

Notas

Diagnósticos Comunitarios de HumVenezuela. 2024¹

El reporte final de los Diagnósticos Comunitarios 2024, de la 4ta Encuesta de Hogares de HumVenezuela, con el fin de evaluar la situación humanitaria de la población venezolana. En esta 4ta edición de la EH, se encuestó a 12.566 hogares en los 24 estados del territorio nacional y 88,9% de los municipios (298 de 335 en total). El promedio de miembros en los hogares encuestados fue de 2,5. El 56,3% de las personas que contestaron eran mujeres.

En 2024, alrededor del 86,9% de la población del país se encontraba en pobreza por ingresos; un 70,6% en pobreza extrema, ante una canasta básica de bienes y servicios con un costo estimado de 1.100\$ al mes y una canasta alimentaria de 540\$. La pobreza extrema más acentuada se concentró en ocho estados: Guárico (91%), Apure (87%), Yaracuy (82%), La Guaira (80%), Delta Amacuro (78%), Monagas (78%), Bolívar (76%) y Amazonas (74%).

Entre 2023 y 2024, la mediana de ingresos de los hogares se incrementó un 65,4%, desde 102,5\$ a 169,6\$ al mes, lo cual representa el estimado de 2,3 dólares más, ascendiendo de 3,4\$ a 5,7\$ al día. En el primer semestre de 2024, la inflación se desaceleró en comparación con el incremento de los precios y las fluctuaciones del tipo de cambio en 2023. Los estados que mejoraron fueron Carabobo, Distrito Capital, Lara, Miranda y Nueva Esparta. Los estados Bolívar, Falcón, Apure, La Guaira, Aragua, Amazonas, y Monagas se estancaron y en Guárico los niveles de ingreso disminuyeron.

Ingresos y medios de vida: Las tres principales fuentes de ingresos de los hogares en 2024 fueron las ganancias propias -principalmente a través de oficios o puestos en el empleo informal (53,4%); las remuneraciones en los empleos formales (49,1%); y los bonos y ayudas de los organismos del Estado (40,0%). Al comparar 2024 con años anteriores, las remuneraciones y las remesas se mantuvieron igual, mientras que bajaron las ganancias propias y las pensiones.

Las familias continúan siendo dependientes de los bonos y las ayudas estatales, a pesar que esta fuente registró una reducción desde 55,1% a 40,0% entre 2023 y 2024. Las remesas de familiares y amigos del exterior fueron una fuente de ingresos considerable y alcanzó 13% del total de ingresos.

Alimentación: La principal forma de abastecimiento fue la compra de alimentos en 98,2% de los hogares. Sin embargo, muchas familias deben recurrir a otras estrategias de sobrevivencia para tener acceso a los alimentos, entre ellos, el crédito fue la segunda para más del 20% de los hogares, mientras que, entre un 12,7% y 10,5%, utilizan las figuras del intercambio, los obsequios/asistencia y el cultivo, que disminuyeron su frecuencia de uso entre 2023 y 2024.

El abastecimiento de alimentos por los hogares se hizo, 62,7% en los abastos o establecimientos comerciales de pequeña escala con un ritmo corto de compra o crédito diaria, mientras que, el 55,4% utilizó también los supermercados. Un 54,5% de los hogares recurrió a la espera para adquirir las bolsas o cajas de alimentos con subsidio estatal (CLAP) en las comunidades y, el 32,1% en mercados ambulantes.

Pese a la mejora de ingresos, entre 2023 y 2024, de 13,8% a 14,8%, aumentaron los hogares que no contaban con un mínimo de presupuesto para alimentarse. Igualmente subió, de 65,5% a 70,2%, los que reportaron un gasto excesivo en alimentos, destinando más de la mitad o casi todo su presupuesto y, con poco margen para cubrir educación, salud, transporte y servicios básicos. Los hogares con mayores dificultades para el gasto alimentario fueron Guárico, Sucre, Táchira y Amazonas y con graves problemas se encontraron los estados Delta Amacuro y La Guaira.

