

## Estimaciones de riesgo demográfico y políticas sociales en la población de grandes gerontes del municipio Tocópero, estado Falcón, Venezuela

Lic. Maribel Graterol<sup>1</sup>

Dra. Blanca De Lima<sup>2</sup>

### RESUMEN

La disparidad en la transición demográfica venezolana es un hecho reconocido por los expertos. En este escenario, el estado Falcón cuenta con cuatro municipios envejecidos, uno de ellos Tocópero. La presente investigación tuvo como objetivos generales estudiar las estimaciones de riesgo demográfico y las políticas sociales para los grandes gerontes, personas con 75 y más años de edad- del municipio Tocópero; toda vez que los especialistas indican que, una vez llegada la vejez demográfica, hay que ahondar en el estudio de la población más anciana para diseñar políticas y programas pertinentes por ser un grupo muy vulnerable. La metodología fue exploratoria descriptiva, con diseño de campo no experimental transeccional, muestra escogida con criterio intencional, aplicación de entrevistas estructuradas y cuestionarios a ancianos y funcionarios municipales, procesamiento cuantitativo de los datos, análisis y elaboración de conclusiones. Se concluye que la vejez del municipio Tocópero tiene un marcado sesgo femenino. En general, los efectos adversos asociados a las estimaciones de riesgo demográfico no se hacen presentes en la muestra estudiada. No existe una relación entre la realidad demográfica del municipio y las políticas y programas sociales que se están implementando. Los programas concentran al adulto mayor y suprimen el contacto intergeneracional, siendo el centralismo elemento clave para comprender la actual política del Estado venezolano hacia la vejez. La forma como fue aprobado el nacimiento del municipio determinó su vejez demográfica.

**Palabras clave:** vejez, transición demográfica, grupo vulnerable, pobreza, familia.

### ABSTRACT

The disparity in the venezuelan demographic transition is a fact known by experts. On this setting, there are four municipalities in Falcón State with a high elder population, one of them is Tocópero. This research had as general objectives to study the estimations of demographic risks and the social politics for elders, people who are 75 and more, from Tocópero Municipality, considering that specialists indicate that, once the demographic oldness has arrived, it is important to study thoroughly the elder population in order to design relevant politics and programs, taking into consideration that it is a vulnerable group. It was an exploratory and descriptive study, with a field-

---

<sup>1</sup> Gerontóloga. Docente. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Venezuela

<sup>2</sup> Antropóloga Social. Docente. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Venezuela.  
Email: [blancadelima@hotmail.com](mailto:blancadelima@hotmail.com)

no experimental-transectional design. The sample was intentional. Structured interviews and questionnaires were applied to elders and municipal officials. The data processing was carried out by using quantitative methods. The conclusions indicated that the elder population in Tocópero Municipality had a marked female tendency. In general terms, the adverse effects associated to the estimations of demographic risk were not present in the studied sample. There was no relation between the demographic reality of this municipality and the social politics and programs implemented. The programs concentrated the elder and suppressed the intergenerational contact; the centralism was the key element to understand the present politics of the Venezuelan state towards the oldness. The demographic oldness of this municipality was determined by the way in which the birth of the municipality was approved.

**Key words:** oldness, demographic transition, vulnerable group, poverty, family.

## **Introducción**

La preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto al envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales y culturales que ello conlleva. Y es que el envejecimiento poblacional es un tema demográfico, pero es además un tema social. Profundos vasos comunicantes unen ambos tópicos, ya que todo diseño de política social dirigida hacia el adulto mayor está condenado al fracaso si no se acompaña del conocimiento de la población a la cual se dirige, conocimiento que comienza por saber cuántos son, dónde se encuentran y en qué circunstancias viven.

El envejecimiento demográfico no es una circunstancia lineal. La heterogeneidad marca la transición demográfica y Venezuela lo expresa. El estado Falcón replica en su geografía el retrato del país; posee en medio de su transición cuatro entidades municipales ya viejas. Cuando esto sucede son obligantes para las autoridades y especialistas del área dos movimientos: investigar qué ocasionó el envejecimiento poblacional y conocer el perfil de la población adulta mayor –en especial los grandes gerontes- para, a partir de allí, diseñar políticas y programas pertinentes.

Para esta investigación se seleccionó el municipio Tocópero, buscando conocer las estimaciones de riesgo demográfico de sus grandes gerontes –personas de 75 y más años de edad-, grupo considerado particularmente vulnerable en las zonas envejecidas; y determinar si estas estimaciones se consideran para el diseño y ejecución de las políticas y programas sociales del municipio dirigidas a esa población.

### **Estimaciones de Riesgo Demográfico**

Entendemos como estimación de riesgo cada una de las características que perfilan a un grupo considerado vulnerable. Estos grupos están conformados por individuos en situación de indefensión o inseguridad, que son propensos al déficit social, económico, político, cultural u otros. Así, por ejemplo, la pobreza, la desestructuración familiar y la precariedad en materia de salud; son estimaciones de riesgos asociadas a las adultas mayores viudas en países pobres.

En materia demográfica, la estimación de riesgo es una característica asociada a una variable o indicador demográfico que perfila un grupo vulnerable. El comportamiento estructural de la estimación de riesgo variará según el manejo que desde afuera se haga de la misma. Así, por ejemplo, la esperanza de vida tiene un comportamiento estructural hacia el aumento, incluso en países muy pobres; pero su evolución depende de características culturales, económicas y otras que inciden desde el exterior sobre el indicador.

En el campo gerontológico, la estimación de riesgo demográfico remite a las características asociadas a una variable o indicador demográfico que incide sobre los grandes mayores (75 años y más). Estas estimaciones de riesgo son:

1. Personas de 75 años y más de edad: dado el aumento progresivo de la esperanza de vida, los especialistas distinguen como tercera edad el subgrupo 60-74 años, y como cuarta edad o ancianos los de 75 y más (Chackiel, 2004). Este último subgrupo es particularmente vulnerable y con los mayores riesgos sociodemográficos.
2. Ancianos (as) que viven solos: la vulnerabilidad que ocasiona a un anciano el vivir solo se traduce; por un lado, en no contar con apoyo familiar constante, y por otro, la menor capacidad de mantener una red de relaciones sociales y afectivas, la disminución de la capacidad económica, sentimientos de soledad y la declinación de las actividades.
3. Ancianos (as) solos, enfermos o inválidos graves: las enfermedades, muchas de ellas crónicas, merman sus capacidades físicas y mentales, y les hacen dependientes de los cuidados prestados por sus familiares y/o cuidadores, siendo candidatos para la institucionalización debido a que son cuidados de larga duración y, por lo general, requieren de seguimiento permanente.
4. Matrimonios de ancianos que viven solos: se asocia a la carencia de un apoyo familiar constante, factor de riesgo para el aislamiento de la pareja que afecta de forma negativa la salud y el bienestar de las personas de edad; aunado a la precariedad económica cuando hay bajos ingresos.
5. Matrimonios de ancianos donde uno de ellos está gravemente enfermo o discapacitado: en atención a esta variable, la incapacidad física les dificulta el valerse por sí mismos y por ende realizar sus actividades de la vida diaria, con el consiguiente perjuicio para su calidad de vida y la

posible claudicación del cuidador. De acuerdo a lo planteado por la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Madrid 2002, las mujeres asumen las tareas de cuidado en el seno familiar incluso en edades avanzadas, constituyendo en la mayoría de los países del mundo la única fuente de provisión de cuidados ante las situaciones de enfermedad y discapacidad.

