

# Programa Nutricional

Informe de la situación  
nutricional de población  
atendida en

**Centros de Salud Nivel 1**

Año 2025



Programa Nutricional  
Dirección General de Atención Primaria (DGATP-SSAPAC)  
Ministerio de Salud  
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁG.</b>
<b>I - PRESENTACIÓN</b>	3
<b>II - CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS</b>	4
<b>III - RESULTADOS</b>	7
<b>Características de la población atendida</b>	7
<b>Niños, niñas y adolescentes menores de 19 años</b>	9
Estado nutricional por antropometría	9
Comparación período 2017 - 2025	14
Anemia	16
<b>Personas adultas</b>	17
Estado nutricional por antropometría	17
Comparación período 2017-2025	20
<b>Síntesis de malnutrición por exceso en la población total</b>	21
<b>Personas gestantes</b>	21
Estado nutricional por antropometría	22
Comparación período 2017-2025	25
Anemia	26
<b>IV- CONSIDERACIONES FINALES</b>	27

## I - PRESENTACIÓN

El Programa Nutricional<sup>1</sup>, se propone desarrollar acciones para preservar y mejorar el estado nutricional de la población a través de la promoción de prácticas saludables de alimentación, prevención y atención integral de problemas nutricionales, como así también implementar un monitoreo anual para conocer la frecuencia, distribución y tendencia de la situación nutricional de la población usuaria de los Centros de Salud Nivel 1 (CESACs). El propósito de este reporte es brindar información consolidada del año 2025 a los equipos de salud, a fin de hacerla accesible y facilitar la planificación de acciones acordes al perfil epidemiológico-nutricional correspondiente a sus áreas de trabajo y al conjunto de la Ciudad.

Esta sistematización ha sido elaborada a partir de los datos registrados por los equipos en la Historia Integral de Salud versión 2.0 (HIS2.0) y proporcionados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria) de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud del GCBA, a quienes agradecemos por la información aportada.

Cabe destacar que se han venido elaborando informes anuales desde el año 2008, con excepción del año 2020, dada la restricción de la atención ambulatoria a raíz de la pandemia de SARS-CoV2. Dichos informes se encuentran disponibles en la página [web](#) del Gobierno de la Ciudad.

*Equipo Técnico Central del Programa Nutricional*

Lic. en Nutrición Marisa Chiazzari  
*Coordinadora*

Lic. en Nutrición Rocío González

Lic. en Psicopedagogía Gustavo Mehlman

Lic. en Antropología Laura Piaggio

Méd. Pediatra Mgr. Beatriz Schloss



### **Programa Nutricional**

Dirección General de Atención Primaria (SSAPAC)

Ministerio de Salud - GCBA

Sede: Av. Rivadavia 530 - PB

Mail: [programanutricional@buenosaires.gob.ar](mailto:programanutricional@buenosaires.gob.ar)

---

<sup>1</sup> El Programa Nutricional se enmarca en el Decreto 431/03, por el cual se constituye la Unidad de Proyectos Especiales de Políticas Intersectoriales sobre Riesgo Nutricional (UPE-RN), y se formaliza a través de la Resolución 2060/07 del Ministerio de Salud.

## II - CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La información que se presenta en este documento caracteriza la situación antropométrica de la población atendida en el primer nivel de atención.

La antropometría es una herramienta simple y validada para evaluar las condiciones de salud y la situación nutricional tanto a nivel poblacional, como individual. Sin embargo, para arribar a un diagnóstico clínico, sea por déficit (desnutrición) como por exceso (sobrepeso y obesidad), es insuficiente, ya que para ello se requiere una evaluación integral, a través de antecedentes personales, indicadores clínicos, bioquímicos y funcionales<sup>2</sup>.

Considerando, entonces, que este reporte es poblacional y se basa en indicadores elaborados a partir mediciones antropométricas (peso/edad, talla/edad, índice de masa corporal/edad), las categorías resultantes se expresan como bajo peso y baja talla para las situaciones de déficit y como alto IMC o muy alto IMC para las situaciones de exceso, reemplazando de esta manera los términos que aluden a diagnósticos clínicos (desnutrición aguda y desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad).

Para analizar las categorías antropométricas según la franja etaria del grupo poblacional se consideran los siguientes puntos límites:

- En niños, niñas y adolescentes (NNyA):

**Cuadro N° 1 - Puntos límite de las categorías antropométricas en NNyA**

Edad Cat. diag.	Bajo peso	Normo Peso	IMC alto	IMC muy alto	Baja talla	Talla normal
0 a 11 meses 29 días	Peso/edad  <-2 DE hasta +2DE	Peso/edad  ≥-2 DE hasta +2 DE	Peso/edad  >+2 DE hasta ≤+3 DE	Peso/edad  >+3 DE	Talla/edad  < -2 DE	Talla/edad  ≥-2 DE
1 a 4 años, 11 meses 29 días	IMC/edad  < -2 DE	IMC/edad  ≥-2 DE hasta +2 DE	IMC/edad  >+2 DE hasta ≤+3 DE	IMC/edad  >+3 DE	Talla/edad  < -2 DE	Talla/edad  ≥-2 DE
5 a 18 años 11 meses 29 días	IMC/edad  < -2 DE	IMC/edad  ≥-2 DE hasta +1 DE	IMC/edad  >+1 DE hasta ≤+2 DE	IMC/edad  >+2 DE	Talla/edad  < -2 DE	Talla/edad  ≥-2 DE

Fuente: elaboración propia

En virtud de que este Informe constituye una caracterización poblacional, las variables antropométricas de la población infanto-juvenil se categorizan en función de unidades de desviación estándar (DE) ajustadas por sexo y edad, en lugar de expresar las categorías en percentilos como se suele utilizar en la atención individual.

<sup>2</sup> Rubino, Francesco et al., 2025. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 13, Issue 3, 221 - 262.

En niños y niñas menores de 5 años, en base a los criterios utilizados en la ENNyS 2, Ministerio de Salud de la Nación, y a partir de publicaciones internacionales<sup>3</sup>, se consideran IMC alto entre  $>+2$  DE hasta  $\leq+3$  DE e IMC muy alto  $>+3$  DE<sup>4</sup>.

En la población infantil de mayores de 5 años los parámetros utilizados son de  $>+1$  DE para IMC alto y  $>+ 2$  DE para IMC muy alto.

La agrupación de los grupos etarios en esta población se ha construido planteando cortes que representan distintas etapas de la infancia y la adolescencia, en las que la alimentación adquiere características particulares: del nacimiento a menores de 2 años, de 2 a menores de 5 años, de 5 a menores de 14 años y de 14 a 19 años.

- En **población adulta y de personas gestantes**, se consideran los puntos límites según los criterios establecidos por FAO/ OMS<sup>5</sup> y adoptados por el Ministerio de Salud de la Nación<sup>6</sup>.

**Adultos/as:** Bajo peso: IMC bajo  $< 18,5$   
Normopeso: IMC entre 18,5 y 24,9  
IMC alto: IMC entre 25 y 29,9  
IMC muy alto: IMC  $> 30$

Se consideraron los cinco grupos etarios utilizados en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: de 19 a  $<25$ ; 25 a  $<35$ ; 35 a  $<50$ ; 50 a  $<65$  y  $>65$  años<sup>7</sup>.

**Embarazadas:** Déficit de peso: IMC/edad gestacional  $< -1$  DE  
Normopeso: IMC/edad gestacional  $> -1$  DE a  $< 1$  DE  
IMC alto: IMC/edad gestacional  $> 1$  DE a  $< 2$  DE  
IMC muy alto: IMC/edad gestacional  $> 2$  DE

En el caso de las personas gestantes, se han considerado dos grupos de edad: adultas ( $\geq$  de 19), y adolescentes ( $<$  de 19 años).

En las gestantes adolescentes, ante la ausencia de estándares específicos, se aplican referencias para población adulta. Esto conlleva una sobreestimación del déficit de peso, sesgo que se decidió asumir debido al impacto de la situación nutricional en el embarazo adolescente.

El **diagnóstico de anemia** surge a partir de los diagnósticos consignados por integrantes del equipo de salud en la HIS2.0.

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO Child Growth Standards. Geneva; 2006.

<sup>4</sup> Tim Lobstein (International Journal of Pediatric Obesity, 2010; 5: 458-460): “La OMS optó por un enfoque cauteloso porque estos niños aún están creciendo y hasta ahora hay pocos datos sobre la significancia funcional de los puntos de corte para el extremo superior de la distribución del IMC para la edad para una población tan óptimamente sana. La muestra de los estándares de la OMS fue prescriptiva, y los pesos no saludables para la longitud/altura se excluyeron antes de construir las curvas. Otra razón para ser cauteloso es evitar el riesgo de que los niños pequeños sean sometidos a dietas restrictivas”

<sup>5</sup> Shetty P S, James B P T. Body [Mass Index- A measure of chronic energy deficiency in adults](#). FAO Food and Nutrition Paper 56. Roma, 1994.

<sup>6</sup> Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas. Buenos Aires, 2023.

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censos - [4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo](#). Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC - y Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

Asimismo, se informa la **población activa**: personas que consultaron en algún CeSAC por cualquier motivo, al menos una vez, durante el año 2025.

