, sobre todo cuando llegan a la vejez, sufren de aislamiento por parte de su familia y seres queridos quedando en completo abandono hasta el día de su muerte. [...] la soledad es un problema grave de infelicidad que incide en la mortalidad prematura”.<http://mejorconsalud.com/como-afecta-soledad-salud-adultos-mayores/php>

En este mismo documento se afirma:

Se estima que el 10% de los adultos mayores padecen de soledad maligna, es decir, aquella que compromete su salud física y emocional. De todos ellos, un 70% tiene un problema de salud grave asociado con la soledad, tanto en el campo psicológico como en el físico. A nivel general, la soledad influye en la salud cerebral de una forma muy similar al estrés crónico. Ambos provocan una respuesta negativa del sistema endocrino e inmunológico, lo que a su vez hace que organismo sea más propenso a desarrollar diferentes patologías. (Idem)

La soledad en el adulto mayor también está asociada con el deterioro de la salud mental y enfermedades cardiovasculares, hipertensión y demencia. El hecho de no contar con el apoyo familiar se asocia a un aumento de la mortalidad, la morbilidad y la angustia psicológica, disminución de la salud general y del bienestar. Lo que se recomienda es que la persona con discapacidad, frente al fenómeno del envejecimiento, pueda preservar su autonomía y favorecer su integración social.

Las discapacidades asociadas con el envejecimiento (visual, auditivo y motor), y la aparición de enfermedades crónicas, pueden prevenirse o retrasarse con medidas de rehabilitación integral como son: la actividad física regular, alimentación saludable, eliminación de hábitos tóxicos, educación acerca de diversas enfermedades, seguridad económica y la integración social. Todos estos factores correlacionan la independencia, autonomía, capacidad funcional y son, a su vez, una expresión de calidad de vida y, por tanto, de envejecimiento saludable. También es necesario tomar en cuenta la eliminación de barreras arquitectónicas y el mantenimiento de entorno físico y medioambiental adecuados.

Estudio de un caso venezolano:

Sra. María Visu. Una adulta mayor de 75 años de edad. Padece una discapacidad originada a raíz de un accidente automovilístico que le ocurrió en el año 2005. A consecuencia de este hecho tuvo fractura de rodillas. La operaron y se le encontró osteoporosis, lo cual había deteriorado parte del fémur y la tibia, fragmentos que debían ser sustituidas con una prótesis. Se le realizó la operación y se le colocó dicha prótesis, pero luego, hubo que operar nuevamente debido a que no había quedado bien colocada. La prótesis se infectó, por lo que hubo que volver a operar para hacer extracción de la misma, y colocar un Espaciador con cemento antibiótico para tratar la infección que se había desarrollado en la pierna. Este aparato debía durar seis (6) meses en el cuerpo de la paciente y luego extraerse para colocar otra prótesis. En esa oportunidad, no se realizó este procedimiento y el aparato estuvo dieciocho (18) meses en el cuerpo de la Sra. María. Luego se realizó la operación necesaria y se le extrajo el espaciador infectado para colocar otro nuevo, que debía ser cambiado a los seis (6) meses. En todos estos casos a la Sra. María se le ha dificultado poder acceder a medicinas, insumos y todo lo requerido para tratar su infección. Asimismo, en varias oportunidades ha tenido que ser devuelta del quirófano porque no había las condiciones propicias para realizar la operación. De igual manera, en otros momentos no había quirófano disponible o el mismo se encontraba contaminado porque no se realizan los protocolos

de higiene y esterilización adecuados. Finalmente, el espaciador que debía ser retirado en 18 meses no se le ha retirado y se han cumplido ya tres (3) años. Lleva en total siete (7) operaciones.

Actualmente ella presenta una infección mayor que abarca toda la pierna y que la mantiene atada a una cama, a expensas de la atención de sus hijos y familiares, quienes han vivido junto a ella un calvario para poder acceder a los insumos, medicamentos, exámenes y todo lo que ha requerido esta situación tan penosa. La Sra. Visu ha sido visitada en varias oportunidades por personal del INASS, quienes la han evaluado y levantado un informe social donde señalan que no necesita una ayuda económica porque no está en un “estado de necesidad”. Su diagnóstico lo basan en que la casa de la Sra. María es de bloques, de platabanda y piso de cerámica. Asimismo, porque ella tiene 4 hijos que trabajan y la apoyan económicamente. Pero, no están considerando que en una situación como la descrita las personas ven impactados sus ingresos por los costos que implica atender este tipo de necesidad. La Sra. María Visu no cuenta con pensión de ningún tipo, a pesar de haber sido un ama de casa que crió seis (6) hijos y ser actualmente una adulta mayor, viuda y discapacitada. Esta situación se complica debido a que una de las hijas que cuida a la Sra. María también padece una enfermedad que le dificulta tener un trabajo fijo, por lo tanto no cuenta con un sueldo, y cuyo padecimiento se ve agravado por tener que lidiar a diario con esta condición de su mamá, sin ver una salida a tan complicada situación.

Este caso se puede considerar una violación a los derechos humanos de esta adulta mayor, contemplados en la Constitución, en la Ley Orgánica de Seguridad Social, en la Ley Orgánica de Servicios Sociales y en la Ley Para Personas con Discapacidad, toda vez que a la Sra. María Visu no se le ha brindado una atención adecuada, ni se le ha otorgado una pensión que le permita holgar un poco su situación económica y porque el Estado no ha garantizado su salud, por el contrario, ha contribuido a incrementar su enfermedad, en la medida en que no ha dispuesto los mecanismos para que ella haya sido operada a tiempo, para que haya tenido acceso al equipo médico necesario y por no haberla apoyado económicamente para realizar su operación y contar con las medicinas necesarias para su restablecimiento.

¿CÓMO SE AFECTA LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN A ADULTOS MAYORES ENFERMOS O CON DISCAPACIDAD?

La persona que atiende a un adulto mayor enfermo o con alguna discapacidad se le llama cuidador. Un cuidador es cualquier persona que asiste a otra que necesita ayuda. En general, la persona que requiere cuidados puede sufrir de demencia, cáncer, una lesión cerebral o cualquier otra afección que le impide valerse por sí mismo, o amerite permanecer bajo vigilancia y atención. Los cuidadores en muchos casos realizan además diversas actividades como por ejemplo: hacer los mandados, limpiar, cocinar, administrar medicamentos; asear a la persona que cuidan, acompañarlos, escucharlos, etc. Cuando no reciben compensación monetaria por brindar este tipo de cuidados se conocen como cuidadores informales o familiares. El tipo más común de relación informal de prestación de cuidados es la de una hija o hijo adulto que cuida a una madre o padre anciano. Otros ejemplos de relaciones de este tipo son: adultos que cuidan a otros parientes, como abuelos, hermanos, tíos; personas que cuidan a sus cónyuges ancianos; y también adultos mayores que cuidan a otras personas de tercera edad, pero que se encuentran enfermos.

El cuidador, debido al tiempo que dedica a los cuidados del adulto mayor, se ve en la necesidad de hacer ajustes en su trabajo, renuncia muchas veces a una vida social activa, descuida su propia salud, lo que puede llevarlo a padecer de estrés. El estrés del cuidador es la tensión emocional y física provocada por todo el trabajo que realiza y las condiciones en que lo hace.

Puede manifestarse de muchas formas. Por ejemplo, es posible que sienta:

- Dolores musculares, contracturas, dolor de cabeza, dolor de columna, etc., por los esfuerzos que debe realizar a diario.
- Frustración o enojo al cuidar de alguien que se molesta fácilmente.

- Culpa porque cree que debería ser capaz de cuidar mejor a la persona, a pesar de todas las demás cosas que tiene que hacer.
- Soledad, porque el tiempo que dedica a cuidar a otra persona ha afectado su vida social.
- Cansancio extremo al acostarse por la noche, dificultad para conciliar el sueño.

Según algunos estudios, el estrés del cuidador afecta más a las mujeres que a los hombres. Alrededor del 75% de los cuidadores que informan que sienten una gran presión emocional, física o financiera son mujeres. También se señala que si bien brindar cuidados puede ser una tarea ardua, también puede ser gratificante, al permitir la sensación de devolver a un ser querido las atenciones o cuidados que anteriormente él ha brindado. Igualmente, puede hacer que sienta que lo necesitan y estrechar la relación con la persona que cuida. <http://www.womenshealth.gov/espanol>

Este es un tema muy importante para profundizar en futuras investigaciones, tomando en cuenta que si no se atiende al cuidador él mismo pasará a ser otra persona que requiera servicios de salud y atención por parte de familiares o del Estado y aumentará las demandas al Sistema de Seguridad Social. Por ello, en muchos países se ofrece atención al cuidador, así como apoyo para facilitarle su labor y se le garantiza, en algunos casos, un pago periódico que le permita poder seguir manteniendo un nivel de vida adecuado.

CONCLUSIONES

La protección con que cuentan los adultos mayores en Venezuela es insuficiente, principalmente porque no se ha culminado el proceso de institucionalización del Sistema de Seguridad Social, para lo cual la Asamblea Nacional debe dictar, entre otras normas, la Ley del Régimen Prestacional de Salud y la Ley del Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas; Asimismo, hacer valer y cumplir cabalmente lo establecido en los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales que rigen esta materia.

Por otra parte, debe considerarse la situación de envejecimiento poblacional que está afectando actualmente a los países de la región latinoamericana, al momento de diseñar políticas públicas dirigidas a la atención de la población, en materia de seguridad social.

En cuanto a la situación de las personas mayores y además con discapacidad, es importante destacar que ellos se ven afectados por la depresión, según la Organización Mundial de la Salud, esta afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en los de 60 años de edad y mayores. Al respecto, vale mencionar que generalmente la depresión no se diagnostica ni se trata adecuadamente, lo que incide en que aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. En cuanto a la cobertura pensional, enfatizamos lo afirmado por Méndez: *“En Venezuela se ha ampliado la cobertura pensional fusionando el régimen contributivo de los seguros sociales con el asistencial no contributivo; pero no se ha pensado en las fuentes de recursos que financiarán ese pasivo en el mediano y largo plazo, con tendencia a crecer progresivamente”*. (Méndez: 2013)

RECOMENDACIONES

Se hace imperante tomar medidas para que las situaciones que en muchos casos acompañan al adulto mayor, tales como abandono, mal trato, incomprensión, soledad, enfermedades, discapacidades, dependencia, y otras que minan su salud, puedan ser atendidas de manera integral, efectiva, oportuna, preventiva y corresponsablemente por la familia y las instituciones del Estado, relacionadas con la seguridad social.

Es necesario tomar medidas para exigir al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en materia legal, específicamente la promulgación de las leyes de Salud y Pensiones, así como el cumplimiento de lo establecido en la Constitución y demás instrumentos legales relacionados con la seguridad social en el país.

Es recomendable que el Área de Postgrado en Seguridad Social de la UCV ofrezca sus orientaciones a los entes del Estado para el diseño de políticas públicas en materia de seguridad social y atención al adulto mayor, tomando en consideración todos los factores aquí analizados y las recomendaciones de la OMS, la OIT, la OISS, entre otros.

Es fundamental brindar apoyo económico, educativo, técnico, médico asistencial y psicológico a las personas que cuidan adultos mayores.

Ante la situación que se vive actualmente en el país, cobra importancia el diseño e implementación de programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a grupos vulnerables como las personas que viven solas, las que habitan en el medio rural o las que se encuentran afectadas por enfermedades mentales o catastróficas.

Finalmente, consideramos primordial la formación tanto de cuidadores, como del personal de las instituciones que atienden adultos mayores y personas con discapacidad a través de Programas de Educación y Prevención que contemplen: cuidados a la salud; prevención del maltrato al adulto mayor; envejecimiento con calidad de vida; adecuación de los espacios; preparación para el retiro y la jubilación; entre otros aspectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁRRAGA BARRIOS, Marisela (2008): Políticas Públicas y Seguridad Social en Venezuela. (Caso Adultos Mayores). Universidad del Zulia. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. División de Estudios para Graduados. Programa de Postgrado en Ciencia Política.
- ARRIETA DE MEZA, Beatriz M.; MEZA CEPEDA, Rafael Daniel (2010): Caracterización de artículos para revistas arbitradas, ensayos y tesis de postgrado. Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas, vol. 6, núm. 16, julio-octubre, 2010, pp. 5-27. Fundación Miguel Unamuno y Jugo. Maracaibo, Venezuela. Recuperado del sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70916426002http>
- BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE LIMA (2014): Citas y Referencias. Recomendaciones y aspectos básicos del estilo APA. 3a ed. en español, 6a. ed. en inglés. Lima, Perú.

- De Importancia: La Protección Social. En: <http://www.importancia.proteccion-social.php>
- Eamon O'Shea (2008): La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). Madrid.
- FERNÁNDEZ S., María Eugenia (2012): La Protección Social frente a la vejez en Venezuela. Anuario de Derecho. Año 29, N° 29. Enero-diciembre 2012. Mérida-Venezuela.
- II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002). Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. Revista Española de Geriatría y Gerontología..
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE): Censo 2011. Primeros Resultados. Caracas. 2012.
- LÓPEZ PÉREZ, Yamilé Margarita; Tania Bravo Acosta; José Manuel Martín Dieppa; Jorge Martín Cordero; Orlando del Valle Alonso; Isis Pedroso Morales. (2005): Discapacidad en el adulto mayor. En: <http://www.ilustrados.com/tema/Discapacidad-adulto-mayor.html/hph>
- MÉNDEZ CEGARRA, Absalón (2013): Extensión de la Cobertura Pensional en Venezuela. En: Cuadernos de Postgrado N° 31. Extensión de la Cobertura de la Seguridad Social en Venezuela. Compiladora: Ana Salcedo. Fondo Editorial Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- MÉNDEZ CEGARRA, Absalón (2000): Seguridad social y tercera edad. Cuadernos de Postgrado N° 13. La Seguridad Social: Temas Puntuales en Venezuela. Compiladora: Mercedes Martínez López. Fondo Editorial Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- NAVEDA OBERTO, Felipa Morella (2007): Consideraciones sobre la situación socio-laboral del Adulto Mayor en Venezuela. Universidad del Zulia, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, División de Estudios para Graduados. Maestría en Derecho del Trabajo y Administrativo del Trabajo. Maracaibo.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2012: Hechos Concretos Sobre La Seguridad Social.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015): La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N°381. Septiembre de 2013. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1998): Envejecimiento saludable. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa sobre Envejecimiento y Salud. Ginebra.

- PESTANA, Humberto (2011): La población de la tercera edad se duplicará antes de 2030. Artículo citado por: Marlene Rizk en El Nacional. Sección Salud – Opinión. Recuperado en: <http://www.reportero24.com/poblacion-de-la-tercera-edad-se-duplicara-antes-de-2030/>
- PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO (PIDHDD) (2003): Derecho Humano a la Seguridad Social. Apuntes y reflexiones desde la experiencia de América Latina. Edit. PIDHDD. Caracas.
- ASAMBLEA NACIONAL (2005). República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). Gaceta Oficial N° 5.453 (Extraordinario), Caracas, Venezuela.
- ASAMBLEA NACIONAL (2005). República Bolivariana de Venezuela. Ley de Servicios Sociales. Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. Gaceta Oficial N° 38.270 del 12 de septiembre del 2005. Caracas.
- ASAMBLEA NACIONAL (2005). República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. (2005). Gaceta Oficial N° 38.236 del 26 de julio de 2005. Caracas
- ASAMBLEA NACIONAL (2005). República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. (2002). Gaceta Oficial N° 37.600 del 30 de diciembre de 2002. Caracas, Venezuela.
- ASAMBLEA NACIONAL (2005). República Bolivariana de Venezuela. Ley Para las Personas con Discapacidad. Gaceta Oficial N° 38.598 del viernes 5 de enero de 2007. Caracas.
- REYES VALLES, Lila (2003): Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro, estado Falcón, Venezuela.
- RÍOS LOYO, Reisis (2008): Oferta de servicios de atención al adulto mayor, desde la perspectiva del Estado de Bienestar en el Municipio San Felipe. Universidad del Zulia.
- SALCEDO GONZÁLEZ, Ana Mercedes (2013): Extensión de la cobertura de la seguridad social: experiencias favorables, retos y desafíos. En: Cuadernos de Postgrado N° 31. Fondo Editorial Tropykos. Comisión de Estudios de Postgrado. Universidad Central de Venezuela.
- Sigamos activos para envejecer bien. En: [www/file://documentos/Personas/Edad/php](http://www.file://documentos/Personas/Edad/php)
- Word Reference Forums: Asistencia Social. Recuperado en: <http://wordreference.com/php>

EL SISTEMA DE PENSIONES DE CHILE, REFORMA Y SITUACIÓN ACTUAL

Jorge A. Peña Aguilar*

Resumen:

En este trabajo se presentan, en primer lugar, los elementos básicos del sistema de pensiones chileno contenido en el Decreto Ley N°3.500, de 1980 y que entró en vigencia en mayo de 1981. A continuación se esbozan las razones que llevaron al gobierno de Michelle Bachelet a promover una reforma al sistema, que incorporó un pilar solidario no contributivo con la finalidad de otorgar pensiones a los sectores de menores recursos, además de otras medidas que aquí se plantean. En tercer lugar se presenta la situación actual del sistema de pensiones, detallando algunos de los elementos fundamentales que evidencian, desde la perspectiva que aquí se asume la inviabilidad que tiene dicho sistema en cuanto a proporcionar pensiones adecuadas y justas a la población de Chile, así como dejar en evidencia como unos pocos poderosos grupos económicos hacen un gran negocio con los ahorros de los trabajadores.

Palabras clave: Sistema de pensiones, reforma, grupos económicos.

INTRODUCCIÓN

Hasta 1980 el sistema de pensiones en Chile se basaba en la concepción y la práctica de reparto, y llegó a dar cobertura al 80% de la fuerza de trabajo en 1969 (Zapatta, 1997). La mayor parte del 20% restante eran trabajadores por cuenta propia.

En mayo de 1981, bajo la dictadura militar presidida por Pinochet, entró en vigencia un nuevo sistema de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia, cuyas bases son la capitalización individual, la administración

de los fondos producto del ahorro forzoso de los trabajadores, por empresas privadas con fines de lucro cuyo único y exclusivo fin es la administración de los fondos individuales de los depositantes, a quienes cobran una comisión por el manejo de los mismos, y sin aporte de los empleadores. Los trabajadores cotizantes, tal como estaba pautado inicialmente en la normativa podían elegir libremente la administradora a la cual afiliarse, a la vez que tienen una libertad relativa acerca del tipo de fondos en los cuales invertir sus cotizaciones.

Aunque el sistema es de administración privada, el Estado, como se verá, continúa jugando un papel de suma importancia, ya que le corresponde la administración y entrega de determinados beneficios o prestaciones, dictar normas para el funcionamiento del sistema y ser el órgano contralor del sistema.

Se estableció un período de transición desde los varios anteriores sistemas al nuevo sistema de pensiones, la cual ha de ser entendida como el plazo que debe transcurrir entre la creación de este último y la eliminación definitiva del primero. Esto significa que durante un período de unas cinco décadas aproximadamente, coexistirán los dos sistemas, teniendo el sistema, en consecuencia, un carácter mixto, pero perdiendo progresivamente importancia el sistema público, hasta desaparecer.

Las instituciones del régimen antiguo fueron fusionadas en el Instituto de Normalización Previsional (INP), ente estatal a cargo, en adelante, del régimen público de quienes optaron por permanecer en el antiguo sistema.

También forman parte del sistema público las instituciones previsionales de las Fuerzas Armadas y Carabineros, y el Fondo de Pensiones Asistenciales, destinadas éstas últimas a personas de muy bajos recursos y que cumplan con ciertos requisitos que establece el Decreto Ley N° 3.500.

Hubo un breve período en el cual los trabajadores podían optar entre permanecer en el antiguo sistema público o pasar al recién creado sistema privado de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). No puede sostenerse, sin embargo, que esa opción haya sido cabalmente libre. Por el contrario, una fuerte campaña y algunos beneficios que en ese momen-

to de bajos ingresos significaba para el trabajador un menor costo previsional, incidieron en una masiva migración hacia el recién creado sistema de pensiones de administración privada y de fondos individuales.

En el año 2008, bajo el gobierno de Michelle Bachelet se dictó la ley N° 20.255, que, en lo fundamental, introdujo una reforma al sistema consistente en la creación de un pilar solidario no contributivo destinado a proporcionar pensiones a quienes no cumplían con los requisitos para la obtención de una jubilación y que corresponden a los sectores más pobres de la población.

Sin embargo, desde diferentes ámbitos de la ciudadanía surgen fuertes críticas al sistema de las AFP, y la Presidenta Bachelet, en su segundo mandato (2014), ha creado una Comisión Asesora Presidencial con la finalidad que estudie el problema y haga propuestas tendientes a mejorar el sistema. El informe de dicha Comisión debe ser entregado en agosto de 2015.

En marzo de 2008 (primer gobierno de Bachelet) se dicta la ley N° 20.255 que reforma el sistema y que incorpora un pilar solidario no contributivo, además de otras modificaciones relativas a las inversiones de los fondos que realizan las administradoras y del sistema de administración mismo. Luego, las leyes N° 20.366, 20.459 y 20.531 introducen modificaciones a la ley N°20.255, adelantando fechas de entrada en vigencia de beneficios establecidos en la ley de reforma, facilitando el acceso a las pensiones solidarias en relación con las edades y eliminando el descuento por concepto de salud a los sectores más pobres, respectivamente.

En este trabajo se presentan, en primer lugar, los elementos básicos del sistema de pensiones contenido en el Decreto Ley N°3.500, de 1980 y que entró en vigencia en mayo de 1981.

A continuación se esbozan las razones que llevaron al gobierno de Michelle Bachelet a promover la reforma al sistema que incorporó un pilar solidario no contributivo con la finalidad de otorgar pensiones a los sectores de menores recursos de la población, además de otras medidas que aquí se plantean.

En tercer lugar se presenta la situación actual del sistema de pensiones, detallando algunos de los elementos fundamentales que evidencian las serias dificultades del sistema para otorgar pensiones adecuadas y justas a la población que se pensiona, así como dejar en evidencia como unos pocos poderosos grupos económicos hacen un gran negocio con los ahorros de los trabajadores.

Finalmente, pareciera que se pudiera estar a las puertas de una nueva reforma, pero la pregunta es cuál puede ser su alcance, si existe voluntad política para reformar el sistema de una manera real y justa.

ELEMENTOS BÁSICOS DEL SISTEMA DEL DECRETO LEY 3.500

El sistema impuesto por la dictadura tiene como bases la capitalización individual, vale decir, cada cotizante tiene una cuenta individual en la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones) que haya elegido, formando así su Fondo Individual. El Decreto Ley contempla ciertos mecanismos de ahorro voluntario que pueden permitir a quien los realiza una jubilación anticipada o una mayor pensión cuando le corresponda el retiro. Para tales efectos debe depositar mensualmente el 10% de su ingreso bruto y pagar una comisión a la AFP y un seguro de accidentes y sobrevivencia a una compañía de seguros relacionada.

Aunque el sistema es de administración privada, el Estado juega un papel de suma importancia, puesto que le corresponde la administración y entrega de determinados beneficios o prestaciones, dictar normas para el funcionamiento del sistema y ser el órgano contralor del mismo. En efecto, por ejemplo, el Estado garantiza a los afiliados que no tengan fondos suficientes en su cuenta individual, una pensión mínima de vejez, invalidez y sobrevivencia, siempre que hayan realizado aportes en cualquiera de los sistemas al menos por 20 años y cumpla con el requisito de la edad de retiro, además de otros requisitos. De no cumplirse estos requisitos, el Estado otorga una pensión asistencial, cuestión ésta que cambió con la reforma del año 2008.

También el Estado otorga el bono de reconocimiento, a través del Instituto de Normalización Previsional, ente que se hizo cargo de los distintos sistemas existentes anteriores a la reforma de 1981. El Estado debe efectuar un aporte a los fondos previsionales de los trabajadores que se trasladaron del antiguo sistema al de capitalización privada, y corresponde a una 35^a. parte del capital necesario para financiar una pensión de vejez o sobrevivencia que equivalga al 80% de la remuneración imponible promedio que recibió el beneficiario antes de la reforma previsional de 1981. El valor del bono de reconocimiento se ajusta anualmente según el Índice de Precios al Consumidor más un 4% de interés real anual. Se hace efectivo en el momento en el cual ese trabajador se jubila. La entrega de ese dinero se realiza a la AFP que corresponda.

El derecho al bono de reconocimiento sólo corresponde a los trabajadores que registran por lo menos 12 cotizaciones mensuales en los 5 años anteriores a la publicación del Decreto Ley N° 3.500, cuestión ésta que obviamente perjudica a quienes cotizaron menos de 12 meses durante el período indicado.

Entre las formas de retiro que contempla el sistema se encuentran la renta vitalicia inmediata, la renta temporal con renta vitalicia diferida y la renta vitalicia inmediata con retiro programado. En todas estas modalidades el afiliado hace entrega de sus fondos a una compañía de seguros relacionada con la AFP para su administración y pago que se haya acordado.

Al margen del sistema de las AFP, el Estado, en su rol subsidiario, concede pensiones a las personas mayores de 65 años e inválidos mayores de 18 años carentes de recursos, que no tengan ingresos de cualquier origen, o que teniéndolos sean inferiores al 50% de la pensión mínima garantizada por el Estado. El monto de las mismas es de un tercio de la pensión mínima que garantiza el Estado y se incrementa en un 10% por cada año de cotizaciones que haya realizado el beneficiario. Son totalmente financiadas por el Estado.

En la práctica, en Chile se instauró un sistema de pensiones mixto, ya que hubo la posibilidad, limitada por las presiones de dictadura, de escogencia para los trabajadores activos en ese momento entre pasar

al nuevo sistema o permanecer en el antiguo (público). El régimen de las Fuerzas Armadas y de Orden permaneció intocado.

EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LA REFORMA

En diciembre del año 2005, momento inmediatamente anterior a que la Comisión Asesora nombrada por la Presidenta Bachelet emitiera su informe, la Superintendencia de AFP registraba un 55,08% de cotizantes activos. Había 7.394.506 afiliados y 3.321.793 cotizantes activos. Esta situación implica vacíos previsionales, lo cual era fundamental al momento de la determinación de la pensión o, incluso, de no dar derecho a la misma (SAFP, Boletín Estadístico, 2005). Los activos de los Fondos de Pensiones acumulados para ese momento eran algo más de US\$ 73 mil millones.

Los costos de la administración del sistema privado de pensiones

Las comisiones que las AFP cobran a los cotizantes son elevadas. Entre el 10% del ingreso bruto que constituye el ahorro obligatorio y la comisión de la AFP, el trabajador debía desprenderse de alrededor del 13,4% de su ingreso bruto mensual, incluyendo alrededor de un 1% por seguro de accidentes y sobrevivencia. Si se agrega el 7% que debía cotizar por concepto de previsión en salud, el descuento total alcanzaba al 20,4% de su salario bruto.

El gasto público en previsión social en el sistema privado

El gasto público en previsión social en el sistema de pensiones también es alto. En el año 2005 el gasto público en pensiones alcanzó la suma de 3.219.790 millones de pesos (US\$ 5.550 millones aproximadamente). El 45,8% fue destinado al pago de pensiones no asistenciales, vale decir, correspondientes al antiguo sistema público, y un 6,1% al pago de pensio-

nes asistenciales. Un 22,3% fue destinado al pago de bonos de reconocimiento y un 1,5% a garantías estatales de pensión mínima. Es decir un 23,8% fue traspasado enteramente a las AFP. El 24,3% restante se destinó al pago de las pensiones de las Fuerzas Armadas y Carabineros (CENDA, 2006). Cabe agregar que las pensiones públicas cubren el 73,9% de los adultos mayores, o sea, 3 de cada 4 de estas personas recibe una pensión del Estado. Si se suma a los mayores de 70 años, resulta que más del 90% recibe una pensión pública de algún tipo (pensión de gracia, por ejemplo).

El monto de las pensiones que percibían los empleados públicos que se mantuvieron en el sistema antiguo era de 359.332 pesos mensuales aproximadamente), en promedio. Las percibidas por las Fuerzas Armadas y de Orden promediaban 411.823 pesos mensuales. El promedio de las pensiones de vejez otorgadas por el sistema de las AFP era de 95.928 pesos al mes, a lo cual se agrega el aporte que hace el Estado por concepto de garantía de pensión mínima, llegando de ese modo a una suma promedio de 124.988 pesos, en el año 2004 (CENDA, 2006).

Cobertura, inequidad de género y principio de solidaridad

Para el momento de la reforma habían transcurrido 27 años de vigencia del sistema de pensiones de las AFP. No hubo aumento de la cobertura si se compara con el año 1975 por ejemplo, aun cuando desde 1990 el ingreso per cápita de Chile se incrementó en más de 4 veces (Quiroga, 2008, 26).

La inequidad de género, que tiene explicaciones de naturaleza socio-cultural, unas, y otras que se relacionan con determinadas características de la vida laboral de las mujeres, tales como servicio doméstico a domicilio sin contrato, jornada parcial, períodos sin trabajo, etc. son razones que afectan negativamente la densidad de las cotizaciones de las mismas y, por ende, el nivel de los salarios y de acceso a pensiones.

En el sistema privado de capitalización individual el principio de solidaridad es reemplazado, de acuerdo a las leyes de mercado, por el princi-

pio de equivalencia estricta entre las cotizaciones realizadas a lo largo de la vida laboral y el monto de la pensión que se obtiene.

El gasto que efectuó el Estado en pensiones alcanzó para esa fecha alrededor del 6% del PIB, que corresponde a un tercio del presupuesto nacional y a más del 40% del gasto público social, lo cual equivale a aproximadamente a la suma del gasto en educación y salud (CENDA, 2006).

Empresarios y trabajadores

Otro aspecto a destacar del sistema de pensiones privado es que, por una parte, no se contempla ningún aporte de los empleadores al fondo de pensiones, lo cual contraviene los acuerdos de la OIT en lo relativo al financiamiento tripartito de la seguridad social. Por otra, los trabajadores, quienes son los dueños de los fondos, no tienen ninguna participación en la administración de las AFP.

El sistema privado de pensiones no contempla, como se señaló, aporte de los empresarios al fondo. Dicho fondo se conforma con los aportes de los trabajadores y los bonos de reconocimiento cuando corresponde, además del ahorro voluntario, si se ha realizado. Esto claramente contraviene los acuerdos de la OIT en el sentido de establecer el financiamiento tripartito de la seguridad social.

Por otra parte, quienes cotizan, que son los dueños de los fondos que depositan, no tenían hasta antes de la reforma de 2008, ninguna participación en la administración de las AFP que manejan las AFP, y, en rigor, tampoco la tienen en la actualidad. Ya en 1988, en vísperas del plebiscito que se realizó para decidir la continuidad de Pinochet por algunos años más al frente del gobierno, las organizaciones sindicales no se planteaban el retorno al sistema de reparto, sino sacar del control absoluto de las AFP a los grandes grupos económicos, exigiendo como mínimo un 50% de representación en los directorios de las mismas.

También desde los partidos de la Concertación de Partidos por la Democracia, que gobernó desde 1990, planteaban la necesidad de in-

roducir cambios fundamentales al sistema, especialmente en relación al problema de la participación de los trabajadores en la gestión de las AFP y administración de sus ahorros, pero no fue sino hasta el primer gobierno de Bachellet, en 2006, que se inician los pasos hacia una reforma.

La acumulación de capital y el ahorro nacional

Sin duda la acumulación de capital en Chile en esos últimos años ha sido de una magnitud considerable. Entre 1981 y 2006 el crecimiento del fondo en sí mismo y como porcentaje del PIB fue notable. De un fondo de US\$ 326,18 pasó a US\$ 73.415,12 millones. Y del 0,84% del PIB en 1981 alcanzó el 59,35% en el año 2005 (SAFP, 2006).

Algunos autores, como Fazio (2003, 2005), señalan que los fondos de pensiones constituyen el principal mecanismo de ahorro interno de Chile, pero que éste no ha sido puesto en función de una estrategia nacional de desarrollo, sino como un expediente de centralización financiera de grandes grupos económicos.

Las inversiones realizadas por el sistema privado de pensiones y su diversificación por sector institucional, a diciembre de 2005, fueron como se presenta a continuación: en el sector estatal (16,45%); sector empresas (23,24%); sector financiero (29,75%); sector extranjero (30,44%); activo disponible (0,12%).

Concentración del mercado de AFP y utilidades obtenidas

El mercado de las AFP, desde sus inicios ha mostrado elevados niveles de concentración y altísimas utilidades. En efecto, hacia fines de 1994, las 3 más grandes AFP, de un total de 22, tenían al 68,11% de los afiliados y controlaban el 53,45% de los fondos (Alburquerque, 1997). Un año más tarde, en diciembre de 1995, las AFP se habían reducido a 16; las 5 más grandes concentraban el 75,5% de los fondos de pensiones (Ruiz-Tagle, 1997). En octubre del año 2000, sólo había 8 AFP; en diciembre de 2005

las AFP se han reducido a 6, las cuales presentan las cantidades de afiliados y cotizantes, así como los porcentajes correspondientes que se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 1
Número de afiliados y cotizantes por AFP y totales: diciembre 2005

AFP	Afiliados	%	Cotizantes	%
BANSANDER	641.258	8,67	306.704	9,23
CUPRUM	489.833	6,63	321.600	9,68
HABITAT	1.769.809	23,93	858.668	25,85
PLANVITAL	402.589	5,44	134.489	4,05
PROVIDA	3.126.661	42,29	1.319.796	39,73
SANTA MARIA	964.356	13,04	380.536	11,46
Totales	7.394.506	100,00	3.321.793	100,00

Elaboración propia a partir de datos de Superintendencia de AFP.

