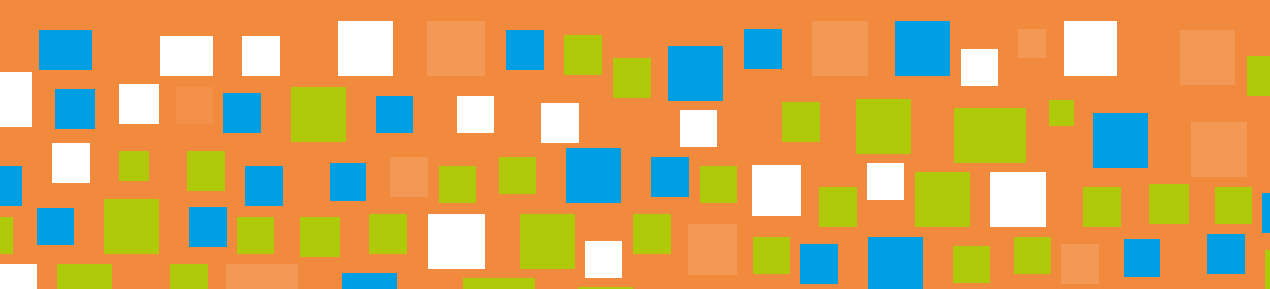


Serie de Informes Temáticos  
con base en la Etnoencuesta de Inmigración Reciente

# La salud de las personas migrantes en Montevideo



## **La salud de las personas migrantes en Montevideo**

Serie de Informes Temáticos con base en la  
Etnoencuesta de Inmigración Reciente

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,  
UNICEF Uruguay  
Programa de Población, Facultad de Ciencias  
Sociales, Universidad de la República  
Observatorio de Movilidad, Infancia y Familia  
en Uruguay

Autoras:

Soledad Bonapelch

Cecilia Reolon

Coordinación general:

Victoria Prieto Rosas

Corrección de estilo: Susana Aliano Casales

Diseño gráfico editorial: Tria Comunicación

Coordinación editorial: UNICEF Uruguay

Primera edición: noviembre de 2021

Nota: La Convención sobre los Derechos del Niño se aplica a todas las personas menores de 18 años, es decir, niños, niñas y adolescentes mujeres y varones. Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos los términos generales *los niños y los adolescentes*, sin que ello implique discriminación de género.

# Contenido

Agradecimientos .....	7
1. Introducción .....	8
2. Salud y migración.....	10
3. Los sistemas de salud en los contextos de origen y acogida .....	12
4. Características sociodemográficas vinculadas a la salud de las personas migrantes.....	17
5. Autovaloración del estado de salud .....	21
6. Factores de riesgo y enfermedades no transmisibles.....	28
6.1. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles .....	30
Consumo de tabaco .....	30
Estado nutricional .....	34
Actividad física.....	36
6.2. Índice de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles.....	38
7. Prestación de asistencia de salud a personas migrantes en el destino .....	41
7.1. Acceso de los adultos al sistema de salud .....	44
7.2. Acceso de los niñas, niños y adolescentes al sistema de salud .....	49
8. Síntesis .....	56
9. Bibliografía .....	62
10. Anexos .....	65

## Figuras

Figura 1. Determinantes de la salud .....	10
Figura 2 Reforma de la salud de Uruguay .....	15

## Gráficos

Gráfico 1. Distribución porcentual de informantes por estado de salud, según etapa del ciclo migratorio y origen del informante, Montevideo, 2018.....	23
Gráfico 2. Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según tiempo de residencia en Uruguay y origen del informante, Montevideo, 2018 .....	24
Gráfico 3. Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según sexo y origen del informante, Montevideo, 2018.....	25
Gráfico 4. Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según edad en tramos y origen del informante, Montevideo, 2018.....	25
Gráfico 5. Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según nivel educativo y origen del informante, Montevideo, 2018.....	26
Gráfico 6. Distribución porcentual de informantes que fuman actualmente, según origen del informante y prevalencia de fumadores adultos actuales para países incluidos en la ENIR y Uruguay, 2011-2018.....	31
Gráfico 7. Distribución porcentual de informantes que alguna vez fumaron, según origen del informante y prevalencia de fumó alguna vez para Uruguay, 2017-2018 .....	32
Gráfico 8. Promedio de edad en la que comenzaron a fumar los informantes que alguna vez fumaron, según origen del informante y edad de inicio fumador diario para Uruguay*, 2017-2018 .....	33