La **población con control de salud** es el total de pacientes que en el período se realizaron al menos un control de salud.

Para construir los porcentajes correspondientes a cada categoría antropométrica se considera como denominador a la **población con mediciones antropométricas** (peso y talla). En el caso de usuarios/as con más de una consulta en el año, se considera el último registro antropométrico.

Se presenta la distribución del perfil nutricional según sexo y grupo etario, distribuidos por área programática y agrupadas por zonas de la ciudad (sur, centro y norte).

Durante la elaboración de esta sistematización se llevó adelante un análisis de la calidad de los datos junto con el equipo técnico de la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud.

En cuanto a las consideraciones éticas, en este informe se ha trabajado con datos anonimizados preservando el secreto estadístico y utilizando los datos sólo de manera agrupada sin necesidad de revisión por parte de un Comité de Ética en Investigación, ya que se trata de una acción de un Programa de Salud comprendida entre las excepciones establecidas en la Guía de investigaciones en salud humana del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 1480/2011)<sup>8</sup>.

Si bien los porcentajes del informe actual no son extrapolables ni homologables a las tasas que miden la prevalencia de un evento en la población general, la información aquí presentada tiene una magnitud de gran envergadura, ya que se desprende del análisis de mediciones antropométricas de 92704 personas, por lo cual aporta información relevante sobre la situación nutricional de la población atendida en el primer nivel de atención de la Ciudad.

---

<sup>8</sup> [Resolución 1480/2011](#) del Ministerio de Salud de la Nación. GUIA PARA INVESTIGACIONES EN SALUD HUMANA.

### III - RESULTADOS

#### Características de la población atendida

En el año 2025, la población registrada como activa en la HIS2.0 es de un total de 394552 personas.

A continuación, se muestran las diferencias entre población activa, personas con controles de salud y personas con mediciones antropométricas.

**Cuadro N° 2 - Porcentaje de población activa en HIS2.0, con control de salud y con mediciones antropométricas (peso y talla) según grupo etario (año 2025)**

Grupo poblacional	Población activa	Con control de salud		Con mediciones P y T	
	n	n	% de pob. activa	n	% de pob. controles
<2 años	19685	9831	49,9	9452	96,1
2-5 años	22969	13956	60,8	11931	85,5
5-14 años	82584	48660	58,9	40082	82,4
14-19 años	29094	16100	55,3	10786	67,0
19-25 años	25509	9564	37,5	2184	22,8
25-35 años	44121	16715	37,9	3706	22,2
35-50 años	58080	24866	42,8	5641	22,7
50-65 años	49635	21340	43,0	5806	27,2
>65 años	52894	10061	19,0	2167	21,5
embarazada <19 años	869	281	32,3	145	51,6
embarazada >19 años	7114	2160	30,4	804	37,2
TOTAL	392554	173534	44,2	92704	53,4

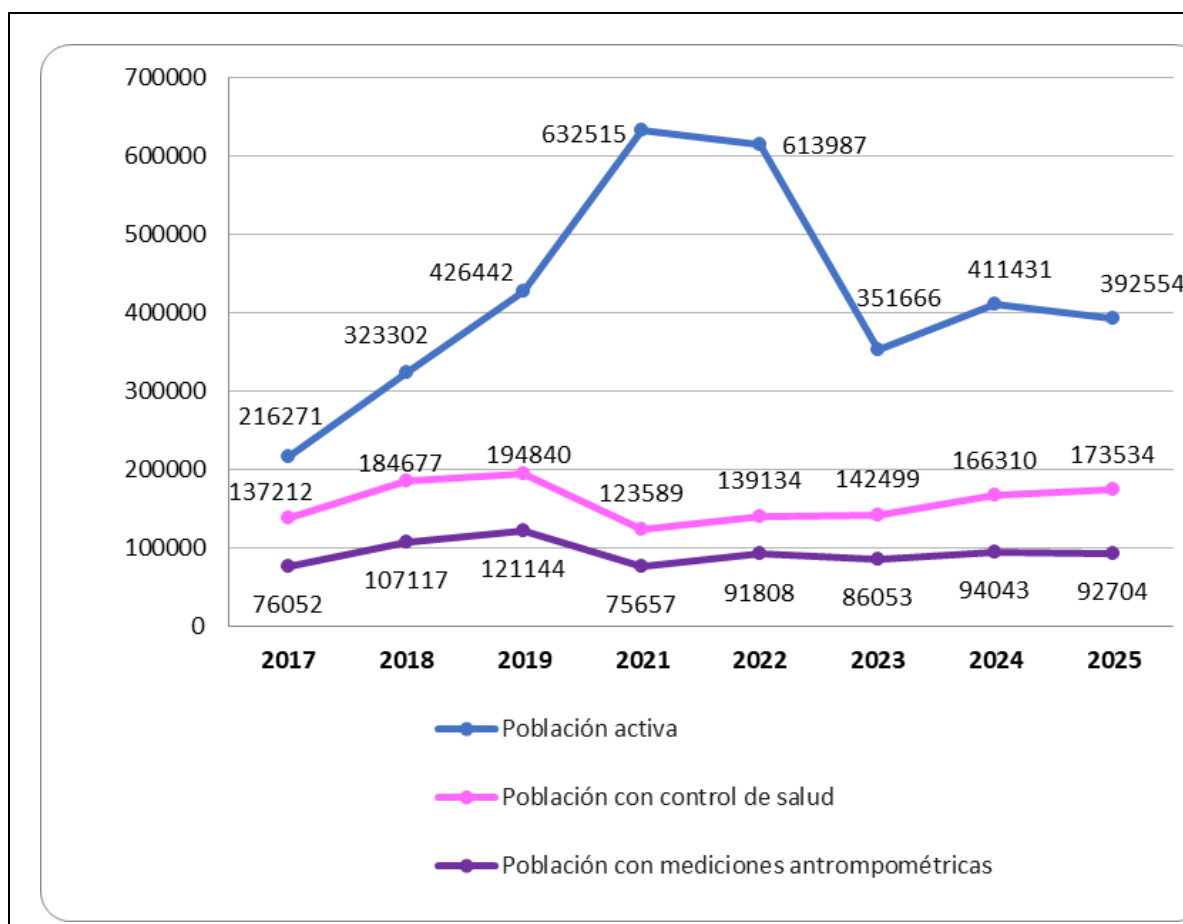
**Fuente:** elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

Se observa que, en el marco de los controles de salud, los registros antropométricos difieren ampliamente según el grupo etario. Esta brecha aumenta a medida que se avanza en el curso de la vida.

En el caso de las embarazadas, si bien las mediciones antropométricas forman parte integral de los parámetros que se valoran en el seguimiento del embarazo, la brecha que se observa puede corresponder a un sesgo de registro, dado que la HIS2.0 no dispone de las gráficas de referencia de IMC según edad gestacional.

En la línea histórica presentada en el gráfico 1, se observan leves variaciones respecto al año 2024 en la población activa, con controles de salud y con mediciones antropométricas. En el periodo de la pandemia de Covid19, la población activa se vio incrementada, seguramente por la mayor concurrencia a efectores de salud para testeos, vacunación y atención de personas con síndrome febril. En ese contexto, los controles de salud y las mediciones antropométricas se vieron afectados, verificando un descenso en su magnitud. Si bien en los años posteriores estas variables muestran un leve incremento, aún no alcanzan los niveles previos del año 2019.

**Gráfico N° 1. Líneas históricas de población activa, población con controles de salud y con mediciones antropométricas (años 2017- 2025)**



**Fuente:** elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

## Niños, niñas y adolescentes menores de 19 años

### Estado nutricional por antropometría

La **malnutrición por exceso** (IMC alto y muy alto) constituye el principal problema nutricional en la población de NNYA menores de 19 años, que en promedio alcanza al 34,1%. Respecto a los porcentajes por sexo, se observan diferencias estadísticamente significativas, siendo el **IMC muy alto** mayor en los varones.

En niños y niñas menores de 5 años, el exceso de peso representa un 10,2%, y a partir de la edad escolar, entre 5 y 14 años, asciende a 45,36%.