La AFP PROVIDA tenía el 42,29% de los afiliados y el 39,73% de los cotizantes; si se agrega la AFP HABITAT con un 23,93% y 25,85% respectivamente, resulta que las 2 mayores AFP concentraban el 66,22% de los afiliados y el 65,58% de los cotizantes, con la obvia incidencia que ello tiene en el monto de los fondos que manejan.

Así, contrariamente a la libertad de mercado, los fondos de pensiones, propiedad de los trabajadores, están manejados por unas pocas AFP, las cuales, a su vez, se encuentran controladas por grupos financieros internos o transnacionales.

En septiembre de 1996, el 53,2% de los fondos era manejado por sólo tres AFP: Próvida (grupo financiero Infisa), Habitat (empresarios de la construcción asociados con el consorcio norteamericano Citibank) y Cuprun (Inversiones Penta, el mayor accionista individual del Banco de Chile). Si se suman la AFP Santa María (grupo norteamericano Aeta) y Protección (Security Holdings, del grupo Sigdo Koppers), más adelante

fusionada, resulta que más del 75% de los fondos de pensiones están en manos de estas AFP. También el consorcio español Santander tiene una presencia importante en el sistema, así como los grupos económicos Matte, Angelini y American International Group de los Estados Unidos (Zapatta, 1997). También el grupo Luksic, en alianza con el Banco Central Hispanoamericano, de España, actuando a través de la Corporación Financiera O'Higgins-Centralhispano ha venido interviniendo de manera importante en la actividad de las AFP, adquiriendo acciones y constituyendo fusiones que les permite ubicarse entre las mayores AFP¹.

En relación a la cuestión de las ganancias que el sector de las AFP genera, entre 1982 y 2000, éstas habían obtenido utilidades por la suma de US\$ 1.089.800 millones (a precios de 1999). En 2004, aun restando los gastos de directorio y otros, las utilidades de las AFP fueron de 112.314 millones de pesos (algo más de 2.000 millones de dólares) (CENDA, 2006).

En efecto, las comisiones de las AFP, entre estos años, han significado el 27,4% de las disminuciones que el fondo ha experimentado. Como se observa en el cuadro siguiente, de un fondo inicial de 261 millones de dólares, al cual hay que agregar US\$ 53.248 millones por concepto de cotizaciones, bonos de reconocimiento e intereses y restar 17.677 millones de dólares por disminuciones. Las comisiones alcanzan a US\$ 4.631 millones, es decir, el 26,2% de las disminuciones del fondo (Riesco, 2000). Obviamente, estas altas comisiones tienen que ver con la baja rentabilidad de los ahorros previsionales.

En cuanto a las utilidades de las AFP, según la Superintendencia de AFP (2006), en el año 2005 obtuvieron ingresos operacionales por 420.992 millones de pesos, lo cual implica un aumento de 7,6% respecto del año anterior.

En el año 2005, las AFP obtuvieron una utilidad, una vez descontado el impuesto a la renta, de 90.698 millones de pesos, es decir 17.645 mi-

1. Los grupos Matte, Luksic y Angelini se encuentran entre los cinco mayores grupos económicos del país. Al respecto ver: Fazio, Hugo, **Mapa actual de la extrema riqueza en Chile**. Santiago, Ediciones LOM, 1997 y **Mapa de la extrema riqueza al año 2005**. Santiago, Ediciones LOM, 2005.

llones de dólares. Esto representó una disminución de 5,3% en relación al año 2004, cuya utilidad fue de 95.824 millones de pesos, o sea 16.636 millones de dólares, ya que el valor de la divisa era de 514 y 576 pesos en los años 2005 y 2004, respectivamente. Aun cuando ganaron menos en la moneda nacional chilena en el último año, en dólares de USA la cantidad fue mayor que el año anterior.

La rentabilidad sobre el patrimonio de las AFP fue de 22,2% para el año 2005. La rentabilidad medida sobre los activos totales, en el mismo período, fue de 14,9%. Los gastos en pagos al directorio alcanza la suma de 884.135 millones de pesos, o sea, 1 millón 720 mil dólares (Riesco, 2006).

La reforma planteada por el gobierno de Bachelet enfrentaba el desafío de construir un sistema moderno y eficiente que lograra un alto consenso de la ciudadanía. Para tales efectos, como una primera cuestión debía satisfacer, para todos los chilenos derechos previsionales conforme a las normativas internacionales y a la satisfacción de las personas. Debía también poner fin a las discriminaciones existentes entre los que perciben pensiones pagadas por el sistema público y el de las AFP.

El sistema impuesto por la dictadura y que permaneció sin modificaciones durante 3 gobiernos democráticos posteriores al fin de la dictadura militar, generó una situación altamente injusta, cercenados derechos económico-sociales que los ciudadanos habían adquirido previamente.

Por último, el éxito de la reforma dependía también en corregir los problemas del sistema privado de pensiones contributivas, basado de manera exclusiva en la capitalización individual.

CONTENIDOS DE LA REFORMA

Los resultados del sistema de pensiones privado, particularmente en lo relativo a la manera como afectaba a los sectores más pobres, llevaron a su reforma, bajo el gobierno de la Presidenta Bachelet, mediante ley N° 20.255, de 17 de marzo de 2008. En el mensaje del proyecto de ley de reforma, el Ejecutivo sostenía que el objetivo,

“... es que las personas tengan ingresos más seguros durante la vejez, para así vivir dignamente. Al final de su vida laboral las chilenas y chilenos ya no sentirán el temor de no saber con qué ingresos contarán para cubrir sus gastos. Lo anterior considera por un lado perfeccionar el actual sistema de capitalización individual, y por otro, complementarlo con un Sistema de Pensiones Solidarias que cubra a quienes, por diversas razones, no logran ahorrar lo suficiente para financiar una pensión digna”. (Mensaje de la Presidenta de la República con que inicia el proyecto, Cámara de Diputados, diciembre de 2006).

Así, los propósitos generales de la reforma son el reconocimiento y consagración de derechos fundamentales para los ciudadanos, la conformación de un sistema de beneficios que se basa en el principio de la solidaridad y equidad intergeneracional; el rol público del Estado en la institucionalidad del sistema de pensiones. Además, se busca el mejoramiento de la industria de las Administradoras de Fondos de Pensiones, tales como generar mecanismos que procuren una competencia mayor en las comisiones que cobran, entre otros. También se hacía necesario introducir modificaciones a la normativa previsional, lo cual igualmente fue parte de la reforma.

Los principales beneficiados con la reforma

- Adultos mayores con pensiones bajas o sin pensión
- Mujeres con o sin trabajo remunerado
- Mujeres con trabajos de temporada
- Trabajadores jóvenes
- Trabajadores independientes
- Trabajadores de ingresos medios
- Personas carentes de recursos
- Inválidos y discapacitados
- Beneficiarios de leyes especiales y los sindicatos

Los principales beneficios que contempla la reforma

- Asegura una Pensión Básica Solidaria (PBS), con las modalidades de vejez (PBSV) y de invalidez (PBSI) a todos los chilenos y chilenas al cumplir 65 años de edad y que no hayan cotizado en algún sistema de pensiones y pertenezcan a los sectores más pobres (40% inicialmente). El monto de la pensión básica es de 60.000 pesos (US 117 dólares), beneficio que se comenzó a pagar a contar del 1 de julio de 2008. El 1 de julio de 2009 alcanzó la suma de 75.000 pesos (US 126,70 dólares), beneficia al 45% más pobre; en 2010 cubrió al 50% más pobre; el 2011 al 55%; el 2012 debía llegar al universo que contempla la ley, es decir, al 60% más pobre, a la vez que su monto se incrementará periódicamente.
- Crea el Aporte Previsional Solidario (APS), para quienes han cotizado en algún sistema previsional, pero de manera insuficiente, y perciban pensiones inferiores a 70.000 pesos. El Estado entregará un suplemento para incrementar la pensión, y, de esa forma, asegurar un monto máximo a recibir. Este aporte complementario será entregado de acuerdo con una escala establecida en la ley, que considera, entre otros factores, los aportes previsionales que haya hecho el trabajador. Este beneficio comenzó a entregarse a partir de julio de 2008, donde se garantiza una pensión máxima de 70.000 pesos (US 134 dólares). En julio de 2009, el tope para la pensión con aporte aumentó a 120.000 pesos (US 236,15 dólares), y así gradualmente hasta llegar a 255.000 pesos (US 529 dólares) en 2012.
- Con el objetivo de que los trabajadores hagan aportes adicionales a su ahorro obligatorio, para así incrementar el monto de su pensión, la ley establece el mecanismo conocido como Ahorro Previsional Voluntario Individual (APVI), es decir, que el trabajador haga aportes mayores al mínimo obligatorio.
- También establece una nueva modalidad, el Ahorro Previsional Voluntario Colectivo (APVC), consistente en que los ahorros que realicen los trabajadores son complementados por sus respectivos emplea-

dores, mediante acuerdos entre las empresas y sus trabajadores. Como incentivo a sectores de ingresos medios se crea un beneficio para quienes reciban rentas de hasta 1.500.000 millones de pesos al mes, que recibirán una bonificación equivalente al 15% del monto ahorrado voluntariamente.

- Las mujeres son las principales beneficiarias del nuevo sistema, ya que en torno al 60% de las Pensiones Básicas Solidarias (PBS) serán percibidas por mujeres, especialmente las que realizan trabajos de temporada y que, en consecuencia, tienen interrupciones en sus cotizaciones previsionales, lo cual ahora no constituye obstáculo para alcanzar la pensión por la vía del aporte previsional solidario de vejez. Uno de los beneficios más importantes es que se otorga a cada mujer un bono por cada hijo nacido vivo o adoptado, equivalente al 10% de 18 salarios mínimos, que se hace efectivo al alcanzar la edad de jubilación, con lo que se busca aumentar el monto de la pensión que recibirá.
- Se incluye como beneficiario de pensión de sobrevivencia, ocasionada por la mujer, a su cónyuge hombre sobreviviente. Antes de la reforma sólo lo era si era declarado inválido.
- Se autoriza la división del saldo acumulado en las cuentas individuales en caso de divorcio.
- Los jóvenes entre 18 y 35 años de edad son mayormente beneficiados. Habida consideración de la importancia que tienen las cotizaciones iniciales del trabajador en el monto de la pensión futura, se creó un subsidio que permite fomentar el empleo juvenil, aumentar los empleos formales, a la vez que incrementar la cobertura y los fondos previsionales. Así, se crean dos tipos de subsidios realizados por el Estado:
- El subsidio a las contrataciones, que beneficia a los empleadores que mantengan contratados a trabajadores entre 18 y 35 años que perciban ingresos iguales o inferiores a 1,5 veces el ingreso mínimo mensual (216.000 pesos). Tal subsidio se entrega durante las prime-

ras 24 cotizaciones, independientemente que sean o no continuas, y su monto es de un 50% de la cotización previsional obligatoria calculada sobre un ingreso mínimo. Se estimó que beneficia a 300.000 jóvenes.

- En segundo lugar, se establece el subsidio a la cotización, el cual implica un aporte directo a la cuenta de capitalización individual del trabajador joven por el mismo monto, el cual entró en vigencia el 1° de julio de 2011.
- Los trabajadores independientes han debido incorporarse de manera obligatoria al sistema previsional de manera gradual luego de 3 años de vigencia de la ley; después, la obligación de cotizar será sobre el 40%, 70% y 100% de la renta imponible, en el cuarto, quinto y sexto año respectivamente.
- La reforma contempla el cobro de menores comisiones, estableciendo mecanismos de competencia entre las AFP, puesto que han sido evidentes que los costos han sido muy elevados en el sistema de administración privado, lo cual incide en una disminución de los fondos de los cotizantes.. Además, una mayor diversificación de las inversiones por parte de las AFP, tanto en el plano nacional como internacional. Se establece la de licitación de cartera, que implica que los nuevos afiliados, por 24 meses, sean asignados a la AFP que ofrezca el cobro de comisión más bajo del mercado, la cual, además, debe ser extensiva a todos los afiliados de la misma. Se supone también que una mayor flexibilidad en las carteras de inversión debe aumentar la rentabilidad de los fondos.

NUEVA INSTITUCIONALIDAD

Una nueva institucionalidad es otro de los aspectos resaltantes de la reforma. Se crea la **Superintendencia de Pensiones** (reemplaza a la SAFF) que depende de la Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

A cargo de esta Superintendencia están el **Instituto de Previsión Social (IPS)**, que reemplaza al INP, la **Administradora de Fondos de Cesantía**, los **Centros de Atención Previsional Integral (CAPRI)**, los cuales tendrán como función principal otorgar los beneficios del **Sistema Previsional Solidario (SPS)**, facilitar su tramitación y proporcionar información general sobre el sistema previsional. Esta Superintendencia tiene, además, la responsabilidad de la administración del **Sistema de Pensiones Solidarias (SPS)**, de los regímenes previsionales que administraba el INP, de los CAPRI, y la fiscalización de las AFP.

La nueva ley establece varias vías de **participación**. Se busca darle transparencia y control ciudadano al Sistema de Pensiones. Tales mecanismos son:

- El **Comité de Usuarios** cuyo objetivo es evaluar y proponer estrategias de educación y difusión previsional al Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- El **Consejo Consultivo Previsional** cuyo propósito es asesorar a los Ministros del Trabajo y de Hacienda en las materias relacionadas con el Sistema de Pensiones Solidarias (modificaciones legales, reglamentarias, etc.).
- El **Fondo para la Educación Previsional** destinado a apoyar financieramente la promoción, educación y difusión del Sistema de Pensiones.

Como puede observarse, ninguno de estos mecanismos supone atribuciones sobre la administración de los fondos de pensiones para los cotizantes.

LA SITUACIÓN ACTUAL

Puede sostenerse que salvo el pilar solidario no contributivo que estableció la reforma del año 2008, enteramente a cargo del Estado, el sistema privado de pensiones de Chile ha continuado funcionando, en lo

esencial, de la misma manera como fue concebido y establecido por la dictadura militar. Tan es así que la Presidenta Bachelet, luego de asumir su segundo mandato, en 2014, ha designado una Comisión Asesora Presidencial integrada por expertos nacionales y extranjeros, a fin de que se realice un estudio del sistema de pensiones.

Si bien la reforma del año 2008 aseguró una pensión básica solidaria pagada por el Estado para la mayoría de los cotizantes de las AFP con una capacidad de ahorro insuficiente, para los sectores de ingresos medios mantuvo como único pilar el de la capitalización individual, dando a esos cotizantes pensiones cuyos montos son muy inferiores a las que se otorgan a quienes se jubilan con el sistema antiguo, es decir, a quienes no migraron al sistema de las AFP. Así, los estudios indican bajas pensiones para los sectores medios (CENDA, Comisión Asesora Presidencial).

Ya en el año 2008 hubo parlamentarios que propusieron la creación de una AFP estatal, lo cual no fue posible dada la oposición de los partidos de la derecha política, con fuerza suficiente en el Congreso para impedirlo. Como oferta programática de gobierno, Bachelet planteó para su segundo mandato la creación de una Administradora en manos del Estado. Y ahora se cuenta con la fuerza parlamentaria para hacerlo. Sin embargo, ella misma ha sostenido que tal medida no constituye la solución de fondo al problema de las bajas pensiones de los chilenos.

Ha planteado la Presidenta que la Comisión debe proponer alternativas que permitan dar a los chilenos, y especialmente a las chilenas “pensiones dignas y adecuadas a sus necesidades” (LaTercera, 30/04/2014). El problema está en la posibilidad o imposibilidad de lograr ese objetivo en el marco del actual sistema privado de pensiones.

Fondos de pensiones. Afiliados y cotizantes

Según la Superintendencia de Pensiones (Ficha Estadística Previsional, junio, 2015), el valor acumulado de los fondos de pensiones alcanza a la suma de 171.828 mil millones de dólares al 31 de mayo de 2015, lo

cual equivale al 70,7% del PIB del país. Para la misma fecha los afiliados al sistema privado suman 9.857.833, pero el número de cotizantes activos sólo es de 5.141.544. La cantidad de afiliados y cotizantes se distribuyen de la siguiente manera por AFP:

CUADRO N° 2

Número de afiliados y cotizantes por AFP y Totales al 30 de abril de 2015

	Afiliados	%	Cotizantes	%
Capital	1.791.650	18	956.362	19
Cuprum	640.715	7	453.890	9
Habitat	2.067.110	21	1.154.388	22
Modelo	1.470.443	15	637.180	12
Planvital	600.744	6	262.406	5
Provida	3.287.171	33	1.677.318	33
Total	9.857.833	100	5.141.544	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Pensiones

La AFP Provida tiene el 33% de afiliados y cotizantes, y junto con la AFP Habitat, que tiene el 21% de los afiliados y el 22% de los cotizantes en ambos casos, cubren más del 50% del mercado. Si se agrega la AFP Capital con 18% y 19% respectivamente, las 3 en su conjunto controlan el 72% y 74% del mercado, con la evidente incidencia en la cuantía de los fondos que manejan.

Al contrario de los principios de libertad de mercado, los fondos de los trabajadores se encuentran manejados por una limitada cantidad de AFP. Estas, a su vez, están controladas por grupos financieros nacionales e internacionales. Así, los grupos controladores son los siguientes:

Propietarios de las AFP, inversiones y utilidades

Cuadro N° 3
Propietarios y accionistas de las AFP

AFP	Propietarios/ Principales Accionistas
Modelo	Inversiones Atlántico Ltda.
Cuprum	Grupo Penta con 31,72% de acciones a través de Empresa Penta S.A. y 31,72% con Inversiones BanPenta Ltda. Recientemente vendida a la Compañía norteamericana Principal.
Habitat	Inversiones la Construcción Ltda. Con 27,26% de las acciones, y Sociedad Inversiones Previsionales Dos con 40,23% de acciones.
Provida	Grupo BBVA con 51,61% de acciones y Banco de Nueva York Mellon con 23,15% de acciones.
Planvital	Asesorías e Inversiones Los Olmos con 86,11% de acciones.
Capital	Cía. de Inversiones y Servicios Ltda. Con 71,83% de acciones e ING S.A. con 27,80% de acciones.

Fuente: Elaboración propia con información de El Mostrador (Diario Digital)

Por otra parte, las AFP invierten en acciones y son propietarios de porcentajes importantes de esas mismas empresas en las cuales invierten. Las 10 empresas en las cuales hay mayor presencia de las AFP son: Enersis, Endesa, Cencosud, LAN, Colbún, Copec, AES Gener, CMPC, Falabella, Banco Santander Chile (El Mercurio, 2015). En estas empresas las AFP tienen más de 15.000 millones de dólares USA. Y en 10 Bancos poseen más de 28.000 millones de dólares USA (Periódico digital El Mostrador, 2015, según datos de la Superintendencia de Pensiones).

Al 31 de mayo de 2015, las AFP mantenían inversiones en el extranjero por la suma de US\$ 48.488.605 millones equivalente al 45,8% del valor total de los activos del sistema (Superintendencia de Pensiones, 2015).

La distribución geográfica de las inversiones, para la misma fecha, en un 34,2% se ubica en Norteamérica, en un 14,2% en Europa y en un 16,6% en Asia Desarrollada. Es decir, el 65% de las inversiones se encuentran en el mundo desarrollado. El 30,4% se distribuye entre Asia Emergente (20,6%), Latinoamérica (7,4%), Europa Emergente (1,8%) y Medio Oriente-África (0,6%). Y en otros el 4,6% (Superintendencia de Pensiones, 2015). Las ganancias de las AFP, expresadas en pesos de 2012, se presentan a continuación:

Cuadro N° 4
Evolución de las Utilidades del Sistema de AFP

AÑO	UTILIDADES	UTILIDADES ACUMULADAS
1981-1989	93.577.098.265	93.577.098.265
1990-1999	429.274.342.348	522.851.440.613
2000	171.773.393.758	694.624.834.371
2001	133.393.129.792	828.017.964.163
2002	123.319.555.356	951.337.519.519
2003	118.501.215.876	1.069.838.735.395
2004	110.312.546.145	1.180.151.281.540
2005	102.459.418.906	1.282.610.700.446
2006	107.318.819.598	1.389.929.520.044
2007	104.250.896.018	1.494.180.416.062
2008	--- 8.956.035.881	1.485.224.380.181
2009	195.015.307.644	1.680.329.687.825
2010	293.335.673.877	1.973.575.361.702
2011	217.101.707.670	2.190.677.069.372
2012	288.966.280.000	2.479.643.349.372

En diciembre de 2012 el valor del dólar americano era de 481,69 pesos.

Fuente: Fundación SOL en base a datos de la Superintendencia de Pensiones y AFP.

La cantidad y montos de las pensiones

Las pensiones pagadas (autofinanciadas) por el sistema de las AFP y Compañías de Seguro, en abril de 2015 (Superintendencia de Pensiones) por vejez, invalidez y sobrevivencia según Retiro Programado, Renta Temporal y Renta Vitalicia alcanzan un total de 1.038.910 pensiones, con un monto promedio de 199.869 pesos (US\$ 320,95). Las más bajas son las que corresponden al retiro programado: 130.980 pesos (US\$ 210,31).

El ingreso promedio de los cotizantes es de 666.703 pesos, siendo para los hombres de 710.850 pesos y 604.650 pesos para las mujeres. Puede observarse una diferencia muy notoria entre el ingreso promedio de los cotizantes en actividad y el monto de las pensiones pagadas por el sistema privado de pensiones.

En abril de 2015, 116.465 mujeres eran beneficiarias de Bono por Hijo. Fueron pagadas 100.166 Pensiones Mínimas Garantizadas por el Estado.

Además, cabe señalar que por el sistema de las AFP hay 1 millón de pensionados; 580 mil corresponden a pensiones básicas solidarias (vejez e invalidez); 707 mil son beneficiados con aporte previsional solidario (vejez e invalidez), todo esto pagado por el Estado.

El gasto público promedio mensual en los últimos 12 meses en Pensiones Básicas Solidarias y Aporte Previsional Solidario fue de 88.494 millones de pesos (Superintendencia de Pensiones, Ficha Estadística Previsional, 2015).

En el caso de la modalidad de retiro programado, 9 de cada 10 pensiones serían menores a 147.000 pesos mensuales (unos 240 dólares USA), es decir, menores que el salario mínimo, según las estadísticas de la Superintendencia de pensiones (Durán, 2015).

La oferta del sistema de las AFP fue de pensiones de al menos el 70% de lo obtenido en la vida activa. En efecto, el entonces Ministro del Trabajo José Piñera, principal impulsor del sistema privado de capitalización individual, prometía que las pensiones de quienes se jubilaran por el

nuevo sistema, con un 4% de rentabilidad anual de sus ahorros, obtendrían una pensión no menor al 70% de la remuneración que percibían al momento de jubilar. Pero las estimaciones realizadas por expertos y por las autoridades del sector señalan que la mayoría de los afiliados sólo tendrá acceso a pensiones que oscilarán entre el 40% y el 55% de lo que reciben como activos (La Segunda, 2013; CENDA, 2013). Incluso, en algunos casos, como los que cotizan como independientes, el monto de la pensión sólo alcanzará a una tercera parte de lo que era su renta como activo.

Como se señaló, en la reforma del año 2008 se creó un pilar solidario que benefició a los sectores más pobres y muchas veces sin “vida previsional”, pero a los sectores de ingresos medios los mantuvo en el pilar contributivo sin alteración alguna, salvo la disminución de la comisión por administración.

La Comisión Presidencial encargó un estudio denominado “Encuesta de Opinión y Percepción del Sistema de Pensiones en Chile”. El estudio se realizó con una muestra representativa nacional. Respecto del monto de las pensiones que entrega el sistema de las AFP, el estudio señalado muestra que quienes son actualmente pensionados estiman que las mismas no permiten financiar un nivel de vida adecuado; un 71% señala que la pensión no le alcanza para satisfacer sus necesidades.

La OIT, a través de la Directora del Departamento de Protección Social, en un seminario realizado en Chile por la misma Comisión Asesora Presidencial señala que en el caso chileno no se da cumplimiento al Convenio 102 y 128 OIT en cuanto a las características mínimas de las prestaciones, ni tampoco a los 10 principios centrales de la organización en relación con las pensiones de la seguridad social (Ortiz, 2015), entre otros acuerdos de la OIT.

Desde la industria de las AFP plantean cambios que apuntan a elevar la cotización obligatoria y aumentar la edad de jubilación de las mujeres como medidas para aumentar el monto de las pensiones.

Las bajas pensiones que el sistema privado paga no tienen su explicación en problemas demográficos ni en bajas cotizaciones. La situa-

ción demográfica de Chile, para la población mayor de 18 años, según la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadística es como se observa en el cuadro que se presenta a continuación:

CUADRO N° 5
Población estimada según sexo y tramo de edad al 30 de junio de 2014

SEXO						
HOMBRES			MUJERES		TOTAL	
Tramo de Edad	Población	%	Población	%	Población	%
18-29	1.761.769	27,3	1.713.074	25,5	3.474.843	26,4
30-39	1.240.685	19,3	1.227.098	18,3	2.467.783	18,8
40-49	1.220.431	18,9	1.234.955	18,4	2.455.386	18,7
50-59	1.078.997	16,7	1.122.232	16,7	2.201.229	16,7
60-65	435.366	6,8	474.642	7,1	910.008	6,9
66 y más	705.827	11,0	937.517	14,0	1.643.344	12,5
Total	6.443.075	100,0	6.709.518	100,0	13.152.593	100,0

Fuente: Proyección de Población INE 30 de junio de 2014

Algo más de la cuarta parte de la población corresponde al tramo más joven, es decir, está entre 18 y 29 años. El 18,9% de los hombres y el 18,7% de las mujeres se encuentran entre 40 y 49 años. El 65,5% de los hombres y el 63,9% de las mujeres no son mayores de 59 años, mientras el 6,8% de los hombres y el 6,9% de las mujeres están entre 60 y 65 años. Sólo el 11% de los hombres y el 12,5% de las mujeres son mayores de 66 años.

El problema del envejecimiento de la población, si bien es una realidad, no tiene las implicaciones que ciertos sectores le atribuyen en relación con las pensiones. Según Riesco (2014), la situación demográfica de Chile es la más favorable de su historia. La tasa de dependencia, es decir, la proporción entre población pasiva y activa, se ha reducido a la mitad de lo que era hace 50 años y a finales del presente siglo será aún más favo-

rable. Por otra parte, los cambios de edad afectan de la misma manera a todos los sistemas de pensiones, según el autor. La tasa de dependencia constituye la base sobre la cual ha de fundarse el análisis racional de la sostenibilidad de los sistemas de pensiones (Riesco, 2015).

Aumentar la edad de jubilación, elevar el monto de las cotizaciones, como plantean los directivos de las AFP, no resuelve el problema de las pensiones insuficientes para la mayoría de quienes se jubilan por el sistema privado de pensiones, y así lo perciben éstos. En el estudio realizado por encargo de la Comisión Asesora Presidencial, entre el 66% y el 77% de los entrevistados, independientemente de los tramos de edad y del nivel de educación, así lo señalan. Por otra parte en la misma encuesta así lo manifiestan los entrevistados. El 66% de los entrevistados coincide en que “Sólo un cambio total del sistema de AFP ayudaría a mejorar las pensiones”. Y el mismo porcentaje declara que “Las bajas pensiones son responsabilidad de las AFP” (Encuesta de Opinión y Percepción del Sistema de Pensiones en Chile, 2015)

En efecto, respecto de lo primero, elevar el monto de las cotizaciones, ello no representaría beneficio significativo alguno; por el contrario implicaría una pérdida adicional de derechos, significaría un menor ingreso en circunstancias que en la mayoría de los casos éste ya suele ser insuficiente. Los chilenos se jubilan alrededor de los 70 años y todavía más tarde en el caso de las mujeres, debido al bajo nivel de las pensiones del sistema privado (CENDA, 2014).

Según la Encuesta NESI (Nueva Encuesta Suplementaria de Ingresos, 2013) el 53,5% de los trabajadores gana menos de 300.000 pesos al mes; el 70% menos de 426.000 pesos; el 79% menos de 550.000 pesos. Sólo el 15,9% percibe ingresos mayores a 652.000 pesos. El 83,5% de las mujeres que tienen trabajo remunerado gana menos de 550.000 pesos. Los trabajadores asalariados de grandes empresas (de más de 200 trabajadores) tienen salarios más altos; sin embargo, el 50% percibe salarios de menos de 400.542 pesos mensuales. Hay 700.000 subempleados en el país y el 50% gana menos de 100.000 pesos al mes. Además, más de 1.000.000 de asalariados que no tienen contrato de trabajo y el 70% de los mismos gana menos de 251.048 pesos mensuales.

Por otra parte, elevar el monto de las cotizaciones tampoco solucionaría el problema de las bajas pensiones de quienes en la actualidad están al margen del sistema solidario, ni tampoco a quienes jubilen en los próximos 20 años. Al igual que en el caso anterior significaría incrementar el ahorro forzoso que ya los cotizantes realizan. Sólo habría un pequeño aumento luego de 20 o 30 años y siempre sujetos a la volatilidad de los mercados financieros mundiales (Riesco, 2015).

De mantenerse el actual sistema privado de capitalización individual, el 70% de las personas que acumulan fondos inferiores a 20 millones de pesos, tendrían un retorno tan solo de 100 mil pesos mensuales (Durán, 2015).

Aumentar la edad de jubilación de las mujeres, tampoco resulta algo viable; en la práctica, éstas ya se retiran alrededor de los 70 años. Por ende, prácticamente no queda margen para aumentar aún más la edad de retiro. Por otra parte, ello no sería sino un elemento de discriminación inaceptable desde un punto de vista humano.

Las pensiones actuales del sistema privado son muy bajas, significativamente menores que el ingreso percibido en la vida laboral activa. Además, con el aumento de la esperanza de vida, decrecen automáticamente; también son inciertas debido a la volatilidad de los mercados financieros, la solvencia de las compañías de seguros o la sobrevida del pensionado. El fondo individual puede agotarse, en cuyo caso sólo queda para el afectado el recurso de una pensión asistencial.

Según el estudio que realizó el CENDA (2013), “Resultados para sus afiliados de las AFP y Compañías Seguros Relacionadas con la Previsión: 1982-2012”. En el año 2012 los cotizantes entregaron más del doble (4,3 billones de pesos) que las pensiones que pagaron las AFP (2,1 billones de pesos). Además, el Estado entregó al sistema privado 1,4 billones de pesos en subsidios, lo cual equivale a dos terceras partes de las jubilaciones. En otras palabras, por cada 3 pesos que ingresaron al sistema por concepto de cotizaciones y subsidios del Estado, sólo 1 peso (37%) se destinó al pago de pensiones por parte de las AFP.

Según Riesco (2013), el sistema privado de pensiones, que obtiene de manera forzosa de los cotizantes un 13% de sus sueldos, y por otra

parte, obtiene una masa importante de ingresos fiscales, vale decir, del IVA y los excedentes de la Corporación del Cobre (CODELCO), la mayor fuente de ingresos de la economía de Chile. Toda esa masa de dinero va directamente a las manos de las AFP, las Compañías de Seguros relacionadas, y a los grandes grupos financieros.

En rigor, el sistema privado de capitalización individual, más que un sistema de pensiones, constituye un mecanismo de ahorro forzoso de los trabajadores que redundan en beneficio de los grandes capitales nacionales y extranjeros. El principal logro del sistema es la gran contribución al desarrollo de un mercado de capitales muy dinámico, el cual ha provisto de una fuente de financiamiento conveniente y de largo plazo a los grandes grupos económicos que operan en Chile, a la vez que también a empresas extranjeras. Todas éstas, en su conjunto han recibido más de las dos terceras partes de los fondos propiedad de los cotizantes (CENDA, 2006).

En suma, en base a todos lo que se ha señalado, un sistema de pensiones que cumpla con el objetivo de pensiones dignas y suficientes, tal como lo ha sostenido la Presidenta Bachelet en su Mensaje al Congreso Nacional, el 21 de mayo de 2014, no es posible manteniendo el actual sistema, tal como lo sostienen expertos (Riesco, varios años; Ruiz-Tagle, 2014).

El logro del objetivo de pensiones dignas y suficientes requiere un cambio radical del sistema, es decir, supone la eliminación del sistema privado de pensiones y su reemplazo por uno de reparto en base a los principios que plantea la OIT desde hace tiempo.

Se trata, en primer lugar, por lo menos de igualar las pensiones actuales del sistema privado con el público, lo cual significa al menos doblar el monto de las pensiones que han otorgado las AFP. También se trata de terminar con la discriminación contra la mujer, eliminando las tablas de cálculo diferenciadas. En la actualidad los hombres obtienen pensiones un tercio mayores que las mujeres para igual fondo al cumplir la edad de retiro. Las mujeres difieren su retiro. Las dos terceras partes de las pensiones que en la actualidad pagan las AFP son percibidas por hombres en circunstancias que los dos tercios de los adultos mayores son mujeres. En las pensiones públicas esta relación se encuentra reflejada adecuadamente (Riesco, 2014).

También deberían aumentarse las pensiones de los empleados públicos que jubilaron en los años de la década de 1980 y comienzos de los años de 1990, por el sistema antiguo, las que fueron bajas debido al “daño previsional”, es decir, la situación a la cual la dictadura sometió a esos empleados a muy bajos sueldos y que incidieron en el cálculo de las pensiones.