Gráfico 9. Distribución porcentual de informantes que alguna vez fumaron antes de llegar a Uruguay, según origen del informante, Montevideo, 2018.....	34
Gráfico 10. Distribución porcentual de informantes por participación en actividades deportivas grupales, según origen del informante, Montevideo, 2018.....	37
Gráfico 11. Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante por actividades deportivas fuera del horario escolar, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	38
Gráfico 12. Distribución porcentual de informantes por índice de ENT y factores de riesgo, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	39
Gráfico 13. Distribución porcentual de informantes por prestador de salud, según origen del informante, Montevideo, 2018.....	46
Gráfico 14. Distribución porcentual de informante por tipo de afiliación, según origen del informante, Montevideo, 2018.....	47
Gráfico 15. Distribución porcentual de informantes con afiliación FONASA (referida) por prestador de salud, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	48
Gráfico 16. Distribución porcentual de hogares con niños, niñas y adolescentes por conocimiento del tipo de cobertura sanitaria del informante según su origen, Montevideo, 2018 .....	49
Gráfico 17. Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante por prestador de salud en que se atiende, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	50
Gráfico 18. Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes con cobertura FONASA que viven con informante por tipo de prestador de salud en que se atienden, según origen de informante, Montevideo, 2018.....	52
Gráfico 19. Comparación de distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante con cobertura FONASA declarada y estimada, Montevideo, 2018 .....	53
Gráfico 20. Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante por conocimiento del tipo de cobertura, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	54

Gráfico A1 Distribución porcentual de personas migrantes por convivencia con niños, niñas y adolescentes, y número promedio de estos, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	66
Gráfico A2. Distribución porcentual de informantes por estado de salud actual y ocupación, según origen del informante, Montevideo, 2018 .....	68
Gráfico A3. Distribución porcentual de informantes por estado de salud actual y hacinamiento, según origen del informante, Montevideo, 2018. ....	69
Gráfico A4. Distribución porcentual de informantes por otra ENT, según origen del informante, Montevideo, 2018.....	72

## Tablas

Tabla 1. Indicadores de sistema de salud para los países de origen y Uruguay, 2013-2017 .....	14
Tabla 2. Indicadores sociodemográficos de informantes según origen del migrante, Montevideo, 2018 .....	17
Tabla 3. Indicadores sociodemográficos de niños, niñas y adolescentes que viven con informante según origen del informante, Montevideo, 2018.....	18
Tabla 4. Indicadores epidemiológicos para los países de origen incluidos en la ENIR y para el Uruguay, 2013-2018.....	29
Tabla 5. Indicadores nutricionales país, para niños, niñas y adolescentes, 2011-2018.....	35
Tabla 6. Formas de acceso al sistema de salud.....	45

## Agradecimientos

Esta investigación es el resultado de un Convenio de Cooperación entre UNICEF Uruguay y el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, por medio de la Asociación Pro Fundación para las Ciencias Sociales, firmado en diciembre de 2019.

Las autoras agradecen la colaboración y el asesoramiento de Victoria Prieto Rosas y Camila Montiel en la discusión y exploración de la construcción de las variables necesarias para la elaboración de este documento.

# 1. Introducción

La primera Etnoencuesta de Inmigración Reciente de Montevideo (ENIR), realizada en 2018, permite conocer algunas características de salud de las personas migrantes<sup>1</sup> recientes de la ciudad de Montevideo. El presente informe se apoya en esta fuente de información con el objetivo de describir la salud de los informantes adultos, niños, niñas y adolescentes de las comunidades recientes de Uruguay desde una óptica de derechos y de determinantes sociales de salud.