6. Ancianas solteras y viudas: especial atención merecen la mujeres que viven solas, debido a su mayor esperanza de vida y tradición cultural de unirse a hombres mayores, lo que las enfrenta a largos periodos de viudez, aunado a que en su mayoría carecen de seguridad social, pues no trabajaron formalmente en sus etapas anteriores o perciben pensiones insuficientes para satisfacer sus necesidades. Por otra parte, de acuerdo a lo planteado por Rodríguez (2000), la pérdida de la pareja constituye un punto crítico en las personas de edad, debido a que ocasiona carencias afectivas e implica cambios importantes en sus funciones; situación que afecta sobre todo a las mujeres de edades más avanzadas. En este sentido, las mujeres, sobre todo las viudas sin apoyo familiar, son quienes corren el mayor riesgo de sufrir un deterioro en su calidad de vida.

7. Ancianos (as) sin hijos: son ancianos proclives a la institucionalización por no presentar descendencia, bien por no haber constituido una familia propia o haber quedado solteros. Para el caso venezolano, De Lima y Chirino (2006) sostienen, basadas en estudio de campo, que el permanecer soltero sin hijos y la no formación de un grupo familiar propio conduce a que la red colateral se coloque a distancia del anciano, aun cuando esté inserto en la comunidad, hecho que estimula la institucionalización

8. Ancianos (as) institucionalizados: habitualmente, los adultos mayores sufren una ruptura con el núcleo familiar al ser trasladados a instituciones totales, generando sentimientos de aislamiento e inutilidad; por esta razón se constituyen en un grupo de población de especial riesgo para sufrir soledad y abandono, factores que contribuyen a aumentar su vulnerabilidad, empeorar aspectos somáticos, psicológicos, así como reducir su calidad de vida acortando, incluso, la esperanza de vida.

9. Ancianos que viven con ayudas del Estado o incluso menos: sobre este aspecto el seguimiento de la CEPAL no deja lugar a dudas; las condiciones de seguridad económica para la población de adultos en América Latina y el Caribe son deficientes, desiguales y poco equitativas; tanto en las áreas urbanas como en las rurales, más de un tercio de las personas de 65 años y más no dispone de ingresos de pensiones o jubilaciones, ni de un trabajo remunerado (CEPAL, 2003).

En lo que respecta al adulto mayor venezolano, existe una política de mínimo ingreso con respecto a los viejos, bien sea por la seguridad social o por la asistencia social, lo cual coloca a las personas mayores en una situación desfavorable con respecto al grueso de la población. El gobierno actual elevó a rango constitucional el ingreso por seguridad social, equiparando las

pensiones al salario mínimo urbano. Sin embargo, igual resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores.

### **Políticas públicas para la vejez en Venezuela**

Siguiendo a Huenchuan (2003), entendemos la política social para la vejez como “acciones organizadas por parte del Estado frente a las consecuencias sociales y económicas derivadas del envejecimiento poblacional e individual” (p.1). En este sentido, el criterio demográfico es fundamental y está en la raíz de toda política social orientada hacia la población adulta mayor; y toda política debe contener el marco que le dio origen e incluir el conjunto de medidas normativas, institucionales y administrativas a desarrollar por el Estado.

El Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida editado por el CELADE (2006) plantea que entre los criterios que deben asumir los Estados para orientar la construcción de políticas dirigidas a las personas mayores están: promover la solidaridad intergeneracional, políticas de empleo y acceso al mercado laboral, incorporación de las personas mayores a sistemas universales de jubilaciones y pensiones dignas, propiciar una vigencia plena de los derechos fundamentales de las personas mayores. Además, las familias, las redes sociales y la sociedad civil deben ser receptores de apoyo para enfrentar la responsabilidad de atender a los adultos mayores.

En los últimos años, y en el marco de un engrosamiento del sector público, la política social venezolana se ha orientado a partir de las denominadas misiones, mas ninguna de ellas ha estado destinada en particular al adulto mayor. El accionar más importante –por su benéfico impacto en las condiciones de vida de la población anciana- ha sido el aumento de las pensiones por vía de la seguridad social.

La política social del período 2001-2007, de acuerdo a lo planteado por el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (PDESN), buscaba cambios estructurales en las condiciones de vida de los venezolanos a partir de la “universalización de los derechos y la materialización de oportunidades equitativas para el mejoramiento de las condiciones de la calidad de vida” (p.91). Para lograrlo, propusieron llevar a la práctica una serie de acciones compensatorias temporales hacia los grupos más pobres. El adulto mayor sólo aparece, de manera implícita, en el apartado dedicado a la seguridad social universal; principio que aún no logra llevar a la práctica el Estado venezolano.

Posteriormente, el PDESN aprobado para el período 2007 – 2013, en su inciso llamado “Suprema Felicidad Social”, menciona que la diversidad de edad históricamente ha estado sobrepuesta por una serie de desigualdades sociales, y que a la diversidad etaria se suman otra serie de diversidades exógenas o sociales, que el documento atribuye al capitalismo y que se

pretenden superar con este plan, por ello incluyen como parte de sus estrategias y políticas **atender integralmente** a los adultos y adultas mayores, a quienes insertan en la población en situación de extrema pobreza y máxima exclusión social, junto con la población de niños, niñas y adolescentes, población indígena y población con discapacidad; siendo interesante encontrar que mientras el concepto de atención integral tiene diez ítems para desarrollar en los niños y doce en los indígenas, los discapacitados tienen cinco y los adultos mayores sólo tienen tres, siendo estos: ayudas económicas, centros especiales de atención y fortalecimiento de la atención jurídica.

Como proyecto, las ayudas económicas son herencia de anteriores gobiernos, y no han sufrido cambios bajo la actual gestión. En cuanto a los llamados centros especiales de atención, constituidos por centros abiertos y centros cerrados; los primeros han sido diversificados mediante la adición de los denominados clubes de adultos mayores a los tradicionales centros de atención integral, y los centros cerrados o residenciales fueron modificados en su estructura para albergar cualquier tipo de población vulnerable, con lo cual el adulto mayor ahora se relaciona con otros grupos de edad pero en condiciones de alta fragilidad, como enfermos mentales, adictos a drogas, alcohólicos y niños abandonados; siendo para los gerontólogos más difícil la ejecución de los programas específicos para el grupo de edad que atienden. Por último y contradictoriamente, la atención jurídica corre a cargo del mismo personal y en los mismos espacios que se atiende a menores de edad; siendo en la práctica evidente que el interés y esfuerzo de los funcionarios se centra en la población infantil y juvenil.