La denominada “pensión máxima inicial” del Instituto de Previsión Social, que sólo es algo superior a 1 millón de pesos (CENDA, 2013) resulta insuficiente para los casos de sueldos de funcionarios de alto nivel, como es el caso de los jueces y otros funcionarios. En esos casos, sus sueldos en actividad triplican esa suma y aún más. Cabe resaltar que esa limitación no opera en el caso de los militares y carabineros, cuya pensión es más del doble.

De la misma manera sería preciso aumentar los montos de las pensiones del sistema solidario, dado que las mismas son por demás bajas.

En términos prácticos, el logro de cambios sustanciales es algo sumamente complejo, especialmente si se considera el gran poder, no sólo económico, sino también político de la industria de las AFP. Como sostiene el ex Presidente del Partido Demócrata Cristiano, Ricardo Hormazábal, en 2013:

“... hacer cambios es muy difícil cuando financian el 48% de las campañas de (los partidos) UDI y Renovación Nacional (gobierno en ese momento), y el 14% de los gastos de los partidos de la oposición. Las AFP no son parte de una política de seguridad social. Se crean como negocio ¡y qué gran negocio! Con la plata de los trabajadores controlan las empresas más grandes: bancos, seguros, *retails*, energía, telecomunicaciones, universidades privadas y estatales” (El Mostrador, periódico digital, 2015).

Si se considera, además, el programa de gobierno de la Presidenta Bachelet, donde cabe la idea de una AFP estatal, pero no parece haber voluntad política para cambios más radicales, el sistema privado de pensiones podrá quizás debilitarse, pero no desaparecer.

CONCLUSIONES

Las características del sistema privado de ahorro forzoso vigente en Chile fue impuesto por una dictadura militar. El proyecto político que se implementó buscaba una reestructuración radical del capitalismo. Así, en ese contexto no hubo la menor discusión sobre el tema. Los sectores que iban a ser afectados por el funcionamiento del sistema de pensiones que se implantó no pudieron expresar ninguna opinión en relación al mismo. Tampoco estaba permitido el funcionamiento de los partidos políticos, ni de otras formas de representación social, ni existían mecanismos que posibilitaran algún pronunciamiento respecto de algo de vital importancia como es la previsión social.

Si bien se unificaron los diversos sistemas que existían, por una parte, las Fuerzas Armadas y Carabineros han mantenido un sistema de privilegio y que significa un gasto fiscal importante; por otra, el sistema contiene elementos que no hacen sino reproducir la desigualdad social existente. Esto es así porque, en términos reales, el sistema tiene mecanismos que reproducen la desigualdad que existe en cualquier sociedad en mayor o menor medida. Es decir, la dinámica de funcionamiento del sistema de pensiones favorece a quienes devengan mayores ingresos y que, por lo mismo, pueden hacer uso de mecanismos adicionales de ahorro individual, que requieren obviamente de ingresos de cierta consideración, todo lo cual incidirá en la obtención de pensiones de monto significativamente mayor al momento de la jubilación que la que obtienen los sectores de ingresos bajos, llegando al extremo que no toda la fuerza laboral realiza cotizaciones regulares, dándose una situación de ausencia de protección social o de una de muy baja calidad, tal como se puede apreciar de la información oficial que hay al respecto.

Los niveles de desempleo durante el período de la dictadura estuvieron en el orden del 30%, y la pobreza superó el 45%, siendo la única alternativa de previsión social el ahorro en un sistema que es privado y que pone al trabajador a depender prácticamente de sí mismo para prepararse a enfrentar las contingencias de vejez, invalidez y sobrevivencia, en condiciones que le son bastante adversas. Esto significó, para una parte im-

portante de la población trabajadora que una parte significativa de su vida previsional y de su ahorro fue muy bajo, y eso marca la masa de ahorros que logra acumular y, por ende, el monto de la pensión cuando el evento de la jubilación se produce.

Cuando en 1990, se produce el retorno a un régimen de gobierno civil y democráticamente elegido, esto ocurre en condiciones bastante difíciles desde el punto de vista económico y político. En efecto, las transformaciones estructurales que el régimen autoritario llevó a cabo, afectó duramente a la mayoría de la población y cambiar esa situación, que no fuese ni en términos de una vuelta al pasado ni de mantener el modelo económico que había impuesto el régimen militar, no era una tarea fácil, ni tampoco buscada según se pudo comprobar. En efecto, a las políticas sociales focalizadas se agregó la idea de “crecimiento con equidad”, aunque es preciso señalar que aunque los ingresos han aumentado, la desigualdad no ha cambiado desde entonces.

Además, aunque no está desarrollado aquí, el sistema político que funciona, contiene una “herencia autoritaria” altamente importante y que ha tomado tiempo ir eliminando. En otras palabras, el régimen militar dejó una serie de “amarres institucionales” y también fácticos que hacían prácticamente imposible realizar cambios democratizadores en lo inmediato. Baste señalar que un tercio del Senado estaba constituido por senadores designados, lo cual impedía toda reforma constitucional, así como cambios legales de importancia que no contaran con el apoyo de los sectores de la derecha política que esa cuota parlamentaria representaba.

El poder militar fáctico no dejó de estar presente en mucho tiempo, y el peso de las instituciones que el autoritarismo dejó como “enclaves autoritarios” también ha sido un proceso de difícil transformación. Ha sido recién en el año 2005 que se ha eliminado la figura constitucional de los senadores designados, que al ser un tercio del Senado podían bloquear cualquier reforma. Permaneció, hasta la última elección realizada, un sistema electoral con marcado acento antidemocrático que ha permitido a los sostenedores del sistema privado de pensiones impedir su cambio de manera sustantiva.

Por lo demás, tampoco ha habido voluntad política de los partidos que gobernaron desde 1990, independiente de su signo político-ideológico, salvo la reforma del año 2008 de cambiar el sistema privado de pensiones. La presidenta Bachelet, para éste su segundo mandato ofertó la creación de una AFP estatal que, como ella misma sostiene, no resuelve el problema de fondo.

En resumen, si bien la reforma contenida en la Ley N° 20.255, de marzo de 2008 introduce elementos novedosos en el contexto latinoamericano y da un paso importante en términos de la equidad social, ya que incorpora a los beneficios de unas pensiones de vejez e invalidez a una parte de la población que no tenía seguridad social alguna, no lo es menos que el sistema reproduce la desigualdad existente en la sociedad, puesto que son los sectores de más altos ingresos los que pueden favorecerse de los mecanismos que tienden a generar pensiones más elevadas. El ahorro voluntario, en cualquiera de sus formas es algo que sólo está al alcance de una minoría. Si se observan los niveles de las pensiones, es posible observar que el sistema ha beneficiado, en el mejor de los casos, al quintil de mayores ingresos de la población.

La cobertura poblacional que, en todo caso, no ha superado el 55% de la fuerza laboral, de alguna manera está evidenciando la existencia de dificultades de una parte importante de esa fuerza de trabajo que no puede acceder a mecanismos de previsión social. No se trata de hacer una relación matemática y concluir que toda esa franja de población carece de protección. Hay evidencias acerca de los trabajadores independientes que permite plantear la hipótesis de la preferencia de una parte de los mismos de otros mecanismos de previsión distintos a los que ofrecen las Administradoras de Fondos de Pensiones, pero de todas maneras, no cabe duda que existe una cobertura poblacional insuficiente, menor que en el sistema anterior.

El Estado asumió todos los costos de la transición, y también los de la reforma de 2008, con un gasto que alcanza al 6% del PIB, mientras las AFP han obtenido sustanciales ganancias, según se puede observar en los informes oficiales. Una parte muy importante del presupuesto nacional lo gasta el Estado en previsión social, pero eso no se reflejaba en una pro-

tección adecuada, suficiente y solidaria para quienes lo necesitan, puesto que, como se ha señalado, la mayor parte de esos recursos es apropiada por las AFP.

El mercado de la “industria previsional” está altamente concentrado y sin una competencia que genere un mercado más favorable para quienes depositan sus ahorros previsionales en las AFP.

Ciertamente, la “industria previsional” se ha convertido en una fuente importante de capitalización, y eso no es necesariamente objetable. Pero si lo es el uso que las AFP dan a los fondos de los trabajadores. Eso no contribuye a generar mayores y mejores mecanismos de previsión social, toda vez que se trata de empresas que están obteniendo, como se indicó, ganancias sustanciales a partir del ahorro de los trabajadores. Incluso comparativamente mucho más elevadas que las que obtienen empresas similares que actúan en el mundo desarrollado, debido a que las comisiones que cobran son significativamente mayores a las que perciben dichas empresas.

Si se comparan los rendimientos de los fondos de pensiones, vale decir, la rentabilidad que obtienen quienes depositan el ahorro correspondiente con la finalidad de obtener una pensión cuando llegue el momento del retiro laboral, con el rendimiento que obtienen las administradoras de fondos de pensiones, se puede constatar una considerable diferencia a favor de estas últimas. Efectivamente, según un estudio (Maureira, 2012), entre 2004 Y 2011, cuando los fondos de pensiones alcanzaban la suma de 154.000.000 de dólares USA, las ganancias de las AFP fueron de un 22% de promedio anual. En tanto, la rentabilidad de los fondos de los trabajadores, sólo fue de un 4,6% según lo informado por la Superintendencia de Pensiones. En otras palabras, la rentabilidad de las AFP fue casi 5 veces superior lo obtenido por los ahorros de quienes obligatoriamente cotizan en el sistema.

En lo relativo al ahorro nacional que la actividad previsional genera, tal como se planteó, el juicio positivo o negativo que se haga depende de la manera como se considere el asunto en relación al problema actuarial del gasto fiscal. Para algunos, el sistema previsional de las Administra-

doras de Fondos de Pensiones se ha constituido en la mayor fuente de ahorro interno del país, y la cifra de más de US 170.000 mil millones de dólares que constituyen los activos del sistema previsional, así pareciera confirmarlo. Sin embargo, para otros, el gasto fiscal, que alcanza alrededor del 6% del PIB, estaría negando lo anterior.

Finalmente, cualquier evaluación del sistema de pensiones de Chile, así como la posibilidad de llevar adelante un cambio radical del mismo, debe tener en cuenta que el mismo hace parte del modelo económico imperante. En consecuencia, introducir cambios radicales al sistema de las AFP significa alterar el funcionamiento de ese modelo económico, y esos es algo sin duda difícil de lograr.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuentes Bibliográficas

ALBURQUERQUE, Mario (1997) “El sistema privado de pensiones: caso chileno”.

En Ensignia, Jaime y Rolando Díaz (Coordinadores) (1997) *La seguridad social en América Latina: ¿reforma o liquidación?* Caracas, Editorial Nueva Sociedad, pp. 43-57.

CENTRO DE ESTUDIOS NACIONALES DE DESARROLLO ALTERNATIVO (CENDA) (2014) “Presentación CENDA a la Comisión Asesora Presidencial sobre Sistema de Pensiones”. Santiago, CENDA.

_____ (2005) “El sistema previsional chileno: Antecedentes para un debate y una reforma urgente”. Santiago, CENDA.

_____ (2006) “Diez mitos del sistema previsional chileno”. Santiago, CENDA.

_____ (2006) “Tres pilares para sustentar un Sistema de Pensiones moderno, duradero y que concite un amplio consenso nacional”. Santiago, CENDA.

COMISIÓN PRESIDENCIAL PENSIONES (2015) “Encuesta de opinión y percepción del Sistema de Pensiones de Chile”. Santiago de Chile.

CONSEJO ASESOR PRESIDENCIAL PARA LA REFORMA PREVISIONAL (2006). Santiago de Chile, “Informe”.

DURÁN, Gonzalo y Marco Kremerman (2015) “Los verdaderos sueldos de Chile”. Diario digital.

- EL MERCURIO INVERSIONES (2012) "Conozca las 10 empresas donde más invierten las AFP en la Bolsa chilena". Santiago de Chile.
- ELTER, Doris (1995) *El sistema previsional chileno de capitalización individual y administración privada: Elementos teóricos y empíricos para evaluar su idoneidad y eficiencia en relación al objetivo primario de la Seguridad Social*. Santiago de Chile, ARCIS.
- FAZIO, Hugo (1996) "AFP: Un mecanismo poderoso de ahorro que debería ponerse al servicio del país". En Torres López, Juan (Coordinador) *Pensiones públicas: ¿y mañana qué?* Barcelona, Editorial Ariel, S.A., pp. 175-191..
- _____ (2005) *Mapa de la extrema riqueza al año 2005*. Santiago de Chile, LOM Ediciones.
- FFRENCH-Davis (2005) *Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad. Tres décadas de política económica en Chile*. Santiago de Chile, LOM Ediciones.
- GUILLION Colin y Alejandro Bonilla (1992) "La privatización de un régimen nacional de pensiones: el caso chileno". En *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. III, N° 2. Ginebra, pp. 139-221.
- HUJO, Katya, Mesa-Lago, Carmelo, Nitch, Manfred (Editores) (2004) *¿Públicos o privados. Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*. Caracas, Editorial Nueva Sociedad.
- MARCEL, Mario y Arenas, Alberto (1991) "Reformas a la seguridad social en Chile". Washington, D. C. En Serie Monografías, N° 5, BID.
- MAUREIRA, Alejandro (2012) "AFP ganan casi 5 veces más que lo que rentan los Fondos de Pensiones" Santiago.
- MESA-LAGO, Carmelo (2004a) "La reforma de pensiones en América Latina. Modelos y características, mitos, desempeños y lecciones". En Hujo, Katya, Mesa-Lago, Carmelo y Nitsch, Manfred (Editores) *¿Públicos o privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*. Caracas, Editorial Nueva Sociedad, pp. 21-56.
- _____ (2004) "Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina". En *Revista de la CEPAL*, Santiago, diciembre, pp. 59-82.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (1993) *Seguridad Social en las Américas: cuestiones y opciones*.
- _____ (2006) "Trabajadores independientes y el sistema de pensiones en Chile". Santiago, *OITNOTAS*, N° 1, marzo, pp. 1-4
- _____ (2006) "Pensiones no contributivas. Su relevancia en la reforma previsional". Santiago de Chile, *OITNOTAS*, N° 3, mayo, pp. 1-4.

- ORTIZ, Isabel (2015) "Reformas de los sistemas de pensiones: visión de la OIT a partir de la experiencia internacional". Santiago de Chile, Seminario de la Comisión Presidencial sobre el Sistema de Pensiones.
- QUIROGA, Yesco (2008) "De modelo ejemplar a objeto de enmiendas: el sistema de pensiones de Chile". Buenos Aires, *Revista Nueva Sociedad*, N° 217, septiembre-octubre.
-
- _____ (1994) "La evolución del nuevo sistema de pensiones en Chile". En Ruiz-Tagle y Velásquez (Eds.) *Economía y trabajo en Chile. 1993-1994*, 4° Informe anual, Programa de Economía del Trabajo (PET), Santiago, pp. 35-54.
- SUPERINTENDENCIA DE AFP (2004) *El sistema chileno de pensiones*. Santiago, 5ª Edición.
-
- _____ (2006) "Preguntas frecuentes sobre el sistema previsional chileno". Santiago. <http://www.safp.cl/inf>.
- SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (2012) *El sistema chileno de pensiones*. Santiago de Chile, 10ª. Edición.
- URQUIETA, CLAUDIA y Alejandra Carmona (2013) "El poder político y económico detrás de las AFP". *El Mostrador (periódico digital)*.
- WAGNER, Gert (1991) "La seguridad social y el programa de pensión mínima garantizada". En *Estudios de Economía*, Vol. 18, N° 1. Santiago, Departamento de Economía, Universidad de Chile, junio, pp. 33-91.
- ZAPATTA, Franyo (1997) *Mitos y realidades del Sistema Privado de Fondos de Pensiones en Chile (AFP)*. Santiago, LOM Ediciones.

2. Publicaciones Estadísticas y otras Fuentes de Información

- BANCO CENTRAL DE CHILE (varios años) *Boletín Mensual del Banco Central de Chile*. Santiago, varios números.
- SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (varios años) *Boletín Estadístico*. Santiago, SP, varios números.
-
- _____ (2015) "Ficha Estadística Previsional". Santiago de Chile.

3. Textos legales

- REPÚBLICA DE CHILE (1980) *Decreto Ley N° 3.500* (actualizado a mayo de 2005). Santiago de Chile, Superintendencia de AFP.
-
- _____ (1980) *Decreto Ley N° 3501*. Santiago de Chile.

“EL DERECHO A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DESDE EL DESARROLLO SUSTENTABLE EN VENEZUELA”. REFLEXIONES

Dra. Mirian Sánchez

Resumen:

Para Venezuela, así como para el resto de los países del mundo, el hecho de que la mayoría de las personas actualmente pueden aspirar a vivir muchos años más, por encima de los 60, impone retos y desafíos urgentes. Este fenómeno implica reformular las políticas para las poblaciones que envejecen y prestarles servicios en medio de una crisis de accesibilidad a la salud, lo cual compromete el cumplimiento del mandato constitucional y los convenios internacionales asumidos para el desarrollo progresivo de los derechos humanos fundamentales y el crecimiento del desarrollo sustentable. En función de abordar esta realidad, es importante indagar sobre los datos más recientes del proceso de envejecimiento a nivel regional y nacional. En este sentido, el propósito del artículo consiste en examinar la situación del derecho a la salud de los adultos mayores y el desarrollo sustentable en Venezuela. Se utiliza como vía de indagación un estudio documental, descriptivo, donde se revisan los aspectos contemplados para las personas mayores desde el derecho a la salud en el contexto internacional y nacional, se interpreta la situación del envejecimiento expresada en algunos de los indicadores de contexto y salud, de allí se esbozan algunas acciones para enfrentar los retos y desafíos del derecho a la salud de las personas mayores en función de promover el desarrollo sustentable. Los resultados obtenidos evidencian que en nuestro país como en el resto del mundo, estamos en presencia de una transición demográfica, la disminución de la tasa de la fertilidad, la disminución de la mortalidad materna e infantil y una prolongación de la esperanza de vida, que dan cuenta de una población de adultos mayores que está en aumento, enfrentando una res-

puesta limitada del sistema de salud en cuanto a su accesibilidad, y unas condiciones poco favorables para alcanzar un desarrollo sustentable.

Palabras claves: Derecho a la Salud; Adultos Mayores, Desarrollo Sustentable; Estado de Salud.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo se desprende de un proyecto de investigación que se viene realizando sobre el derecho a la salud desde el paradigma del desarrollo sustentable, en el Programa Postdoctoral en Seguridad Social de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela. En esta revisión, abordamos el tema del derecho a la salud de los adultos mayores, y el desarrollo, haciendo dos consideraciones importantes. La primera de ellas es el reconocimiento del derecho humano que las personas mayores tienen al más alto nivel de salud posible, y la segunda es promover el desarrollo sustentable.

En Venezuela, a pesar de disfrutar las ventajas del bono demográfico, una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores. Este hecho plantea grandes retos y desafíos. Si queremos construir sociedades cohesivas, pacíficas, equitativas y seguras, el desarrollo tendrá que tener en cuenta esta transición demográfica y las iniciativas tendrán que aprovechar la contribución que las personas mayores hacen al desarrollo y, al mismo tiempo, garantizar que no se les excluya.

En este sentido, consideramos importante el conocimiento de la situación del proceso de envejecimiento, la salud y el desarrollo, en función de superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores, y aclarar las obligaciones de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos. Es por ello, que este esfuerzo indagatorio se orienta primeramente a la revisión del envejecimiento y la salud en el contexto internacional y a nivel del país, examinando los instrumentos que se han desarrollado en esta materia.

Seguidamente se indaga la situación de salud en Venezuela, a través de la interpretación de los indicadores que dan cuenta del estado de salud de las personas mayores. En nuestro país podemos observar, una transición demográfica que apunta a un proceso de envejecimiento cada vez más cercano, así lo expresan las variables asociadas. Las primeras causas de mortalidad por grupos de edad, en los adultos de 45 a 64 años y los adultos mayores de 65 años son el cáncer, las enfermedades del corazón y la diabetes. Más que episodios agudos, constituyen una característica que acompaña a la persona durante toda su existencia, demandando una atención continuada a lo largo del ciclo de vida. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles muestra la necesidad de invertir en los servicios y programas en medio de la crisis estructural en salud, caracterizada por falta de respuesta del Estado, para hacer efectivo el derecho a la salud en el marco del modelo de desarrollo.

El resultado de este estudio, nos llevó a sugerir unas líneas direccionadas que pueden adoptarse en nuestro país, en función de replantear las políticas, planes y programas que promuevan la protección de este grupo social tan vulnerable, ya que estos constituyen un pilar fundamental para el desarrollo y funcionamiento de la sociedad.

Nuestro interés final es aportar recomendaciones a los actores encargados de formular políticas y a los prestadores de servicios que intervienen en el proceso de salud de los adultos mayores, a planificar en salud desde la perspectiva de garantizar una protección en salud sostenible.

DERECHO A LA PROTECCIÓN EN SALUD DE LOS GRUPOS VULNERABLES

Las grandes disparidades sociales y económicas de la población regional, así como su diversa composición étnica y racial, hacen necesario un reconocimiento y protección explícita de ciertos grupos específicos de población (las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas mayores, las mujeres y los adolescentes) a quienes los Estados deben garantizar el pleno acceso y protección de la salud. (Brena, 2006)

La principal causa para brindarles una protección particular a estos grupos, es que con frecuencia suelen ser objeto de discriminación, y ello se refleja en la distribución de las enfermedades y en la evolución del estado de salud, afectando el disfrute del derecho a la salud por parte de estos colectivos.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) se “prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención en salud y a los factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, estado de salud y de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud”. Este objetivo implica que se requiere de un sistema de salud eficaz, integrado, con capacidad de respuesta, que abarque la atención de la salud y los factores determinantes básicos accesibles para todos.

En este sentido, es fundamental el análisis de datos específicos y desagregados para identificar las brechas existentes y desarrollar las medidas especiales o efectivas que se requieran para reducir o eliminar las condiciones que originan discriminación en el disfrute del derecho a la salud.

Las personas mayores, generalmente, se encuentran en una particular condición de vulnerabilidad, impotencia, abandono, discriminación, maltrato y explotación, ya sea en instituciones, hogares comunitarios, servicios de cuidado de largo plazo, instituciones psiquiátricas, centros de salud, en centros penitenciarios, en puestos de trabajo, en la sociedad civil y en el seno familiar, entre otros lugares (Vásquez, 2004). Por otro lado, las personas de edad generalmente son concebidas sólo como una carga para los sistemas de salud y con frecuencia sufren de discriminación por su edad y nivel de ingreso.

En ese sentido, un cierto nivel de salud física y mental, son requisitos necesarios para poder participar activamente en la vida civil, social, política y económica de un país al igual que el ejercicio de ciertos derechos humanos y libertades en función de que las personas mayores para que puedan alcanzar un verdadero bienestar y su plena realización como ciudadanas de conformidad con las Constituciones Nacionales.

Dentro de los instrumentos jurídicos sobre el derecho de las personas mayores, encontramos el Protocolo de San Salvador, el cual establece normas, cuyo cumplimiento, aunque sea progresivo, debería dar origen a una base mínima de reconocimiento y ejercicio del mismo para este grupo poblacional, incluyendo la atención médica especializada.

A nivel internacional, en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General N° 6 de 1995, el Comité ha dicho que para ejercer el derecho a la salud en la vejez han de disponerse de todos los medios necesarios para vivir de manera digna la última etapa de la vida, incluyendo la atención a los enfermos terminales. Y, en su Observación General N° 14 de 2000, reafirma la importancia de un enfoque integrado de salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos, medidas de rehabilitación física y psicológica destinada a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores, y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores y permitiéndoles morir con dignidad.

Estos elementos han sido la base de las recomendaciones de la Declaración de Brasilia, adoptada en la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, realizada en diciembre de 2007 donde, entre otros aspectos, se incorporan recomendaciones con relación al derecho de salud de las personas mayores:

- a) Realizar intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad en situación de discapacidad.
- b) Tomar en cuenta los efectos del VIH/SIDA en las personas de edad, tanto en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo como en cuanto al valioso aporte que realizan en el cuidado de los integrantes de su familia cuando son afectados por la epidemia, así como su papel de promotores de la creación de un ambiente positivo y libre de estigma y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA.

- c) Impulsar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, de acuerdo con las políticas públicas de cada país, y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad.
- d) Crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad.
- e) Brindar cuidados paliativos a las personas de edad que padecen enfermedades en fase terminal prestando apoyo a sus familiares, y que los profesionales sean lo suficientemente sensibles y competentes para percibir el sufrimiento y aliviarlo mediante intervenciones, en consonancia con la asistencia espiritual requerida por la persona de edad.

En 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Albanece, 2011). En sus recomendaciones, se reconocen tres prioridades para la acción: las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores.

En este Plan, se señalan varias cuestiones clave que siguen siendo pertinentes en 2015. Se trata de cuestiones como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; prestar los servicios adecuados a las personas mayores con discapacidad (un tema tratado en la orientación prioritaria relativa a la salud); proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores (tema tratado en la orientación prioritaria relativa al entorno). El

Plan también hace hincapié en la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido.

En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento Envejecimiento Activo como marco político. En este se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías.

El marco político de la OMS se reconocen seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud:

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida.
- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Estos documentos se inscriben en el marco jurídico internacional conformado por las normas internacionales de derechos humanos expresando una serie de condiciones para la salud y el desarrollo:

- 1) Celebran el aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad como recursos importantes para el desarrollo futuro.

- 2) Destacan las habilidades, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, así como las contribuciones que hacen.
- 3) Indican una amplia variedad de ámbitos en que las políticas pueden favorecer estas contribuciones y garantizar la seguridad en la edad avanzada.

Ambos documentos subrayan la importancia de la salud en esta etapa de la vida, tanto por el bien de la propia persona como por los beneficios instrumentales de propiciar la participación de las personas mayores y los beneficios que esto, a su vez, puede tener sobre la salud.

Sin embargo, en un estudio reciente sobre los progresos realizados a nivel mundial desde 2002, que abarcó a más de 130 países, se señaló que “en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene prioridad baja”; “se registran bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores”; y “la atención y el apoyo a los cuidadores..” no es un objetivo prioritario de la acción gubernamental sobre el envejecimiento.” (OMS, 2015)

En esta dirección, podemos observar que Venezuela ha tenido transformaciones políticas significativas que el Estado ha llevado a cabo, en virtud de los cambios introducidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).

PROTECCIÓN DEL ESTADO VENEZOLANO EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR DESDE EL MODELO DE DESARROLLO SUSTENTABLE

El ordenamiento jurídico venezolano en materia de protección social a las personas de la tercera edad, y el desarrollo sustentable, consagran un conjunto normativo, el cual vale la pena considerar, pues existen una variedad de instrumentos legales que regulan la materia.

2.1. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999, dispone en su artículo 2 que:

Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político.

En este mismo orden de ideas, el artículo 3 señala que: El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados por esta Constitución (...).

Con base a lo expuesto, la Carta Magna defiende el postulado de que todas las personas son iguales ante la ley (artículo 21) y, en consecuencia, no se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, el sexo, el credo, la condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos y libertades de toda persona y para ello la ley garantizará las condiciones jurídicas y administrativas para que la igualdad ante la ley sea real y efectiva; adoptará medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables; protegerá especialmente a aquellas personas que por alguna de las condiciones antes especificadas, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

En el Capítulo V: De los derechos sociales y de las familias, el artículo 75 destaca el rol que se le otorga a la familia al establecer que “El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia”.

En ese mismo capítulo, el artículo 80 contempla que El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida.

El Artículo 81 tiene mucha importancia desde la perspectiva del proceso de envejecimiento al enunciar que: “Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, les garantizará el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias, y promoverá su formación, capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones, de conformidad con la ley”.

En función de la protección a este grupo social el Artículo 82 contempla el derecho de toda persona a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias. La satisfacción progresiva de este derecho es obligación compartida entre los ciudadanos y el Estado en todos sus ámbitos. En ese mismo orden de ideas indica que el Estado dará prioridad a las familias y garantizará los medios para que éstas y especialmente las de escasos recursos, puedan acceder a los beneficios de las políticas sociales.

El derecho a la salud desarrollado en el artículo 83, como un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida, para lo cual promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, pues todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. Con respecto a la garantía del derecho a la salud, en el Artículo 84 se desarrolla lo relativo al sistema público de salud el cual le dará prioridad a la promoción de la salud y a

la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Este aspecto es vital en el proceso de envejecimiento saludable.

Sin lugar a dudas, especial importancia tiene el artículo 86 de la Carta Magna, pues consagra el derecho de toda persona a tener la protección que brinda el Sistema de Seguridad Social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección, entre otras contingencias, frente a la vejez, así como ante cualquier otra circunstancia de previsión social.

En este orden de ideas, el artículo 135 dispone de manera expresa que las responsabilidades que corresponden al Estado en virtud de la solidaridad social y asistencia humanitaria, no excluyen a las que correspondan a los particulares según su capacidad, poniendo de manifiesto el papel determinante que juegan los distintos actores sociales, públicos y privados, individuales y colectivos como participantes activos en la garantía de protección de aquellos sujetos que por razones diversas atraviesen un estado de necesidad producto de la ocurrencia de contingencias sociales, entre ellas, la vejez.

2.2. Los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo ratificados por Venezuela en materia de Protección Social a la Vejez.

El artículo 23 de la CRBV le da a los tratados, pactos y convenciones relativos a los derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela, jerarquía constitucional y prevalecerán en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas en la Carta Magna y en las leyes de la República. Encontramos, dentro de la multiplicidad de Convenios de la OIT: el 102, el 118 y el 128, los cuales tienen especial relevancia en materia de regulación del sistema y específicamente en cuanto a la protección del adulto mayor y regulación de las Prestaciones de Vejez.

2.3. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS)

Dentro de la jerarquía, este instrumento en su artículo 17, contempla que el Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a la salud y las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes, cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales; pérdida involuntaria del empleo; desempleo; vejez; viudedad; orfandad; vivienda y hábitat; recreación; cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley. El alcance y desarrollo progresivo de los regímenes prestacionales contemplados en esta Ley se regula por las leyes específicas relativas a dichos regímenes. En dichas leyes se establecerán las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a las personas discapacitadas, indígenas, y a cualquier otra categoría de personas que por su situación particular así lo ameriten y a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social en general.

El Artículo 18. Destaca las prestaciones del Sistema de Seguridad Social garantizando la promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluye la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación; oportuna, adecuada y de calidad; la protección integral a la vejez y las pensiones por vejez, sobrevivencia y discapacidad.

Con relación al derecho a la salud de los adultos mayores, la LOSSS consagra en su Artículo 19 una estructura donde se contemplan los sistemas prestacionales de Salud, y de Previsión Social. El Sistema Prestacional de Salud, tendrá a su cargo el Régimen Prestacional de Salud mediante el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud. Sistema Prestacional de Previsión Social (Artículo 20) y el Sistema Prestacional de Previsión Social, tendrá a su cargo los regímenes prestacionales siguientes: Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas; Empleo; Pensiones y Otras Asignaciones Económicas; y Seguridad y Salud en el trabajo (Artículo 21).

El Régimen Prestacional de Salud tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional. Este Régimen y el componente de restitución de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se gestionarán a través del Sistema Público Nacional de Salud; desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida, abarcando la protección de la salud desde sus determinantes sociales; la rehabilitación; la educación y prevención de enfermedades y accidentes y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones. Las diversas tecnologías y modalidades terapéuticas serán económica, científica y socialmente sustentables y reguladas por el órgano de adscripción al ministerio competente en salud.

El Sistema Público Nacional de Salud integra todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con recursos fiscales o parafiscales, de manera descentralizada, intergubernamental, intersectorial y participativa en lo que respecta a la dirección y ejecución de la política de salud, bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de salud en el marco de competencias concurrentes entre las instancias nacional, estatal y municipal que fije la ley que regula el Régimen Prestacional de Salud, con capacidad de actuación en todos los ámbitos de la acción sanitaria pública o privada dentro del territorio nacional. En este mismo orden, el artículo 55 establece que es obligación de todos los poderes públicos, de los diferentes entes prestadores de salud públicos y privados, y de la sociedad, garantizar el derecho a la salud, su protección y cumplimiento. En virtud de su relevancia pública, las comunidades organizadas tienen el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de políticas específicas en las instituciones públicas de salud.

Por su parte el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas tiene por objeto garantizarles atención integral, a fin de mejorar y mantener su calidad de vida y bienestar social bajo el principio de respeto a su dignidad humana.(Artículo 58)

Este Régimen Prestacional, comprenderá como prestaciones, programas y servicios:

1. Asignaciones económicas permanentes o no, para los adultos mayores con ausencia de capacidad contributiva.
2. Participación en actividades laborales acordes con la edad y estado de salud.
3. Atención domiciliaria de apoyo y colaboración a los adultos mayores que lo requieran.
4. Turismo y recreación al adulto mayor.
5. Atención institucional que garantice alojamiento, vestido, cuidados médicos y alimentación a los adultos mayores.
6. Asignaciones para personas con necesidades especiales y cargas derivadas de la vida familiar. Cualquier otro tipo de programa o servicio social que resulte pertinente de acuerdo a la ley respectiva Integración y coordinación institucional.(artículo 59).