La cantidad de alimentos para 82,3% de los hogares era insuficiente, escasa o muy escasa, porcentaje algo superior al 78% registrado en 2023. Más del 20% de los hogares en Portuguesa, Guárico, Falcón, Táchira, Anzoátegui, Delta Amacuro y Apure reportaron obtener cantidades muy escasas de alimentos.

En 2024, siete de cada 10 hogares en Venezuela adoptaron estrategias de sobrevivencia para que sus miembros pudiesen comer. Algunas estrategias

¹<https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/reporte-final-de-los-diagnosticos-comunitarios-2024>

asociadas a una seguridad alimentaria en crisis y a la inseguridad alimentaria moderada bajaron, como comprar alimentos más baratos (67,9%) y reducir el tamaño de las porciones de comida (32,8%), pero las estrategias vinculadas a la inseguridad alimentaria severa se agudizaron, tales como permanecer con hambre (10,5%) y pasar días enteros sin comer (7,3%). Otras estrategias en alza para 2024 fueron los recortes de gastos en la educación de niños/as y adolescentes (19,2%), así como el racionamiento de alimentos, disminuyendo las comidas de los adultos para que los más jóvenes puedan comer (22,7%) o reducir la cantidad de comidas al día (25,4%). Entre 2023 y 2024, la inseguridad alimentaria bajó de 45,2% a 43,3%, y la inseguridad severa aumentó de 9,3% a 10,5%.

Calidad del agua: En 2024, el 48,2% de los hogares reportaron señales de contaminación por color, un 22,9% por olor y un 22,7% por sabor. Además, el 23% de los

hogares está expuesto a agua contaminada por estar al aire libre, un 24,2% por presencia de residuos sólidos y un 8,2% por sustancias químicas, en las cercanías de los lugares donde las personas se abastecen del líquido. La calidad del agua disponible también afecta severamente a la población venezolana.

Los resultados de esta encuesta muestran las desigualdades sociales y económicas de las familias, para cubrir necesidades básicas de alimentación, salud y educación. La falta de servicios básicos como agua potable y electricidad agrava la situación alimentaria y nutricional. Así como también limitan la preparación de alimentos con una calidad adecuada. Todo lo cual contribuye al mantenimiento de niveles importantes de inseguridad alimentaria, agotamiento de las estrategias de sobrevivencia y mayor vulnerabilidad.

¿Debemos medir el IMC? Nuevas directrices redefinen la obesidad

Dr. Neil Skolnik²

La obesidad es una de las enfermedades más comunes que vemos en atención primaria. Afecta a más del 40% de los adultos en los Estados Unidos. El Dr. Neil Skolnik presenta la [nueva declaración de consenso internacional](#) elaborada por la *Comisión de Diabetes y Endocrinología de The Lancet* sobre la definición y los criterios de diagnóstico de la obesidad clínica. Esta declaración tiene implicaciones importantes para el tratamiento de pacientes individuales y para la aprobación de las compañías de seguros y de los medicamentos para el tratamiento. También es una declaración a la que hay que prestar atención porque ha sido respaldada por las principales organizaciones médicas de todo el mundo, entre ellas la Asociación Estadounidense de Endocrinología Clínica, la Asociación Estadounidense de Diabetes y la Asociación Estadounidense del Corazón.

La Comisión formula dos recomendaciones principales. La primera es que la obesidad se clasifique como “obesidad clínica” u “obesidad preclínica”.

La *obesidad clínica* se define, como una condición en la que el riesgo para la salud asociado al exceso de adiposidad ya se ha materializado y puede documentarse objetivamente. Así, si el paciente presenta [síndrome metabólico](#), diabetes, artritis o limitaciones funcionales debidas a su obesidad, tiene obesidad clínica.