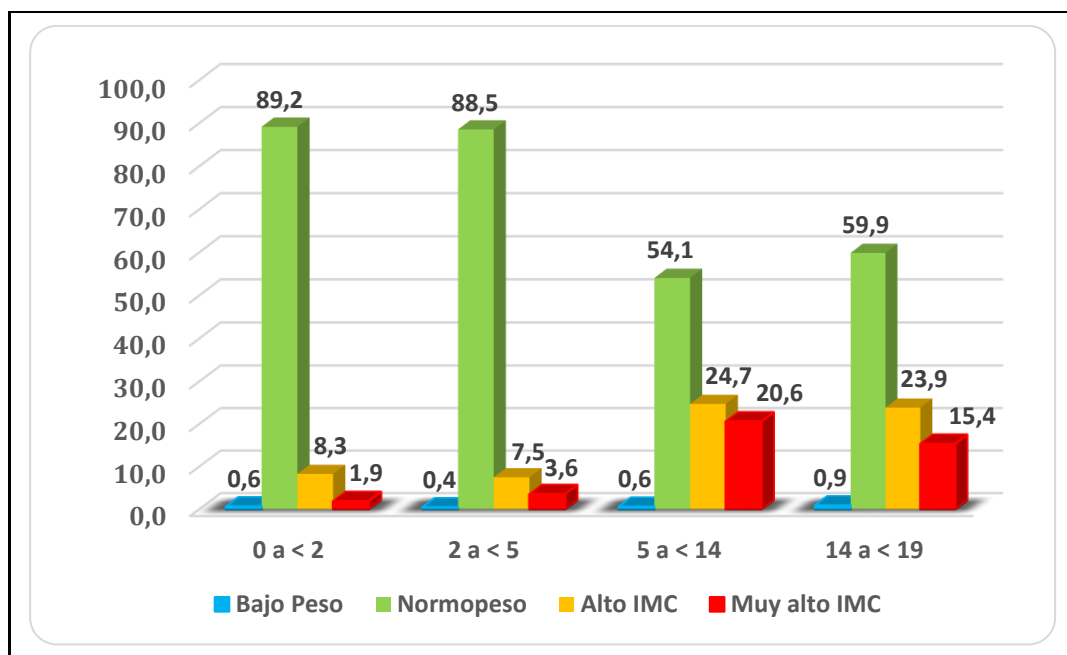
Con respecto al **bajo peso**, es menor a lo esperable en todos los grupos etarios.

**Cuadro N°3 - Categorías antropométricas y distribución porcentual según sexo y grupo etario (año 2025)**

Categorías antropométricas	Grupo de edad	Sexo				Total	n=72119
		F n=36488		M n=35631			
		n	%	n	%	n	%
Bajo peso	0 a < 2	28	0,6	33	0,7	61	0,6
	2 a < 5	22	0,4	27	0,4	49	0,4
	5 a < 14	103	0,5	122	0,6	225	0,6
	14 a < 19	34	0,6	61	1,2	95	0,9
Normo-peso	0 a < 2	4263	89,4	4285	88,9	8548	89,2
	2 a < 5	5248	89,0	5285	88,1	10533	88,5
	5 a < 14	11390	56,2	10202	51,9	21592	54,1
	14 a < 19	3302	59,5	3107	60,3	6409	59,9
IMC alto	0 a < 2	399	8,4	395	8,2	794	8,3
	2 a < 5	433	7,3	458	7,6	891	7,5
	5 a < 14 s	5085	25,1	4792	24,4	9877	24,7
	14 a < 19	1392	25,1	1162	22,5	2554	23,9
IMC muy alto	0 a < 2	77	1,6	106	2,2	183	1,9
	2 a < 5	192	3,3	232	3,9	424	3,6
	5 a < 14	3700	18,2	4539	23,1	8239	20,6
	14 a < 19	820	14,8	825	16,0	1645	15,4

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en **rojo** se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Gráfico N° 2 - Distribución porcentual de IMC/E según grupo etario (año 2025)**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

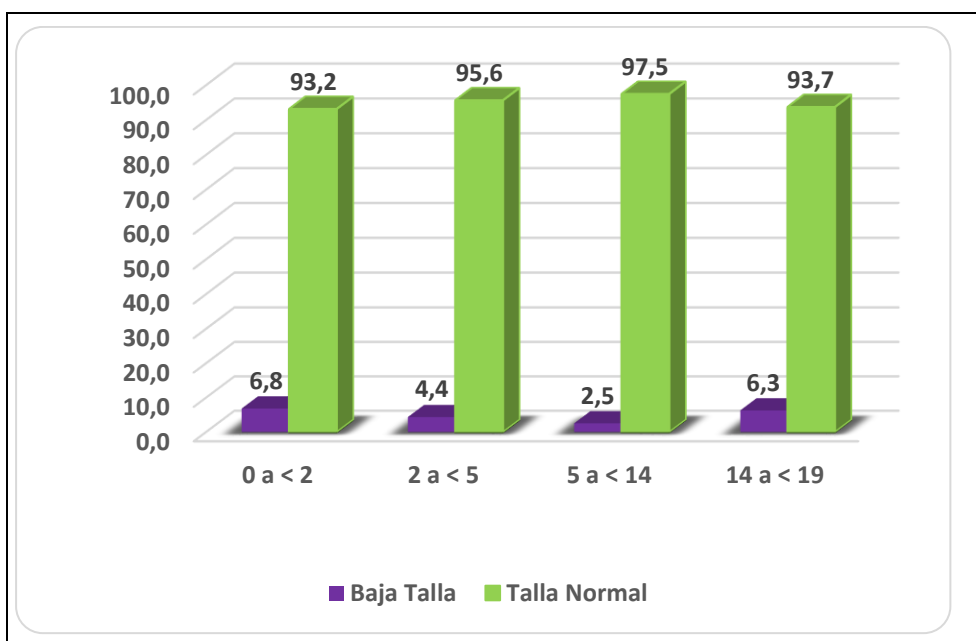
En el cuadro n° 3, puede observarse que la **baja talla** promedio es de 4%, presentando prevalencias mayores a lo esperable. Respecto a los porcentajes por sexo, se hallan diferencias estadísticamente significativas en menores de 5 años (mayor en varones) y en la franja etaria de 14 a 19 (mayor en mujeres).

**Cuadro N°4 - Categoría de talla/edad y distribución porcentual según sexo y grupo etario (año 2025)**

Categorías antropométricas	Grupo de edad	Sexo				Total n=76570	
		F n=38091		M n=38479			
		n	%	n	%	n	%
Baja Talla	0 a < 2	281	5,9	377	7,8	658	6,8
	2 a < 5	253	4,1	289	4,6	542	4,4
	5 a < 14	513	2,4	574	2,6	1087	2,5
	14 a < 19	457	7,7	265	4,7	722	6,3
Talla Normal	0 a < 2	4491	94,1	4472	92,2	8963	93,2
	2 a < 5	5888	95,9	6024	95,4	11912	95,6
	5 a < 14	20762	97,6	21157	97,4	41919	97,5
	14 a < 19	5446	92,3	5321	95,3	10767	93,7

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en **rojo** se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

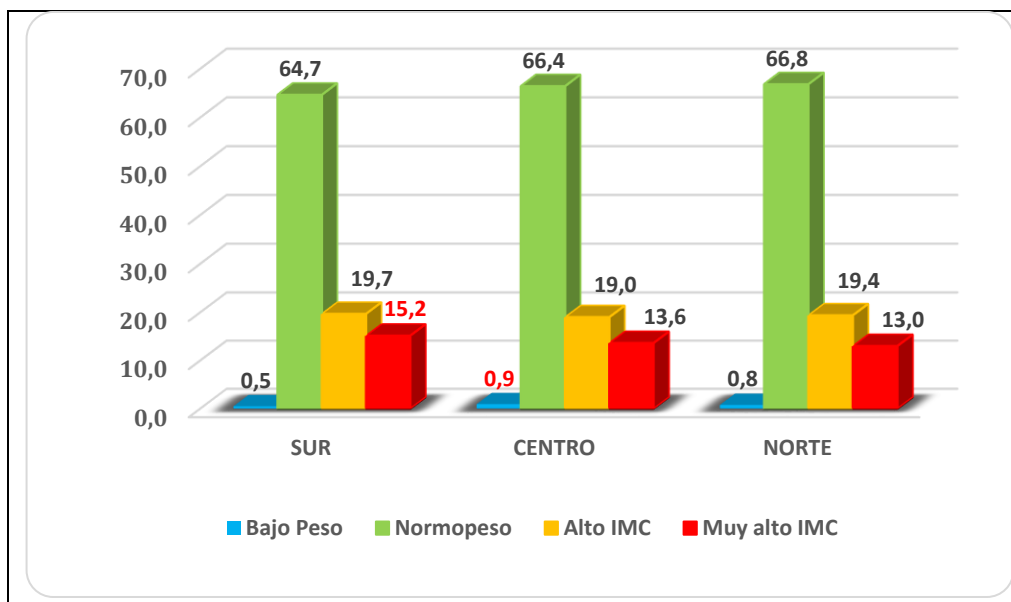
**Gráfico N° 3 - Distribución porcentual de talla/edad según grupo etario (año 2025)**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