El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas estará bajo la rectoría del ministerio con competencia en servicios sociales al adulto mayor y otras categorías de personas; su gestión se realizará a través del Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER). El Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas se regirá por las disposiciones de la presente Ley y por la ley que regula el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. (Artículo 62).

2.4. La Ley de Servicios Sociales publicada en la Gaceta Oficial N° 38.270 del 12 de septiembre de 2005.

Esta Ley tiene por objeto definir y regular el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, de

conformidad con los principios establecidos en la CRBV, la LOSSS y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por la República. Dicha Ley regula las relaciones jurídicas entre las personas naturales o jurídicas así como los órganos y entes contemplados en ella, estableciendo la vinculación con los demás regímenes prestacionales que integran el Sistema de Seguridad Social, por el acaecimiento de las contingencias objeto de su protección (artículo 2).

En cuanto a su ámbito de aplicación personal, es bastante amplio, y ampara a los Adultos Mayores, es decir aquellas personas con 60 o más años de edad, venezolanos o extranjeros, residenciados legalmente en el país, con ausencia de capacidad contributiva, siempre y cuando no se encuentren amparados por otro régimen previsional, a quienes se les garantiza atención integral, pero adicionalmente, de igual forma cubre a aquellos menores de 60 años de edad, que se hallen en estado de necesidad y no cubiertos por otras leyes, instituciones y programas del Sistema de Seguridad Social, de conformidad con lo previsto en la Ley.

La Ley de Servicios Sociales se presenta entonces como el instrumento normativo que procura una integración social del individuo, entendida ésta como un proceso de desarrollo de capacidades y creación de oportunidades en los órdenes económico, social y político para que los individuos, familias o grupos sujetos de protección, puedan reincorporarse a la vida comunitaria con pleno respeto a su dignidad, identidad y derechos sobre la base de la igualdad y equidad de oportunidades para una vida activa y productiva.

Es evidente que este novedoso estatuto legal garantiza a las personas amparadas, sin discriminación alguna, los derechos humanos así como los de carácter civil, de nacionalidad y ciudadanía, los políticos, sociales, de la familia, culturales, educativos, económicos, ambientales en los términos y condiciones establecidos en la Constitución Nacional, las leyes y los tratados, pactos y convenciones, suscritos y ratificados por la República Bolivariana de Venezuela.

En este mismo sentido, se dispone que el Estado, la familia y la sociedad, se integrarán corresponsablemente para mejorar la calidad de

vida de los ciudadanos protegidos por la Ley, mediante su incorporación efectiva a programas, servicios y acciones que faciliten, de acuerdo a sus condiciones, el acceso a la educación, el trabajo de calidad, la salud integral, la vivienda y hábitat dignos, la participación y el control social, la asistencia social, las asignaciones económicas según sea el caso, la asistencia jurídica y la participación en actividades recreativas, culturales y deportivas.

De igual forma, y con la finalidad de garantizar el mejor desempeño posible en la vida activa de las personas adultas mayores, el Sistema de Seguridad Social velará porque los órganos y entes nacionales, estatales y municipales responsables de las infraestructuras y urbanismos públicos y privados, promuevan y obliguen el cumplimiento de las normas reglamentarias generales que permitan incorporar elementos y disposiciones dirigidas a la garantía de la mayor autonomía posible de las personas protegidas por la Ley (artículo 66).

Asimismo, y con el ánimo de garantizar una protección integral, la Ley dispone que los establecimientos donde se alojen los adultos mayores deberán contar con una planta física iluminada y aireada, con espacio para la incorporación voluntaria a actividades productivas, deportivas y culturales, provista de todos los servicios y adaptaciones necesarias para el cuidado de la salud integral, la higiene y la seguridad de los residentes, y el Estado creará centros o espacios especiales de atención para las personas cubiertas por esta Ley, que representen riesgo o peligro inminente para la salud o integridad física del resto de los residentes de dichos establecimientos.

2.5. Ley del Seguro Social (LSS)

En favor de la Protección en la Vejez es el instrumento jurídico que durante décadas ha regido y continua rigiendo (incluso antes de la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral del año 1997), las situaciones y relaciones jurídicas derivadas con ocasión de la protección de la Seguridad Social a sus beneficiarios, ante las contin-

gencias de maternidad, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro, cesantía y, por supuesto, la vejez.

El Seguro Social, institución de naturaleza previsional y figura central del Sistema de Seguridad Social Venezolano, ofrece atención integral a los Adultos Mayores beneficiarios, mediante la asistencia médica integral, a la que tienen derecho los pensionados por vejez y los miembros de su familia, siempre y cuando reúnan los requisitos establecidos por la Ley y el Reglamento (artículo 7). Aun cuando por disposición del Ejecutivo Nacional en materia de salud la cobertura es universal.

2.6. Marco Jurídico del Desarrollo Sustentable

El texto de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) de 1999 se compromete a propiciar un desarrollo sustentable, en su Título III, Capítulo IX, “De los Derechos Ambientales” establece los derechos y deberes de los venezolanos con referencia al mantenimiento de un ambiente “seguro, sano y ecológicamente equilibrado”, protegiendo “la diversidad biológica, los recursos genéticos, los procesos ecológicos, los parques nacionales y monumentos naturales y demás áreas de especial importancia ecológica”, estableciendo la obligación del Estado en fomentar la participación comunitaria (Artículo 127). Por otra parte, en su artículo 128 dispone que se desarrolle una política de ordenación territorial, atendiendo a realidades ecológicas, geográficas, demográficas socioculturales y económicas, como marco fundamental del Desarrollo Sustentable.

Finalmente, en el artículo 129, ordena que toda actividad humana, susceptible a generar daños al ambiente deberá ser acompañado previamente por un estudio de impacto ambiental y sociocultural. Además establece que en cualquier contrato de aprovechamiento de recursos naturales que celebre o permiso que otorgue la República, se considera tácitamente la obligación de conservar el equilibrio ecológico, la transferencia tecnológica y la restauración de alteraciones.

El mandato constitucional indica que debemos conducir al país hacia la maximización del bienestar colectivo, expresado en la ampliación de la democracia, mayor seguridad social, crecientes fuentes de trabajo, alto valor agregado nacional, mejor nivel de vida y mayor soberanía del país. Tales resultados deben garantizar la solidez, dinamismo, sustentabilidad, permanencia y equidad del crecimiento económico, que se traducirá en una justa distribución de la riqueza nacional, generada por una planificación de carácter estratégico, que democráticamente incorpore la participación colectiva, mediante la consulta abierta.

En la Ley Orgánica del Ambiente (Gaceta Oficial N° 5.833, de fecha 22/12/ 2006) se define el desarrollo sustentable como un “proceso de cambio continuo y equitativo para lograr el máximo bienestar social, mediante el cual se procura el desarrollo integral, con fundamento en medidas apropiadas para la conservación de los recursos naturales y el equilibrio ecológico, satisfaciendo las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las generaciones futuras».

En esta dirección, tenemos como marco jurídico la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (Gaceta Oficial N° 37.600, de fecha 30 de diciembre de 2002) que tiene dentro de su objeto “hacer efectivo el derecho a la seguridad social por parte de las personas sujetas a su ámbito de aplicación, como servicio público de carácter no lucrativo, de conformidad con lo dispuesto en la CRBV y en los tratados, pactos y convenciones sobre la materia, suscritos y ratificados por Venezuela”, y como fin, garantizar a las personas comprendidas en su campo de aplicación, la protección adecuada frente a las contingencias y en las situaciones que se contemplan en la misma, promoviendo el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y su bienestar, como elemento fundamental de política social.

2.7 Plan de la patria, Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019.

En el segundo gran objetivo histórico, sustenta el Estado Social y Democrático, de Derecho y de Justicia, con el fin de seguir avanzando en

la plena satisfacción de las necesidades básicas para la vida de nuestro pueblo: la alimentación, el agua, la electricidad, la vivienda y el hábitat, el transporte público la salud, la educación, la seguridad pública, el acceso a la cultura, la comunicación libre, la ciencia y la tecnología, el deporte, la sana recreación y al trabajo digno, liberado y liberador.

2.8. Plan Nacional de Salud

Establece las estrategias para desarrollar la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el derecho a la salud para el período 2014-2019. En este se asume la Red Integrada de Salud como la estrategia de construcción de la nueva organización en salud y el mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), a partir de las necesidades de la población y que se articula con el desarrollo del Poder Popular en coherencia con los mandatos del Plan de la Patria.

Por ser una necesidad humana y un derecho fundamental, la salud tiene que ser considerada como un bien de interés público, es decir, garantizada por el Estado y la sociedad en forma conjunta donde lo público se integra con lo privado; en segundo lugar, promover la salud como desarrollo de las capacidades para el ejercicio de la autonomía de los individuos y del colectivo incluyendo las políticas y acciones educativas para la calidad de vida, la protección de la vida, la prevención de enfermedades, la asistencia curativas en tiempos oportunos y adecuados, y el acceso universal a los servicios básicos.

La construcción de este sistema implica recuperar procesos colectivos de interacción donde el Estado, la sociedad y la familia de forma responsable confluyan en garantizar la calidad de vida y la salud. Esto implica generar nuevos mecanismos de coordinación intergubernamental que permitan la negociación y concertación de políticas, programas y proyectos entre el gobierno nacional, gobierno estatal y municipal. La participación ciudadana en la conformación de este sistema será de vital importancia para la incorporación en el diseño y gestión de los puntos que integran la agenda pública de salud y por último el fortalecimiento del Ministerio del Poder Popular para la Salud como rector de la política de salud.

CUADRO N° 1
Protección del Estado del derecho a la salud de los adultos mayores
y el desarrollo sustentable

Protección al Adulto Mayor y Desarrollo Sustentable	Instrumentos
Leyes	Constitución Nacional (1999)
	Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social(LOSSS)
	Ley de Servicios Sociales
	Ley del Seguro Social
	Ley Orgánica del Ambiente
Convenios Internacionales	Convenio 102 sobre Seguridad Social (Norma Mínima) Convenio 118 relativo a la Igualdad de Trato de Nacionales y Extranjeros en Materia de Seguridad Social Convenio 128 relativo a las Prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobrevivientes (1967)
Planes	Plan de la Patria, (Segundo plan socialista de desarrollo económico y social de la nación, 2013-2019) Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018.

Fuente: Elaboración Propia. (Diciembre 2015)

SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la in-

fancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores. (OMS, 2015).

Estas tendencias, combinadas con las caídas importantes en la fertilidad que se registran en casi todos los países, comienzan a repercutir considerablemente en la estructura de las poblaciones y son, en gran medida, previsibles. Sabemos que se producirá una transición demográfica hacia poblaciones de mayor edad, y podemos hacer planes para aprovechar al máximo esta situación.

El crecimiento demográfico sostenido en Latinoamérica en el siglo XX parece ir en declive en este siglo tras arribar un período de envejecimiento en el continente durante los últimos cien años, advierte la CEPAL que a partir de 2050, América Latina tendrá un descenso en la población y llegará a 687 millones en 2100. (CEPAL, 2014)

El número de habitantes en Latinoamérica y el Caribe se elevó de 161 millones en 1950 a 512 millones en el año 2000, un habitante de la región ganó en promedio más de 23 años en la duración de su vida, un incremento de casi 4 años por cada década transcurrida, hasta alcanzar la esperanza de vida promedio actual de casi 75 años, y las proyecciones para este siglo prevén un aumento sólo de cien millones de personas. “Las principales modificaciones se observarán en la estructura por edad de la población debido al avance del proceso de envejecimiento”, explicó la Cepal. En las seis décadas, la esperanza de vida para latinos y caribeños se incrementó 23 años, pero en el siglo actual esa brecha se acortó a la mitad.

En el contexto mundial, el incremento de la esperanza de vida regional ha sido notable. La distancia con los países más desarrollados se redujo a la mitad en el período señalado. De una mediana de la esperanza de vida de 55,7 años en 1950-1955, más de 10 años inferior a la mediana de las regiones desarrolladas, se llegó a un valor de 74,7 años en la actualidad, inferior en alrededor de cinco años a la de las regiones desarrolladas.

El aumento de la esperanza de vida en América Latina y el Caribe se ha logrado en buena medida por la reducción de la mortalidad en las

edades tempranas, sobre todo de la mortalidad infantil. La reducción de la mortalidad en la infancia ha sido un logro generalizado en la región y, como resultado, se observa una marcada convergencia hacia niveles bajos de esta variable. Sin embargo, es necesario señalar que aún persisten diferencias significativas, relacionadas con las limitaciones diferenciales que impone la situación de pobreza e inequidad prevaleciente en la región.

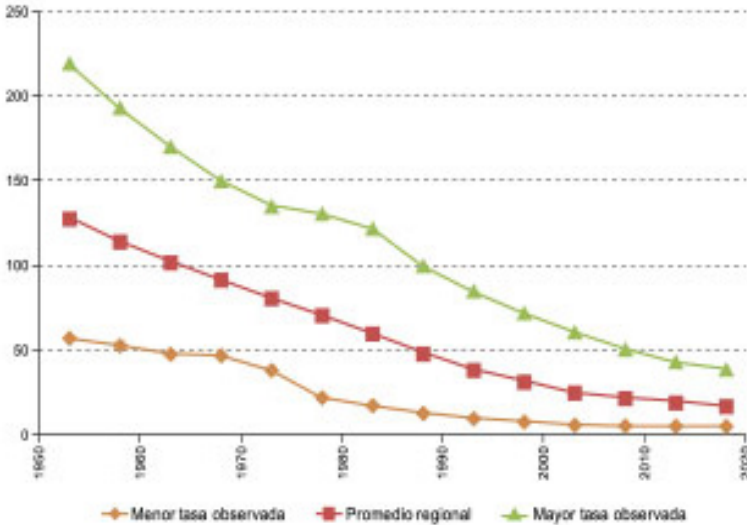
Dentro de los países se mantienen brechas significativas entre las zonas urbanas y rurales y entre grupos socioeconómicos y de población. Hacia 2010, la mortalidad infantil de las zonas rurales era 1,4 veces la de las zonas urbanas (CEPAL, 2010), y en algunos países, como Panamá y Perú, esa distancia era de casi tres veces. Las diferencias según el nivel educativo siguen siendo muy marcadas: dentro de la región hay países en los que la sobremortalidad de los hijos de las madres de menor nivel educativo llega a representar cinco veces la de los hijos de aquellas con mayor nivel de escolaridad.

La población indígena registra sistemáticamente los niveles más altos de mortalidad infantil en comparación con otros grupos de la población de los respectivos países. En Ecuador, Panamá, Paraguay y Venezuela (República Bolivariana de) los niños indígenas tienen probabilidades de morir antes de cumplir un año entre dos y tres veces mayores que la de los niños no indígenas.

Las estimaciones y proyecciones de población de la revisión 2014 indican un panorama totalmente diferente de lo proyectado en 1990. Se estima que la tasa de mortalidad infantil de la región en 2015 será de 19 defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Existe una diferencia marcada entre las cifras proyectadas en 1990 y las estimadas en 2014: en 11 países, la mortalidad infantil estimada en 2014 es un 30% inferior a lo proyectado en 1990, destacándose el caso de Perú, con una mortalidad un 65% más baja que la esperada para 2015.

GRAFICO N°1

América Latina: evolución de la tasa de mortalidad infantil y menor y mayor tasa observada por quinquenio, 1950-2020



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de población, revisión 2014.

Respecto a la tasa de natalidad, que se situaba entre unos de los más altos del mundo, redujo el nivel menor a 2,2 hijos por mujer en este quinquenio (últimos 50 años) en cuanto a la tasa global. Se prevé que para 2040 la tasa global de fecundidad sea menor a tres hijos por mujer en todos los países de América Latina y el Caribe.

Según este análisis, la convergencia conjunta de casi todos los países hacia niveles bajos de fecundidad y hacia una esperanza de vida prolongada nos permiten prever las proyecciones demográficas de América Latina y el Caribe.

En Venezuela el proceso de transición demográfica a partir de un rápido descenso de la mortalidad, en el quinquenio 1950-1955, la tasa bruta

de mortalidad se ubicaba en 12,4 por cada mil habitantes y en promedio la población vivía 55,2 años, ya en la primera mitad de la década de los setenta el nivel de mortalidad general era del orden de 6,6 por mil y la esperanza de vida al nacimiento había aumentado a 66,1 años, indicando una ganancia de 11 años en el transcurso de este período.

Según las estimaciones, a inicios del presente siglo la tasa bruta de mortalidad arriba a 5,1 por cada mil habitantes y los venezolanos vivían en promedio 6,7 años más. (Brienza, 2009).

CUADRO N° 2
Venezuela. Indicadores de la dinámica demográfica.
1950- 2035

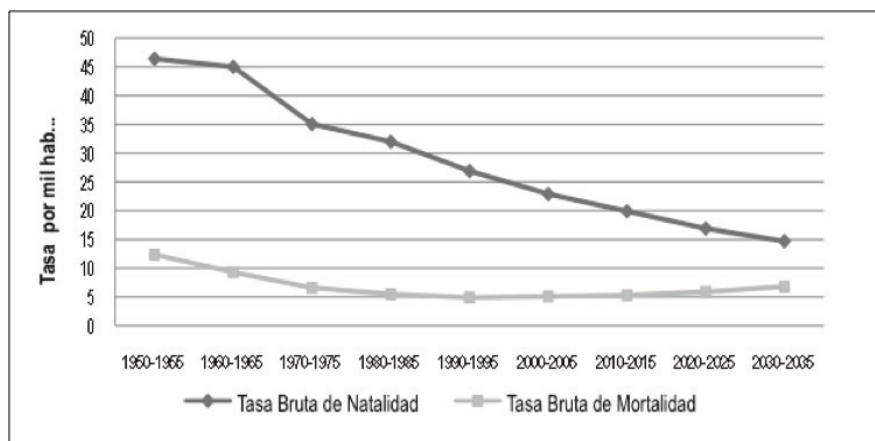
Indicadores	1950-	1960-	1970-	1980-	1990-	2000-	2010-	2020-	2030-
	1955	1965	1975	1985	1995	2005	2015	2025	2035
Fecundidad									
Nacimientos anuales (en miles)	263	375	411	519	563	582	595	574	548
Tasa bruta de natalidad (por mil)	46,4	45,0	35,1	32,0	26,9	22,9	19,9	16,9	14,7
Tasa global de fecundidad	6,5	6,7	4,9	4,0	3,3	2,7	2,4	2,2	2,0
Mortalidad									
Muertes anuales (en miles)	70	77	77	89	102	130	159	199	255
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	12,4	9,3	6,6	5,5	4,9	5,1	5,3	5,9	6,8
Esperanza de vida al nacer	55,2	61,0	66,1	68,8	71,5	72,8	74,7	76,3	77,8
Migración									
Migración anual (en miles)	34	5	68	15	0	0	0	0	0
Tasa de migración (por mil)	6,0	0,6	5,8	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Crecimiento									
Tasa de crecimiento natural (por cien)	3,4	3,6	2,9	2,7	2,2	1,8	1,5	1,1	0,8
Tasa de crecimiento total (por cien)	4,0	3,6	3,4	2,8	2,2	1,8	1,5	1,1	0,8

Fuente: CEPAL-CELADE. Proyecciones de Población. América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico. 2007.

Las mejoras en el campo de la salud también han generado cambios en el nivel de la fecundidad, en un período de diez años el nivel de la tasa bruta de natalidad se redujo en 22% y las mujeres tenían al final de su vida reproductiva en promedio 1,7 hijos menos, tres décadas después (2000-2005), el valor de la tasa de natalidad se ubica en 22,9 por cada mil habitantes, señalando una disminución del orden de 35% y se reduce en 2,2 hijos el tamaño final de la familia.

De seguir esta tendencia en la dinámica poblacional, en apenas 20 o 25 años más (2030-2035) la esperanza de vida al nacimiento de los venezolanos arribará a 77,8 años en promedio, la tasa bruta de natalidad descenderá a 14,7 por mil habitantes y el país mostrará una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, es decir, el número promedio de hijos que se tendrá no será suficiente para reemplazar ambos padres (1,97 hijos).

CUADRO N° 3
Venezuela. Evolución de la mortalidad y la natalidad
1950- 2035



Fuente: CEPAL-CELADE. Proyecciones de Población. América Latina y el Caribe. Observatorio Demográfico. Año II. No 3 Abril. 2007.

El estudio de estas proyecciones tiene una importancia fundamental a los efectos del derecho a la salud y el desarrollo. Estos indicadores

permiten valorar el nivel de salud con el que cuenta el ser humano y si existen las condiciones mínimas indispensables para que pueda vivir una vida saludable y longeva. En función de este estudio se seleccionaron algunos que tienen que ver con los indicadores de salud básica y de cobertura sanitaria, con base a las dimensiones del desarrollo sustentable y el derecho a la salud.

Transición demográfica

Según las Proyecciones de los resultados preliminares del censo 2011, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población venezolana crece a un ritmo anual alrededor de 14,6 por mil habitantes (2010-2015) y de continuar las tendencias actuales, para el 2015-2020 aun podría crecer anualmente 12,88 por cada mil habitantes. La fecundidad, aunque tiende a reducirse a nivel nacional (alrededor de 2.5 por mujer en edad fértil para 2007¹), es más alta en aquellos estados con menor desarrollo económico social y en los grupos sociales más pobres y con menor nivel educativo.

Progresivamente se ha reducido la proporción de menores de 15 años y aumentado la proporción de población en edad productiva (15 a 65 años). Esto, a la vez que representa una “ventana de oportunidad” en términos del desarrollo de las fuerzas productivas del país (bono demográfico), representa importantes desafíos desde la perspectiva de salud. Ello demanda asegurar capacidades y estrategias para la atención integral del perfil en cuanto a los problemas de salud. (Ver gráfico No 2).

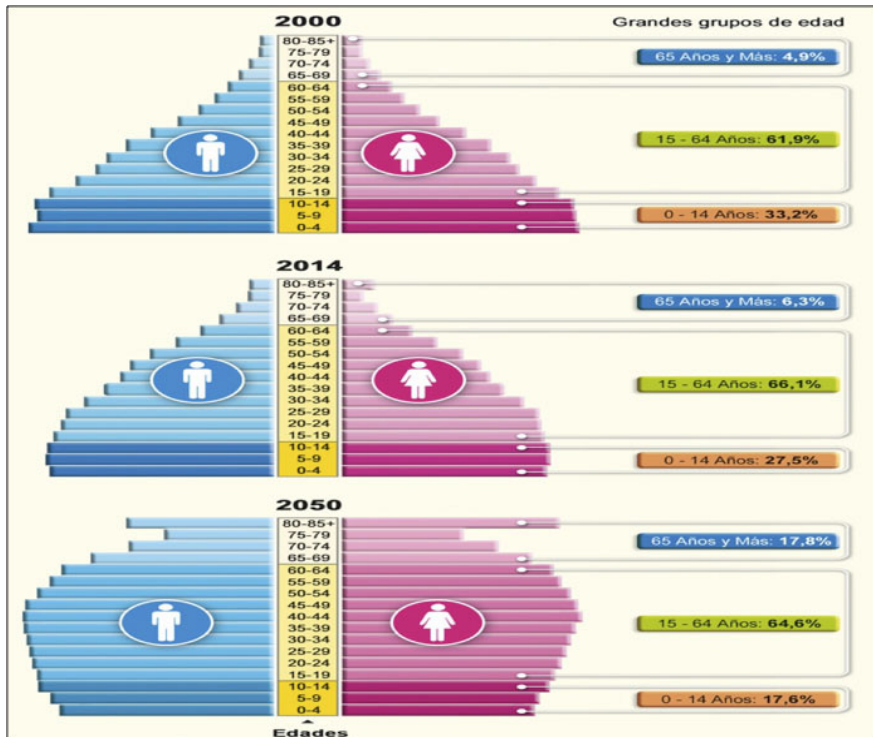
Inversión social

Según los datos del Sistema Integrado de Indicadores para Venezuela (SISOV) en Venezuela la inversión pública social como porcentaje del PIB mantuvo un crecimiento sostenido durante estos años, especialmente a

1 Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2008.

GRAFICO N°2

República Bolivariana de Venezuela. Estructura de la población 2000-2050



Nota: proyecciones segundo trimestre del año 2013, con base en Censo 2011. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

partir de 2006 que fue de 22,3 de la inversión pública total. La inversión pública en salud en el 2006 alcanzó el 4,4 del PIB y en el 2012 el 4,5, en el 2013 bajó a 3,9. Esto se ha reflejado en la mejora significativa de indicadores que dan cuenta de los avances sociales. Muestra de ellos es que a partir del año 2003 el porcentaje de hogares en condiciones de pobreza se redujo de más de 55,1% a 21,2%, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), y el porcentaje de hogares en pobreza extrema pasó de 25% a 6%. Esta reducción se ha alcanzado por la aplicación de políticas acertadas que atienden directamente las necesidades más sentidas y prioritarias del pueblo venezolano.

No obstante los avances logrados en la reducción de la pobreza, aun persisten desigualdades en la situación de salud que necesitan ser superadas. Hay variaciones importantes según el sexo, según los territorios, clase social y étnias. Las inequidades sociales aun son un importante determinante de la situación de salud. Según la CEPAL en el documento sobre el Panorama Social de América Latina 2014, en la República Bolivariana de Venezuela, la tasa de pobreza aumentó 6,7 puntos porcentuales entre 2012 y 2013 (del 25,4% al 32,1%) y la tasa de indigencia 2,7 puntos porcentuales (del 7,1% al 9,8%) en el mismo período.

Indicadores de Salud Básica:

Al realizar un análisis puntual de cada uno de los indicadores, encontramos que para el año 1999, la esperanza de vida al nacer en Venezuela era de 72,1 años, se elevó 2,2 años, para el año 2011 fue de 74,3.

La tasa de fecundidad descendió de 3,23 en 1990 a 2,45 en el 2011, y la tasa de mortalidad infantil pasó de 25,38 en 1990 a 14,78 en el 2011. (Ver cuadro N° 4)

Reducción de las enfermedades transmisibles y no transmisibles

En el Anuario de Mortalidad 2012, Septiembre 2014, del Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela las cinco primeras causas de mortalidad son: Enfermedades del corazón, con 20,58% del total de muertes; Cáncer con 15,41%; Enfermedades cerebrovasculares con 7,64%; Suicidios y homicidios con 7,24% Diabetes con 7,11%.

En cuanto al perfil de mortalidad, las enfermedades crónicas no transmisibles ENT, enfermedades del sistema circulatorio, tumores (neoplasias), diabetes mellitus y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representan 57,12% de la mortalidad; 4% corresponde a enfermedades infecciosas y parasitarias y 20,46% a causas externas de morbilidad y mortalidad, por lo que la transición epidemiológica en el país

CUADRO N° 4
Estadísticas demográficas, según principales indicadores, 1990-2011

Principales Indicadores	1990	2011
Habitantes/Km ²	21,53	31,95
Esperanza de Vida	70,92	74,30
Hombres	68,09	71,40
Mujeres	73,91	77,37
Tasa de Fecundidad	3,23	2,45
Tasa de Mortalidad Infantil <u>1/</u>	25,38	14,78

Nota: - Proyección base censo 1990 - Las proyecciones de la mortalidad infantil están basadas en datos provenientes del Censo 2001, Encuesta Nacional de Población y Familia 1998 (ENPOFAM 98) y registros de nacimientos y defunciones correspondientes al año 2001 y años anteriores. No se incorpora para su estimación datos registrados a partir del año 2002, por lo tanto no refleja el impacto de políticas sociales y económicas realizadas en los últimos diez años.

1/: Por cada 1.000 nacidos vivos registrados

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

se mantiene, al prevalecer la carga de mortalidad por enfermedades de carácter crónico, causas externas y enfermedades infecciosas.

Al examinar la mortalidad por grupos de edad, en los adultos de 45 a 64 años el cáncer (24,75%), las enfermedades del corazón (22,81%) y la diabetes (9,55%) son las principales causas de mortalidad y, finalmente, en los adultos mayores de 65 años y más siguen falleciendo por enfermedades del corazón, cáncer y diabetes. (Anuario de Mortalidad, 2012)

Según el Instituto Nacional de Nutrición: En Venezuela, la prevalencia de malnutrición por exceso en edades de 18 a 40 años es de 55,95% (sobrepeso 29,52%, obesidad 23,65%, obesidad mórbida 1,78%) y sedentarismo 43,67% (INN, 2012). Se consideran como factores de riesgo más importantes para las ENT: hipertensión arterial, colesterol alto en sangre, escasa ingesta de frutas y hortalizas, sobrepeso u obesidad, inactividad

física y el hábito de fumar, de los cuales 5 de estos se encuentran estrechamente relacionados con la mala alimentación y con el sedentarismo (OMS, 2012).

La diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyen importantes desafíos para las redes de atención en salud. Más que episodios agudos constituyen una característica que acompaña a la persona durante toda su existencia, haciendo necesaria una atención continuada a lo largo del ciclo de vida, que acompañe desplazamientos por cambios de residencia o trabajo. Además, demanda la disponibilidad de atenciones y exámenes complejos cuya accesibilidad debe ser asegurada por el sistema de salud en forma permanente. El 67,8% de las muertes por diabetes y el 87,4% por enfermedades cardiovasculares ocurrieron después de los 65 años, con seguridad en la mayoría de los casos después de 20 años o más años de evolución. (Flores, 2008). (Ver cuadro N° 5)

Indicadores de Cobertura Sanitaria

Modalidad de organización del Sistema de Salud

Según el Observatorio Gasto Público CEDICE en el Reporte II del año 2014, en Venezuela, la estructura del sistema de salud se encuentra distribuida en cuatro sectores, tres de éstos, están conformados por establecimientos y servicios de salud que provee, presta y financia directamente el Estado con altos niveles de fragmentación, en lo que se refiere a su rectoría, dirección, coordinación, planificación y financiamiento. El sector de las clínicas y centros privados, de mucho menor tamaño y con menos cobertura que la del sector público. (Ver Cuadro N° 6)

Este cuadro nos evidencia un sistema caracterizado por la multiplicidad de entes con competencias en salud, lo que se traduce en debilidades para asegurar la atención continua durante el ciclo de vida y de los daños específicos (fragmentación) y la existencia de diversos regímenes prestacionales y modelos de atención para diferentes sectores de la población (segmentación).

CUADRO N° 5
Republica Bolivariana de Venezuela. Principales causas de muerte diagnosticada
especificada por grupos de edad y sexo, 2012.

CAUSAS DE MUERTE		Mortalidad Diagnosticada	Porcentajes (1)
(AMBOS SEXOS DE 45 A 64 AÑOS)			
1	Cáncer. (C00-C97)	8.430	24,75%
	Tumores malignos de los órganos digestivos. (C15-C26)	2.203	6,47%
	Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos incluye: oído medio. (C30-C39)	1.686	4,95%
	Tumores malignos de los órganos genitales femeninos. (C51-C58)	1.071	3,14%
2	Enfermedades del corazón (I05-I09, I11, I13, I21-I51)	7.771	22,81%
	Infarto agudo del miocardio (I21)	5.900	17,32%
	Enfermedad cardiaca hipertensiva (I11)	496	1,46%
	Enfermedad isquemica crónica del corazón (I25)	496	1,46%
3	Diabetes. (E10-E14)	3.252	9,55%
	Diabetes mellitus no insulino dependiente (E11)	2.498	7,33%
	Diabetes mellitus no especificada (E14)	672	1,97%
	Diabetes mellitus insulino dependiente (E10)	77	0,23%
(AMBOS SEXOS DE 65 A 74 AÑOS)			
1	Enfermedades del corazón (I05-I09, I11, I13, I21-I51)	6.235	27,63%
	Infarto agudo del miocardio (I21)	4.366	19,35%
	Enfermedad isquemica crónica del corazón (I25)	588	2,61%
	Enfermedad cardiaca hipertensiva (I11)	563	2,49%
2	Cáncer. (C00-C97)	5.022	22,25%
	Tumores malignos de los órganos digestivos. (C15-C26)	1.446	6,41%
	Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos incluye: oído medio. (C30-C39)	1.033	4,58%
	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos. (C60-C83)	637	2,82%
3	Diabetes. (E10-E14)	2.867	12,70%
	Diabetes mellitus no insulino dependiente (E11)	2.174	9,63%
	Diabetes mellitus no especificada (E14)	659	2,92%
	Diabetes mellitus insulino dependiente (E10)	32	0,14%
(AMBOS SEXOS DE 75 Y MAS)			
1	Enfermedades del corazón (I05-I09, I11, I13, I21-I51)	14.027	32,46%
	Infarto agudo del miocardio (I21)	9.030	19,63%
	Enfermedad cardiaca hipertensiva (I11)	1.950	4,24%
	Enfermedad isquemica crónica del corazón (I25)	1.723	3,75%
2	Cáncer. (C00-C97)	6.576	14,30%
	Tumores malignos de los órganos digestivos. (C15-C26)	1.925	4,19%
	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos. (C60-C83)	1.436	3,12%
	Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos incluye: oído medio. (C30-C39)	1.007	2,19%
3	Enfermedades Cerebrovasculares. (I60-I69)	5.957	12,95%
	Otras enfermedades cerebrovasculares (I67)	2.297	4,99%
	Hemorragia intraencefálica (I61)	1.147	2,49%
	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico (I64)	1.014	2,20%

Fuente: MPPS. Anuario de Mortalidad. 2012

CUADRO N° 6
Estructura del sistema de salud

Estructura	Tipos de establecimientos	Entes de adscripción	Fuentes de financiamiento	Usuarios
SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL	Hospitales Generales, Especializados y Maternidades Ambulatorios Urbanos y Rurales	Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) Gobernaciones / MPPS		Población de menores ingresos
SECTOR PÚBLICO ASISTENCIAL (BARRIO ADENTRO)	Centros de Diagnóstico Integral. Módulos y Consultorios Populares.	Misión Médica Cubana Fundación Barrio Adentro	Fondos de excedentes petroleros Presupuesto Nacional	
SECTOR PÚBLICO PREVISIONAL	Hospitales Ambulatorios y Clínicas Populares Hospitales	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Institutos de Previsión Social	Aportes Estado/Afiliados Trabajadores sector	Población de ingresos medios y bajos-Trabajadores sector privado y público-Trabajadores sector público.
SECTOR PRIVADO	Clínicas Privadas Consultorios Privados	Superintendencia Nacional de Costos y Precios (SUNDECOP)	Administradoras de Seguros Públicos/Ayudas del Estado Seguros Privados/ Ayudas del Estado/Pago Directo	Empleados públicos Trabajadores sector privado Población de ingresos medios y altos.