La revisión de literatura permite afirmar que aun cuando existen los lineamientos generales, no se sabe en concreto de qué manera se va a implementar y desarrollar la atención integral al adulto mayor, estándose a mitad de vigencia del PDESN 2007-2013. Hasta el momento, ninguna institución, a ningún nivel, cuenta con un documento que reflexione el concepto de atención integral expresado en el PDESN vigente, por tanto las acciones que en concreto se toman a nivel central, por estados y municipios; carecen de una estructura orgánica y un cuerpo conceptual y teórico que les brinde soporte.

En nuestra opinión, pese a los enunciados del plan 2007-2013 en el sentido de una atención integral, la práctica de la política social para la vejez indica que el Estado venezolano continúa visualizando a la población anciana como sujeto de políticas asistenciales, lo que genera un accionar paternalista, muy distante de la democracia participativa y protagónica que se plasma en los distintos documentos oficiales, y de una visión compleja del adulto mayor. La errónea concepción del anciano como un ser vulnerable y dependiente, visto desde la óptica biomédica, conduce a lo largo del tiempo al diseño de políticas de menguados alcances, las cuales ignoran al

adulto mayor como un verdadero sujeto social, capaz de seguir contribuyendo a la familia, a la comunidad y a la sociedad en general.

## **Municipio Tocópero, Estado Falcón**

### **Datos Geográficos y de Población**

El municipio Tocópero se encuentra ubicado al noreste del estado Falcón. Limita al norte con el mar Caribe, al sur con los municipios Zamora y Píritu del estado Falcón, al este con el municipio Píritu del estado Falcón y al oeste con el municipio Zamora del mismo estado.

Nació en el año 1989 como una escisión del entonces distrito Zamora y en el marco de dos leyes: la Ley Orgánica de Régimen Municipal, que declaró al municipio como base de la organización nacional, y la Ley de División Político Territorial del Estado Falcón. Sin embargo, su creación se hizo violando los preceptos establecidos, ya que Tocópero no reunía la población mínima de 4000 habitantes, ni generaba recursos económicos suficientes para autogestionarse. Intereses político partidistas de la época obviaron los procesos de discusión y comprobación previos a la aprobación (Graterol, 2004).

Tocópero está conformado por catorce (14) comunidades. Tiene una superficie aproximada de 83 Km<sup>2</sup> y una densidad poblacional de 53.92. Este municipio es muy pequeño y su población se concentra en su capital Tocópero, generándose un fuerte desbalance poblacional, por lo cual se encuentran centros poblados con muy escasa población.

Para el censo 2001 el municipio Tocópero arrojó una población total de 4710 habitantes, de los cuales 2347 varones y 2363 mujeres, y de estos 521 eran personas con 60 años y más, encontrándose 272 hembras y 249 varones; siendo el 11% con respecto al total de la población (INE, 2007); lo que evidencia la importancia poblacional del grupo etario de 60 años y más. Las proyecciones indican que los adultos mayores alcanzaron el 12,9% del total de población para el año 2010. La debilidad económica lo ha marcado como un emisor de población hacia otras regiones del estado y del país, siendo Tocópero un caso de municipio envejecido por la emigración (Sánchez, 2008).

### **Aspectos Generales**

La mayoría de la población activa trabaja para organismos públicos. La empresa privada que registra mayor impacto como empleadora en la zona -y no en el municipio- es la cementera ubicada en el vecino municipio Zamora. Las principales actividades económicas corresponden al sector terciario de la economía, y en particular a los servicios. En segundo lugar está el sector primario, con actividades de agricultura y pesca.

Los documentos oficiales indican que Tocópero carece de sistemas de riego, de establecimientos agroindustriales y manufactureros (FUDECO, 2004). En actividades agrícolas se impone el cultivo para subsistencia realizado en terrenos adyacentes a las viviendas, aunque también están presentes el conuco –pequeña parcela destinada al cultivo de frutos menores- y pequeñas propiedades.

En actividades pecuarias se impone el ganado caprino y ovino, con menos importancia el ganado vacuno, porcino y la avicultura. Como en el caso agrícola, hay ganadería de consumo y algunos pequeños y medianos productores. En el plano costero se encuentra la pesca artesanal. En escala no significativa hay actividades artesanales como tejido de hamacas, cestería, dulce de leche, fabricación de utensilios de madera y esculturas de la piedra caliza.

Lo antes expuesto deja ver un municipio económicamente deprimido, en virtud de no contar con suficientes fuentes de generación de empleo ni de riqueza social. Casi todos sus indicadores son negativos con respecto al estado. Así, hay más niños y jóvenes pero también más adultos mayores; hay más analfabetismo y mayor deserción escolar.

No hay hospitales ni ambulatorios urbanos, solo un ambulatorio rural tipo II ubicado en el casco de Tocópero y el otro, un ambulatorio rural tipo I situado en la comunidad de El Caballo. En materia de servicios públicos sólo 13,59% de las viviendas cuenta con teléfono, un 0,19% tiene conexión a cloacas, un 70,78% accede a agua por acueducto y un 45,24% tiene servicio de recolección de desechos sólidos. No hay terminal para el transporte público ni transporte intramunicipal, y menos del 20% de las carreteras están asfaltadas, predominando abiertamente las vías engranzonadas (FUDECO, 2004).

Cabe destacar que en los últimos cinco años se ha evidenciado un avance a nivel de la educación superior, reflejado en la puesta en marcha de una aldea universitaria donde funcionan la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV) y una extensión de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda; con la ejecución en la primera de cuatro programas de formación de grado; y la segunda, con dos carreras.

### **Marco Metodológico**

Se diseñó y ejecutó como un estudio exploratorio-descriptivo por ser la primera vez que este tema se aborda en la investigación gerontológica venezolana. Se entrevistaron a 65 adultos mayores -38 mujeres y 27 hombres-, lo que representó el 41,9% de los grandes gerontes del municipio (155 en total). El cálculo se hizo por la fórmula de muestra óptima:

$$n = \frac{(Z)^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(Z)^2 \cdot p \cdot q + N \cdot \Sigma^2}$$

N = 155	(Total de población)
Z = 1,96	(Confianza)
p = 0,5	(Porcentaje de selección en la muestra)
q = 0,5	(Porcentaje de no selección en la muestra)
Σ = 0,95	(Porcentaje de error)
n = 64,78	(Total de la muestra)

También se entrevistó a la totalidad de funcionarios de la alcaldía del municipio Tocópero que trabajan en el área gerontológica; siendo cuatro personas.