La *obesidad preclínica* es el exceso de adiposidad sin alteración de la función corporal. Un paciente con obesidad preclínica puede o no desarrollar complicaciones de la obesidad en el futuro. La razón pragmática de esta distinción fue crear un sentido de urgencia en el tratamiento de la obesidad clínica e influir tanto en los médicos como en los responsables de las políticas, como las aseguradoras, para que comprendieran la importancia de tratar la obesidad de forma agresiva.

La segunda recomendación principal es que el índice de masa corporal (IMC) se utilice como herramienta de detección, pero, además, se debe confirmar el exceso de adiposidad abdominal para confirmar si el paciente tiene obesidad y/o en qué parte del cuerpo se ha acumulado tejido adiposo.

La definición tradicional de obesidad basada en el IMC no es muy precisa. No diferencia entre masa corporal

² ¿Debemos medir el IMC? Nuevas directrices redefinen la obesidad - Medscape - 29 de enero de 2025.

magra (que incluye músculos, huesos y órganos) y masa corporal grasa. Es el equilibrio entre la masa corporal magra y grasa lo que influye en el riesgo. Además, el IMC no proporciona información sobre la distribución de la grasa corporal, lo cual es importante porque el aumento de la grasa visceral y abdominal aumenta el riesgo metabólico y cardíaco.

La definición tradicional de obesidad en adultos no asiáticos es un IMC ≥ 30 , y el sobrepeso es un IMC de 25 a 29,9 ([para adultos asiáticos](#), los números respectivos son un IMC de 25 a 27,5 o más para la obesidad y de 23 a 24,9 para el sobrepeso).

En el individuo, definir la obesidad únicamente por el IMC puede llevar a un sobrediagnóstico de obesidad en personas con IMC > 30 y a un subdiagnóstico de obesidad en aquellas categorizadas por IMC como con sobrepeso. Esto es particularmente cierto para las personas más cercanas a los puntos de corte.

Es interesante destacar que los estudios han demostrado que el IMC tiene [una buena especificidad \(\$> 90\%\$ \) para identificar la obesidad](#) en personas con un IMC > 30 , [pero una sensibilidad pobre \(alrededor del 50%\)](#), lo que significa que muchas personas clasificadas como con sobrepeso por el IMC en realidad tienen exceso de adiposidad.

Actualmente, se dispone de medicamentos muy eficaces que podemos recetar para adelgazar. En personas obesas sin diabetes, [la semaglutida](#) produce

una pérdida de peso media del 15% y [la tirzepatida](#), del 21%. Se trata de medicamentos potentes que, además de adelgazar, tienen efectos metabólicos y biomecánicos beneficiosos, así como efectos positivos sobre muchas complicaciones relacionadas con la obesidad, como las enfermedades cardiovasculares, [la apnea obstructiva del sueño](#) y [la osteoartritis](#).

La Comisión recomienda que se utilice el IMC como herramienta de detección y que la confirmación del exceso de adiposidad o de la adiposidad abdominal se realice mediante la medición directa de la grasa corporal con absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA), bioimpedancia u otro método, o mediante criterios antropométricos, más comúnmente, la circunferencia de la cintura (> 35 pulgadas en mujeres, > 40 pulgadas en hombres). Dentro de cada categoría de IMC, una mayor circunferencia de la cintura es un marcador de un mayor riesgo para la salud por obesidad.

La Comisión sugiere que clasificar la obesidad en obesidad clínica y obesidad preclínica permite a nosotros y a los responsables de las políticas comprender mejor la importancia y priorizar el tratamiento de aquellos cuya obesidad tiene consecuencias actuales para la salud, al tiempo que se sigue abogando por el tratamiento de aquellos con obesidad preclínica. En segundo lugar, la detección de la obesidad mediante el IMC en conjunto con medidas directas de adiposidad como la DEXA o la impedancia bioeléctrica o la circunferencia de la cintura reducirá la clasificación errónea de la obesidad.