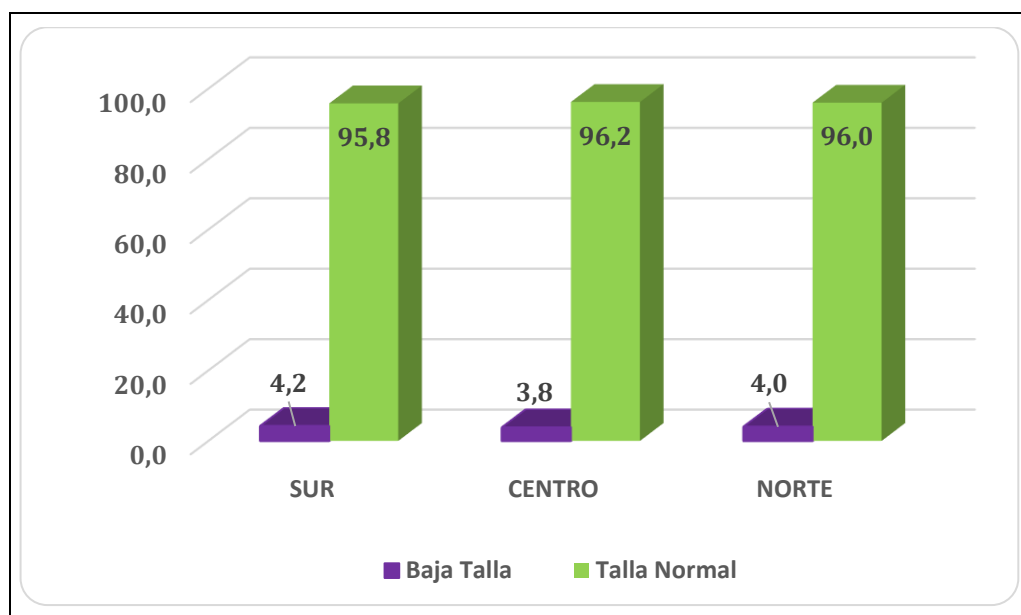
La **distribución territorial por zona** de la ciudad donde la población infantojuvenil fue atendida, (cuadro n° 4), muestra diferencias en la distribución de las categorías antropométricas: el IMC muy alto es significativamente mayor en zona sur de la ciudad y en la zona centro se halló mayor déficit de peso. Respecto a la talla no se observan diferencias según la zona.

**Gráfico N° 4 - Distribución porcentual de IMC/E en menores de 19 años según zona de la ciudad (año 2025)**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Gráfico N° 5 - Distribución porcentual de Talla/E en menores de 19 años según zona de la ciudad (año 2025)**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS)

**Cuadro N° 5 - Distribución porcentual de categorías antropométricas en menores de 19 años según Área Programática y zona de la ciudad (año 2025)**

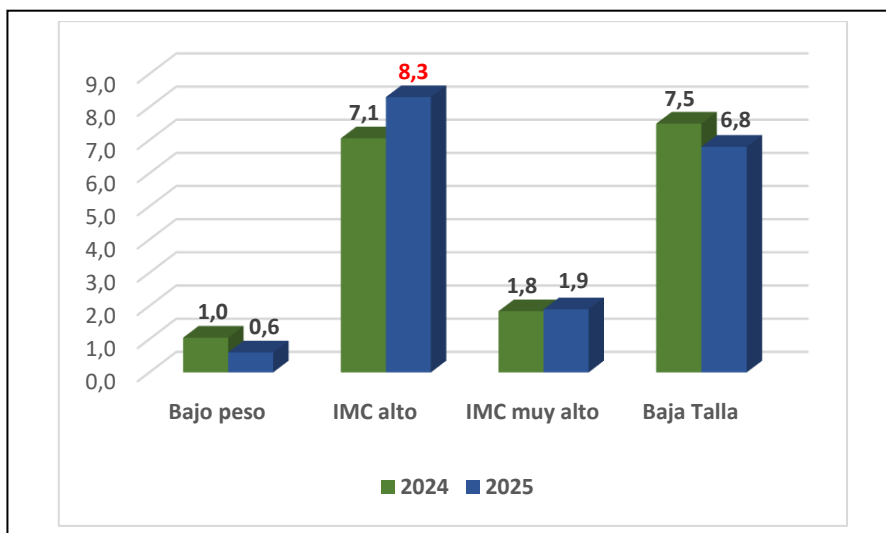
Zona ciudad	Hospital-base	Pob. con control	N con medida IMC	IMC / EDAD			
				Déficit de peso	Normopeso	IMC alto	IMC muy alto
SUR (69,1%)	ARGERICH	3885	3117	0,5	71,4	16,3	11,8
	PENNA	11840	10111	0,6	66,2	18,9	14,4
	PIÑERO	20767	16509	0,4	62,9	20,6	16,2
	SANTOJANNI	13783	11882	0,6	64,8	19,7	14,9
	GRIERSON	7326	6295	0,3	63,4	20,5	15,8
CENTRO (15,4%)	ALVAREZ	1560	1259	1,0	64,9	18,4	15,7
	DURAND	2731	2150	1,4	68,7	17,4	12,4
	RAMOS MEJÍA	4340	3261	0,8	67,7	19,2	12,3
	TORNU	1375	1194	0,8	65,7	19,8	13,8
	V.SARFIELD	3178	2795	0,7	64,2	20,0	15,1
NORTE (15,5%)	FERNANDEZ	7180	5547	0,5	65,9	19,8	13,8
	PIROVANO	6904	5191	1,0	67,8	19,0	12,2
Total		84869	69311	0,6	65,3	19,5	14,6

**Fuente:** elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Pob: población. Reg: registro

## Comparación período 2017 - 2025

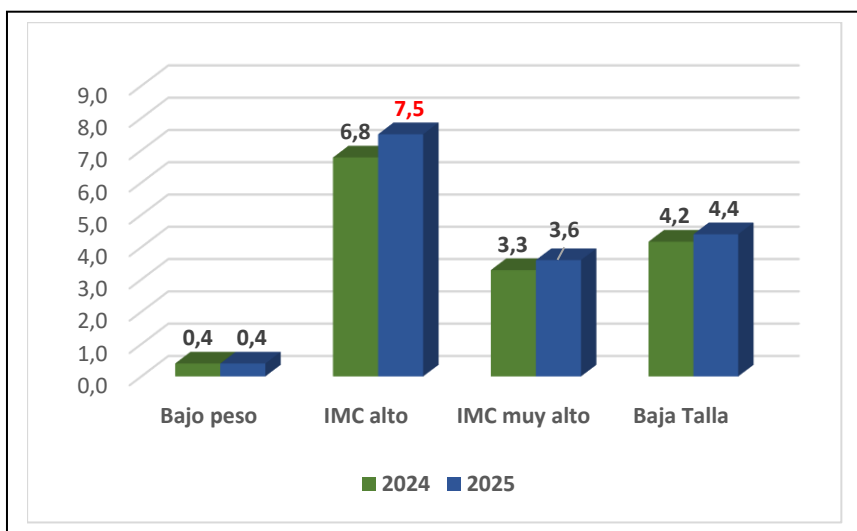
En niños y niñas menores de 5 años, la comparación interanual a partir de los datos del año 2024, en el que se tomaron los puntos límites mencionados, muestra un aumento estadísticamente significativo para el IMC alto (en niños y niñas menores de 2 años, aumentó de 7,1 a 8,3%, y entre 2 y 5 años, de 6,1 a 7,5%). En cuanto a La baja talla, en ambas franjas etarias se verifican cambios no significativos, si bien se encuentran en valores mayores a lo esperado.

**Grafico N° 6:** Categorías antropométricas para niños, niñas entre 0 y 2 años (años 2024 y 2025).



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) respecto a los valores del año 2017

**Grafico N° 7:** Categorías antropométricas para niños, niñas entre 2 y 5 años (años 2024 y 2025).



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) respecto a los valores del año 2017

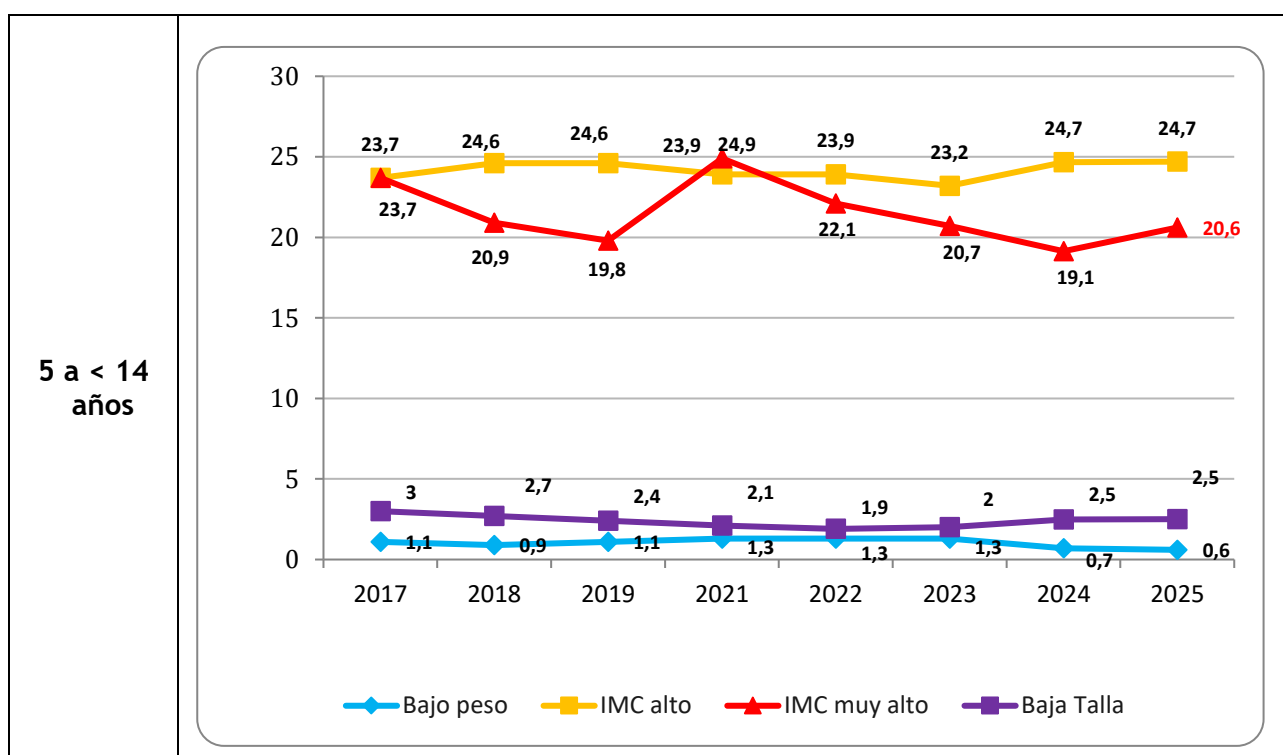
Los siguientes gráficos muestran las curvas comparativas por categoría antropométrica desde los inicios del registro informatizado<sup>9</sup> para la población mayor de 5 años, en los 2 grupos etarios (de 5 a 14 y de 14 a 19).