Para la recolección de información se utilizaron la observación no participante y la entrevista estructurada. El instrumento aplicado a los ancianos estuvo conformado por 37 preguntas y fue estructurado en seis (6) partes: datos de identificación, educativos, sociofamiliares, aspectos socioeconómicos, de salud y factores de riesgo para institucionalización. Fue validado mediante el juicio de expertos. A los funcionarios adscritos a la alcaldía del municipio Tocópero se les aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, constituido por 15 preguntas y estructurado en dos (2) partes: datos del encuestado y políticas y programas sociales dirigidos al adulto mayor del municipio Tocópero.

El análisis de los datos fue de tipo cuantitativo debido a que se presentaron datos estadísticos, porcentajes referentes a la aplicación del instrumento, lo que permitió organizar, codificar, tabular la información obtenida y la interpretación de las respuestas arrojadas a través de la estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, para luego hacer el análisis de las cifras y obtener las conclusiones. La investigación se realizó en el curso de los años 2009 y 2010.

## **Resultados y Análisis: Estimaciones de Riesgo Demográfico**

### **Sexo y Edad**

El primer resultado que destaca corrobora una tendencia mundial a nivel demográfico a la que no es ajena Venezuela: la vejez es un problema de género. La prevalencia de las mujeres sobre los hombres es evidente, representada en un 58,5 % a favor del sexo femenino y alcanzando edades mucho más avanzadas que los hombres, lo cual se constituye en un factor de riesgo demográfico potenciado además por otros factores como la viudez y precariedad económica, sobre todo en las edades más avanzadas.

En cuanto a la edad; los grandes gerontes representan el 29,8% del total de la población de adultos mayores. La edad promedio de la muestra es de 80 años y se evidenció el predominio de los octogenarios, con un 52,3%. Pero además, y retomando el tema del género, se observa una superioridad de las octogenarias (35,4%) sobre los octogenarios (16,9%), duplicándolos. Arroja entonces esta muestra una cifra importante de mujeres de edades muy avanzadas, encontrándose un grupo vulnerable y con mayor riesgo sociodemográfico. Estas cifras son un alerta sobre la necesidad de hacer investigaciones alrededor de los octogenarios del municipio, para proporcionar la atención adecuada a ellos y sus núcleos familiares, que son su fuente de arraigo y estabilidad.

Hay una relevancia menor de los septuagenarios y mucho menos de los nonagenarios y centenarios. La menor cifra de septuagenarios podría explicarse porque en esa franja etaria se alcanza la esperanza de vida promedio en Venezuela y se dan, por tanto, muchos decesos. Superada esa franja etaria pareciera estabilizarse la población, para observarse nuevas pérdidas a partir de los 85 años.

### **Ancianas Viudas y Solteras**

Se encontró un abierto predominio de las viudas (32.3%) sobre los viudos (7,7%). Además se observa una cifra importante de hombres casados (20%), los cuales se ubican en edades comprendidas entre 75 – 79 años; lo que explica que aún conserven su pareja; en contraposición con el 32.3% de viudas ubicadas en el segmento 80 – 89 años, lo que ratifica tanto que la esperanza de vida en la mujer es mayor que en el hombre, como que el avance en la edad aumenta el sesgo femenino de la vejez.

Para la mujer, la viudez representa un factor de riesgo por ocasionar además de las carencias afectivas, cambios importantes en sus funciones sociales y la limitación de las posibilidades de cubrir satisfactoriamente sus necesidades económicas; limitación que se asocia a su menor participación en la actividad laboral y su menor permanencia en el mundo del trabajo (CEPAL, 2002). En el caso venezolano la situación se agrava porque las pensiones de sobreviviente son muy bajas -la tercera parte de la pensión por vejez- lo que representa una merma importante en sus ingresos.

Destaca también que la sumatoria de casados, viudos, concubinos y divorciados arroja una cifra importante (84,5%); la cual expresa que el grueso de ellos hicieron vida en pareja la cual generó una familia de destino, como se mostrará en próximos análisis, y que insinúa la importancia de los núcleos familiares en la vida de los adultos mayores. Sólo tres mujeres se identificaron como solteras (4,6%), no revelándose esta circunstancia como una estimación de riesgo demográfico importante en esta muestra.

### **Ancianos sin Hijos**

Esta estimación de riesgo demográfico no tuvo relevancia en la muestra estudiada. Los datos confirman lo reportado por investigaciones venezolanas, en relación a que en décadas pasadas la mujer presentaba altas fecundidades y tasas elevadas de natalidad, constituyendo familias numerosas. En el caso que nos ocupa, el 87.7% de la muestra tuvo hijos, y un 47.4% procreó entre 6 y 10, que sumado al 12.3% que tuvieron entre 11 y 15, llega a un 59.7%.

Este es un comportamiento ajustado a la historia demográfica venezolana; la época reproductiva de los hoy grandes gerontes se corresponde con el momento de la explosión demográfica, donde se dio incluso un rejuvenecimiento soportado en altas fecundidades. Esto llevó a la conformación de familias numerosas, cuyas ventajas en relación con la calidad de vida de los adultos mayores se observan en la actualidad, ya que este semillero de hijos va a ser el soporte del adulto mayor en su vejez avanzada. Pero, adicionalmente a esta procreación, 29 de estos ancianos (44,6%) respondieron a un patrón cultural vigente para su época reproductiva y casi extinguido hoy: la crianza de niños que habían perdido sus padres, generalmente familiares cercanos. Así, estos grandes gerontes criaron a sobrinos (17.3%), hermanos (10.3%), nietos (31.1%) y otros niños (34,5%).

El otro aspecto importante a destacar, es el hecho de que estos grandes gerontes están criando nietos; lo que nos habla de una familia ampliada donde hay una red constituida y una prestación de servicios sociofamiliares, así como una prestación de apoyo mutuo. En este caso destaca como una fortaleza a nivel intrafamiliar los abuelos criando nietos independientemente de sus edades avanzadas, factor que los cohesiona y los mantiene en familia y comunidad.

La carencia de vivienda propia en los descendientes estimula la convivencia de tres y más generaciones. Esta cohabitación en la casa propiedad del adulto mayor genera un intercambio de bienes y funciones que incluye la participación en la crianza de los nietos no como hecho impuesto sino por propia voluntad del abuelo o abuela. Es, entonces, una familia extendida que incluye descendientes directos y colaterales, haciéndola más rica, más compleja y formando una red de apoyo más eficiente para el adulto mayor. Es factible deducir que esta familia extensa y estas redes de apoyo mitigan las estimaciones de riesgo demográfico de las mujeres viudas y/o solteras octogenarias; y resultan un apoyo fundamental para el caso de los ancianos viudos y solteros (16,9%).

### **Ancianos que Viven Solos**

El porcentaje de grandes gerontes que viven solos no es relevante, apenas se tiene un 16,7%. En general se encuentran acompañados (83,1%), lo cual es un indicador de la fortaleza de

la familia extensa y nos conecta a los análisis inmediatos anteriores que nos hablan de los hijos biológicos y criados, y de la constitución de una trama familiar donde hay muchas mujeres y más miembros para turnarse y para intercambiar funciones al interior del núcleo; generando un grupo donde las posibilidades de atención son mayores y las cargas menos pesadas.