Fuente: Observatorio Gasto Público CEDICE. Elaboración Propia.

Este problema tiene varias décadas en el país, sin que hasta el momento se haya logrado un esquema de integración efectivo. Esta situación se constituye en un elemento contra la universalidad y la equidad del sistema: segmenta la población por clientelas, favorece la concentración de

recursos en los grupos de mayores ingresos por la duplicación de coberturas y crea severas limitaciones de accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios para la mayoría de la población. (Sánchez, 2010).

Acceso a los Servicios de Salud

La fragmentación en el aseguramiento, en la prestación y en el financiamiento del sistema de salud en Venezuela, como lo mencionamos anteriormente, ha generado limitaciones en el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

La red que corresponde al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ha registrado un continuo y sostenido crecimiento del número de trabajadores afiliados al Seguro Social, que se inicia con 52.318 asegurados hasta un total de 2.565.437 en el 2014 (Venezuela en Cifras, 2015).

En los años sesenta, el IVSS amplía su cobertura a los trabajadores públicos, obligando a que el Estado hiciera las cotizaciones pertinentes en calidad de patrono. Pero ya para ese entonces, las empresas del Estado y los diferentes órganos de gobierno habían desarrollado sistemas de aseguramiento propio, fundamentalmente por la vía de la contratación de seguros privados. Esto ha hecho que hoy, en el sistema de aseguramiento público existan más de 500 regímenes diferentes, de los cuales se desconocen costos y coberturas de atención. Otro aspecto a considerar en este punto es que la concentración de los centros sanitarios del IVSS en algunos estados y regiones del país y su no ampliación hacia el resto del territorio ha hecho que la cobertura de atención de este sistema sea baja. Aproximadamente sólo el 60% de los trabajadores formales cotizan al IVSS y 2 de cada 10 trabajadores contribuyentes no cotizan al seguro médico, debido a que no cuentan con establecimientos del IVSS en su zona de residencia.

El financiamiento público

En su artículo 85, la CRBV establece la obligación del Estado de garantizar un presupuesto que permita cumplir los objetivos de la política sanitaria. No obstante, Venezuela sigue presentando uno de los gastos

públicos más bajos en salud, en comparación con los esfuerzos que hacen otros países de América Latina. En Venezuela, este gasto representó 3,6 % del PIB en 2013, proporción inferior a la invertida por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, y Uruguay. (Banco Mundial, 2015)

El financiamiento público en salud no ha mejorado la accesibilidad económica a bienes y servicios sanitarios. Las transferencias públicas en bienes y servicios sanitarios no sobrepasa el 40% de los gastos en salud de los hogares venezolanos, y los presupuestos asignados a la salud pública están por debajo de 50% del gasto total en salud. Adicionalmente, son altamente deficitarios, llegan con considerable retraso a los centros y dependen en un 50% de créditos adicionales, sujetos a la disponibilidad de divisas.

Las deficiencias presupuestarias impactan directamente en la capacidad resolutive de los establecimientos, y termina siendo excluyente de los sectores que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Las fallas vinculadas a un presupuesto insuficiente: falta o escasez de insumos, cierre de servicios, falta de mantenimiento, escasez de medicamentos para pacientes hospitalizados, listas de espera para intervenciones quirúrgicas especializadas, son los principales factores para el incumplimiento del derecho a la salud. Los problemas de fraccionamiento del sistema, (agravados en los últimos años) y la ausencia de un modelo universal, efectivo y eficaz de atención a la salud, ha creado fuertes distorsiones y limitaciones en lo que se refiere a cantidades, distribución y asignación de los fondos disponibles, trayendo como consecuencia un grave debilitamiento de los servicios que presta el sector público y el aumento del gasto de los hogares en servicios del sector privado. Según estadísticas del Banco Mundial, el gasto total –incluyendo el público y el privado– en salud es bajo al ubicarse en 4,64% del PIB para 2012 (último dato disponible), mientras que en Latinoamérica y El Caribe fue de 7,67% y el promedio mundial fue de 10,19%. Al discriminar por sectores económicos, la Organización Mundial de la Salud registra que los hogares aportan 64% del gasto total per cápita en salud en Venezuela, mientras que el Gobierno aporta apenas 34% y otras fuentes el restante 3%.

En agosto de 2014, la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH) “solicitó al Ejecutivo Nacional que declare la emergencia humanitaria en el sector, ante la grave situación del sistema de salud, la agudización de la escasez y el suministro irregular de insumos, medicinas, material médico-quirúrgico, equipos médicos y sus repuestos, lo que coloca en riesgo el pronóstico y la vida de seres humanos enfermos”. De acuerdo con datos del Banco Central de Venezuela (BCV), al cierre de marzo de 2014 la escasez de medicamentos llegó a 50%, mientras que para agosto de 2014 la Federación Farmacéutica la estimaba en 60%. La escasez de medicamentos es producto de los retrasos en la liquidación de divisas al sector por parte del Gobierno Central, deuda que en agosto de 2014 superó los US\$ 900 millones. El 18 de agosto de 2014, el ministro de salud, Francisco Armada, admitió “hay un grupo de medicamentos que en efecto no existe (...); hemos detectado un grupo importante de fallas”. Tras su nombramiento el 2 de septiembre de 2014, la nueva ministra de salud, Nancy Pérez, reconoció el problema del desabastecimiento de medicinas.

La Defensoría del Pueblo y Provea en sus respectivos informes anuales reportan que el mayor porcentaje de denuncias que recogen estas instituciones anualmente se concentra en la falta de material médico quirúrgico y medicamentos, problemas de infraestructura, falta de equipos médicos o equipos obsoletos, de camas o el hacinamiento. La mayor cantidad de denuncias sobre estos tipos de insuficiencia provienen de los hospitales.

El número de denuncias registradas en la base de datos de Provea enero-diciembre del 2014, sobre deficiencias de los centros públicos de salud, pasó de 1.976 en 2013 a 2.665 en 2014, lo que representa un aumento de 35%. En comparación con el año 2013, el mayor aumento de denuncias se registró en la falta de insumos o material médico-quirúrgico, cuyo peso porcentual varió de 9,62% a 11,26%, la falta de equipos médicos operativos, subiendo de 5,76% a 8,44%, y el cierre o suspensión de servicios, el cual escaló de 5,47% a 11,33%. Los peticionarios fueron tanto ciudadanos comunes afectados, como miembros del personal de atención a la salud de diferentes centros, quienes alertaban sobre la imposibilidad de brindar un servicio de calidad.

CONSIDERACIONES FINALES

El envejecimiento de la población considerado un triunfo del desarrollo, se debe a mejoras en la salud, la nutrición, la educación y el bienestar de una sociedad. Sin embargo, también puede afectar el desarrollo de un país o territorio al desequilibrar la pirámide poblacional hacia edades avanzadas. Esto supone que la población activa y productiva ocupa menores proporciones. Un desequilibrio en la pirámide poblacional implica mayores gastos sociales (tanto privados como públicos); especialmente en atención en salud. Además, las personas mayores constituyen un grupo etario especialmente vulnerable a la discriminación, la pobreza, los abusos, la violencia y el abandono así como a la falta de medidas y servicios específicos que atiendan sus necesidades. Esta realidad merece atención y la adopción de medidas contundentes en materia de política pública, además de la promoción de derechos específicos que protejan a las personas de edad.

Es claro que las políticas de desarrollo deben adaptarse a las diferentes dinámicas de la población. La falta de acciones y medidas que produjeran una quiebra o mal funcionamiento del sistema de salud podría tener graves consecuencias en términos de desarrollo, lo cual afectaría la capacidad de inversión social y con ello el bienestar general de la población. En general, los sistemas de salud actuales se basan en poblaciones con una mayor proporción de jóvenes en edad productiva; al cambiar la estructura demográfica y aumentar la proporción de la población de edad, es necesario un replanteamiento que permita ajustar estos sistemas a los nuevos contextos. Los esfuerzos deberán partir tanto del sector público como del privado, llevando a cabo iniciativas que promuevan la integración y participación efectiva de la población envejecida en la sociedad.

Las tendencias de la población son cada vez más diversas entre las diferentes regiones y países. Se ha producido un envejecimiento de la población a nivel global, especialmente en los países desarrollados. En el año 2000 el porcentaje de personas de edad en el mundo superó el porcentaje de niños menores de 5 años, y se estima que para 2015 habrá más personas de edad que niños menores de 15 años. Desde el lado con-

trario, existe el llamado bono demográfico, el cual tiene lugar cuando la población en edad productiva crece de manera sostenida en proporción a la población en edades no productivas (menores de 15 años y mayores de 60-65 años) como es el caso actual de nuestro país.

Las estrategias de salud pública que se han adoptado frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces. La salud de las personas mayores no acompaña el ritmo con el que aumenta la longevidad. Persisten inequidades en salud que muestran evidencias del deterioro en el estado de salud de las personas mayores.

El sistema de salud en nuestro país no está adaptado a la atención que necesita la población de edad avanzada. Los modelos de atención a largo plazo son a la vez inadecuados e insostenibles y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos y carecen de incentivos para la salud y la participación.

El descuido de las necesidades de las personas mayores tiene consecuencias para el desarrollo que se extienden mucho más allá de los individuos.

HACIA ALGUNAS PROPUESTAS...

Para el logro de los objetivos del desarrollo en función del derecho a la salud de los adultos mayores, es importante rediseñar y repensar políticas orientadas a integrar a los diferentes grupos poblacionales, ofreciendo oportunidades tanto a la población joven como de la tercera edad. Esto puede implicar repensar o modificar los sistemas de seguridad social y las relaciones productivas, además de cambios culturales que transformen el papel de las personas mayores en la sociedad, pasando de una perspectiva pasiva a una más activa. Todo ello, deberá partir siempre de un enfoque que asegure que las personas sean sujetos de derechos y no de necesidades, de tal forma que el desarrollo implique oportunidades y capacidad de elección, y no únicamente acumulación de recursos y avances tecnológicos.

El siglo XXI presencia un fenómeno demográfico sin precedentes. El envejecimiento de la generación en algunos países, la disminución de las tasas de la fertilidad y una prolongación de la esperanza de vida, dan cuenta de una población de adultos mayores que está en aumento. El 12% de la población mundial tiene más de 60 años. El desafío de empoderar a este grupo aumenta cuando se conocen las estimaciones para 2050: los mayores de 60 años representarían el 21% de la población mundial. A fin de hacer frente al fenómeno del envejecimiento, se requiere una respuesta multidisciplinaria, orientada a fortalecer el envejecimiento activo, esto es, el proceso de optimización de una serie de oportunidades que mejoren la calidad de vida y el bienestar de las personas que envejecen.

El envejecimiento de la población plantea desafíos para atender a las necesidades sociales y económicas. Sin embargo, los adultos mayores pueden estar lejos de presentar un costo para la sociedad. El nuevo escenario requiere un cambio de paradigma: reconocer la potencial productividad de la vejez y empoderar este grupo etario. Se requiere un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para ayudar a crear las condiciones apropiadas que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible.

El crecimiento económico por sí sólo no mejora el bienestar de los adultos mayores, sino que debe ser articulado con políticas públicas y privadas transversales que tengan en cuenta las desigualdades sociales existentes y orientadas a un ritmo acorde a los cambios demográficos del siglo. En virtud del derecho a la salud, los Estados están obligados a ofrecer, sin discriminación de ningún tipo, centros de salud, bienes y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Tener disponibilidad significa contar con un número suficiente de instalaciones, bienes, servicios y programas de salud pública y asistencia sanitaria eficaces. En el contexto del envejecimiento, la disponibilidad implica tener en cuenta el grado en que los centros de salud, los bienes y los servicios satisfacen las necesidades de salud específicas de las personas mayores.

Los Estados deben cumplir con el principio de realización progresiva, que establece la obligación de tomar medidas, hasta el máximo de los recursos de que disponen, para garantizar progresivamente el pleno dis-

frute del derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con las personas mayores. Las personas mayores contribuyen al desarrollo de muchas maneras, por ejemplo en la producción de alimentos y en la crianza de las generaciones futuras. Incluirlas en los procesos de desarrollo no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, sino que probablemente refuerce el desarrollo al apoyar estas contribuciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABADI, A. y Castro, J. (2014). *¿Cuánto ha invertido Venezuela en Salud y cuáles son los resultados?* Prodavinci.
- ALBANESE L, LIU Z, ACOSTA D, GUERRA M, HUANG Y, JACOB KS, JIMÉNEZ-VELÁZQUEZ IZ, ET AL. (2011) *La equidad en la prestación de asistencia sanitaria de la comunidad a las personas mayores: resultados del 10/66 Dementia Research Group encuestas transversales en América Latina, China, India y Nigeria*
- ALWAN, A., Galea, G., y Stuckler, D. (2011). *Desarrollo en riesgo: frente a las enfermedades no transmisibles en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas. Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 89 (8), 546-546 DOI:10.2471 / BLT.11.091074.
- ANUARIO DE MORTALIDAD (2012). Sep -2014 del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley de Servicios Sociales*. Gaceta Oficial No. 38.270. Caracas, 12 de septiembre de 2005.
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (28, septiembre, 2013). *Plan De La Patria. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019*. Venezuela.
- ASOCIACIÓN VENEZOLANA DE CLÍNICAS Y HOSPITALES (AVCH)2014.
- BALANCE DE LA GESTIÓN SOCIALY AMBIENTAL DE PETRÓLEOS DE VENEZUELA, S.A. (2012). Coordinación y producción Gerencia Corporativa de Presupuesto, Costos y Control de Gestión Dirección Ejecutiva de Finanzas de Petróleos de Venezuela, S.A.
- BANCO CENTRAL DE VENEZUELA (BCV). (2009). *IV Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares*. Caracas.
- BARBIER, E. (1987). *El concepto de desarrollo economico sostenible*. Conservación ambiental.

- BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO. (2002). Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas. Venezuela.
- BRENA, I. (2006), “El derecho a la salud en Latinoamérica”, documento presentado en el octavo congreso mundial de bioética, Beijing, 6 al 9 de agosto.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la CEPAL) (2013), *Observatorio Demográfico 2012. Proyecciones de población* (LC/G.2569-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos* (LC/L.3216/ CEP. 2010/3), Santiago, mayo.
- CEPAL. *Panorama Social de América Latina 2014*
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL).(2014). Estudio presentado en la reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en la región, que a partir de 2050 <http://www.telesurtv.net/news/CEPAL-América-Latina-arribaria-al-envejecimiento-poblacional-20141112-0080.html>.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES.(2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación General No 14 (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (1999, 20, Diciembre). Gaceta Oficial. 5.908E 19/2/2009/. Venezuela.
- D'ELIA, Y. (2002). *Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad*. Documento de Trabajo, Caracas, MSDS/GTZ.
- DECLARACIÓN DE BRASILIA. (2007). *Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. Brasilia.
- DI BRIENZA, M. (2009): Indicadores demográficos. *Temas de Coyuntura/59* (pp. 151-158)
- ELJURI, E. *La pobreza continúa disminuyendo en Venezuela*. Nota de Prensa del INE. S/F
- FAJARDO, A. (2006). *Desarrollo Humano Sustentable: Concepto Naturaleza. Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, (10) Recovered from <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=100220322001>.
- FAJARDO, G. y OCHOA, M. (1997). *Necesidades del Adulto Mayor, su Familia y la Teoría de Maslow. Problemas y Programas del Adulto Mayor*. México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS)

- FAJARDO, L. (2006). *Desarrollo Humano Sustentable: Concepto y Naturaleza Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, núm. 10, junio, Universidad Sergio Arboleda Bogotá, Colombia.
- FLORES, M. (2008). *Los Principales Desafíos Actuales en Salud en Venezuela. Quijoteando en el Sistema de Salud Venezolano*. Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- GALLOPIN, G. (2006). *Indicadores de Desarrollo Sustentable para América Latina y el Caribe. Boletín de la División de Desarrollo Sustentable y Asentamientos Humanos*. CEPAL, Santiago de Chile.
- GLOBAL STATUS REPORT ON NO COMMUNICABLE DISEASES.(2010). Geneva: World Health Organization.
- HADAD, J., y VALDÉS, E. (2010). *La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]*. Sep [citado 2015 Oct 06] ; 36(3): 235-248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300008&lng=es.
- INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS. (2006). Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas. Venezuela.
- INE. (2013). Indicadores de Salud N°3. www.ine.gob.ve.
- INE/UNICEF (2010). *Derechos de la niñez y la adolescencia en la República Bolivariana de Venezuela: 25 años después*.
- INFORME ANUAL. (Enero/Diciembre, 2014). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela*. Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA).
- INFORME ANUAL. (octubre 2005 / Septiembre 2006). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela*. Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA).
- INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO. (2014). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD.
- LEY ORGÁNICA DEL AMBIENTE (Gaceta Oficial N° 5.833, 22-12- 2006). Venezuela.
- LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (Gaceta Oficial N° 37.600 de fecha 30 de diciembre de 2002). Venezuela.
- MESINO, L.(2007). *Las Políticas Fiscales y su Impacto en el Bienestar Social de la Población Venezolana. Un Análisis Desde el Paradigma Crítico. Periodo: 1988-2006*. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2014). Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018.
- OMS | Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012.
- OMS-OPS. (2015) *Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sustentable sobre la salud*. Washington, DC.

- OMS. (2010). El Objetivo del Milenio 7 (ODM7): *garantizar la sostenibilidad del medio ambiente*. Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
- OMS. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud.
- OMS. (marzo, 2013). *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de Las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020*.
- OBSERVACIÓN GENERAL 6, Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (13 período de sesiones).
- PROPUESTA REGIONAL DE INDICADORES COMPLEMENTARIOS AL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 7. (2007). “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente” División de Estadística y Proyecciones Económicas. Serie estudios estadísticos y prospectivos 50. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- PROYECCIONES DE LOS RESULTADOS PRELIMINARES DEL CENSO. (2011). Instituto Nacional de Estadística. (INE). Venezuela.
- PROYECTO ESALC. (2000). División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- SALVATO S. y AÑEZ, R. (2014). *El Financiamiento de la Salud: Integrar más que dividir*. Observatorio Gasto Público. Reporte II. CEDICE. Venezuela.
- SÁNCHEZ, M. (2010). *El derecho a la Salud y El Sistema de Salud. Caso Venezuela 1999-2010*. Tesis para optar al Título de Doctora en Seguridad Social. FACES. Universidad Central de Venezuela.
- SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES SOCIALES DE VENEZUELA (SISOV). (2014). Ministerio del Poder Popular para la Planificación.
- TAPIA, M. (2014). *Las enfermedades crónicas: materia sensible en Venezuela*. Mirador de Salud.
- UNCTAD. (2007). *Iniciativa BioTrade Principios y Criterios de Biocomercio*. Naciones Unidas.
- UNICEF (2010) *Situación de los Derechos de la Niñez en Venezuela*. v. 14, n. 2. Suiza.
- VÁSQUEZ, Javier (2004), *Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada*. Documento preparado para la Reunión de Expertos sobre Envejecimiento - II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores, San Salvador, 10 al 12 de noviembre.
- VENEZUELA EN CIFRAS. (2015): *Nuestra Transición al Socialismo*. Caracas. Venezuela.

LA PENSIÓN POR VEJEZ EN VENEZUELA

M. Sc. Lolimar Reina

Resumen:

El tema de investigación se centra en analizar las características del financiamiento de la pensión por vejez establecida en la Ley del Seguro Social de Venezuela durante el período 1971-2011, con el fin de proponer un conjunto de recomendaciones que contribuyan con la sostenibilidad financiera a largo plazo. Se trata de un estudio documental, con un nivel de investigación descriptivo-analítico, donde se describen y analizan las bases teóricas relacionadas con el tema, así como también, las características del financiamiento de la pensión por vejez en Venezuela, mediante las siguientes variables: Cobertura del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Ergaciones por pensiones, Índice de Cobranza, Flujo de Caja del IVSS y Capacidad adquisitiva del monto de la pensión, para finalmente, arribar a unas conclusiones y recomendaciones sobre la sostenibilidad del financiamiento de la pensión por vejez, establecida en la Ley del Seguro Social.

Palabras Clave: Pensiones de vejez, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), sostenibilidad financiera de las pensiones del IVSS

Introducción

La situación social del adulto mayor demanda cada vez la acción del Estado, quien tiene la responsabilidad de procurarles atención mediante políticas de protección social y garantizarles condiciones favorables de vida. Tales políticas deben dar respuesta a las contingencias en la vida diaria y responder a las aspiraciones identificadas con salud, seguridad económica, trabajo, alimentación, recreación y transporte.

En el caso específico de la seguridad económica, la política de protección social a la vejez es el régimen pensional, el cual consiste en prestaciones dinerarias a largo plazo que pueden ser contributivas y no contributivas. La mayoría de los países industrializados ha diseñado regímenes pensionales, generalmente, financiados mediante un sistema de reparto o de capitalización parcial. Haciendo especial referencia al sistema de reparto, es afectado por tres problemas básicos: estructura del mercado laboral, los cambios esperados en los perfiles demográficos y la estructura de incentivos para el manejo de los recursos. La transición demográfica implica cambios en la estructura por edad de la población que afecta la relación entre cotizantes y beneficiarios; en tanto que la estructura del mercado laboral condiciona el porcentaje de potenciales contribuyentes, dado el nivel de ocupación en actividades formales.

Como consecuencia de la transición demográfica, está el envejecimiento de la población, cuyos rasgos fundamentales son el aumento de la esperanza de vida, por un lado, debido a los avances en la medicina, tecnológicos y mejoramiento general del nivel de vida; y por el otro, debido al descenso de la natalidad, vinculada a importantes progresos en planificación familiar.

A pesar de que en nuestro país existe una población mayoritariamente joven y más del 40% de trabajadores ocupados están obligados por Ley a cotizar al Seguro Social, desde la década de los años 80, se vienen presentando un conjunto de dificultades que han generado importantes desequilibrios financieros en la pensión por vejez administrada por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), los cuales no han podido ser solventados mediante las cotizaciones de los trabajadores activos, sino, con recursos del Fisco Nacional, provenientes de la renta petrolera. Para afrontar esta situación, el Estado venezolano debe aplicar políticas firmes de financiamiento no dependientes de la renta petrolera y orientadas a la estimulación de cotizar al sistema, tanto por parte de los trabajadores dependientes, como de los no dependientes; a la actualización actuarial y proyecciones intergeneracionales; a la constante fiscalización; al eficiente y transparente manejo de las instituciones que administran recursos financieros, entre otros. En atención a los desequilibrios financieros que varios

países han presentado en sus sistemas pensionales, la Conferencia de 2001 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomendó, según Mesa-Lago (2004):

Ampliar las fuentes de la financiación de la seguridad social a través de la financiación tripartita” e hizo una advertencia importante a las reformas previsionales como las pensiones, siendo necesario “que se realicen proyecciones actuariales periódicas y se introduzcan los ajustes necesarios. Es imprescindible que se realice una evaluación actuarial completa de cualquier reforma que se proponga antes de adoptar una nueva legislación. (p. 4)

Para los efectos de este artículo, la autora considera hacer referencia solo a aspectos teóricos específicos de la Pensión por Vejez administrada por el IVSS y a las características del financiamiento de la pensión por vejez en Venezuela durante el período 1971-2011.

REGÍMENES DE PENSIONES Y JUBILACIONES EN VENEZUELA

Antes de hacer referencia a los sistemas de pensiones y jubilaciones de nuestro país, es importante establecer la diferencia entre los términos de “jubilación” y “pensión”, puesto que si bien éstos se consideran en varios países como sinónimos, para referirse a la prestación que recibe una persona cuando se retira del campo laboral por razones de edad cronológica, lo cual suele ser denominado pensión de jubilación, en Venezuela es diferente, porque la pensión y la jubilación son dos beneficios distintos. De acuerdo a ello, Fernández Salas (2010) señala claramente la diferencia entre ambos beneficios:

La jubilación es entendida como producto de una relación de subordinación ya sea en el sector público o privado, aunque es más frecuente en el sector público, mientras que la pensión por vejez es consecuencia de las cotizaciones canceladas al IVSS, es decir, de una relación previsional, de manera que una persona puede ser beneficiaria al mismo tiempo de una jubilación y de una pensión de vejez. (p. 5)

En otras palabras, la jubilación depende de tres (3) variables: tiempo de servicio, número de cotizaciones y edad cronológica; mientras que la pensión por vejez establecida en la Ley del Seguro Social, se fundamenta en dos (2) variables: edad cronológica y número de cotizaciones. De allí, que son beneficios distintos. En Venezuela, hay antecedentes más lejanos, sobre todo en los militares y profesores universitarios. Las primeras medidas de protección a la vejez mediante pensiones, datan de 1928, cuando se promulgó el 20 de julio de ese año la Ley de Pensiones. Esta fue una Ley especial de pensiones civiles, jubilaciones y retiros militares que otorgaba pensiones como gratificación a los héroes por los servicios prestados a la Patria, así como jubilaciones por años de servicio, canceladas directamente por el Estado, ya que no existía ningún fondo y menos aún, una institución de previsión social para la época.

Con miras de lograr el beneficio de la pensión conforme a dicha Ley, había que tener treinta (30) años de servicio activo, aunque los militares podían retirarse con veinticinco (25) años de servicio consecutivo. En la Ley de Pensiones no existía monto ni porcentaje preestablecido afín al salario.

Más tarde, en 1940, se promulgó la primera Ley del Seguro Social Obligatorio, que comenzó a aplicarse en 1944, tras la creación del Instituto Central de los Seguros Sociales, actualmente, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), pero sólo otorgaba prestaciones de asistencia médica, indemnizaciones diarias por incapacidad temporal, así como pensiones de invalidez, incapacidad parcial y sobrevivientes, cuando estas contingencias eran el resultado de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, sin hacer referencia alguna a las pensiones de vejez.

Las pensiones de vejez como prestación, fueron incluidas por primera vez en la Ley del Seguro Social (LSS) de 1966, que entró en aplicación en 1967 y aún con vigencia, tanto para los trabajadores del sector privado como del sector público, a pesar de que estos últimos desde 1928 contaban con cierta protección y en el transcurrir de los años se fue incrementando gracias a diferentes y dispersos instrumentos legales.

Al margen de la Ley de Pensiones de 1928 que fue volviéndose inaplicable por lo inadecuado de sus disposiciones, comenzaron a idearse

prácticas y regímenes de jubilación más favorables para algunos grupos específicos de funcionarios públicos, lo que generó graves injusticias y desigualdades, y luego la dualidad de beneficios, pues los funcionarios públicos están obligados desde 1967 a cotizar al Seguro Social.

Distintos instrumentos legales se han encargado de garantizar el beneficio de estas prestaciones dinerarias, entre ellos, pueden mencionarse, además de la Ley de Pensiones de 1928, el Reglamento de Jubilaciones y Pensiones para regir en Ministerios, Institutos Autónomos y Empresas del Estado, de 1966; la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Empleados de la Administración Pública Nacional, de los Estados y Municipios de 1986, reformada en 2006 y su Reglamento, así como un conjunto de regímenes producto de convenciones colectivas, decretos y resoluciones que han creado serias diferencias en cuanto a estas prestaciones.

En términos generales y teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Funcionarias o Empleados o Empleadas de la Administración Pública Nacional, de los Estados y Municipios (Reforma Parcial Gaceta Oficial N° 5.976 de fecha 24 de mayo de 2010), la cual abarca a la mayoría de los servidores públicos, existen dos (2) tipos de jubilaciones: las ordinarias y las especiales o por vía de gracia; así como las pensiones de invalidez y sobrevivientes para el trabajador que ha sufrido un menoscabo permanente de su capacidad para trabajar antes de llegar a la edad de jubilación y para los familiares de un jubilado o un empleado (trabajador activo) fallecido.

Para el otorgamiento de las jubilaciones ordinarias, la Ley exige el cumplimiento de dos (2) requisitos acumulativos: haber alcanzado la edad de sesenta (60) años para los hombres y cincuenta y cinco (55) las mujeres y un mínimo de veinticinco (25) años de servicio; ó en su defecto haber cumplido treinta y cinco (35) o más años de servicio, sin importar la edad. En todo caso, para que nazca el derecho, es necesario que el funcionario o empleado haya efectuado al menos sesenta (60) cotizaciones mensuales (artículo 3). En el caso de las jubilaciones especiales o por vía de gracia, es decir, las otorgadas cuando existen circunstancias excep-

cionales que lo justifiquen aun cuando el funcionario o empleado no reúna los requisitos de edad y años de servicio establecidos en la norma que consagra el beneficio, el funcionario o empleado debe estar activo dentro de la Administración Pública Nacional, y conforme al artículo 6 de la Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y al artículo 4 del Instructivo que establece las Normas que Regulan la Tramitación de las Jubilaciones Especiales, cumplir los siguientes requisitos:

1. No haber alcanzado la edad y tiempo de servicio exigidos para la jubilación ordinaria.
2. Haber cumplido más de 15 años de servicio en la Administración Pública.
3. Presentar alguna de las siguientes circunstancias excepcionales: a) Que el ciudadano padezca de una enfermedad grave que impida de manera permanente el desempeño de sus funciones laborales; b) Situaciones sociales graves derivadas de cargas familiares; c) La avanzada edad del solicitante (artículo 5 Instructivo que establece las Normas que Regulan la Tramitación de Jubilaciones Especiales).

La Jubilación Especial o por Vía de Gracia, de acuerdo con la precitada Ley del Estatuto, es una facultad discrecional de la autoridad administrativa y no un derecho del funcionario, aunque tal discrecionalidad tiene límites impuestos por el legislador, como un tiempo de servicio mínimo, monto máximo de la correspondiente asignación mensual y la existencia de circunstancias excepcionales que justifiquen el otorgamiento del beneficio. En efecto, este tipo de jubilaciones sólo puede ser acordada por el Presidente de la República, mediante resolución motivada que debe publicarse en la Gaceta Oficial de la República (artículo 6).

Cabe destacar, que, en Venezuela, también existe un conjunto de pensiones no contributivas correspondientes a programas de Asistencia Social, otorgadas por el Gobierno Nacional, los Gobiernos Estadales y Municipales, las cuales son de baja cuantía y dirigidas a ofrecer una limitada protección a aquellos sectores de la población no cubiertos por el Seguro Social, principal instrumento de la Seguridad Social venezolana, y

que tampoco disponen de recursos propios para afrontar la vejez. Adicionalmente, León Rojas (2000), indica, que hay regímenes especiales como el de:

Las universidades nacionales, PDVSA, el F.I.V., el C.N.E., B.I.V., el BCV, las Corporaciones de las Gobernaciones, la Contraloría General de la República, la Fiscalía, la CSJ, y el sector militar, entre otros; una amplia gama que está financiada con recursos presupuestarios, donde todo sale del erario. (p. 23)

Dado que en Venezuela existen más de cuatrocientos (400) regímenes de pensiones y jubilaciones y que los intentos de reforma del sistema pensional no ha tenido mayores avances, se mantiene el archipiélago de instituciones con regímenes diversos en términos de requisitos para ser beneficiario de la prestación, y por tanto, se dan desigualdades en la distribución de población beneficiaria, ya que existen personas que poseen hasta tres pensiones o jubilaciones, mientras que otras poseen solo una pensión o ninguna, lo cual demuestra la dispersión que existía y que aún existe con los regímenes de pensiones y jubilaciones. Las mismas desigualdades ocurren en cuanto a la cuantía de la prestación. Un ejemplo de ello, lo expresa Méndez (2008) en el artículo *Estamos sentados en un barril de pólvora en materia de pensiones*, de la Revista Seguridad Social al Día:

Tenemos el caso de regímenes de carácter contributivo como por ejemplo el CNE, donde se eliminó el fondo y se liberaron los requisitos, de tal manera, que basta con tener 15 años de servicios fuera y tres años en el Consejo, para poder jubilarse por este organismo. La última pensión que otorgó el Consejo fue por 22 millones de bolívares. (p. 25)

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)

En los inicios del siglo XX, el sistema de reparto o solidaridad intergeneracional llegó a América Latina comenzando en Chile, México y Argentina. En Venezuela, se inició dicho sistema en 1944 mediante la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), formando parte del grupo intermedio de América Latina y el Caribe en implementarlo.

Desde su creación hasta la actualidad, el IVSS ha tenido un salto grande, convirtiéndose en el organismo venezolano mediante el cual se realizan las principales acciones de Seguridad Social. A partir de 1994 hasta 2012, se han dado varias reformas de la Ley del Seguro Social y su Reglamento General, con la finalidad de ampliar tanto las prestaciones (dinerarias y de servicios), como la cobertura para la población beneficiaria.