En cuanto a la malnutrición por exceso, en este último período el **IMC muy alto** mostró un incremento significativo, revirtiendo la tendencia descendente, que era notoria en el grupo de escolares, desde el año 2021.

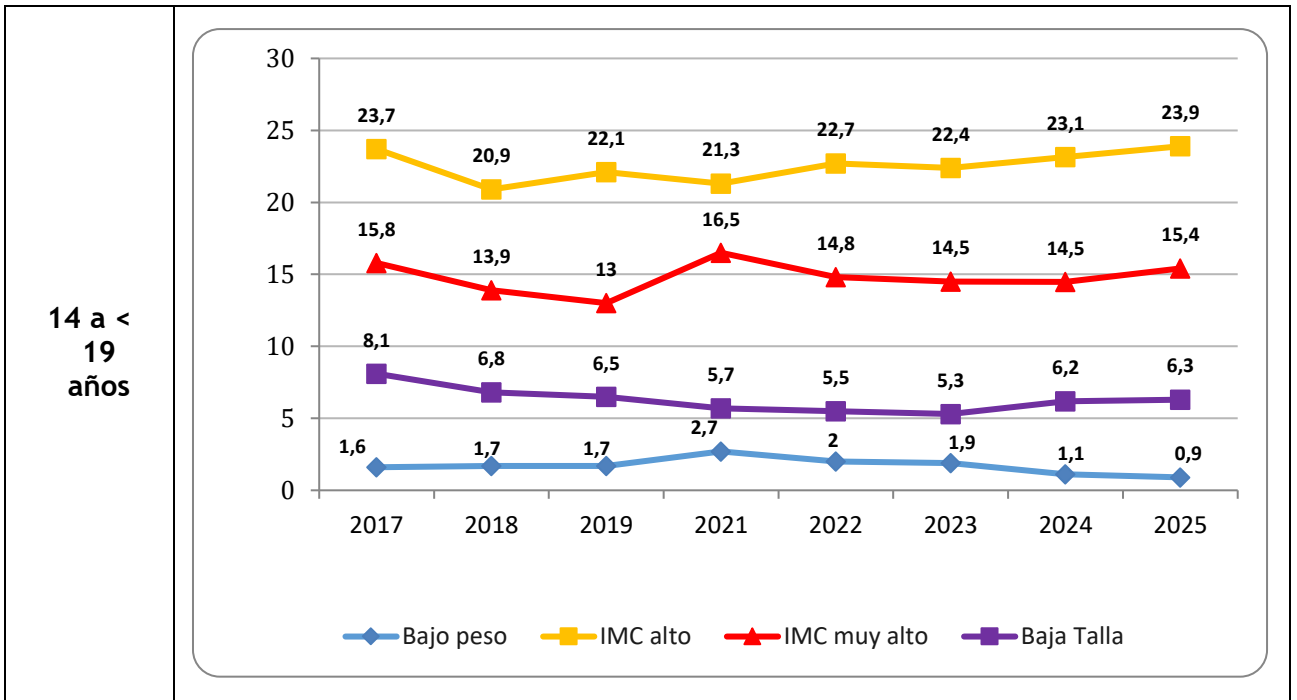
Respecto del **bajo peso**, considerando la línea histórica, se observa un descenso leve desde el 2022, y continúa en valores menores a lo esperable en las dos franjas etarias mencionadas.

En cuanto a la **baja talla**, se observa una curva descendente hasta el año 2023, a partir del cual, ascendió levemente y se mantiene en valores estables, mayores a lo esperado.

**Gráfico N° 8 - Categorías antropométricas para niños, niñas y adolescentes entre 5 y 19 años (años 2017, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025).**



<sup>9</sup> Del año 2003 al 2015, se contó con otro sistema de registro informático el SI-CeSAC, cuyos datos se muestran en los anteriores informes del Programa, disponibles en la [página web](#) del GCBA.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) respecto a los valores del año 2017

## Anemia

El diagnóstico de anemia consignado por los/as profesionales de salud en la HIS2.0 es del 4,45%, considerando al conjunto de NNyA, porcentaje levemente incrementado respecto del registro del año 2024.

**Cuadro N° 6- Diagnóstico de anemia según sexo y grupo etario (año 2025)**

Diagnóstico	Grupo etario	F (n=1895)	M (n=1320)	Total (n=3215)
Anemia 4,45 %	0 a < 2 años	323	378	701
	2 a < 5 años	278	359	637
	5 a < 14 años	581	487	1068
	14 a < 19 años	713	96	809

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

## Personas adultas

### Estado nutricional por antropometría

En la población adulta que cuenta con mediciones antropométricas la malnutrición por exceso continúa siendo el principal problema nutricional, que en promedio asciende al 75,8%. El IMC alto es más frecuente en los hombres desde los 35 años, mientras que el IMC muy alto es más frecuente en las mujeres, a partir de los 25 años, con diferencias significativas en ambos casos, tal como se venía verificando en los informes anteriores y en las encuestas nacionales.

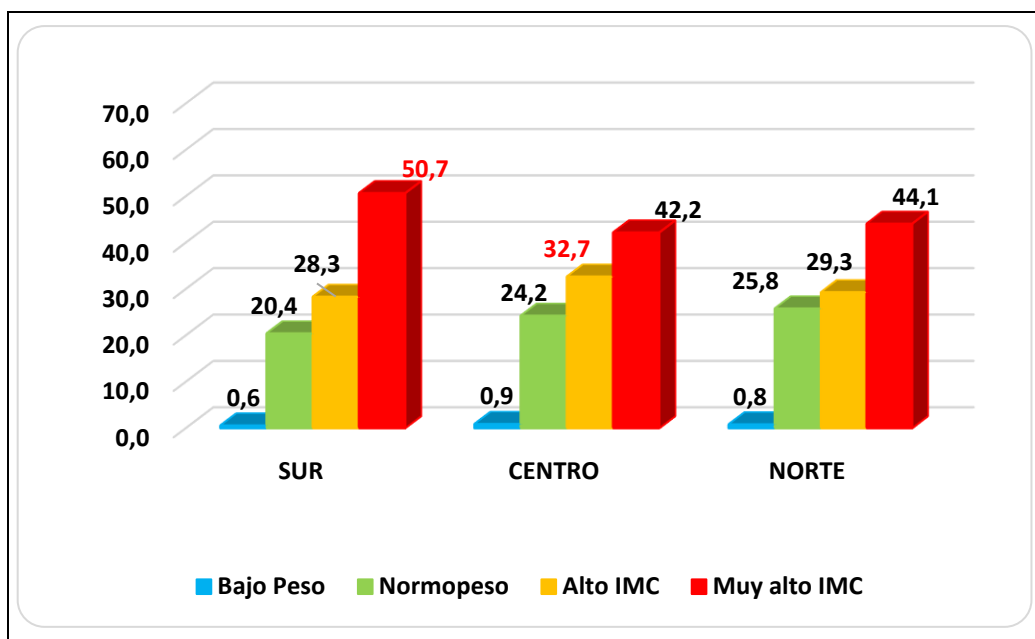
**Cuadro N°7 - Categoría antropométrica y distribución porcentual según sexo y grupo etario (año 2025)**

Categorías antropométricas	Grupo de edad	Sexo				Total n=19330)	
		F n=13804		M n=5526			
		n	%	n	%	n	%
Bajo peso	19-25 año	35	2,3	16	2,7	51	2,4
	25-35 año	21	0,8	7	0,8	28	0,8
	35-50 año	12	0,3	2	0,1	14	0,2
	50-65 año	17	0,4	4	0,2	21	0,4
	>65 años	15	1,0	4	0,6	19	0,9
	Total	100	0,7	159	0,6	133	0,7
Normo-peso	19-25 año	643	42,7	271	52,2	901	45,2
	25-35 año	805	26,8	296	39,1	1101	29,3
	35-50 año	821	16,7	263	17,5	1084	16,9
	50-65 año	649	13,5	267	13,7	916	13,5
	>65 años	297	20,5	162	24,7	459	21,8
	Total	3191	23,1	1348	24,4	4539	23,5
IMC alto	19-25 año	415	27,1	156,0	26,4	571	26,9
	25-35 año	804	28,9	231,0	26,7	1035	28,4
	35-50 año	1090	26,6	471,0	30,9	1561	27,8
	50-65 año	1078	27,4	626,0	34,0	1704	29,5
	>65 años	475	32,7	291,0	41,3	766	35,5
	Total	3862	28,0	1775	32,1	5637	29,2
IMC muy alto	19-25 año	441	28,7	169	28,6	610	28,7
	25-35 año	1153	41,4	296	34,3	1449	39,7
	35-50 año	2196	53,7	751	49,3	2947	52,5
	50-65 año	2217	56,3	922	50,1	3139	54,3
	>65 años	644	44,4	232	32,9	876	40,6
	Total	6651	48,2	2370	42,9	9021	46,7

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

En relación a la **distribución territorial** de los problemas de malnutrición en adultos/as, en la zona sur se observa mayor magnitud del IMC muy alto, mientras que en la zona centro se destaca el IMC alto; en ambos casos, las diferencias son estadísticamente significativas.