Aunado a lo antes planteado, el hecho de que el adulto mayor viva acompañado, es un indicador positivo debido a que le proporciona afecto, comunicación, estabilidad y seguridad; elementos importantes para la satisfacción de sus necesidades afectivas. Como plantean De Lima y Sánchez (2008), estos grandes gerontes han logrado habitar en una vejez donde una profunda red familiar es su mejor garantía de estabilidad.

Sin embargo, debe ser causa de preocupación los 31 ancianos (47,7%) que afirmaron no salir de sus domicilios o sólo hacerlo ocasionalmente. Durante la aplicación de las entrevistas se pudo detectar que entre ellos se encontraban los que presentaban alguna discapacidad y los que vivían solos. Esto indica que son un grupo al cual debería estar dirigido un programa en particular de orden gerontológico, debido a que en ellos se están sumando elementos de vulnerabilidad, como el aislamiento y la discapacidad; y con ellos la pérdida de función social, que contribuye a elevar la estimación de riesgo demográfico para institucionalización.

### **Matrimonios que Viven Solos**

Debe tomarse con cuidado el 14,8% de parejas de grandes gerontes que viven solos. La teoría indica que comúnmente estas parejas no tienen un apoyo familiar constante, se incrementa su aislamiento y disminuyen su interacción social; todo ello incidiendo de forma negativa en su salud. Sin embargo, en esta muestra y a través de la observación no participante se pudo corroborar que, a excepción de una pareja, todos o algunos de sus hijos viven cerca y mantienen contacto diario con sus ascendientes, por lo cual no es posible considerar la estimación de riesgo demográfico de la misma manera; aunque sería deseable la realización de estudios que detallaran las relaciones familiares de estos conglomerados donde no hay cohabitación con el adulto mayor, para ver la eficacia de la red familiar con respecto a las parejas que viven solas.

### **Ancianos que Viven con Ayuda del Estado o Menos**

En relación a la situación económica de la muestra estudiada se advirtió que un número elevado de grandes gerontes tienen ingresos propios (61.5%), lo que por sí solo se considera un buen indicador. Sin embargo, un 84.6% vive con menos del salario mínimo, sumado a un 12.4% de quienes perciben ingresos iguales al salario mínimo; esto nos conduce a que un 97% de grandes

gerontes se encuentran en condiciones de precariedad económica; con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.

A lo anterior se adiciona que un 68% de estos ancianos dependen de la ayuda del Estado venezolano, indicador de familias muy débiles, sujetas al asistencialismo. Este factor de riesgo demográfico se suma a los otros en el marco de una prevalencia de mujeres ancianas. Sólo la familia asoma en este escenario como la variable que logra compensar los efectos de la vulnerabilidad a que están sujetas. Ratifica este análisis lo expresado en el Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez (2006) sobre el peso significativo de la familia y las redes sociales ante el déficit del sistema de seguridad social.

Adicionalmente, se encontró un 41,5% de analfabetismo y un muy bajo nivel de instrucción, tan bajo que los estudios de secundaria (5.2%) no tienen relevancia estadística. Los que alcanzaron cursar la primaria en su mayoría no la culminaron (21,1%), estando el grueso de los ancianos en los que sólo leen y escriben (57.9%); lo que pone de manifiesto el predominio de un analfabetismo funcional, explicado históricamente en el hecho que son personas que vivieron su niñez en los años de la dictadura gomecista, período en que el Estado venezolano no generó un aparato educativo consolidado en las diversas regiones del país, menos aún en las zonas rurales.

Sumado a lo anterior, las condiciones de ruralidad y factores culturales ejercían un peso determinante, debido a que en décadas pasadas no era considerada primordial en los estratos pobres la formación escolar, causas por las cuales los hoy grandes gerontes quedaron destinados a ejercer oficios de poca o nula calificación educativa. Bajos ingresos, bajo nivel educativo y de capacitación formal para el trabajo configuran un escenario asociado a la pobreza, condición que ha estimulado y estimula en este municipio procesos migratorios permanentes que ya han sido estudiados (Sánchez, 2008).

Finalmente, y en el mismo orden de ideas, es importante resaltar que casi la totalidad de los ancianos manifestaron que sus hijos les ayudaban económicamente, pero que dicha ayuda era irregular debido al desempleo y los bajos salarios. Atendiendo a ello, se puede inferir que parte de la descendencia no ha podido romper con el círculo de la pobreza de sus progenitores.

### **Ancianos Solos, Enfermos o Inválidos Graves**

En relación a la estimación de riesgo demográfico anciano-enfermedad y anciano-invalidez, las enfermedades más frecuentes en los gerontes son la hipertensión arterial (35%), seguida de los problemas visuales (16,2%), y en menor grado la diabetes (11.2%). Estos cuadros de morbilidades se corresponden a lo encontrado a nivel nacional en el adulto mayor, según cifras del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2006): “para el año 2005, las principales causas de morbilidad en el

país para esta población son la hipertensión arterial (17.18%), trastornos visuales (13.94%), trastornos respiratorios (12.66%), *diabetes mellitus* tipo I y II (11.34%) y la osteoartrosis y osteoartritis (10.03%)". Son ancianos con polipatologías asociadas a su condición de adultos muy mayores, comprensibles en el marco del envejecimiento biológico.

Es importante considerar que el 46.2% de grandes gerontes que presentan hipertensión o diabetes están sujetos a tratamientos permanentes que implican erogaciones importantes, las cuales afectan sus mermados ingresos. La pobreza y dependencia del asistencialismo como factores de riesgo demográfico se comportan, entonces, como una correa de transmisión hacia otras áreas de la vida de estos gerontes; quienes requieren de programas específicos en el área farmacológica que abarquen el universo etario al que pertenecen y garanticen su derecho a la salud, los cuales no existen en Venezuela.

Llama la atención que, a pesar de sus edades avanzadas, una alta cifra de estos gerontes (75.4%), manifiestan no presentar discapacidad alguna, y en los que la presentan (24.6%) no es significativa. Son disminuciones visuales, auditivas y motoras comprensibles en razón de la edad. Los ancianos con discapacidad expresan tener leves limitaciones para algunas actividades instrumentales de la vida diaria (AIDV), como las salidas del hogar, barrer y cocinar; más sin que ello afecte su inserción a la red familiar y en la comunidad.

Relacionando las condiciones de salud de estos ancianos con las estimaciones de riesgo demográfico que tienen que ver con ellas -ancianos enfermos o inválidos graves, matrimonios donde uno está gravemente enfermo o discapacitado-, no se encontraron cifras significativas; sólo se dio el caso de una anciana postrada por secuelas de accidente cerebro-vascular cuidada por sus familiares. En el extremo opuesto, y no considerado como una estimación de riesgo demográfico, se encontró el caso de una septuagenaria que vive con la sola compañía de un hijo que presenta Síndrome de Down, siendo ella la cuidadora de su descendiente.