Con la finalidad de definir al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), en la Memoria y Cuenta, año 2011, del Ministerio para el Poder Popular del Trabajo y Seguridad Social (MINPPTRASS), se expresa que es:

Un ente autónomo, adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social, con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente del Fisco Nacional, cuya función es ejecutar políticas del Estado en materia de Seguridad Social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, vejez, viudedad, orfandad y pérdida de empleo. (p. 102)

En cuanto a su campo de aplicación, en la Ley del Seguro Social se establece que lo constituyen “los trabajadores y trabajadoras permanentes bajo la dependencia de un empleador o empleadora, sea que presten sus servicios en el medio urbano o en el rural y sea cual fuere el monto de su salario” (artículo 2). Se agregan a esta cobertura, los trabajadores y trabajadoras a domicilio, domésticas, temporeras y ocasionales, así como a los miembros de las cooperativas y las administraciones obreras (Parágrafo primero del artículo 2 y artículo 4).

Los empleados al servicio del sector público están protegidos sobre las contingencias por invalidez, incapacidad parcial, vejez, sobrevivencia, nupcias y gastos funerarios, protección que se garantiza mediante prestaciones en dinero que califican como pensiones o asignaciones únicas. Los obreros al servicio del sector público, por lo contrario, están afiliados a todos los regímenes.

Además de lo anterior, es de interés de la autora, hacer referencia a los regímenes financieros del Seguro Social considerando los objetivos de investigación. Por tal razón, es importante destacar que la estructura

de un plan de financiamiento comprende el equilibrio de una corriente de ingresos, como es el caso de las cotizaciones, con una corriente de gastos planeados, como es el caso del pago de prestaciones. Tanto los gastos como los egresos están enmarcados en normas legales que indican el monto de las cotizaciones, los recursos provenientes del sector público y la amplitud de las prestaciones; otros factores importantes son los económicos, geográficos y biométricos. De este equilibrio financiero depende en gran parte la solvencia y liquidez del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

Las bases y características del régimen de financiamiento del Seguro Social en Venezuela, se establecen en la Ley del Seguro Social y su Reglamento General. Sobre la base o topes para cotizar en el régimen de financiamiento del Seguro Social, en el artículo *Los Seguros Sociales en Venezuela*, de la Revista N° 4 Seguridad Social al Día (2008), Méndez Cegarra A. señala que es hasta “5 salarios mínimos vigentes; porcentaje de cotización variable, según riesgo de la empresa y régimen de afiliación (general o parcial); sistema de financiamiento tripartito y régimen de financiamiento en términos generales y en teoría, de reparto”. (pp. 16 y 17)

El régimen general de afiliación al IVSS comprende las prestaciones de asistencia médica; mientras que el régimen parcial comprende las prestaciones de invalidez o incapacidad parcial, vejez, muerte y nupcias. Con respecto a los porcentajes de cotización que aplica el IVSS, según el tipo de riesgo de la empresa, son los que seguidamente se indican en el Cuadro 1, conforme a los artículos 66 de la Ley del Seguro Social y 109 del respectivo Reglamento General:

Cuadro No. 1
Porcentajes de Cotización por tipo de Riesgo

Empresa-Riesgo	Empleador	Trabajador	Total
Mínimo	9%	4%	13%
Medio	10%	4%	14%
Máximo	11%	4%	15%

Fuente: Elaboración propia, con datos tomados de la Ley del Seguro Social.

En cuanto al aporte del Estado, se realiza mediante el Fisco Nacional y en teoría es de 1,5% de los salarios cotizados, destinados a gastos de administración del Seguro Social, primer establecimiento, los de renovación y mantenimiento de equipos (artículo 69 de la Ley del Seguro Social). Para financiar el régimen parcial, y por tanto la prestación de vejez, el porcentaje de cotización del empleador es de 6% y la cotización del trabajador de 2% (artículo 110 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social).

En el artículo 70 de la Ley del Seguro Social se indican los ingresos de financiamiento del Seguro Social Obligatorio para cubrir el costo de las prestaciones. Dichos ingresos son: las cotizaciones fijadas de acuerdo con la Ley y su Reglamento; los intereses moratorios causados por retraso en el pago de las cotizaciones; los intereses que produzcan las inversiones de los fondos del Seguro Social Obligatorio y patrimonio del IVSS; reintegro de prestaciones que enteren los empleadores y los asegurados y cualquier otro ingreso que obtenga o se le atribuya. En el IVSS las cotizaciones son obligatorias para todos los empleadores y trabajadores dependientes y se fundamenta en un sistema de reparto, donde las contribuciones van a un fondo único de propiedad colectiva, que financia los beneficios de los afiliados.

Conforme al artículo 58 de la mencionada Ley, el cálculo de las prestaciones, se hará sobre el salario que devengue el asegurado o sobre el límite que fije el Reglamento para cotizar y recibir prestaciones en dinero. Siendo el sistema venezolano contributivo y basado en el salario, el Seguro Social es apreciado como un impuesto a la nómina, ya que éste es el porcentaje que se toma del salario para financiar determinadas prestaciones de servicios y dinerarias.

El Seguro Social tendrá tres fondos independientes para cubrir los egresos específicos por prestaciones: uno para asistencia médica, otro para indemnizaciones diarias y un tercero para las pensiones y demás prestaciones en dinero (artículo 73 de la Ley del Seguro Social).

El inicio del IVSS tuvo básicamente dos fundamentos: el sistema de salud y el sistema de pensiones. Con el paso de los años, la situación del área de salud se fue agravando, ya que en la medida que la población fue creciendo, el sistema de salud fue atendiendo a mayor cantidad de personas y comenzó a necesitar recursos adicionales

para sostener su operatividad. En la medida que eso fue sucediendo las reservas que se debían acumular para el Fondo de Pensiones, poco a poco se fueron trasladando hacia el área de salud en clara contradicción con el artículo 74 de la Ley del Seguro Social, en el cual se expresa que "(...) El patrimonio y los ingresos disponibles de un determinado fondo, solamente deberán utilizarse para cubrir las prestaciones asignadas en la presente Ley a cargo de dicho fondo". Los administradores de los fondos prefirieron sacrificar los recursos que financiarían la pensión futura del trabajador por garantizarle la salud del presente, independientemente de que el usuario no fuese cotizante del IVSS. Esta carga financiera y operativa aceleró el deterioro del sistema en general, y el de pensiones en particular. En tal sentido, Concheso (1998) explica que el financiamiento de las pensiones por vejez no presentó mayores problemas hasta mediados de la década de los ochenta (80), debido a que por un lado, el sistema no había alcanzado su madurez y por el otro, se contaba aún con suficientes recursos. Agrega que "a partir de 1985, el IVSS comienza a registrar importantes y crecientes déficits de capitalización que en 1989 alcanzaron al 2% del PIB." (p. 26)

El año 1989 coincide con un cambio en las políticas económicas del país, conocido como el Gran Viraje, de orientación neoliberal, y dentro de este marco, se plantea por primera vez la posibilidad de reformar la Seguridad Social en Venezuela, debido a dificultades en el financiamiento de las pensiones. Sin embargo, los acontecimientos políticos y sociales postergaron las discusiones hasta 1996.

El prenombrado autor explica que los problemas con el Fondo de Pensiones, administrado por el IVSS, comienzan en el año 1993 cuando se evidencian distintos factores que inciden en el financiamiento, entre ellos la inflación. En virtud de ello, señala lo siguiente:

El seguro social invirtió a tasas inferiores a la tasa de descuento de los bancos comerciales, los fondos fueron colocados a tasas de rendimiento inferiores a la inflación, disminuyendo con ello el valor de la reserva. Ejemplo de ello fueron las emisiones de deuda pública a tasas de interés muy inferiores a las del mercado, que no era otra cosa que una confiscación descarada de ahorros. (p. 28)

Analizando las contribuciones para el beneficio de la pensión por vejez, se tiene que en más de cuarenta y dos (42) años no se han actualizado ni los porcentajes de cotizaciones ni los requisitos para ser beneficiario de la pensión, tales como edad cronológica y número de cotizaciones, a

pesar de los importantes cambios demográficos y económicos que han ocurrido en el contexto venezolano a lo largo de todos estos años.

Existe una contradicción entre el método utilizado para financiar las pensiones por vejez, de capitalización parcial y la ausencia de ajustes periódicos. Este método establece un horizonte temporal y una vez superado se fija una nueva cotización. No obstante, la ausencia de estos ajustes periódicos, más una administración deficiente por parte del IVSS, provocó el agotamiento de los fondos acumulados.

A partir de los años 80 ha sido recurrente que el Fondo de Pensiones del IVSS presente déficits financieros y más allá de las responsabilidades que el Estado venezolano tiene con la Seguridad Social, como es administrar e invertir los recursos financieros, se le asignó otra responsabilidad que consiste en aportar la diferencia para completar las pensiones de los trabajadores, ya que debido al déficit que el Fondo de Pensiones ha presentado no está en capacidad de cubrir sus obligaciones conforme a lo establecido en la Ley del Seguro Social y su Reglamento General. En virtud de lo anterior, Méndez (2008a) expresa que “el pago de las pensiones no está a cargo del Fondo de Pensiones del IVSS, como lo ordena la Ley, sino directamente del Fisco Nacional”. (p. 86)

De tal manera, que el Fondo de Pensiones dejó de operar como un fondo solidario y se convirtió en un fondo fiscal que se sustenta en gran parte con ingresos de la renta petrolera, lo cual no es sostenible a largo plazo, dado que los precios del petróleo pueden bajar de manera repentina en el mercado internacional, generando consecuencias graves para el financiamiento de las pensiones, así como una fuerte recesión en nuestra economía. Así pues, Fernández y otros (2002) señalan que “una senda distinta de explotación del recurso o un valor diferente para el precio del barril, afecta los ingresos fiscales, trayendo también consecuencias intergeneracionales”. (p. 86)

Existen varias razones por las cuales el Seguro Social, y por tanto, el Fondo de Pensiones, obligan a la aplicación de una reforma, ya que el sistema de reparto no está resolviendo los problemas del país. Dichas razones son expresadas por Méndez (2008a) como sigue:

- a) Escasa cobertura poblacional y territorial, lo cual hace que el número de sus beneficiarios sea un porcentaje muy bajo de la población económicamente activa.
- b) Excesivo centralismo, fundamentalmente, en la parte operativa de la gestión diaria del Instituto (...).
- c) Flexibilidad de los requisitos (edad cronológica y años de servicio) para tener derecho a las prestaciones, lo cual hace vulnerable un sistema que comienza a tener visos de madurez y de cambios significativos en la relación pasivos/activos.
- d) Deficientes sistemas administrativos y de información, hecho que favorece y facilita el fraude, la práctica corruptiva, la evasión y la mora contributiva y la adecuada asignación de recursos.
- e) Desproporcionalidad entre los recursos recaudados y los aplicados a prestaciones y a gastos administrativos (...).
- f) Ausencia de capacidad para la renovación o el cambio organizacional (...). (p. 87)

Aunado a lo anterior, el mencionado autor señala otras fallas del Seguro Social que igualmente son importantes de considerar para una reforma pensional. En resumen, estas fallas son: pérdida del carácter tripartito, debido a la ruptura del gobierno nacional con las organizaciones de empleadores y trabajadores y las dificultades relacionales con la OIT; ausencia de acuerdos sobre el ajuste periódico de las cotizaciones al ritmo del crecimiento de los salarios; falta de atención de los cambios demográficos, que sentó las bases para la aparición de los desequilibrios actuariales y financieros, presente hasta la actualidad; el financiamiento de las pensiones, está siendo asumido en gran parte por el Estado, a través de los ingresos de la renta petrolera. De todas las dificultades mencionadas, las que ponen en peligro la sostenibilidad de las pensiones por vejez en Venezuela, son la falta de atención a los cambios demográficos y que el financiamiento se realiza sólo mediante ingresos petroleros.

La Pensión por Vejez

En nuestro país se puede evidenciar la presencia de las pensiones por vejez en: leyes, reglamentos, decretos, ordenanzas y contratos colectivos, lo que permite afirmar que existe un régimen heterogéneo que brinda protección en caso de vejez. Para los efectos del estudio realizado por la autora, cuando se hace referencia a la pensión por vejez se entiende la pensión regulada por la Ley del Seguro Social y se asumió como punto de partida en el marco legal, la Ley publicada en Gaceta Oficial N° 1.023, Extraordinario, del 11 de julio de 1966. Vera y Carballo (1994), indican que “las primeras pensiones se otorgaron a partir del año 1969 correspondientes a las modalidades de sobrevivencia (muerte del trabajador), invalidez e incapacidad parcial. En relación a las pensiones de vejez, las primeras de éstas se otorgan en el año 1971” (p. 25). De tal manera, que en el mes de octubre de 1971 y con el Gobierno de Rafael Caldera, se pagaron 1.551 pensiones por vejez por un costo de 4.2 millones de bolívares (de los antiguos).

El IVSS otorga pensiones por vejez tanto a los trabajadores del sector privado como del público. A modo general, la pensión por vejez es una prestación dineraria mensual, que se pagará según lo convenido en el sistema de pensiones al cual pertenezca el afiliado. De acuerdo al artículo 27 de la Ley del Seguro Social, las pensiones por vejez “son prestaciones dinerarias otorgadas una vez que la asegurada o el asegurado ha cumplido 55 años si es mujer, y 60 años si es varón y posee un mínimo de 750 semanas cotizadas”.

La mayor parte de los países determinan la pensión por vejez del número de años de cotización, y se exige haber trabajado previamente para tener derecho a la prestación dineraria durante la edad de retiro laboral. Por otra parte, en el artículo 28 de la referida Ley y de conformidad con lo dispuesto en los Convenios números 102 y 128 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se consagra adicionalmente para el asegurado que realice actividades en medios insalubres o capaces de producir una vejez prematura, el derecho a una pensión por vejez a una edad más temprana.

El Reglamento General de la Ley del Seguro Social, contempla dos (2) artículos sobre la regulación de la Pensión por Vejez; el artículo 162, según el cual la pensión

antes de la edad requerida será otorgada cuando el asegurado realice actividades en medios insalubres o capaces de producirla, circunstancias éstas que deberán ser comprobadas por el IVSS. Así mismo, dispone que a los efectos del precitado artículo, el Instituto dictará una reglamentación especial y aprobado por el Ministro del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social (MINPPTTRASS), donde la edad límite podrá ser rebajada hasta en un (1) año por cada cuatro (4) años trabajados en las condiciones antes mencionadas, no obstante, tal reducción no podrá exceder de cinco (5) años. El segundo artículo del Reglamento es el 163, que dispone, el derecho al reajuste de la pensión por vejez, en aquellos casos en los cuales el beneficiario que tenga setecientas cincuenta (750) cotizaciones efectivas pagadas, continúe cotizando.

En cuanto a la cuantía de la pensión por vejez, se destaca que aunque en la Ley del Seguro Social está prevista una fórmula para calcular la cuantía o monto de la pensión por vejez, teniendo en cuenta el salario mensual de referencia de los últimos cinco (5) o diez (10) años, esta prestación fue homologada al salario mínimo desde 1995 bajo el Gobierno de Rafael Caldera, a través de la Ley de Homologación de las Pensiones del Seguro Social y de las Jubilaciones y Pensiones de la Administración Pública Nacional al Salario Mínimo Nacional (Pensión Mínima Vital) publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 4.920 de fecha 16 de junio de 1995, toda vez que no se habían realizado los ajustes previstos en la propia Ley del Seguro Social. Del mismo modo y conforme al artículo 11 de la referida Ley de Homologación, los pensionados por vejez también perciben una bonificación de fin de año de hasta dos (2) salarios mínimos.

Posteriormente, en el año 1999, con el Gobierno de Hugo Rafael Chávez Frías, se incorpora en el artículo 80 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el precepto según el cual “las pensiones y jubilaciones otorgadas mediante el sistema de seguridad social no podrán ser inferiores al salario mínimo urbano”. Acto seguido, el Ejecutivo Nacional dicta el Decreto N° 8.167, publicado en Gaceta Oficial N° 39.660, de fecha 26 de abril de 2011, cuyo artículo 5 plantea : “se fija como monto mínimo de las pensiones otorgadas por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el salario mínimo obligatorio establecido en el artículo 1° del presente Decreto.” En el artículo 16, tanto de la Ley del Seguro Social de 1966, como de la última Reforma Parcial de la Ley del Seguro Social, mediante Decreto N° 8.921 de fecha 24 de abril de 2012, se establece que “la suma básica en la cuantía será la que determine el Reglamento, más una cantidad equivalente al treinta (30%) del salario de referencia del asegurado; pero, si el número de cotizaciones acreditadas es mayor de setecientas cincuenta (750), el porcentaje aumentará en una unidad por cada cincuenta (50) cotizaciones semanales acreditadas en exceso de ese número”.

El Decreto 8.167 no se corresponde con el artículo 43 de Ley del Seguro Social, 90 y siguientes del Reglamento General de la Ley, puesto que

en dichos artículos se consagra la figura del salario anual de referencia, así como el requerimiento que se le hace al solicitante de una pensión por vejez, o cualquier otra prestación dineraria, de consignar ante el IVSS, entre otros documentos, la Forma 14-100 (Constancia de Trabajo), en la cual se registran los salarios devengados por el solicitante mes a mes durante los últimos seis (6) años. En la práctica el referido dispositivo carece de relevancia alguna, al menos para el beneficiario, pues aquellos trabajadores cotizantes que acrediten más de setecientas cincuentas (750) cotizaciones, se les cancela el mismo monto para la pensión por vejez y ello podría generar desmotivación en los trabajadores para cotizar al Seguro Social y, por ende, al fondo de pensiones.

Características del financiamiento de la pensión por vejez durante el período 1971-2011

La OIT establece que la cobertura es uno de los principales indicadores del financiamiento de la Seguridad Social, por cuanto mayor sea el número de trabajadores y empleadores afiliados al sistema, se espera un mayor ingreso de recursos financieros por concepto de cotizaciones. Una de las variables consideradas para caracterizar el financiamiento de la pensión por vejez en Venezuela, se refiere a los riesgos, prestaciones y beneficiarios que ampara el Seguro Social Obligatorio. Según la Ley, los beneficiarios del IVSS son todos los trabajadores afiliados y empleadores tanto por el régimen general como por el régimen parcial, más los familiares de los trabajadores. Sin embargo, desde el año 2000 el Ejecutivo Nacional ha promulgado decretos para que otros ciudadanos venezolanos puedan disfrutar de las prestaciones de salud y de pensiones, hayan cotizado o no el Seguro Social Obligatorio. En los cuadros 2, 3, 4 y 5, así como en los gráficos 1 al 9 se muestran los indicadores considerados para caracterizar la cobertura del IVSS

De acuerdo a los datos del Cuadro 2, se evidencia que desde 1971 al 2011, la población de 60 años y más con respecto a la población total venezolana ha aumentado de manera paulatina, puesto que en 1971 fue del 4,6% y en 2011 del 9,1%; es decir, el envejecimiento de la población

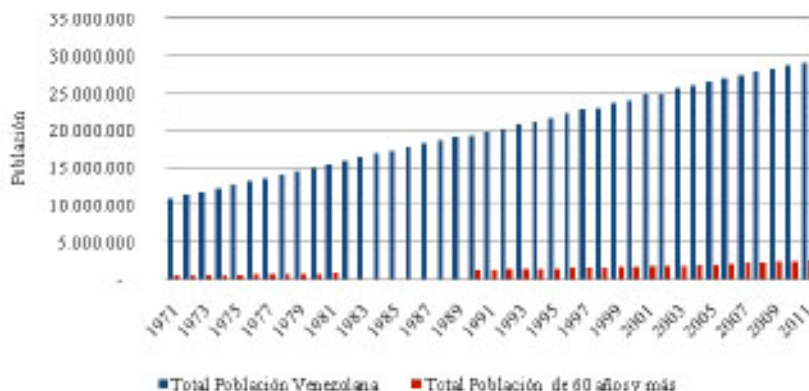
Cuadro No. 2
Población Total Venezolana, Población de 60 años y más, Población Económicamente Activa y Población Ocupada / 1971-2011

Año	Total Población Venezolana	Total Población de 60 años y más	Total Población Económicamente Activa	Total Población Ocupada
1971	10.984.195	508.299	3.446.861	3.274.863
1972	11.383.490	519.751	3.598.721	3.397.912
1973	11.798.839	536.040	3.740.111	3.513.835
1974	12.227.127	552.306	3.900.225	3.589.377
1975	12.665.236	569.587	4.065.380	3.804.383
1976	13.118.979	589.019	4.238.518	4.000.294
1977	13.590.433	611.107	4.408.017	4.208.116
1978	14.070.880	650.578	4.569.816	4.373.811
1979	14.551.602	661.319	4.787.816	4.519.415
1980	15.023.880	702.109	4.971.585	4.690.385
1981	15.484.656	772.466	5.126.588	4.801.229
1982	15.939.742	DND	5.312.887	4.927.254
1983	16.393.726	DND	5.500.140	4.934.014
1984	16.851.195	DND	5.690.375	4.938.002
1985	17.316.738	DND	5.886.755	5.106.116
1986	17.791.411	DND	6.089.405	5.396.009
1987	18.272.157	DND	6.299.642	5.693.178
1988	18.757.389	DND	6.512.285	6.035.434
1989	19.245.521	DND	6.800.136	6.177.065
1990	19.325.222	1.132.408	7.143.911	6.402.237
1991	19.785.504	1.179.310	7.355.583	6.654.556
1992	20.248.826	1.226.231	7.481.497	6.855.909
1993	20.814.087	1.273.143	7.532.674	7.034.828
1994	21.177.149	1.320.018	7.953.848	7.246.388
1995	21.644.121	1.366.817	8.104.527	7.383.665
1996	22.311.094	1.421.252	9.024.627	7.985.451
1997	22.784.025	1.475.561	9.507.125	8.642.748
1998	23.014.824	1.529.706	9.699.330	8.605.139
1999	23.706.711	1.583.892	10.197.282	8.667.689
2000	24.169.711	1.637.343	10.555.556	9.183.334
2001	24.841.173	1.711.298	10.584.943	9.167.448
2002	24.980.985	1.785.230	11.441.997	9.698.857
2003	25.673.550	1.859.118	11.866.962	9.993.806
2004	26.127.351	1.933.019	12.000.431	10.417.612
2005	26.577.423	2.006.658	12.122.524	10.733.980
2006	27.030.656	2.109.427	12.273.194	11.116.925
2007	27.483.208	2.212.151	12.433.626	11.491.941
2008	27.934.783	2.314.799	12.743.288	11.863.065
2009	28.384.132	2.417.258	13.072.388	11.936.191
2010	28.744.685	2.519.751	13.404.563	12.071.373
2011	29.186.358	2.647.400	13.531.528	12.388.204

Fuentes: Elaboración Propia. Datos obtenidos de Anuarios Estadísticos de Venezuela varios años y de SISOV <http://www.sisov.mpf.gob.ve/indicadores>; consultado en Diciembre de 2011. DND: Dato No Disponible.

creció en 4,5%. Esto implica aumento de los costos de Seguridad Social, puesto que cada vez serán más los adultos mayores que demanden pensión por vejez. Lo mencionado, también se puede visualizar en el Gráfico 1.

Gráfico No. 1
Total Población Venezolana con respecto a Total Población de 60 años y más / 1971-2011



Fuentes: Elaboración Propia. Datos obtenidos de Anuarios Estadísticos de Venezuela varios años y de SISOV <http://www.sisov.mpf.gob.ve/indicadores>; consultado en Diciembre de 2011.

En el Cuadro 2, también, se observa que al comparar la población total ocupada con respecto a la población total venezolana, en 1971 fue del 29,8% y en 2011 alcanzó el 42,4%; es decir, la población ocupada tuvo un crecimiento del 12,6%. Por otro lado, la población de 60 años y más con respecto a la población ocupada, en 1971 se ubicó en 15,5% y en 2011 fue del 21,4%.

De acuerdo a las estadísticas del Cuadro 3, se observa que el número de beneficiarios del IVSS ha aumentado de manera exponencial desde 1971 al 2009. Lo mismo ocurre con la población pensionada por vejez, ya que en 1971 fue de 1.551 pensionados y en 2011 de 1.406.230. Relacionando la población total de pensionados por vejez con respecto al total de beneficiarios del IVSS, resulta que en 1971 fue de 0,1% y en 2009 de 5,1%. Esto da cuenta, que la cobertura del IVSS ha aumentado durante el período

Cuadro No. 3
Beneficiarios del IVSS, Asegurados Cotizantes, Empresas Afiliadas, Pensionados
por Vejez y Total Pensionados del IVSS / 1971-2011

Año	Total Beneficiarios del IVSS	Total Asegurados Cotizantes	Total Empresas Afiliadas	Total Pensionados por Vejez	Total Pensionados del IVSS
1971	2.208.077	863.103	82.256	1.551	8854
1972	2.365.333	919.619	91.968	9.749	18957
1973	2.572.270	997.183	101.508	14.722	32202
1974	2.791.379	1.074.009	112.498	21.936	40481
1975	3.110.735	1.182.725	126.697	27.134	47281
1976	3.289.081	1.265.463	87.358	32.270	45755
1977	3.592.173	1.384.713	84.895	37.346	61789
1978	3.956.343	1.512.989	89.681	43.288	75234
1979	4.482.981	1.522.323	109.580	50.433	88708
1980	5.186.000	2.350.208	104.563	52.792	97001
1981	5.400.000	2.453.299	104.956	58.551	110914
1982	5.514.000	1.836.890	114.562	60.232	114163
1983	5.279.000	1.770.289	119.114	68.244	133038
1984	5.470.132	1.816.597	125.460	73.118	143781
1985	5.768.674	1.896.358	136.243	80.359	157785
1986	6.227.391	1.998.285	150.603	96.827	182461
1987	6.704.929	2.149.156	162.182	99.783	195820
1988	7.350.164	2.333.851	173.628	106.235	207085
1989	7.286.884	2.302.047	180.934	115.041	222938
1990	7.710.166	2.431.694	188.081	126.408	235415
1991	8.626.040	2.524.443	200.190	151.815	268153
1992	7.790.756	2.448.443	146.130	167.083	259224
1993	8.621.861	2.738.750	214.613	178.711	305984
1994	9.297.358	2.642.569	216.748	178.836	305760
1995	8.382.133	2.354.328	211.471	182.883	311025
1996	8.460.156	2.372.585	210.668	198.725	324185
1997	8.603.443	2.383.484	214.565	204.256	331531
1998	8.399.488	2.368.327	225.026	245.469	387007
1999	8.119.074	2.194.035	232.689	309.809	475114
2000	8.737.953	2.247.626	248.157	332.428	512514
2001	8.945.771	2.283.088	258.143	348.319	536348
2002	8.994.564	2.297.570	275.090	352.148	538840
2003	9.278.982	2.301.660	283.747	423.122	626795
2004	9.967.299	2.482.098	301.931	522.291	757679
2005	14.582.615	3.694.262	333.631	572.622	822415
2006	14.920.922	3.541.016	363.956	675.300	944475
2007	16.737.274	3.811.322	427.644	875.218	1168515
2008	18.576.631	3.380.109	475.549	960.941	1282965
2009	19.670.203	4.456.309	537.203	1.010.130	1339695
2010	DND	4.771.618	537.470	1.184.553	1721983
2011	DND	5.107.613	537.737	1.406.230	1916618

Fuentes: Elaboración Propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS; Anuarios Estadísticos de Venezuela varios años y de SISOV <http://www.sisov.mpf.gob.ve/indicadores>; consultado en Diciembre de 2011. DND: Dato No Disponible.

considerado en términos de beneficiarios, y por ende, de pensionados por vejez. En lo que se refiere a la población total de pensionados por vejez con respecto al total de asegurados cotizantes, en 1971 fue de 0,2% y en 2011 de 27,5%. Así mismo, las empresas afiliadas al IVSS tienden a aumentar durante el período observado, resultando que en el año 1971 fueron 82.256 empresas afiliadas y en 2011 se afiliaron 537.737 empresas.

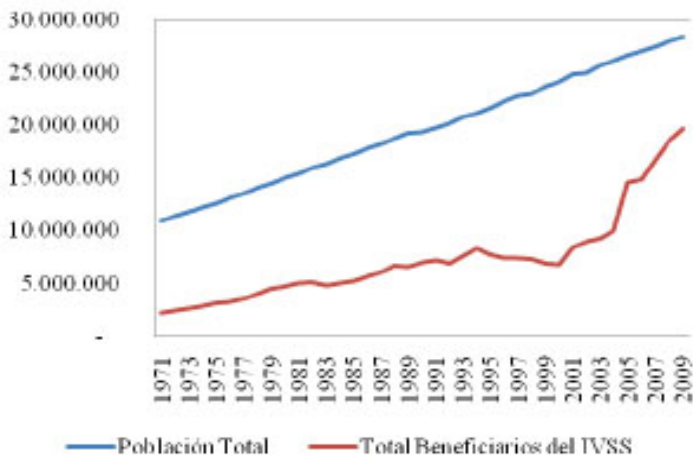
Cruzando datos de los cuadros 2 y 3, se obtiene que para el año 1971, la población total beneficiaria del IVSS con respecto a la población total del país fue del 20% y para esa época la cobertura se regía solo por lo que establece el campo de aplicación de la Ley del Seguro Social. En el año 2009, treinta y ocho (38) años después, la cobertura del IVSS aumentó a 69%, lo cual se explica porque los beneficiarios actuales van más allá del campo de aplicación de la Ley. Sin embargo, la cobertura del IVSS no es universal puesto que no beneficia a toda la población venezolana, a pesar de los esfuerzos del Ejecutivo Nacional por extender tanto los servicios de salud como de pensiones para personas no afiliadas al Seguro Social con o sin capacidad contributiva.

La limitación de cobertura es característica de los regímenes previsionales de todos los países del mundo, por tanto Venezuela no es la excepción. En el Gráfico 2 se puede ver que durante el período 1971-2009, la población total beneficiaria del IVSS siempre es menor con respecto a la población total venezolana. (Ver Gráfico 2).

Continuando el cruce de datos entre los cuadros anteriores, se tiene que en 1971 había 25 cotizantes del IVSS por cada 100 individuos de la población económicamente activa¹ y en 2011 había 38 cotizantes por cada 100 activos. También se puede observar, que en 1971 los asegurados cotizantes del IVSS con respecto a la población ocupada representaron el 26% y en 2011 el 41%, lo cual significa que en el transcurso de cuarenta (40) años solo hubo un incremento de trabajadores ocupados cotizantes del 15%. En cada año considerado, existe más del 50% de los trabajadores ocupados que no cotizan el Seguro Social.

1. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la Población Económicamente Activa está constituida por todas las personas de 15 años y más con disposición y disponibilidad para trabajar durante la semana anterior a la realización de la entrevista.

Gráfico No. 2
Población Beneficiaria del IVSS con respecto a Población
Total Venezolana / 1971-2009



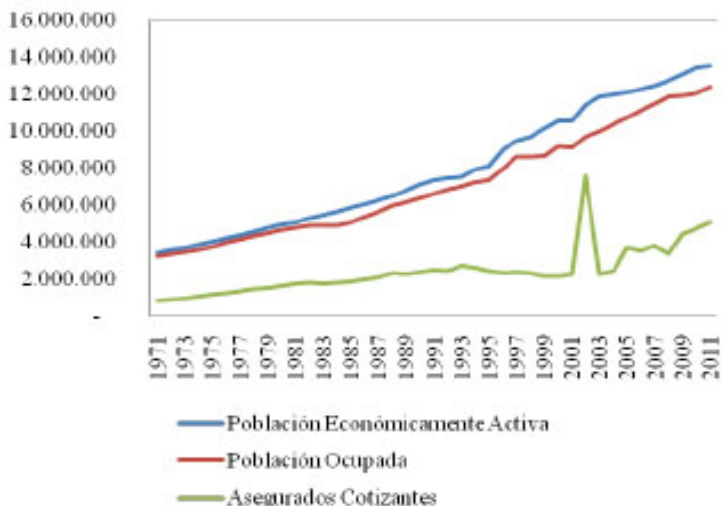
Fuentes: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS y de SISOV [http://www.sisov.mpf.gov.ve/indicadores; consultado en julio 2012](http://www.sisov.mpf.gov.ve/indicadores; consultado_en_julio_2012).

El Gráfico 3 muestra que la población de trabajadores económicamente activos y la población de trabajadores ocupados, tanto del sector formal como informal de la economía², siempre es mayor con respecto a la población de asegurados cotizantes del IVSS durante el período 1971-2011.

Aquellos trabajadores ocupados en el sector formal de la economía, tanto del sector público como del privado, están obligados por Ley a co-

2. Según el INE, una persona está ocupada en el Sector Formal cuando labora en empresas de cinco personas o más, tanto del sector público como del sector privado. También se incluyen a los trabajadores por cuenta propia profesionales universitarios. Los trabajadores del Sector Informal son aquellas personas ocupadas como servicio doméstico, trabajadores por cuenta propia no profesionales (tales como vendedores, artesanos, conductores, pintores, carpinteros, buhoneros, etc.). También se incluyen en este sector a los patronos, empleados, obreros y trabajadores familiares que laboran en empresas con menos de cinco personas ocupadas.