**Gráfico N° 9** - Distribución porcentual de categorías antropométricas en adultos/as según zona de la ciudad (año 2025)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: en **rojo** se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

**Cuadro N° 8 - Distribución porcentual de categorías antropométricas en adultos/as según Área Programática y zona de la ciudad (año 2025)**

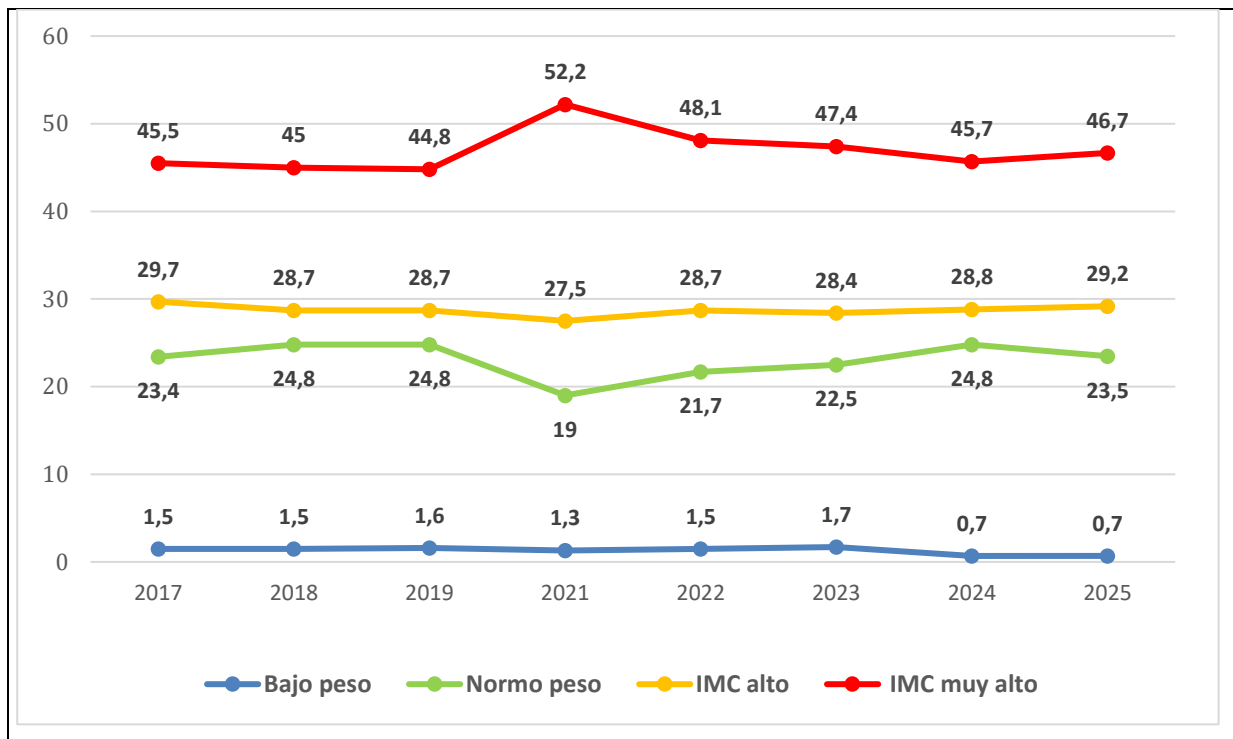
Zona ciudad	Hospital-base	Población con control	N con medida IMC	IMC			
				Bajo	Normopeso	IMC alto	IMC muy alto
SUR 62,8%	ARGERICH	4632	1036	0,2	23,6	30,1	46,0
	PENNA	11640	2774	0,9	22,3	27,5	49,3
	PIÑERO	15825	3038	0,5	20,1	27,3	52,0
	SANTOJANNI	11699	2715	0,4	19,6	28,2	51,8
	GRIERSON	5398	1539	0,6	17,0	30,8	51,5
CENTRO 24,3%	ALVAREZ	2095	837	0,6	26,4	33,5	39,5
	DURAND	3908	1174	0,9	31,9	27,4	39,7
	RAMOS MEJÍA	4254	1061	1,5	27,8	30,2	40,5
	TORNU	2525	705	0,6	26,8	33,2	39,4
	V.SARFIELD	3626	981	0,4	30,8	30,6	38,2
NORTE 12,8%	FERNANDEZ	7128	1183	0,6	25,7	28,5	45,2
	PIROVANO	5538	1390	1,0	25,9	30,0	43,1
Total		78268	18433	0,7	23,4	29,1	46,9

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

## Comparación período 2017 - 2025

En la línea histórica para el conjunto de las personas adultas, tomando valores promedio por categorías antropométricas, se observa que se mantienen relativamente estables. En el período 2024-2025, se observa que el IMC muy alto ascendió un punto porcentual, que no representa una diferencia estadísticamente significativa. De modo similar, se comportó la curva de IMC alto, mientras la curva de normopeso desciende a expensas del exceso de peso, que continúa en niveles preocupantes.

**Gráfico N° 10 - Categorías antropométricas del total de adultos/as (años 2017, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025)**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

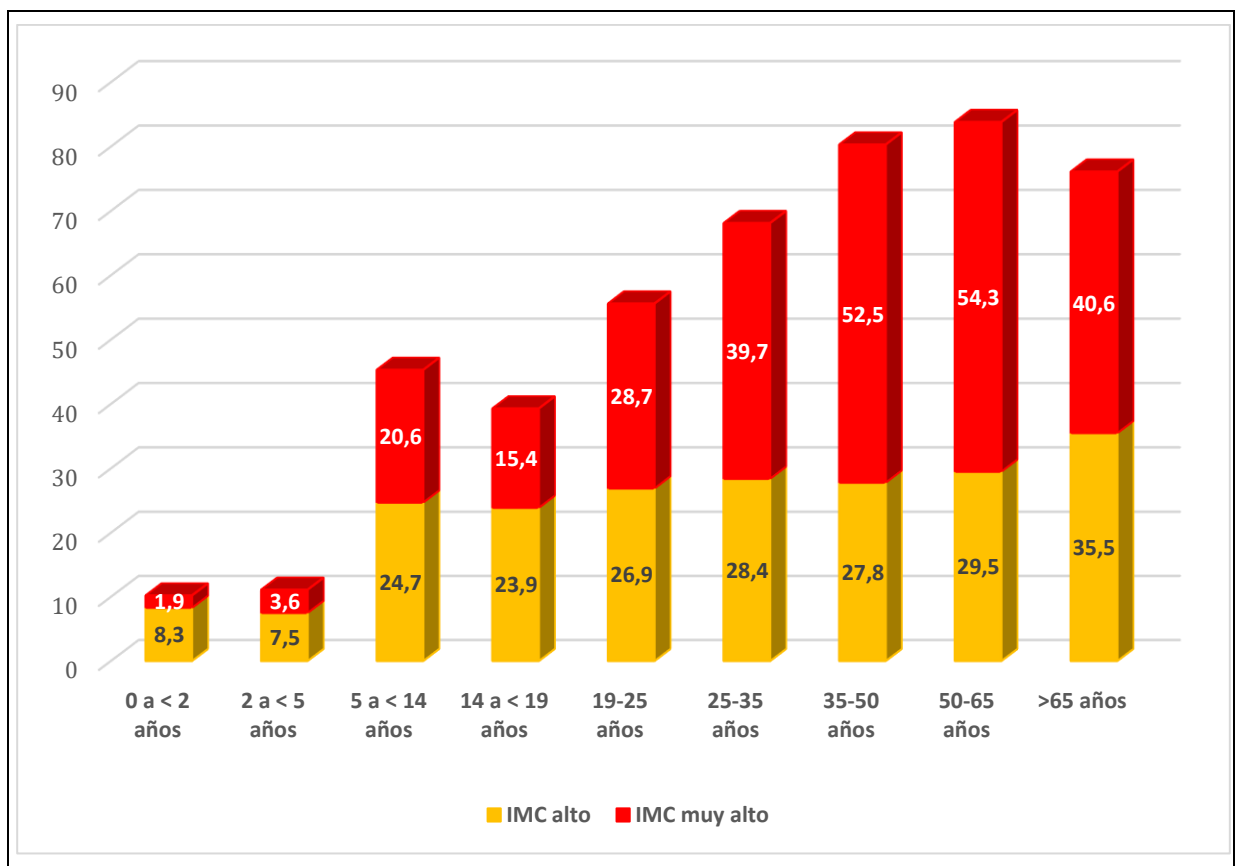
## Síntesis de malnutrición por exceso en la población total

Se observa que a lo largo del ciclo vital el riesgo de consolidar la malnutrición por exceso aumenta.