Una vez más, la familia emerge como la figura de apoyo al gran geronte en sus problemas de salud y en sus déficits sensoriales y/o motrices; mitigando así las estimaciones de riesgo demográfico. Estos grandes gerontes no están solos; generalmente hay algún familiar acompañándolos, evidenciándose que a medida que avanza el día la presencia de personas se hace mayor, particularmente en horas de la tarde y la noche; lo cual se explica porque en horas de la mañana la gran mayoría de los miembros trabajan o salen a cumplir con otras actividades extrahogar. El anciano, aun permaneciendo en casa y en ocasiones sin compañía, está realizando alguna actividad. La compañía estable, el ir y venir de los miembros de la familia en torno al gran geronte representa una ventaja debido a que la familia constituye la principal fuente de apoyo y afecto para el adulto mayor; disminuyendo de esta forma la estimación de riesgo de

institucionalización. El trabajo de De Lima y Sánchez (2008) hecho en medio urbano, arrojó resultados similares en materia del acompañamiento que recibe el adulto mayor, donde detectó una red familiar femenina de apoyo para el anciano que intercambian funciones al interior y exterior del hogar, la cual en medio de su fragilidad económica, le otorga al anciano el apoyo que requiere.

Un aspecto importante a destacar es que por primera vez se hace presente el accionar del Estado en comunidades muy pequeñas. La cifra de 16 grandes gerontes que asisten al Centro de Atención Integral (CAI) "Ramona López", es un indicador relevante de la extensión de los programas municipales de atención al adulto mayor. Esto habla del crecimiento de la red de atención abierta en el estado Falcón, y se expresa estadísticamente como un beneficio para el adulto mayor, ya que el centro de atención integral viene a contrarrestar la estimación de riesgo demográfico de los grandes gerontes que viven solos, quienes tienen ahora una opción proporcionada por el Estado para, teóricamente, abatir el problema que representa la vida en solitario con los riesgos en salud, psicológicos y sociales que se le asocian.

El análisis orienta a deducir que estos ancianos, además de estar acompañados gran parte del día y en la noche, tienen un espacio que se respeta: su habitación, lo que le garantiza privacidad e intimidad; circunstancia que se visualiza en el 33,8% que duermen con su pareja, o el 43,1% que duerme solo pero en su habitación, situación que se deriva del hecho de que en la mayoría de los casos son propietarios de la vivienda; su más importante activo para intercambiar con sus descendientes. Se da así un cruce de bienes entre los grandes gerontes y sus hijos; los primeros apoyan aportando la vivienda, recursos económicos, participación en la crianza de los nietos y otras actividades; y los segundos ofreciendo beneficios de tipo económico y compañía.

### **Ancianos Institucionalizados**

No se encontraron ancianos de Tocópero residiendo en instituciones de larga estancia, ni públicas ni privadas, en el estado Falcón. Del instrumento se desprende que la institucionalización no está presente en el horizonte cultural de los grandes gerontes y sus familiares, constatado en el bajo porcentaje de aquellos que han tenido la idea de institucionalizarse (6,2 %), y en el 9,2% de quienes les han hablado sobre vivir en una institución para adultos mayores; lo cual pone de manifiesto una vez más, apoyando la tendencia extensa de la familia, el papel fundamental que ejerce la misma en términos afectivos y sociales para el gran geronte.

Se manifiesta en las respuestas emitidas por los ancianos en relación al por qué no han pensado en la institucionalización, un patrón cultural que responde a dos argumentos: su familia tiene el deber de atenderlo y el hecho de ser dueños de su casa. Una expresión recogida durante

una entrevista resume el pensar del gran geronte y el peso decisivo de la familia: "Para allá sólo se va el que está olvidado".

En contraposición, el porcentaje que manifestó haber pensado institucionalizarse, lo hace porque son parejas o ancianos que viven solos, lo que vuelve a poner de manifiesto la importancia de la familia y del riesgo de que el anciano quede en solitario. Uno de los casos es una pareja que aun cuando tiene un hijo, no cuenta con su apoyo económico permanente, ni con el afectivo. Otro, el caso de un anciano que vive solo y expresó que al llegar a la vejez se es un estorbo y que allá pensaba estaría mejor.

Esta disminución en el factor de riesgo demográfico de institucionalización, soportada en el apoyo de la familia, debería fortalecerse con el diseño e implementación de una política social para la vejez por parte del municipio que considere, por ejemplo, la atención a domicilio y el apoyo a la familia. En este sentido coincidimos con Aparicio (2002) en sus conclusiones para el caso mexicano, donde expresa la necesidad urgente de programas públicos para consolidar las familias donde residen adultos mayores.

## **Resultados y Análisis: Políticas y Programas Sociales Dirigidos a los Grandes Gerontes del Municipio Tocópero**

### **El Personal que Trabaja en el Área Gerontológica**

El municipio Tocópero cuenta con una Dirección de Desarrollo y Protección Social (DDPS), de la cual forma parte una fundación para apoyar a los adultos mayores, presidida por la primera dama del municipio (estudiante universitaria), y un coordinador de programas sociales (de formación técnico en refrigeración) que abarca tanto niños como ancianos. Dos Técnicos Superiores Universitarios en Gerontología adelantan los programas para este grupo etario.

Los técnicos gerontólogos ocupan los cargos con menor poder de decisión, quedando supeditados a la primera dama del municipio y su adjunto, quienes ocupan los cargos considerados "de confianza". Esto puede explicarse en términos políticos, ya que en Venezuela las instituciones relacionadas con niños y ancianos, por tradición política, quedan bajo autoridad de las primeras damas.

Los funcionarios de confianza no tienen conocimiento ni experiencia en materia gerontológica. Los gerontólogos ven reducidas sus responsabilidades y negado el desarrollo de la totalidad de su perfil profesional quedando impedidos, por ejemplo, de hacer diagnósticos que les permitieran posteriormente diseñar y ejecutar políticas y programas ajustados a la realidad y necesidades de los adultos mayores y específicamente de los grandes gerontes. Lo anterior es

producto de que la DDPS se limita a poner en práctica acciones que ya vienen dadas desde el nivel central vía el ejecutivo del estado. Debido a esto, además, el municipio no busca la asesoría de expertos en el diseño de políticas y programas de tipo social y de salud para el adulto mayor, ni el apoyo del Programa de Gerontología –único en Venezuela- que funciona a poco menos de una hora del municipio. Obviamente, tampoco se hace investigación.