Gráfico No. 3
Población Asegurados Cotizantes del IVSS con respecto a Población Económicamente Activa y Población Ocupada / 1971-2011



Fuentes: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS y de SISOV <http://www.sisov.mpf.gob.ve/indicadores>; consultado en julio 2012.

tizar el Seguro Social. Así mismo, los trabajadores no dependientes actualmente pueden afiliarse al IVSS con derecho a todas las prestaciones, con la diferencia que a ellos les corresponde pagar una tasa de cotización del 13% sobre la remuneración o ingreso declarado (artículo 7 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social, Reforma Parcial Gaceta Oficial N° 39.912 del 30-04-2012). Dicha tasa podría ser percibida como alta por aquellos independientes que devenguen salarios por debajo o cerca del salario mínimo y en consecuencia, no sería atractivo ni motivador cotizar al sistema. Así mismo, los trabajadores a domicilio, domésticos, miembros de cooperativas de producción y de servicios y las administraciones obreras, están sujetas al régimen del Seguro Social (artículo 2 párrafo primero y artículo 4), por tanto también deben cotizar.

Vale la pena preguntarse ¿por qué hay menos cotizantes del IVSS de los que debería haber? En opinión de la autora, una de las razones es la

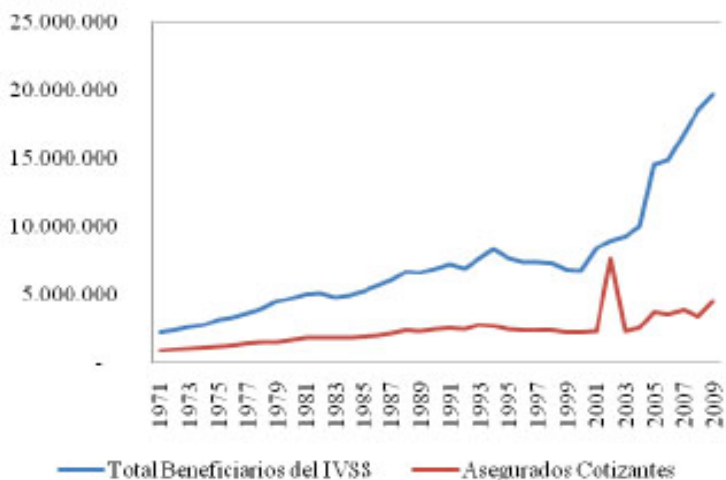
falta de cultura sobre Seguridad Social que existe en nuestro país, ya que muchos trabajadores y empleadores no le dan la importancia que merece la misma como una forma de previsión y sólo se acuerdan de ella al momento de requerir la pensión por vejez o alguna otra contraprestación. Por otro lado, el IVSS no ha actualizado los topes de salarios sujetos a cotización, por lo tanto aquellos trabajadores con dependencia de patrono que devenguen salarios superiores a cinco (5) salarios mínimos no cotizan el Seguro Social. También está el problema de la evasión en las cotizaciones al sistema por parte tanto del sector privado como del público, y ello indica que no hay estímulo para contribuir al Seguro Social. Otra razón es, que el que cotiza sobre cinco (5) salarios mínimos tiene la misma cuantía de la pensión por vejez que el que lo hace sobre un (1) salario mínimo. Por tanto, la tasa de aporte no está vinculada a la de retorno, lo cual desestimula la cotización.

Haciendo referencia a la población de asegurados cotizantes con respecto a la población beneficiaria del IVSS, se puede visualizar en el Gráfico 4 que la primera es mucho menor que la segunda. En términos porcentuales, se tiene que en 1971 los cotizantes del IVSS con respecto a los beneficiarios del Seguro Social fueron del 39% mientras que en el año 2009 fue del 23%. Esto significa, que a lo largo de 38 años ha habido una disminución de cotizantes de un 16%, lo cual es un indicador que afecta el financiamiento del fondo de pensiones.

De acuerdo a los datos, se puede inferir que la población de trabajadores cotizantes del IVSS no sostiene financieramente a la población de beneficiarios del instituto, ya que estos últimos generan gastos por servicios y prestaciones dinerarias que van más allá de las pensiones de vejez. (Ver Gráficos No 4)

En cuanto a las empresas afiliadas al IVSS, se muestra tanto en el Cuadro 3 como en el Gráfico 5 que en la medida que se afilian empresas al Seguro Social, aumenta la población de trabajadores asegurados cotizantes. No obstante, el IVSS debe realizar todo lo que esté a su alcance para optimizar las políticas de supervisión orientada a aumentar la afiliación del mayor número de empresas posibles, ya que entre 1971 a 2011, el aumento de empresas afiliadas solo fue del 15,30%.

Gráfico No. 4
Población Asegurados Cotizantes con respecto
a Población Beneficiaria del IVSS / 1971-2009

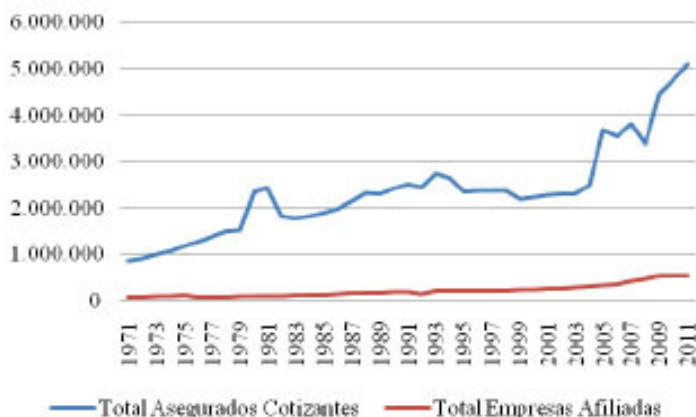


Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

En este contexto, surge la problemática de que en el país existen empresas que evaden tanto la afiliación como el pago de los llamados “impuestos de nómina”. (Ver Gráfico No 5).

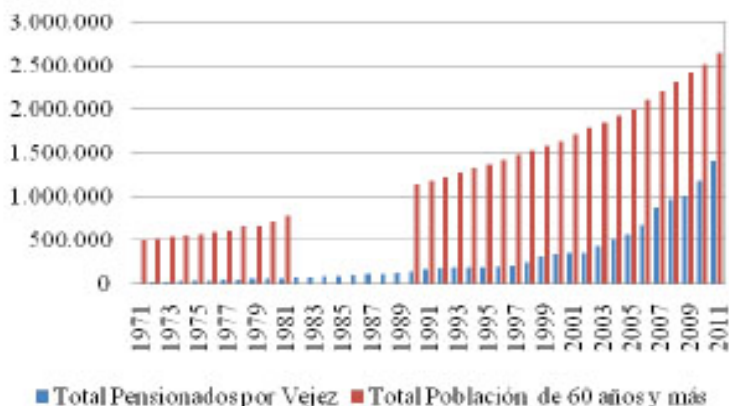
Respecto a la población de pensionados por vejez del IVSS, ha resultado que en la medida que aumenta el grupo etario de 60 años y más, también aumenta el número de pensionados por vejez. Sin embargo, entre 1971 y 2011 no toda la población anciana es beneficiaria de este tipo de pensión. (Ver Gráfico 6). Del mismo modo, puede observarse que al relacionar indicadores del Cuadro 2 con indicadores del Cuadro 3, se tiene que la población pensionada por vejez con respecto a la población de 60 años y más, en 1971 fue del 0,31% mientras que en 2011 fue del 53,12%. El crecimiento de pensionados por vejez a lo largo de 40 años, es decir, entre 1971 y 2011, ha sido del 53%. Con ello, se evidencia que la cobertura sobre esta prestación dineraria ha aumentado notoriamente, pero que aún no llega a toda la población anciana. (Ver Gráfico No 6)

Gráfico No. 5
Empresas Afiliadas con respecto a Población
Asegurados Cotizantes del IVSS / 1971-2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MIN-PPTRASS.

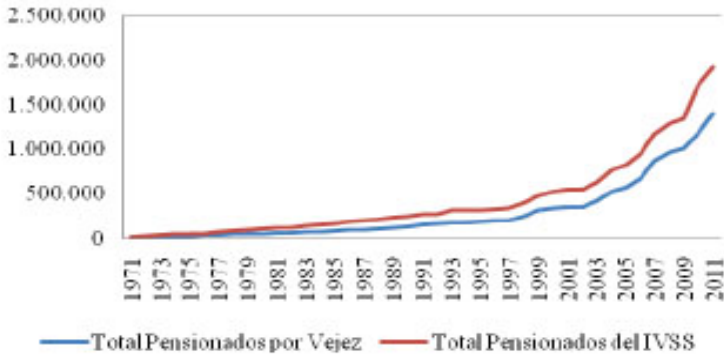
Gráfico No. 6
Población Pensionada por Vejez con respecto a
Población Total de 60 años y más / 1971-2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

Adicionalmente, en el Gráfico 7 se visualiza que el aumento de la población pensionada por vejez es directamente proporcional con el aumento de la población total de pensionados del IVSS.

Gráfico No. 7
Población Pensionada por Vejez con respecto a
Población Total Pensionada del IVSS / 1971-2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

Cabe destacar que a partir de 2007, se ha dado un incremento acelerado del número de beneficiarios de pensión por vejez, lo cual se debe a que los pensionados regulares conforme a los requisitos establecidos en la Ley del Seguro Social se han sumado con los pensionados por los decretos presidenciales números 4.269 (Completar cotizaciones); 5.316 (Completar cotizaciones); 5.370 (Amas de Casa); 7.401 (Completar cotizaciones) y 7.402 (Campesinos y Pescadores). Todo ello, puede observarse tanto en el Cuadro 5 como en el Gráfico 6.

En el Cuadro 5, se puede observar que en el año 2006 no se reflejaron beneficiarios de pensión por vejez conforme a los decretos presidenciales señalados. Luego, en el total de pensionados por vejez del 2007, se incluyeron beneficiarios por los decretos números 4.269 y 5.370. No obstante, en la Memoria y Cuenta 2007 del MINPPTRASS, aún cuando se expresa que existieron beneficiarios por ambos decretos, no se especifica el nú-

mero de éstos. Lo mismo ocurre con el total de pensionados por vejez del año 2008, en los que se agregaron beneficiarios por los decretos números 4.269, 5.316 y 5.370, pero en la Memoria y Cuenta 2008 del MINPPTRASS no se especifica cuántos beneficiarios de cada Decreto.

Al total de beneficiarios de pensión por vejez del año 2009, se incluyeron 95.325 beneficiarios por Decreto Presidencial N° 5.316 y 12.604 beneficiarias por Decreto N° 5.370 (Memoria y Cuenta 2009 del MINPPTRASS). Al total de pensiones por vejez correspondiente al año 2010, se incluyeron 28.967 pensionados por Decreto N° 7.401, 19.930 pensionados por Decreto N° 7.402, 94.447 beneficiarios de pensión por Decreto N° 5.316 y 12.309 pensionados por Decreto N° 5.370 (Memoria y Cuenta 2010 del MINPPTRASS). Con respecto al total de pensionados por vejez del año 2011, están incluidos 84.662 beneficiarios por Decreto N° 7.401 y 19.805 beneficiarios por Decreto N° 7.402 (Memoria y Cuenta 2011 del MINPPTRASS).

Adicionalmente, según información obtenida de la Dirección General de Previsión Social del MINPPTRASS, en el año 2012 hubo 1.997.087

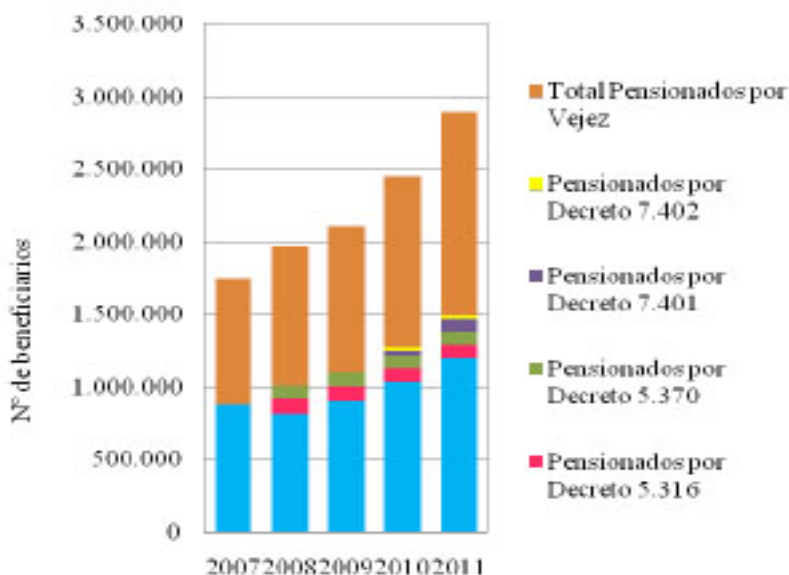
Cuadro No. 5
Población Pensionada por Vejez según base legal / 2006-2011

Año	Pensionados Regulares por Ley Seguro Social	Pensionados por Decreto 4.269	Pensionados por Decreto 5.316	Pensionados por Decreto 5.370	Pensionados por Decreto 7.401	Pensionados por Decreto 7.402	Total Pensionados por Vejez	Erogaciones Pensión por Vejez del IVSS (Bs. Fuertes)
2006	675.300	0	0	0	0	0	675.300	4.398.851.391
2007	875.218	Beneficiarios (DND)	0	Beneficiarios (DND)	0	0	875.218	6.495.565.035
2008	810.941	Beneficiarios (DND)	100.000	50.000	0	0	960.941	9.873.560.636
2009	902.201	0	95.325	12.604	0	0	1.010.130	12.813.445.217
2010	1.028.900	0	94.447	12.309	28.967	19.930	1.184.553	17.934.300.377
2011	1.194.839	0	93.950	12.974	84.662	19.805	1.406.230	25.128.668.875

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPPTRASS; (DND): Hubo beneficiarios por el Decreto, pero el correspondiente dato no estaba disponible en la fuente.

pensionados regulares por Ley y 214.888 pensionados por decretos, lo cual significó un total de 2.211.975 beneficiarios de pensión por vejez. De los 214.888 pensionados por vejez conforme a decretos, resultaron 93.949 beneficiarios por Decreto 5.316; 88.508 pensionados por Decreto 7.401; 19.509 pensionados por Decreto 7.402 y 12.922 pensionados por Decreto 5.370.

Gráfico No. 8
Población Pensionada por Vejez según Base Legal / 2007 – 2011



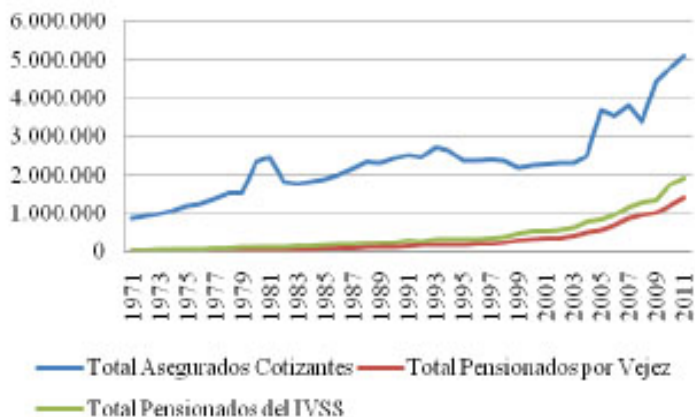
Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

El número de pensionados regulares conforme al artículo 27 de la Ley del Seguro Social, aunado al número de pensionados por los decretos presidenciales referidos, generó durante el período 2007 al 2011 un aumento significativo de la población pensionada por vejez, así como importantes incrementos de las erogaciones del IVSS por este tipo de prestación dineraria. Si bien es cierto que con los decretos presidenciales en

materia de pensión por vejez, el Ejecutivo Nacional ha logrado ampliar la cobertura beneficiando a un mayor número de adultos (as) mayores que se encuentran en condiciones especiales, se mantiene el problema de que las pensiones son financiadas por el Fisco Nacional con dinero de la renta petrolera, lo que significa que los ingresos que recibe el IVSS por cotizaciones siguen siendo insuficientes para pagar las pensiones y el mecanismo dominante para el financiamiento de las prestaciones de la Seguridad Social, deberían ser justamente las cotizaciones.

En el Gráfico 7, se muestra que durante el período 1971-2011, la población de asegurados cotizantes es mayor que la población de pensionados por vejez y que la población total de pensionados del IVSS, lo cual podría interpretarse como que los activos cotizantes sostienen financieramente a los pasivos pensionados. Sin embargo, esto no es así, porque las elevadas erogaciones que implica el pago de las pensiones superan los ingresos por concepto de cotizaciones y además de ello, la población total beneficiaria del IVSS supera a los asegurados cotizantes.

Gráfico No. 9
Población Pensionada por Vejez y Población Total Pensionada del IVSS
con respecto a Población Asegurados Cotizantes / 1971-2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

Por otro lado, con el aumento de pensionados por la vía de los Decretos Presidenciales ya mencionados se ha incrementado aún más el costo fiscal y se ha profundizado la dependencia de la renta petrolera para el financiamiento de las pensiones. Esta modalidad de financiamiento no es sostenible y se requiere que el Ejecutivo Nacional introduzca cambios profundos en los parámetros de contribución y de beneficios, puesto que podría suceder un colapso total del sistema pensional y en consecuencia, se perjudicaría a la población presente y futura beneficiaria de la pensión por vejez.

El Seguro Social no tiene punto de equilibrio, ya que los beneficios relacionados con las pensiones por vejez que está otorgando no tienen vinculación financiera, actuarial o técnica con el número de cotizantes, ni con los salarios promedios que estos cotizantes están devengando. Está presente también el problema de la otra cohorte, del grupo de trabajadores que está cotizando y que tienen derecho a que en determinado momento se le cancele la pensión de manera oportuna, lo cual hoy por hoy está en riesgo.

Erogaciones: Pensiones por vejez y Pensiones Totales del IVSS

Las erogaciones son transacciones del IVSS que implican el pago de una suma de dinero (desembolso) o que se comprometa un pago futuro. Los cuadros 6 y 7 contienen datos de los indicadores seleccionados para caracterizar a esta variable. De tal manera, que se muestran las erogaciones realizadas por el IVSS en cuanto a pensiones de vejez y pensiones totales del instituto, así como las proporciones que éstas representan con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) para el período 1971-2011. (Ver cuadro 6)

De acuerdo a los datos del Cuadro 6, se evidencia que en la medida que aumentan los pensionados por vejez también aumentan las erogaciones del IVSS por este concepto. Así se tiene, que en 1971 la erogación para pagar la pensión por vejez fue de 4.200 bolívares fuertes, mientras que en 2011 la erogación fue de 25.128.668.875 bolívares fuertes.

Del total de las erogaciones que el IVSS realiza con respecto a pensiones, las de vejez tienden a representar un poco más del 50% a partir de 1972 y en 2011 llegó casi al 74%. Es decir, el mayor gasto que el IVSS ha

Cuadro No. 6
Erogaciones por Pensión de Vejez y Erogaciones
por Pensiones Totales del IVSS / 1971-2011

Año	Total Pensionados por Vejez	Erogaciones por Pensión de Vejez (Bs. Fuertes)	Total Pensionados del IVSS	Erogaciones por Pensiones Totales del IVSS (Bs. Fuertes)	Erogaciones Pensión por Vejez / Erogaciones pensiones totales del IVSS (%)
1971	1.551	4.200	8.854	43.972	9,55
1972	9.749	63.636	18.957	123.740	51,43
1973	14.722	99.312	32.202	217.229	45,72
1974	21.936	145.524	40.481	268.549	54,19
1975	27.134	178.224	47.281	311.289	57,25
1976	32.270	271.068	45.755	384.344	70,53
1977	37.346	284.731	61.789	458.023	62,17
1978	43.288	354.324	75.234	519.894	68,15
1979	50.433	399.931	88.708	623.339	64,16
1980	52.792	572.174	97.001	959.035	59,66
1981	58.551	643.230	110.914	1.108.421	58,03
1982	60.232	757.142	114.163	1.297.549	58,35
1983	68.244	850.254	133.038	1.479.778	57,46
1984	73.118	917.908	143.781	1.617.421	56,75
1985	80.359	1.046.363	157.785	1.830.173	57,17
1986	96.827	1.224.086	182.461	2.030.132	60,30
1987	99.783	1.404.354	195.820	2.404.009	58,42
1988	106.235	1.532.700	207.085	2.719.300	56,36
1989	115.041	1.526.700	222.938	2.583.100	59,10
1990	126.408	2.869.500	235.415	4.283.441	66,99
1991	151.815	3.998.300	268.153	5.226.000	76,51
1992	167.083	5.448.000	259.224	8.219.200	66,28
1993	178.711	9.361.700	305.984	13.712.700	68,27
1994	178.836	24.853.600	305.760	37.603.100	66,09
1995	182.883	34.962.000	311.025	48.523.600	72,05
1996	198.725	33.808.000	324.185	53.033.684	63,75
1997	204.256	91.200.025	331.531	148.478.493	61,42
1998	245.469	154.498.240	387.007	272.994.387	56,59
1999	309.809	326.246.682	475.114	466.632.771	69,92
2000	332.428	540.008.858	512.514	832.061.920	64,90
2001	348.319	622.478.146	536.348	959.134.837	64,90
2002	352.148	797.494.500	538.840	1.219.411.797	65,40
2003	423.122	1.086.912.090	626.795	1.610.242.512	67,50
2004	522.291	2.160.165.446	757.679	3.135.217.339	68,90
2005	572.622	3.087.950.948	822.415	4.436.715.051	69,60
2006	675.300	4.398.851.391	944.475	6.152.236.291	71,50
2007	875.218	6.495.565.035	1.168.515	8.672.313.843	74,90
2008	960.941	9.873.560.636	1.282.965	13.182.320.997	74,90
2009	1.010.130	12.813.445.217	1.339.695	16.993.959.679	75,40
2010	1.184.553	17.934.300.377	1.721.983	26.071.066.779	68,79
2011	1.406.230	25.128.668.875	1.916.618	34.249.062.445	73,37

Fuentes: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MIN PP-TRASS; Banco Central de Venezuela (<http://www.bcv.org.ve/c2/indicadores.asp>); Anuarios Estadísticos del IVSS varios años y SISOV (<http://www.sisov.mpf.gov.ve/indicadores/EM000030000000/>).

tenido en los últimos 34 años en materia de pensiones ha sido por pensión de vejez. Esto se puede observar en el Gráfico 10.



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

En el Cuadro 7 se expone, que en 1971 las erogaciones por pensión de vejez con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) fue del 0,01%, mientras que en 2011, solamente el pago de las pensiones por vejez llegó a representar para el Estado venezolano el 1,85% del PIB, sin contar el pago de los otros tipos de pensiones (invalidez y sobrevivientes) que realiza el IVSS y las provenientes de los regímenes especiales de organismos públicos que también dependen en gran medida de ingresos fiscales.

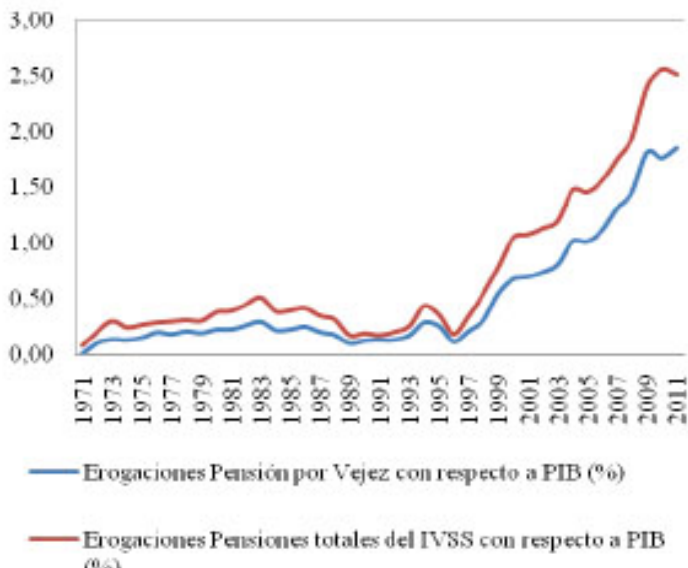
Tanto en el Cuadro 7 como en el Gráfico 11 se muestran que las erogaciones por pensión de vejez son cada vez más altas y al depender su financiamiento del Fisco Nacional, se impacta de manera significativa el Producto Interno Bruto (PIB). El impacto en el PIB que han tenido tanto las erogaciones por vejez como las erogaciones totales de pensiones del IVSS, ha sido más acentuado a partir del año 1997 al 2011. (Ver Gráfico 9)

Cuadro No. 7
Erogaciones del IVSS en pensiones con respecto
al Producto Interno Bruto (PIB) / 1971-2011

Año	PIB (Bs. F)	Erogaciones Pensión por Vejez con respecto a PIB (%)	Erogaciones Pensiones totales del IVSS con respecto a PIB (%)
1971	57.141.000	0,01	0,08
1972	61.502.000	0,10	0,20
1973	73.253.000	0,14	0,30
1974	112.234.000	0,13	0,24
1975	118.098.000	0,15	0,26
1976	135.104.000	0,20	0,28
1977	155.706.000	0,18	0,29
1978	169.060.000	0,21	0,31
1979	207.737.000	0,19	0,30
1980	254.201.000	0,23	0,38
1981	285.208.000	0,23	0,39
1982	291.268.000	0,26	0,45
1983	290.492.000	0,29	0,51
1984	420.072.000	0,22	0,39
1985	464.741.000	0,23	0,39
1986	489.172.000	0,25	0,42
1987	696.421.000	0,20	0,35
1988	873.283.000	0,18	0,31
1989	1.510.361.000	0,10	0,17
1990	2.279.261.000	0,13	0,19
1991	3.037.492.000	0,13	0,17
1992	4.131.483.000	0,13	0,20
1993	5.453.903.000	0,17	0,25
1994	8.675.172.000	0,29	0,43
1995	13.685.686.000	0,26	0,35
1996	29.437.682.000	0,11	0,18
1997	43.343.669.000	0,21	0,34
1998	50.012.967.000	0,31	0,55
1999	59.344.600.000	0,55	0,79
2000	79.655.692.000	0,68	1,04
2001	88.945.596.000	0,70	1,08
2002	107.840.166.000	0,74	1,13
2003	134.227.833.000	0,81	1,20
2004	212.683.082.000	1,02	1,47
2005	304.086.815.000	1,02	1,46
2006	393.926.240.000	1,12	1,56
2007	494.591.535.000	1,31	1,75
2008	677.593.637.000	1,46	1,95
2009	707.262.549.000	1,81	2,40
2010	1.016.834.748.000	1,76	2,56
2011	1.357.487.061.000	1,85	2,52

Fuentes: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS; Banco Central de Venezuela (<http://www.bcv.org.ve/c2/indicadores.asp>); Anuarios Estadísticos del IVSS varios años y SISOV (<http://www.sisov.mpf.gob.ve/indicadores/EM000030000000/>).

Gráfico No. 9
Proporción Erogaciones Pensión por Vejez con respecto
al PIB Vs. Proporción Erogaciones
Pensiones Totales del IVSS con respecto al PIB / 1971-2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MIN-PPTRASS.

Índice de Cobranza: Facturación y Recaudación

El índice de cobranza es la proporción entre recaudación y facturación realizada por el IVSS en un período determinado. La recaudación, consiste en las actuaciones administrativas necesarias para la realización e ingreso de las cotizaciones, créditos y derechos que corresponden a la misma. La facturación, es la suma total en dinero de las contribuciones conforme a la Ley y facturadas por el IVSS a los empleadores y trabajadores afiliados.

En el Cuadro 8, se muestran indicadores del índice de cobranza del IVSS, tales como facturación y recaudación, para el período 1971-2011. Así mismo, se indican las proporciones (%) entre las erogaciones por pensiones de vejez y las recaudaciones.(Ver cuadro 8)

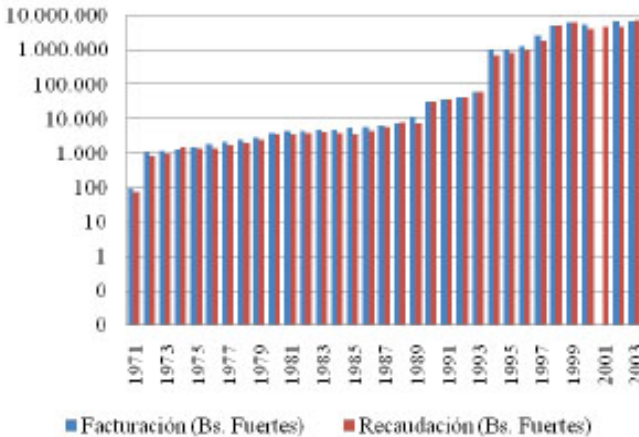
Cuadro No. 8
Facturación, Recaudación e Índice de Cobranza del IVSS / 1971-2011

Año	Facturación (Bs. Fuertes)	Recaudación (Bs. Fuertes)	Índice de Cobranza	Erogaciones Pensión por Vejez (Bs. Fuertes)	Relación Erogaciones Pensión por Vejez con respecto a Recaudación (%)
1971	9.433	7.757	82,2	4.200	54
1972	102.350	85.910	83,9	63.636	74
1973	115.980	96.610	83,3	99.312	103
1974	140.730	157.610	112,0	145.524	92
1975	161.980	148.220	91,5	178.224	120
1976	194.080	146.270	75,4	271.068	185
1977	223.830	177.740	79,4	284.731	160
1978	261.830	212.360	81,1	354.324	167
1979	284.590	246.300	86,5	399.931	162
1980	399.590	359.630	90,0	572.174	159
1981	433.360	364.060	84,0	643.230	177
1982	455.410	393.010	86,3	757.142	193
1983	473.080	402.120	85,0	850.254	211
1984	491.840	395.200	80,4	917.908	232
1985	531.360	372.970	70,2	1.046.363	281
1986	584.050	434.620	74,4	1.224.086	282
1987	690.100	583.270	84,5	1.404.354	241
1988	801.580	815.870	101,8	1.532.700	188
1989	1.160.250	768.240	66,2	1.526.700	199
1990	3.387.300	3.387.300	100,0	2.869.500	85
1991	3.897.850	3.897.850	100,0	3.998.300	103
1992	4.485.110	4.485.110	100,0	5.448.000	121
1993	6.131.440	6.131.440	100,0	9.361.700	153
1994	105.321.600	72.015.400	68,4	24.853.600	35
1995	106.570.500	88.172.500	82,7	34.962.000	40
1996	135.912.600	99.611.000	73,3	33.808.000	34
1997	264.706.800	182.923.900	69,1	91.200.025	50
1998	519.620.900	519.620.900	100,0	154.498.240	30
1999	671.840.700	671.840.700	100,0	326.246.682	49
2000	561.962.300	436.064.700	77,6	540.008.858	124
2001	DND	506.043.900	DND	622.478.146	123
2002	729.267.500	513.487.000	70,4	797.494.500	155
2003	723.399.800	766.862.500	106,0	1.086.912.090	142
2004	DND	1.333.000.000	DND	2.160.165.446	162
2005	DND	1.593.392.100	DND	3.087.950.948	194
2006	DND	2.699.000.000	DND	4.398.851.391	163
2007	DND	3.883.018.700	DND	6.495.565.035	167
2008	DND	4.836.109.867	DND	9.873.560.636	204
2009	DND	6.614.466.170	DND	12.813.445.217	194
2010	DND	9.060.101.700	DND	17.934.300.377	198
2011	DND	DND	DND	25.128.668.875	DND

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS. DND: Dato No Disponible.

Observando el Cuadro 8 y el Gráfico 10, se aprecia en el periodo estudiado que entre los años 1971 y 2002, el dinero facturado por el IVSS a los empleadores y trabajadores afiliados, fue mayor que lo recaudado, por lo tanto, existen pocas posibilidades para que se generen las reservas técnicas del fondo de pensiones, considerando además, las fallas ya conocidas del IVSS en cuanto a la administración de los recursos financieros.

Gráfico No. 10
Facturación Vs. Recaudación del IVSS / 1971-2003

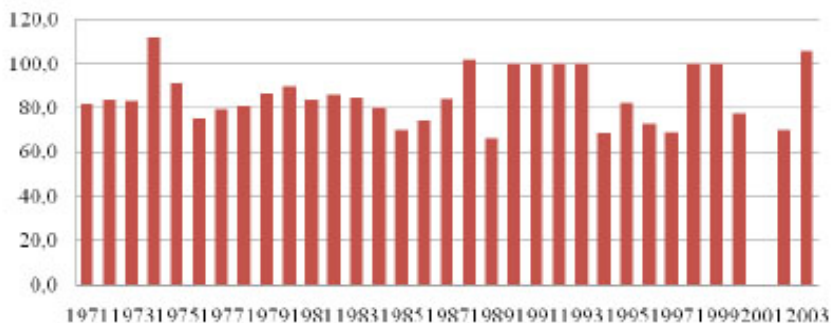


Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MINPP-TRASS.

Así mismo, el Gráfico 11 muestra que el índice de cobranza generalmente oscila entre el 65% y 85% durante el período 1971-2010 y solo llega o supera el 100% en algunos años, destacándose el índice de cobranza más alto en 1974 con el 112%. Esto ratifica que existe una tendencia a la mora de las cobranzas, lo cual puede deberse a varios factores, entre ellos: a) una falta de automatización que no ayuda a combatir los problemas de sub-declaración, evasión y fraude; b) los empleadores y los trabajadores que no cumplen pueden realizar una elección racional para evitar el pago de cotizaciones, si las medidas de ejecución se perciben como débiles y si se percibe que la ganancia económica del incumplimiento supera al costo financiero y al daño potencial que para la reputación de las empresas representan las penalizaciones y sanciones impuestas; c)

Debilidades en los mecanismos de supervisión y de sanciones por parte del IVSS para el cumplimiento de los pagos.