En la población de escolares alcanza un 45,3%, lo cual se viene describiendo en informes anteriores y en encuestas nacionales.

En la población adulta se muestra un importante incremento conforme aumenta la edad, a expensas del IMC muy alto, con un máximo valor de 83,8% en la franja etaria de 50 a 65 años.

**Gráfico N° 11 - Síntesis de malnutrición por exceso en población general por grupo etario (año 2025)**



**Fuente:** elaboración propia en base a datos de la HIS 2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

## Personas gestantes

### Estado nutricional por antropometría

En las embarazadas adultas el principal problema nutricional continúa siendo la malnutrición por exceso (50,1%), mientras que en las embarazadas adolescentes predomina el déficit de peso para edad gestacional (17,1%).

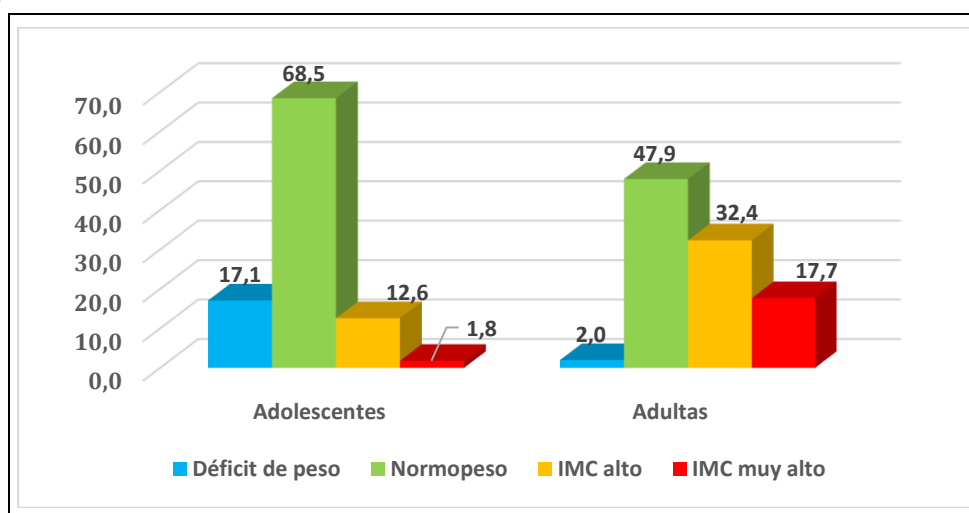
Se destaca que, como se describió en el apartado de Consideraciones metodológicas, la referencia nacional utilizada para la evaluación antropométrica del IMC según edad gestacional fue desarrollada para mujeres adultas (mayores de 19 años). Sin embargo, para las adolescentes se ha decidido aceptar este sesgo en función de la vulnerabilidad de este grupo de gestantes, dado que al momento no se cuentan con referencias específicas para la valoración nutricional mediante antropometría para dicho grupo.

**Cuadro N° 9 - Categorías antropométricas según edad gestacional y distribución porcentual por grupo etario (año 2025)**

Categoría antropométrica	Adolescentes (n=111)		Adultas (n=751)	
	n	%	n	%
Déficit de peso	19	17,1	15	2,0
Normopeso	76	68,5	360	47,9
IMC alto	14	12,6	243	32,4
IMC muy alto	2	1,8	133	17,7

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS) Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

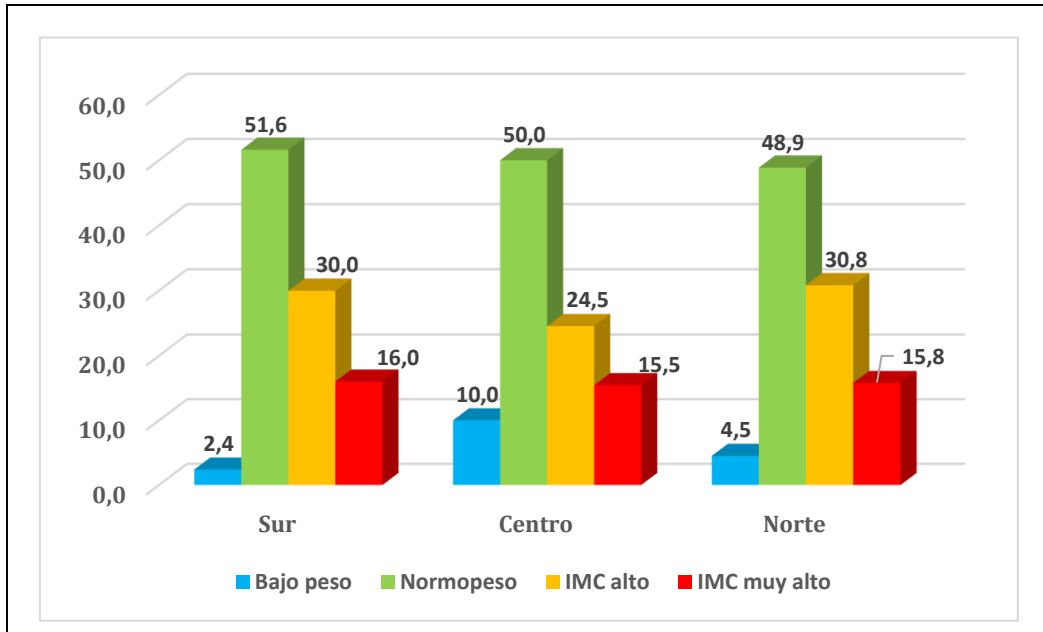
**Gráfico N° 12 - Distribución porcentual de IMC/edad gestacional según grupo etario (año 2025)**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS) Nota: en rojo se indican las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ )

En lo que respecta a las **zonas de la ciudad**, no se observaron diferencias significativas en las categorías antropométricas.

**Gráfico N° 13** - Distribución porcentual de categorías antropométricas en el total de personas gestantes según zona de la ciudad (año 2025)



Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS 2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS)

**Cuadro N° 10 - Distribución porcentual de categorías antropométricas en el total de personas gestantes según Área Programática y zona de la ciudad (año 2025)**

Zona ciudad	Hospital-base	Pob. con control	N con medida IMC	IMC /Edad gestacional			
				Déficit de peso	Normo-peso	IMC alto	IMC muy alto
SUR (70,7%)	ARGERICH	119	51	0,0	45,0	45,0	10,0
	PENNA	313	98	4,3	55,4	20,7	19,6
	PIÑERO	629	276	3,0	47,5	32,3	17,2
	SANTOJANNI	576	188	2,1	53,9	28,0	16,1
	CSI GRIERSON	217	86	0,0	56,3	32,8	10,9
CENTRO (13,3%)	ALVAREZ	19	9	13,3	26,7	46,7	13,3
	DURAND	54	21	9,7	58,1	19,4	12,9
	RAMOS MEJÍA	55	23	13,8	44,8	24,1	17,2
	TORNU	45	12	10,0	60,0	20,0	10,0
	V.SARFIELD	71	26	4,0	56,0	20,0	20,0
NORTE (16%)	FERNANDEZ	344	51	5,7	46,0	35,6	12,6
	PIROVANO	90	53	2,2	54,3	21,7	21,7
Total		2532	894	3,7	51,0	29,4	15,9