Por otra parte, se detecta con preocupación que los gerontólogos manifiestan como necesidades prescritas para los grandes gerontes la apertura de un ambulatorio y de una institución cerrada en el municipio. Tales sugerencias expresan varios problemas: confusión conceptual, visión medicalizada de la atención gerontológica, desconocimiento de la población sobre la cual actúan y manejo de una estereotipia negativa que asocia vejez con enfermedad y aislamiento. Estas respuestas indican que estos profesionales no visualizan que el adulto mayor hace aportes más allá de lo económico, como el cuidado de los menores, el trabajo intra hogar y la participación en actividades comunitarias; y sugieren una confusión técnica y teórica acerca de los tipos de programas dirigidos hacia la población adulta mayor, además de ser indicativos de la persistencia del paradigma médico en la gerencia social que atiende las necesidades de este grupo de población. Lo anterior es preocupante, pues siendo personal con formación especializada, se obvian conceptos clave para la atención gerontológica vertidos en el Plan Internacional de Envejecimiento Madrid 2002; tales como sociedad incluyente, participación plena, no discriminación, promoción de la dignidad y respeto, entorno propicio y favorable.

### **Las Políticas y Programas**

La Dirección de Desarrollo y Protección Social desconoce la condición envejecida del municipio, la importancia numérica de los grandes gerontes y, en general, el perfil del adulto mayor que reside en él. Los cuatro funcionarios responsables de lo concerniente a políticas y programas sociales gerontológicos tienen un profundo desconocimiento de las estimaciones de riesgo demográfico en su población anciana; así, ignoran el número de viudas, ancianos discapacitados, solteros y solteras, ancianos que viven solos, ancianos que cuidan ancianos, ancianos en situación de pobreza y ancianos institucionalizados o en riesgo de estarlo.

No hay diseño de políticas ni programas para el adulto mayor. La alcaldía del municipio sólo ejecuta un programa de atención dirigido a los ancianos: el Centro de Atención Integral “Ramona López”, que tiene más de seis años de funcionamiento y no obedeció a un diagnóstico de la población adulta mayor del municipio, sino a políticas emanadas del centro del país y bajadas de manera vertical hacia estados y municipios.

Al interior del Centro de Atención Abierta (CAI) “Ramona López”, se dan una serie de actividades que deberían estar organizadas como subprogramas, estableciéndose su justificación, pertinencia, objetivos, metas, beneficiarios y población impactada, para poder hacerle seguimiento y determinar su impacto y eficacia. Pese a que el material informativo impreso por el CAI habla de subprogramas, en realidad lo que se realizan –si se aplican criterios de gerencia- son actividades puntuales como terapia ocupacional, recreativas, curas, medición de la presión arterial y comida domiciliar a los gerontes del casco central de la capital del municipio inscritos en el centro y que viven solos, mas sólo en caso de enfermedad.

Prosiguiendo con las políticas centralistas, desde el mes de noviembre del año 2009 se inició la conformación de los clubes de adultos mayores, estando consolidados cuatro. Estos clubes nacen y atienden a directrices emanadas desde la Fundación Regional para la Atención Integral al Anciano Falconiano –organismo que depende del Ejecutivo del estado-. La política de diseminar clubes a nivel estatal se ha puesto en marcha sin la mediación de estudios a nivel municipal que indiquen su pertinencia y el perfil específico que cada uno de ellos debería tener.

Lo anterior pone de manifiesto la concepción asistencialista por parte del Estado venezolano hacia los adultos mayores, que conduce al diseño de políticas y programas que los ignoran como sujetos sociales, capaces de contribuir a la familia, comunidad y sociedad. Las políticas se orientan a la satisfacción de sus necesidades básicas, distorsionándose la atención al mismo e inclusive la actitud del personal que lo atiende, y alejándose de los planteamientos propuestos en planes internacionales suscritos por el Estado venezolano. En este sentido, es aplicable a Venezuela esta reflexión de Andrews: “Muchas de las políticas y prácticas convencionales aplicadas en distintas sociedades con respecto a los problemas de la edad por lo general se han mantenido sin modificaciones pese a los profundos cambios en materia de demografía, esperanza de vida individual, estructura familiar, tecnología y comunicaciones. En una sociedad que envejece, las políticas aplicadas deben focalizarse en inversiones que tengan en cuenta el aumento de la longevidad en lugar de limitarse a proporcionar mayor asistencia y atención” (2000, p.254).

## **Conclusiones**

Los resultados de la investigación arrojan un escenario complejo. Comenzando por lo demográfico, queda en evidencia -como ya es sabido para quienes se adentran en el tema- el sesgo femenino que tiene la vejez demográfica en el municipio Tocópero; una mujer de avanzada edad, con aparentes debilidades como la viudez, soltería y pobreza; pero inserta en una red familiar amplia que viene a suplir la inacción del Estado venezolano. Se configura como el grupo de

mayor riesgo las octogenarias, siendo su gran fortaleza para contrarrestar dicha estimación el tener una vivienda propia y una familia extensa.

En general, las estimaciones de riesgo demográfico no se hacen presentes con sus efectos adversos en la muestra estudiada, como sí se ha advertido en países europeos. Consideramos que se encuentran minimizadas debido a un elemento de orden social-cultural: la presencia de la familia extensa y/o conglomerada, de redes femeninas de apoyo al adulto mayor y la inexistencia en su horizonte cultural de los procesos de internación o institucionalización gerontológica; por ello la importancia de fortalecer el núcleo familiar, evitando así el deterioro en la atención que la red le brinda. También es fundamental que las políticas y programas gerontológicos consideren el valor y utilidad de la familia extensa, ya que abate ciertos tipos de riesgos demográficos.

Por otra parte, se encuentra que no existe una relación entre la realidad demográfica del municipio y las políticas y programas sociales que se están implementando. El centralismo del Estado venezolano se encuentra en la raíz de este escenario. La pobreza con la que figura la población adulta mayor en el PDESN 2007-2013 queda oculta bajo una pretendida fachada de atención integral que, en realidad, sólo considera el asistencialismo expresado en lo económico (ayudas, en lugar de pensiones no contributivas), la total ambigüedad del concepto "centros especiales de atención" –hasta el presente limitados a los clubes de ancianos-, y una atención jurídica que se fusiona con la atención a menores de edad, viéndose en el trasfondo la estereotipia que asocia vejez e infancia.

Siguiendo un camino opuesto a lo expresado en el Plan Internacional de Envejecimiento Madrid 2002, la política social para la vejez en Venezuela no reconoce la importancia de la familia, la interdependencia y la reciprocidad entre generaciones. Tampoco se considera la asociación entre el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las mismas personas mayores en el diseño e implementación de políticas y programas. Por último, revela el desconocimiento de la función cultural, social y económica del adulto mayor. La investigación generada por el Programa de Gerontología a lo largo de más de 30 años tampoco ha sido considerada a la hora de diseñar el PDESN.

El resultado de un centralismo que obvia tanto las recomendaciones de documentos suscritos por el mismo Estado venezolano, así como la investigación nacional, es la persistencia del asistencialismo, el cual tiene como frontera la población que habita mayormente en las cabeceras municipales, siendo este un escenario que se da no solamente en Venezuela, sino en general en Latinoamérica. Las políticas y programas impactan hasta las cabeceras de los municipios, por esto suelen ser las más pobladas, debido a que las personas que habitan en la periferia emigran hacia ellas en busca de una mejor calidad de vida.