Gráfico No. 11
Índice de Cobranza / 1971-2003

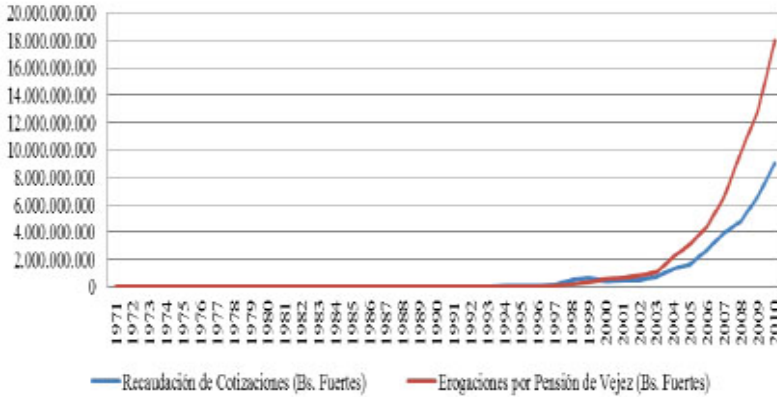


Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta MINPPTRASS correspondiente a los años 1971 al 2000.

Por otro lado, al comparar la recaudación de ingresos con las erogaciones o gastos por concepto de pensión de vejez, lo cual se muestra en el Gráfico 12, se evidencia que a partir del 2000 se profundizó la diferencia entre una y la otra, ya que las erogaciones por pensiones de vejez son mucho mayores que las recaudaciones. Así mismo, en el Cuadro 8 se indica que en el año 1971, la proporción entre erogaciones de pensión por vejez con respecto a la recaudación fue del 54% y en el 2010 fue de 198%, es decir, el IVSS gasta más dinero en pensiones por vejez de lo que le ingresa por recaudaciones. Esto significa, que en términos financieros el IVSS está en quiebra y ya hubiese colapsado sino tuviera el respaldo del Fisco Nacional. (Ver Gráfico 12).

Tomando en consideración el costo fiscal de las pensiones, León (2000) explica que las cifras para el año 2000 muestran que aun cumpliéndose el compromiso previsto en la legislación venezolana de garantizar que la pensión por vejez otorgada por el Seguro Social sea equivalente al salario mínimo, se requerirían alrededor de 600 mil millones de bolívares, es decir, unos 900 millones de dólares. Si se supone que con el número

Gráfico No. 12
Recaudación Vs. Erogaciones Pensión por Vejez / 1971-2010



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Memoria y Cuenta varios años del MIN-PPTRASS.

de cotizantes promedio anual que existe en el país aportándole al Seguro Social y que se pudieran cobrar el cien por cien a esos cotizantes, sin ninguna evasión, y sin que hubiese atraso en el cobro de éstas, el sistema tendría un déficit de 300 mil millones de bolívares. Esto indica, que el sistema, en ese estado, no puede ni crear reservas técnicas ni atender a los pensionados.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) señala que el éxito en la recaudación y cobranza de las cotizaciones puede respaldar las ambiciones de extensión de la cobertura del Seguro Social. En tal sentido, la mejora de la recaudación y cobranza de las cotizaciones es un requisito necesario para defender los derechos y los valores asociados con los regímenes de Seguro Social y contrarrestar cualquier desplazamiento a enfoques más residuales para la protección social.

Flujo de Caja del IVSS

El flujo de Caja son las variaciones de entradas y salidas de caja o efectivo, en un período dado del IVSS y constituye un indicador importante de la liquidez. Las entradas son los ingresos y las salidas son los gastos.

Cuadro No. 10
Ingresos y Egresos del IVSS y Resultados Financieros / 1971-1998

Año	INGRESOS (En Bs. con base a 1961)		EGRESOS (Bs. con base a 1961)					Resultado financiero (Ingresos - Gastos)
	Total Cotizaciones y Otros Ingresos	Sub-Total Cotizaciones	Total Egresos	Sub-Total Gastos de Administración	Sub-Total Gastos de Asistencia Médica	Sub-Total Gastos de Indemnizaciones Diarias	Sub-Total Gastos de Pensiones	
1971	972.299	775.653	788.316	158.421	505.779	80.144	43.972	183.983
1972	1.079.049	859.111	909.167	165.858	533.504	86.065	123.740	169.882
1973	1.208.440	966.139	1.062.621	191.496	559.119	94.777	217.229	145.819
1974	2.344.832	1.576.130	1.236.744	227.866	625.693	114.636	268.549	1.108.088
1975	2.138.637	1.521.529	1.469.059	282.744	726.082	149.679	310.554	669.578
1976	2.272.047	1.696.450	1.719.817	338.439	833.137	164.722	383.519	552.230
1977	2.649.503	1.919.788	1.889.364	356.258	855.665	175.700	501.723	760.139
1978	3.140.497	2.366.867	2.081.984	418.528	930.642	184.421	548.393	1.058.513
1979	3.165.976	2.264.154	2.313.291	419.587	1.038.265	212.732	642.707	852.685
1980	4.504.151	3.420.999	3.405.112	536.394	1.632.707	255.453	980.558	1.099.039
1981	5.209.765	3.705.121	3.849.409	638.307	1.839.485	243.185	1.128.432	1.360.356
1982	5.480.500	3.847.362	4.048.650	665.402	1.823.120	238.664	1.321.464	1.431.850
1983	5.109.160	3.469.677	4.449.759	783.195	1.908.356	249.029	1.059.180	659.401
1984	5.360.572	3.607.640	4.373.022	626.890	1.881.319	218.843	1.645.970	987.550
1985	5.003.115	3.729.744	5.000.203	638.429	2.303.700	213.366	1.846.728	2.912
1986	7.177.688	4.346.204	6.423.340	782.166	3.339.420	224.784	2.076.970	754.348
1987	8.414.183	5.832.704	7.541.310	961.960	3.885.221	249.352	2.444.777	872.873
1988	9.964.100	DND	10.021.200	DND	DND	DND	DND	-57.100
1989	12.662.300	DND	12.193.400	DND	DND	DND	DND	468.900
1990	43.103.800	DND	25.682.700	DND	DND	DND	DND	17.421.100
1991	46.594.100	DND	34.944.500	DND	DND	DND	DND	11.649.600
1992	72.042.900	DND	53.943.400	DND	DND	DND	DND	18.099.500
1993	97.332.900	DND	74.092.700	DND	DND	DND	DND	23.240.200
1994	111.768.100	DND	84.697.900	DND	DND	DND	DND	27.070.200
1995	130.227.100	DND	126.833.800	DND	DND	DND	DND	3.393.300
1996	187.544.000	DND	270.388.000	DND	DND	DND	DND	-82.844.000
1997	226.920.500	DND	476.274.500	DND	DND	DND	DND	-249.354.000
1998	900.421.700	DND	900.421.700	DND	DND	DND	DND	0

Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos de Anuarios Estadísticos varios años del IVSS y de Memoria y Cuenta varios años del MINPPTTRASS. DND: Dato No Disponible.

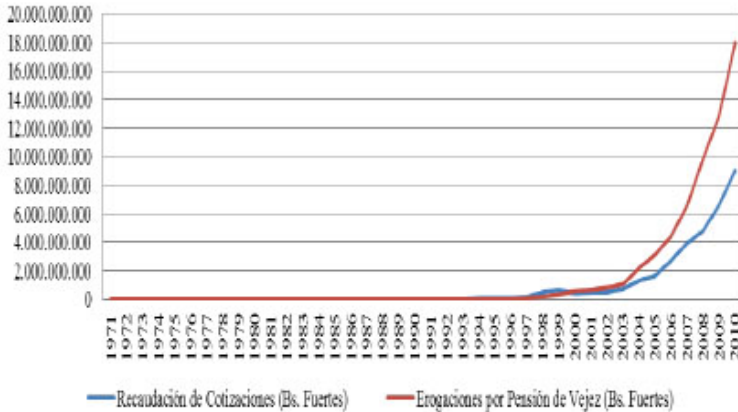
El Cuadro 9 contiene los indicadores considerados para caracterizar el flujo de caja del IVSS, los cuales son: ingresos, egresos y resultados financieros. Los ingresos, se desarrollaron en función de las cotizaciones y otros tipos de ingresos. Los egresos, están conformadas por los gastos administrativos, gastos de asistencia médica, gastos por indemnizaciones diarias y gastos por pensiones. (Ver cuadro No 10)

Según los datos del Cuadro 10, se evidencia que durante el período 1971-1998, los egresos del IVSS tienden a superar a los ingresos. Igualmente, se puede observar que en 1971, el total de cotizaciones y otros ingresos al IVSS fue de 972.299 bolívares, mientras que el total de egresos fue de 788.316 bolívares, dando un resultado financiero de 183.983 bolívares, es decir, el flujo de caja del IVSS para el año 1971 fue positivo. Ahora bien, en 1998 el total de cotizaciones y otros ingresos del IVSS resultó ser de 900.421.700 bolívares y el total de egresos de 900.421.700 bolívares, siendo el resultado financiero de cero (0) bolívares. Esto significa, que el IVSS para 1998 tuvo ingresos iguales a los egresos.

Por otra parte, los datos del Cuadro 10 demuestran que a partir de 1976 los ingresos por cotizaciones no son suficientes para afrontar los egresos totales del IVSS y de allí los aportes que debe realizar el Gobierno a través del Fisco Nacional, lo cual se mantiene hasta los actuales momentos. También se denota que entre 1973 y 1987, los gastos más elevados del IVSS son por concepto de asistencia médica y por pensiones, a los que les sigue los gastos administrativos y por último los gastos por indemnizaciones diarias (Ver Gráfico 14). En la práctica, el sistema de caja única utilizado por el IVSS se manifiesta en que aquellos fondos con superávit subsidian a los deficitarios, por lo que las cifras del IVSS implican en principio un déficit colectivo mayor que el observado.

Los aportes extraordinarios que realiza el Gobierno, según Rincón y Urdaneta (2002), “se origina por la insuficiencia permanente de las cotizaciones asignadas al Fondo de Pensiones, frente a las erogaciones mensuales que debe hacer el IVSS por ese concepto”. (p. 67). En el Gráfico 12 se visualiza claramente que a partir del año 1996, se abre la brecha entre los egresos y los ingresos del IVSS.

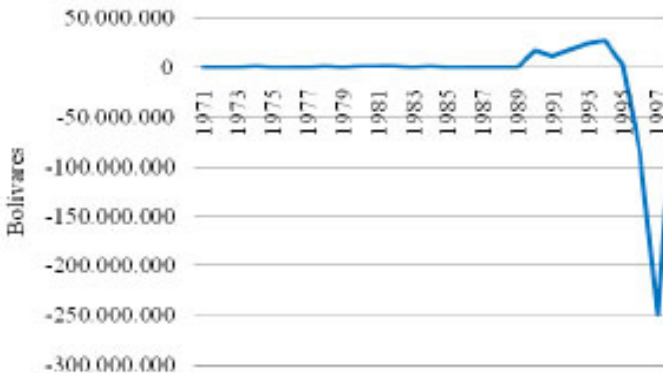
Gráfico No. 12
Ingresos Vs. Egresos del IVSS / 1971-1998



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Anuarios Estadísticos. Varios años del IVSS y de Memoria y Cuenta varios años del MINPPTRASS.

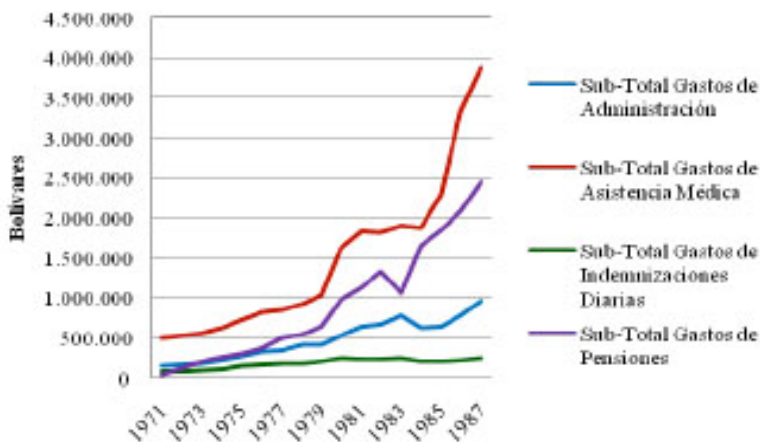
Al mismo tiempo, se evidencia que el IVSS tuvo resultados financieros negativos durante el período 1971-1998, lo cual demuestra que este organismo ha venido presentando desequilibrios financieros en el flujo de caja y por tanto, no tiene liquidez. El desequilibrio financiero se puede visualizar claramente en el Gráfico 13.

Gráfico No. 13
Resultados Financieros del IVSS / 1971-1998



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Anuarios Estadísticos varios años del IVSS y de Memoria y Cuenta varios años del MINPPTRASS.

Gráfico No. 14
Gastos de Pensiones Vs. Otros Gastos del IVSS / 1971-1987



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Anuarios Estadísticos varios años del IVSS y de Memoria y Cuenta varios años del MINPPTRASS.

A pesar de no tenerse datos consecutivos sobre ingresos y egresos del IVSS hasta el 2011, otros investigadores han demostrado el desequilibrio financiero del instituto para períodos más allá de 1998 y las constantes transferencias al IVSS por parte del Fisco Nacional para que pueda cumplir con el pago de las prestaciones tanto dinerarias como de servicios. A modo de resumen, en el Cuadro 11 se muestra el resultado financiero del IVSS que Rincón y Urdaneta (2002) obtienen para el período 1998-2003:

Cuadro No. 11
Resultado Financiero del IVSS (Millones de Bolívares, base 1998) 1998-2003

1998	1999	2000	2001	2002	2003
-261.264	-343.508	-362.092	-381.174	-408.503	-437.499

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Rincón y Urdaneta (2002).

Los referidos autores agregan, que “se puede observar cómo el resultado financiero del IVSS empeoró un 68% en tan solo cinco años, lo cual

quiere decir que en promedio el déficit del IVSS a ser cubierto mediante aportes extraordinarios crece en promedio un 14% cada año”. (p. 67)

Aunado a lo anterior y haciendo referencia al aporte que el Ejecutivo Nacional debe realizar para el fondo de pensiones, según la Ley del Seguro Social es del 1,5%. Sin embargo, esto no se cumple y en realidad los porcentajes de aportes están sujetos al criterio del Ejecutivo. Al respecto, Rincón y Urdaneta (2002) expresan que el 55% del total de aportes extraordinarios del Gobierno “se origina por la insuficiencia permanente de las cotizaciones asignadas al Fondo de Pensiones, frente a las erogaciones mensuales que debe hacer el IVSS por ese concepto.” (p. 67). De lo anterior se determina, que el financiamiento de pensiones se impone en el fisco, lo cual, según Villasmil (2002), “redundará negativamente sobre el empleo y el desempeño económico, y en consecuencia, sobre los objetivos mismos del sistema de previsión”. (p. 60)

Capacidad adquisitiva del monto de la pensión

La capacidad adquisitiva del monto de la pensión está determinada por la cantidad de bienes y servicios que pueden ser comprados con el dinero obtenido de dicha prestación. Esto se puede medir a partir de los indicadores seleccionados, tales como: cuantía de la pensión por vejez, índice de inflación y costo de la canasta alimentaria básica. En el Cuadro 12 se indican los datos disponibles de tales indicadores para el período 1971-2011. (Ver Cuadro 12)

Como se sabe, el aumento de la inflación incide desfavorablemente en todos los ámbitos de la economía, siendo uno de ellos la disminución de la capacidad adquisitiva y de ahorro de los venezolanos, más aun de aquellos sectores de la población anciana que dependen de la pensión por vejez para cubrir sus necesidades básicas.

De acuerdo a los datos del Cuadro 12, se observa que la tasa de inflación ha presentado importantes variaciones durante el período 1971-2011, ubicándose la tasa más alta en 1996 con el 99,87%. Por otra parte, entre el año 2000 y 2011, la tasa de inflación aumentó paulatinamente con una variación de 13,10%.

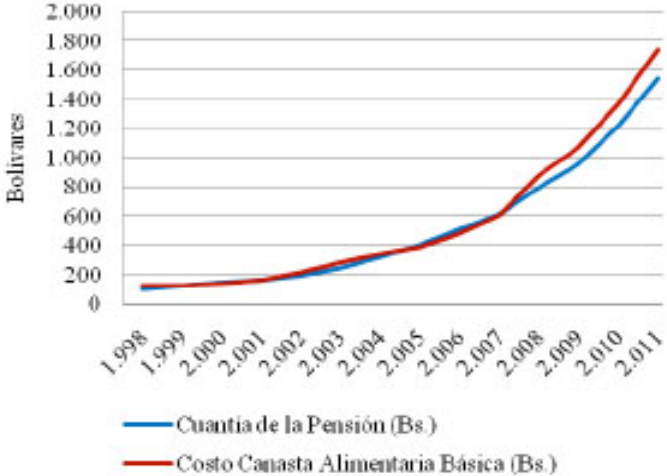
Cuadro No. 12
Cuantía de la Pensión por Vejez, Inflación
y Costo Canasta Alimentaria Básica / 1971-2011

Año	Cuantía de la Pensión	Índice Nacional de Precios al Consumidor (Inflación)	Efecto de Inflación sobre Cuantía de Pensión	Costo Canasta Alimentaria Básica
1.971	230	3,24	223	DND
1.972	570	2,86	553,7	DND
1.973	570	4,13	546,5	DND
1.974	DND	8,27	DND	DND
1.975	DND	10,26	DND	DND
1.976	DND	7,58	DND	DND
1.977	DND	7,78	DND	DND
1.978	DND	7,16	DND	DND
1.979	DND	12,31	DND	DND
1.980	DND	21,56	DND	DND
1.981	DND	16,04	DND	DND
1.982	DND	9,68	DND	DND
1.983	DND	6,32	DND	DND
1.984	DND	12,17	DND	DND
1.985	DND	11,40	DND	DND
1.986	DND	11,58	DND	DND
1.987	DND	28,08	DND	DND
1.988	DND	29,46	DND	DND
1.989	2.000	84,47	311	DND
1.990	2.000	40,66	1.184	DND
1.991	2.000	34,20	1.316	DND
1.992	2.000	31,43	1.371	DND
1.993	9.000	38,12	5.569	DND
1.994	14.000	60,81	5.487	DND
1.995	DND	59,93	DND	DND
1.996	28.800	99,87	40 Bs.	DND
1.997	DND	50,04	DND	DND
1.998	100	35,80	64	123
1.999	120	23,60	92	126
2.000	144	12,68	126	139
2.001	158	11,65	140	163
2.002	190	27,55	138	217
2.003	247	24,29	187	285
2.004	321	17,70	264	345
2.005	405	13,51	350	386
2.006	512	15,81	431	479
2.007	615	20,52	489	609
2.008	799,00	30,90	552,1	877
2.009	959,08	25,10	718,4	1.071
2.010	1.223,90	27,20	891,0	1.371
2.011	1.548,50	27,60	1.121,1	1.741

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de VENESCOPIO (<http://www.venescopio.org.ve/estadisticasbasicasdevenezuela/canasta-alimentaria-normativa>), consultado febrero 2013 y del MINPPTRASS. DND: Dato No Disponible; Desde 1971 a 1997 las cuantías están expresadas en Bolívares y desde 1998 a 2011 se expresan en Bolívares Fuertes

Al evaluar el efecto de la inflación sobre la cuantía de la pensión por vejez, se tiene que en 1971, la cuantía se redujo en un 3% y en el 2011, se redujo en un 27,6%. Esto denota que en la medida que aumenta la inflación, la cuantía de la pensión por vejez se devalúa y la capacidad adquisitiva de los pensionados para la canasta alimentaria es cada vez más restringida. Ver Gráfico 15.

Gráfico No. 15
Cuantía de la Pensión por Vejez y Costo de Canasta Alimentaria Básica / 1998-2011



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de Venescopio y del MINPPTRASS.

Los datos analizados, indican que la calidad de la pensión por vejez es deficitaria, puesto que sus montos aun siendo equivalentes al salario mínimo desde 1995³ están muy por debajo del costo de la canasta alimentaria, y además de ello, las cantidades que otorga la asistencia social son aún más reducidas.

3. Ley de Homologación de las Pensiones del Seguro Social y de las Jubilaciones y Pensiones de la Administración Pública Nacional al Salario Mínimo Nacional (Pensión Mínima Vital), Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 4920 (Extraordinaria), 16 de Junio 16 de 1995.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que las personas de la tercera edad requieren la mayoría de las veces de tratamientos médicos costosos que aunque en teoría y conforme a la Ley deben ser suministrados por el Seguro Social, o en su defecto por el sistema de salud, en la práctica, muchas veces no llegan, o llegan inoportunamente, exigiendo un esfuerzo mayor a los pensionados para tratar de hacer rendir sus pensiones.

Conclusiones

Considerando las variables e indicadores analizados, las características que presenta el financiamiento de la pensión por vejez durante el período 1971-2011, se resumen de la siguiente manera:

1. La población venezolana de 60 años y más ha aumentado entre 1971 y 2011 en un 19,20%, significando ello aumento de los costos de Seguridad Social y uno de los indicadores necesarios de ser considerados para las reformas del régimen pensional.
2. A pesar de los esfuerzos del Ejecutivo Nacional de extender la cobertura mediante los Decretos Presidenciales en materia de pensiones, el IVSS tiene limitada cobertura con respecto a la pensión por vejez, ya que para 2011 un 28% aproximadamente de la población de 60 años y más no es beneficiaria de esta prestación dineraria.
3. La cobertura con respecto a los trabajadores activos igualmente es limitada, porque más del 50% de la población de trabajadores ocupados no están afiliados o no cotizan el Seguro Social a pesar de estar obligados por Ley.
4. Desde que el IVSS otorgó por primera vez las pensiones por vejez en 1971, las erogaciones más altas siempre han correspondido a este tipo de pensiones.
5. La proporción de las erogaciones por pensiones del IVSS con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) tienden a aumentar a lo largo de los años y a partir de 2007 presentaron mayor aumento, lo cual

se debe a los elevados costos que han significado para el Estado venezolano los beneficiarios de pensión por vejez resultantes de los Decretos Presidenciales en materia de pensiones, aunado a los pensionados regulares según la Ley del Seguro Social.

6. A partir de la década de los años 80 hasta la actualidad, las pensiones por vejez no son financiadas por las cotizaciones de los trabajadores activos sino por recursos del Fisco Nacional. Situación que se ha mantenido durante más de treinta (30) años.
7. El índice de cobranza del IVSS denota una tendencia a la mora del pago de cotizaciones y debilidad de las medidas sancionatorias.
8. Desde el año 2007 el Ejecutivo Nacional ha logrado aumentar el número de beneficiarios de pensión por vejez, pero el IVSS sigue presentando desequilibrios financieros, lo cual se remonta desde la década de los 80 y el flujo de caja denota ausencia de reservas financieras y falta de liquidez por ingresos de cotizaciones. En consecuencia, el instituto está en quiebra. Hasta ahora, el Ejecutivo Nacional ha demorado su colapso mediante la inyección de dinero proveniente del Fisco Nacional.
9. La cuantía de la pensión por vejez igual al salario mínimo es de calidad deficitaria, puesto que tiende a ser vulnerable ante los efectos de la inflación y no garantiza la capacidad adquisitiva del pensionado con respecto a la canasta alimentaria.

Estas características demuestran y ratifican que el financiamiento de la pensión por vejez establecida en la Ley del Seguro Social, desde la década de los 80 hasta los actuales momentos, ha estado presentando síntomas que indican riesgos en la sostenibilidad financiera a largo plazo de la pensión por vejez y que de caer los precios del petróleo en el mercado internacional aunado a la falta de medidas reformativas del actual régimen de pensiones, podría darse una situación de colapso sin remedio alguno, perjudicándose a más del 50% de la población pensionada por vejez y a los futuros pensionados que actualmente cotizan al Seguro Social. Dadas las características ya mencionadas, es de suma urgencia

que el Ejecutivo Nacional adopte las medidas necesarias para reformar, de manera estructural, el régimen de pensiones establecido en la Ley del Seguro Social y en su Reglamento General.

Recomendaciones

A juicio de la autora, lo ideal sería adoptar a muy corto plazo una serie de modificaciones paramétricas, para seguidamente abordar una profunda reforma estructural siguiendo las recomendaciones de una Comisión Independiente de Expertos. Algunas de las medidas que podrían aplicarse son las siguientes: Incremento de las tasas y del período de cotización; Aumento del número de años a considerar para el cálculo de la pensión; Revalorización de las pensiones en función de la evolución de la inflación y del PIB; Introducción de un mecanismo corrector en el cálculo de la pensión en función de la esperanza de vida y de los recursos del sistema.

La continuidad administrativa en torno al plan de pensiones es igualmente indispensable, ya que se necesita consenso consecutivo de al menos unos cinco (5) o más gobiernos, sino, cada vez que cambia el gobierno, cambia el plan y es como volver a empezar. Para que exista ese consenso, se debe contar con el compromiso de empleadores, de trabajadores y del Gobierno. De realizar un nuevo plan de pensiones, necesariamente hay que aumentar los porcentajes de las cotizaciones y ello requiere el convencimiento tanto de empresarios como de trabajadores para evitar la evasión.

Por otra parte, se recomienda que el Ejecutivo Nacional proporcione mayor apoyo al Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, y desarrolle la legislación que habrá de regular el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas, pues teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS), a través de este Régimen será posible la afiliación de trabajadores independientes en general y el otorgamiento de subsidios a la cotización para los trabajadores independientes de bajos ingresos, lo que contribuiría a incrementar la cobertura, en este

caso de la previsión social, teniendo en cuenta que en Venezuela, existe un sector importante de trabajadores ocupados y de la población económicamente activa que no cotiza el Seguro Social. Sin duda, sería una inversión social más eficiente, que la de tratar de suministrar pensiones asistenciales bajas o ciertas facilidades a estas personas para obtener la pensión del IVSS. Obviamente, se deben diseñar mecanismos que tengan en cuenta las características particulares de este sector, como lo es la ausencia de patrono, que faciliten la afiliación al Seguro Social y el pago de cotizaciones, pero sobre todo, que no se conviertan en un desestimulo a su incorporación en el sector formal de la economía.

Otra medida fundamental, consiste en evitar la duplicidad, yuxtaposición de beneficios y la dispersión de los recursos, para ello el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), debe establecer mecanismos de coordinación, especialmente en cuanto a las asignaciones económicas con los estados y municipios. Asimismo, es prioritario conformar el Registro de Beneficiarios y Beneficiarias de Asignaciones Económicas, previsto en la Ley de Servicios Sociales, de manera que la protección, aunque limitada, llegue a un mayor número de personas evitándose el solapamiento de las prestaciones del IVSS, del gobierno nacional, de los estados y de los municipios.

De acuerdo a lo anterior, los retos de la reforma son múltiples: a) deben identificarse fuentes importantes (incluso impuestos) que permitan acumular fondos para atender a los denominados no cotizantes, amparados por la Constitución de 1999; b) generar recursos que permitan atender a los actuales y próximos pensionados del IVSS, sin que se transformen en cargas adicionales para los pocos cotizantes; c) desarrollar un nuevo sistema de pensiones, lo suficientemente transparente en cuanto a su administración, rendimiento y destino de los fondos, para atraer a los millones de trabajadores que se niegan a cotizar por la existencia de un sistema que se caracterizó por el fraude; d) la reforma debe abandonar los temores, primitivos, a la administración privada y definir de forma clara y legalmente consistente los roles de los diversos actores, incluyendo el Estado, que en el pasado excedió sus funciones y lo terminó pagando toda la sociedad; e) la reforma, que finalmente se apruebe, debe considerar la denominada transición para

los regímenes existentes; f) la definición de contribuciones debe considerar el deterioro del salario, sucedido en los últimos años. En tal sentido, sería recomendable aplicar sistemas de contribución con incrementos anuales y no aplicar la nueva cotización en un solo momento.

BIBLIOGRAFÍA

- Concheso, A. (1998). **Misión Imposible. La reforma laboral y previsional venezolana**. Caracas: Ediciones PANAPO.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36860**, Diciembre 30, 1999.
- Coordinadora de Redes por una Seguridad Social Pública y Solidaria (2002). **El ABC de la Seguridad Social y de su reforma**. Caracas: Ediciones Conmemorativas del 58° Aniversario del IVSS.
- Decreto N° 4.269 (Creación de programa excepcional para el disfrute de la pensión por vejez otorgada por el IVSS para asegurados con al menos 700 cotizaciones). (2006, Febrero 6), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.377**, Febrero 10, 2006.
- Decreto N° 5.316 (Creación de programa excepcional y temporal para que el MIN-PPTRASS certifique mediante sus entes adscritos a 100.000 personas en estado de necesidad y otorgarles una asignación pecuniaria igual al 60% del salario mínimo). (2007, Abril 25), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.673**, Abril 30, 2007.
- Decreto N° 5.370 (Creación de programa excepcional y temporal para que el IVSS otorgue pensión por vejez a 50.000 mujeres mayores de 65 años de edad, que no hayan cumplido con las cotizaciones mínimas y que se encuentren en estado de necesidad). (2007, Mayo 30), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.694**, Mayo 30, 2007.
- Decreto N° 6266 Reforma Parcial de la Ley del Seguro Social (2008, Julio 22), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5.891**, Julio 31, 2008.
- Decreto N° 7.401 (Creación de programa excepcional y temporal para el disfrute de la pensión por vejez otorgada por el IVSS para asegurados con 700 o menos de 700 cotizaciones). (2010, Abril 30), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 39.422**, Mayo 12, 2010.
- Decreto N° 7.402 (Creación de programa excepcional y temporal para que el IVSS otorgue pensión por vejez a 20.000 campesinos/as y pescadores/as). (2010, Abril 30), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 39.414**, Abril 30, 2010.

- Decreto N° 8.694 (Creación de Misión Amor Mayor). (2011, Diciembre 8), Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 39.819, Diciembre 13, 2011.
- “El Seguro Social venezolano. Un efectivo esfuerzo por sobrevivir”. **Seguridad Social al Día**, (2008, Diciembre). 4 (Año 1), 3-4. Venezuela.
- Fernández, A., Gómez, J.C. y Manzano, O. (2002). **Aplicación de distintos esquemas de fondos patrimoniales y sus efectos intergeneracionales en Venezuela**. Caracas: Banco Central de Venezuela.
- Fernández S., M. E. (2010). **La extensión de la protección social frente a la vejez en el nuevo sistema de seguridad social venezolano**, Luxemburgo: Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), 6ª Conferencia Internacional de Política e Investigación en Seguridad Social.
- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. **Anuario Estadístico 1971 al 1987**
- Ley del Estatuto sobre el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Funcionarios o Funcionarias o Empleados o Empleadas de la Administración Pública Nacional, de los Estados y Municipios. Reforma Parcial (2010). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, 5.976, Mayo 24, 2010.
- Ley de Homologación de las Pensiones del Seguro Social y de las Jubilaciones y Pensiones de la Administración Pública Nacional al Salario Mínimo Nacional (Pensión Mínima Vital) (1995), **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, 4920 (Extraordinaria), Junio 16, 1995.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (1999). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, 5.398 (Extraordinaria), Octubre 28, 1999.
- Ley del Seguro Social (1966). **Gaceta Oficial de la República de Venezuela**, 1.023 (Extraordinaria), Julio 11, 1966.
- León Rojas, A. (2000). **Pensiones: La Revolución del Siglo XXI**. Caracas: Centro de Promoción y Análisis de Políticas Públicas (CEPAPP), Editorial Texto C.A.
- Méndez Cegarra, A. y otros (2000). **La Seguridad Social: Temas puntuales en Venezuela**. Cuadernos de Postgrado N° 13, Comisión de Estudios de Postgrado Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- Méndez Cegarra, A. (2008a). **En defensa de la Seguridad Social**. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- Méndez Cegarra, A. (2008b). **Origen, desarrollo, crisis y reforma de la Seguridad Social en Venezuela**. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).
- Mesa-Lago, C. (2004). **Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social**. Santiago de Chile: CEPAL –Unidad de Estudios Especiales.
- Mesa-Lago, C. (2009). **Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de**

- salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas.** Santiago de Chile: CEPAL - División de Desarrollo Social.
- Mesa-Lago, C. (2010). **Presente y futuro de los sistemas de pensiones públicos y privados frente a la crisis mundial.** Cartagena de Indias: VIII Congreso Regional Americano de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social.
- Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social. **Memoria y Cuenta 1971 al 2011**
- Morales Ramírez, M. (2006). **Protección Social ¿Concepto Dinámico?**. Revista Latinoamericana de Derecho Social, (2), enero-junio.
- Reglamento General de la Ley del Seguro Social (2012) (Reforma Parcial). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2.814**, Febrero 25, 1993.
- Revista Seguridad Social al Día. **“Sistemas de pensiones. Un debate mundial en plena ebullición”** (2008, Abril). 2 (Año 1), 4-6. Venezuela.
- Revista Seguridad Social al Día. **“Seguridad Social: ¿Hemos avanzado?”** (2008, Diciembre). 4 (Año 1), 16-17. Venezuela.
- Revista Seguridad Social al Día. **“AFP en Chile ¿Realmente una solución?”** (2008, Abril). 2 (Año 1), 7-8. Venezuela.
- Vera, L. y Carballo, C. (1994). **50 años de los seguros sociales en Venezuela.** Caracas.