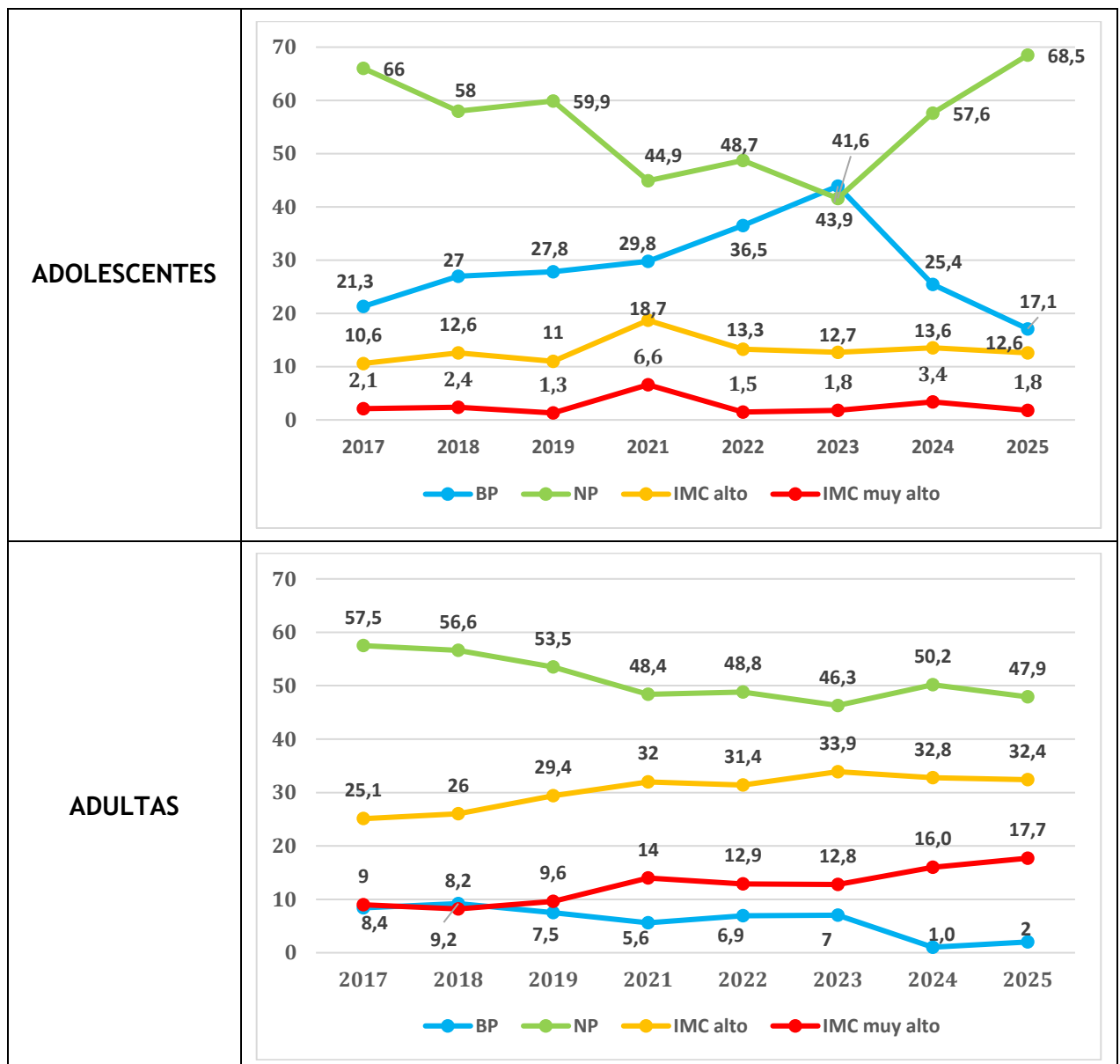
Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS 2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS)

## Comparación períodos 2017 - 2025

En las embarazadas adolescentes, con diagnóstico de bajo peso para edad gestacional, se observa una curva descendente por segundo año consecutivo.

En las embarazadas adultas, el IMC alto y muy alto continúan siendo las categorías antropométricas prevalentes, afectando casi a la mitad de las gestantes.

**Gráfico 14- Categorías antropométricas según edad gestacional en embarazadas por grupos etario (años 2017, 2018, 2019, 2022, 2022, 2023 y 2024)**



**Fuente:** elaboración propia en base a datos de la HIS 2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS). Nota: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

## Anemia

Respecto a las personas gestantes en quienes se registró control de salud (n=2441) el diagnóstico de anemia consignado por el/la profesional en la HIS2.0 representa un 24,4%.

**Cuadro N° 11 - Diagnóstico de anemia según grupo etario, en relación a las embarazadas controladas (año 2025).**

Grupo de edad	n	Embarazadas con control de salud	% anemia
Adolescentes	64	281	22,8
Adultas	531	2160	24,6
<b>Total</b>	<b>595</b>	<b>2441</b>	<b>24,4</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos de la HIS 2.0 aportados por la Gerencia Operativa de Gestión de Información y Estadísticas de Salud (DGSIS).

## IV - CONSIDERACIONES FINALES

El presente informe permite caracterizar la situación nutricional de niños, adolescentes, adultos y personas gestantes en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2025, a partir de la información registrada en la HIS 2.0.

Como en años previos, los resultados revelan que el problema nutricional prevalente continúa siendo el exceso de peso a lo largo del curso de vida especialmente en el grupo de niños y niñas de 5 a 14 años en y personas adultas, lo cual coincide con lo observado en encuestas nacionales (ENNyS 2<sup>10</sup>, ENFR 2018<sup>11</sup>) e internacionales (OMS, UNICEF).

En toda la **población de NNyA** persiste la doble carga de malnutrición, constatándose que la baja talla y el IMC alto y muy alto se encuentran en valores superiores a lo esperable para una distribución poblacional normal, datos que se vienen constatando en diversos estudios e investigaciones de campo<sup>12</sup>.

En cuanto a la **baja talla**, se observa un elevado porcentaje en menores de 2 años, del 6,8%, y en los adolescentes entre 14 y 19 años, del 6,4%. Estos datos, desde el año 2017 mostraban una tendencia descendente, a partir del año 2023, muestran un leve ascenso porcentual, coincidiendo con una alta prevalencia reportada ya para el 2018 por la ENNyS 2.

En relación al **exceso de peso** (IMC alto + IMC muy alto), alcanza una magnitud preocupante (45,3%), ya que casi abarca a la mitad de los niños y niñas de 5 a 14 años. Además, se ha revertido la tendencia a la baja que se venía observando desde el año 2021 en la categoría del IMC muy alto. En este grupo etario, se observa que el IMC alto es mayor en las niñas y el IMC muy alto en los varones, al igual que en el estudio de cohorte realizado en escuelas primarias de gestión estatal de CABA<sup>13</sup>. Esa diferencia por sexo también se constató para el IMC muy alto en la muestra de 5 a 17 años de la ENNyS 2.

A partir de la **edad adulta**, en promedio, el 75,8% de las personas presentan malnutrición por exceso, proporción mayor a la documentada en la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (66%). Cabe recordar la presencia de un sesgo de selección, ya que las personas con comorbilidades asociadas a la malnutrición por exceso demandan mayor atención en los efectores de salud. Por otro lado, al comparar por sexo, se observa que el IMC alto es más frecuente en los hombres desde los 35 años, y el IMC muy alto, en las mujeres a partir de los 25 años, tal como se venía verificando en los informes anteriores y en la encuesta antes mencionada.

---

<sup>10</sup> Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - Indicadores priorizados. 2019.

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censos - 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Buenos Aires: INDEC y Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

<sup>12</sup> Barrios de Pie Emergencia alimentaria. Análisis de situación de los barrios populares <https://drive.google.com/file/d/1v4k9nOG511GnZfcgdvTaP86LQgC0c9S-/view>

<sup>13</sup> Piaggio, L. R., Schloss, B., Chiazzari, M., Rolón, M., Mehlman, G., & González, R. (2020). Malnutrición por exceso en la edad escolar: Estudio retrospectivo de una cohorte de niños y niñas de Ciudad de Buenos Aires (2012-2017). RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición, 19(4), 16-26.

UNICEF. Pobreza monetaria y privaciones vinculadas a derechos en niñas y niños 2016-2023. Buenos Aires, 2024

En las **personas gestantes**, en adolescentes, si bien se observa un descenso respecto de años anteriores, el déficit de peso continúa siendo el principal problema nutricional. En adultas, el exceso de peso afecta a una de cada dos personas gestantes.

En **términos territoriales**, la zona sur de la ciudad, es donde persiste la mayor prevalencia de IMC muy alto, zona donde habita una mayor proporción de hogares en situación de vulnerabilidad.

Este reporte brinda la información del estado nutricional de una manera sistematizada y accesible para la toma de decisiones a nivel local por parte de los equipos.

A su vez, refuerza la necesidad de profundizar acciones preventivas desde edades tempranas, particularmente en la etapa escolar, trabajando sobre los entornos escolares y comunitarios, por donde habitan y circulan las personas, como un determinante crítico. Se propone continuar profundizando el intercambio interdisciplinario, con mirada territorial, teniendo en cuenta las barreras económicas, demográficas, sociales y de los entornos alimentarios para acceder a una alimentación asequible, sostenible y segura<sup>14, 15, 16</sup>.

---

<sup>14</sup> FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2026. América Latina y el Caribe. Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2025: estadísticas y tendencias. Santiago. <https://doi.org/10.4060/cd8421es>

<sup>15</sup> Tuñón, Ianina y Freije, Lucrecia (2026) La alimentación y comensalidad en población asalariada de la Argentina. Informe Técnico. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: EDUCA, 2026. <https://doi.org/10.46553/odsa.it.2026.1>

<sup>16</sup> Camara F y col. Costo y asequibilidad de la dieta como barrera para el acceso a una alimentación saludable en regiones de Argentina. Rev Argent Salud Publica.2024;16:e130. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/860>

**Programa Nutricional**  
**Dirección General de Atención Primaria**  
**(DGATP-SSAPAC) Ministerio de Salud - GCABA**  
**Sede: Av. Rivadavia 530 - PB**  
[programanutricional@buenosaires.gob.ar](mailto:programanutricional@buenosaires.gob.ar)