Nada más alejado de la democracia participativa y protagónica a que hace mención la constitución venezolana. Para ello debería garantizarse la participación de la comunidad organizada y no el empobrecido concepto de la política como coto restringido de los funcionarios de turno. La comunidad debería ser informada sobre su realidad demográfica pero, contradictoriamente, el tema del envejecimiento demográfico y los problemas de los adultos mayores son desconocidos por la población del municipio. Ello impide, siguiendo a Huenchuan (2003), que esos problemas pasen a la agenda pública, ya que no logran ser foco de atención y todo se reduce, cuando mucho, a que la población haga solicitudes de tipo asistencial, de manera puntual y, generalmente, a título individual.

Con respecto a los programas aplicados, se advierte un sesgo endógeno de tipo negativo, en el hecho de que estos concentran al adulto mayor y suprimen el contacto intergeneracional, centrando la interacción social entre ellos mismos. Siendo que esta investigación encontró que los grandes gerontes permanecen insertos en familia y comunidad, activos y con buenas capacidades para las AVD y AIVD, es previsible deducir que una situación igual debe darse entre los adultos mayores de menor edad. Lo anterior debe llevar a reflexionar sobre un diseño de políticas y programas más orientados al fortalecimiento de la familia y al apoyo a necesidades sentidas que exprese el adulto mayor, que en el desarraigo de su contexto familiar para reducirlo a programas abiertos que parecieran inspirarse en los postulados de la teoría de la subcultura de la vejez.

Finalmente, consideramos que en buena medida el envejecimiento demográfico está relacionado con la forma como nació el municipio Tocópero. Al no cumplir con el requisito legal de mínima población, el resultado fue que los procesos migratorios intramunicipales Tocópero-Cumarebo (cabecera del distrito al cual pertenecía), se tornaron en migraciones extra municipales de una entidad despoblada, naciendo así como municipio envejecido, condición que se ha mantenido en el tiempo. El elemento educativo es la única variable introducida en este contexto, que podría pensarse ayudaría a contener los procesos de emigración, pero si no se acompaña de la creación de fuentes de empleos, podría suceder que Tocópero sirviera como generador de mano de obra calificada para otros municipios y estados de la república venezolana.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Andrews, Gary; *Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy y del futuro*; CEPAL. Serie Seminarios y Conferencias Nº 2; 2000; URL [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e\\_S3.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S3.pdf). [24-10-2009]. ISSN electrónico 1680-9041.

- Aparicio, Ricardo; *Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez en México*; Helena Zúñiga; La situación demográfica de México; 2002; pp. 155-168; Edición CONAPO México; URL: [www.conapo.gob.mx/publicaciones/ml/2002/12.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/ml/2002/12.pdf). [22-01-2009]. ISBN 970-628-677-2.
- Guzmán, José (Coord); *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*; CEPAL; 2006; URL [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_1.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf) [10-03-2009] LC/W.113.
- CEPAL; *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis*; CEPAL; 2003; URL <http://www.cepal.cl/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf> [16-07-2009]. LC/L.1973
- CEPAL; *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos Comunidades, hogares y personas*; CEPAL; 2002; URL <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/9640/DGE2170-SES29-16.pdf> [23-01-2009]. LC/G.2170 (SES.29/16).
- Chackiel, Juan; *La Dinámica demográfica en América Latina*; CEPAL. Serie Población y Desarrollo Nº 52; 2004; URL <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/doc/cepal/pobdes/52.pdf>. [16-07-2009]. ISSN electrónico 1680-9009.
- De Lima, Blanca y Chirino, Carmen; 2006; *Vulnerabilidad social e institucionalización del adulto mayor en Venezuela*; Manuel Ribeiro Ferreira y Raúl Eduardo López Estrada; Tópicos selectos en políticas de bienestar social. Grupos vulnerables, género, juventud y salud (Tomo I), pp. 101-113; Ediciones Gernika. S.A. México.
- De Lima, Blanca y Sánchez, Yulitza; 2008; *Redes femeninas, familia popular y ancianidad en Venezuela*. Revista Perspectivas Sociales. Vol. 10, Nº 1, pp. 53-84. Universidad Autónoma de Nuevo León-University of Texas-University of Tennessee-Universidad Juárez del Estado de Durango-Universidad de Colima.
- FUDECO; *Dossier municipio Tocópero, estado Falcón*; Fundación para el Desarrollo de la Región Centro Occidental de Venezuela; 2004; URL [http://www.fudeco.gob.ve/pdf\\_dossier\\_docs/falcon/DOSSIER%20MUNICIPIO%20TOCOPERO.pdf](http://www.fudeco.gob.ve/pdf_dossier_docs/falcon/DOSSIER%20MUNICIPIO%20TOCOPERO.pdf) [16-07-2009].
- Graterol, Víctor; 2004; *Consejos locales de planificación pública ¿verdadera participación o manipulación política?*; Trabajo de Grado; Maestría en Gerencia Pública; Universidad del Zulia; Maracaibo; Venezuela.
- Huenchuan, Sandra; *Políticas de vejez en América Latina: una propuesta para su análisis*; Ponencia presentada en el 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile; 2003;

URL [http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG019\\_HuenchuanNavarro.pdf](http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG019_HuenchuanNavarro.pdf) [20-10-2009].

- Instituto Nacional de Estadística; 2007; *Falcón. Cuaderno demográfico Nº 1*; Caracas; Edición INE.

- Ministerio de Planificación y Desarrollo; *Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007*; Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo; 2007; URL <http://www.barrioadentro.gov.ve/pdesn.pdf> [10-10-2009].

- Ministerio de Planificación y Desarrollo; *Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013*; Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo; 2007; URL [www.notiziedacaracas.it/MESSICO/PlanENDOGENO.doc](http://www.notiziedacaracas.it/MESSICO/PlanENDOGENO.doc) [10-10-2009].

- Ministerio del Poder Popular para la Salud-OPS; *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010*; Ministerio de Salud-OPS; 2006; URL [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_ven\\_es](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es). [4-11-2009].

- Organización de las Naciones Unidas; *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*; 2002; URL <http://www.conapam.go.cr/pdf/DeclaracionPolitica.pdf> [16-07-2009].

- Rodríguez, Jorge; *Vulnerabilidad demográfica: Una faceta de las desventajas sociales*. CEPAL. Serie Población y Desarrollo Nº 5; 2000; URL <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/4971/lcl1422e.pdf> [10-03-2009]. ISSN electrónico 1680-9009.

- Sánchez, Marycruz; 2008; *Migraciones y envejecimiento demográfico en el Municipio Tocópero, Estado Falcón, Venezuela*; Tesis de licenciatura en Gerontología. Inédita; Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda; Coro; Venezuela.