Reconocer el derecho explícito a la salud de las personas migrantes en los territorios nacionales requiere de instrumentos normativos específicos y contribuye a la igualdad en salud entre los grupos nacionales y extranjeros (Cabieses *et al.*, 2018). En Uruguay, la [Ley 18.250](#), promulgada el 17 de enero de 2008, va en esta línea. En su artículo 8 explicita que “las personas migrantes y sus familiares gozarán de los derechos de salud, trabajo, seguridad social, vivienda y educación en pie de igualdad con los nacionales”. Asimismo, la [Ley 18.076](#), promulgada el 19 de diciembre de 2006, en su artículo 20 garantiza a refugiados y solicitantes de refugio “el goce y ejercicio de los derechos civiles, económicos, sociales, culturales y todos los demás derechos inherentes a la persona humana reconocidos a los habitantes de la República, en los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por el Estado, así como en su normativa interna”.

La salud es entendida aquí como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Este estado varía en función de los determinantes de la salud, dentro de los que se distinguen cuatro grandes áreas vinculadas entre sí: el ambiente social, el estilo de vida particular, la biología humana y la organización de los servicios de salud. Estos elementos condicionan la salud y la enfermedad en individuos, grupos y colectividades, y pueden ser modificables (Lalonde, 1974).

---

1 A lo largo del informe se utiliza el adjetivo *migrante*, el que recoge una amplia variedad de situaciones de movilidad con distintos grados de voluntariedad.



Para caracterizar la salud de la población migrante se ahonda en algunos componentes de estas cuatro áreas intervencionales, identificándose las características sociodemográficas para contextualizar el ambiente social, presentando la valoración del estado de salud de los migrantes para acercarse al estilo de vida particular, describiendo los principales factores de riesgo y enfermedades no transmisibles (ENT) encontradas en las comunidades de la ENIR en relación con el área de biología humana, y, por último, la cobertura de salud alcanzada en destino, para ahondar en la organización de los servicios de salud.

Existe una relación entre salud y migración que es dinámica y compleja. La migración, a lo largo del ciclo migratorio, modifica los determinantes sociales de la salud y conlleva, en algunas circunstancias, a altos niveles de vulnerabilidad, teniendo como consecuencia impactos en el estado de salud y la calidad de vida de la persona (Cabieses *et al.*, 2018). El análisis aquí presentado combina los microdatos de la ENIR, con información sobre los sistemas e indicadores de salud entre los países de origen y Uruguay, en un estudio descriptivo que utiliza dos unidades de análisis: por un lado, al informante de la ENIR 2018 y, por otro, a los niños, niñas y adolescentes que conviven con él.<sup>2</sup>

En una primera sección se presenta el vínculo de salud y migración desde una perspectiva de derechos y determinantes sociales. En una segunda sección se desarrollan los sistemas de salud del país de origen (Cuba, República Dominicana, Perú y Venezuela) y de llegada (Uruguay). En las siguientes secciones se presentan las principales características de los determinantes de salud priorizados: sociodemográficos, autovaloración de la salud, factores de riesgo y ENT, y cobertura de salud.

---

2 Ver "Anexo 1. Aclaraciones metodológicas".

## 2. Salud y migración

Es claro que el carácter social determina de manera importante la salud de los seres humanos; por esta razón, se enfatiza en la necesidad de abordar la salud desde un modelo bio-psico-social (OMS, 1946). El estado de salud de la persona no solo es el resultado de su acceso a los servicios de salud, sino, y sobre todo, de una multitud de determinantes individuales y estructurales de la salud, que incluyen la edad, el sexo, la educación, el empleo, la seguridad social y la vivienda; la predisposición genética a enfermedades; el perfil epidemiológico de un determinado contexto; la exposición a enfermedades; los marcos jurídicos; entre otros (Lalonde, 1974).

**Figura 1** Determinantes de la salud



Fuente: elaboración propia basada en el modelo Lalonde (1974).

La migración, entendida como un proceso compuesto por distintos ciclos, tanto puede aumentar la exposición a los riesgos para la salud (empleos en condiciones precarias, escaso acceso a la atención sanitaria), como disminuirlos (al escapar de una situación de persecución, violencia, a un entorno seguro). Los determinantes estructurales, entre los que se incluyen los marcos jurídicos y las actitudes de las sociedades hacia los migrantes, pueden generar una serie de desigualdades en la situación socioeconómica. La salud de los migrantes dependerá, en parte, de sus interacciones con los múltiples factores que determinan su salud antes, durante y después del viaje migratorio (Vearey *et al.*, 2020).

El marco normativo con el que cuenta Uruguay reconoce explícitamente la salud de la persona migrante y crea un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) basado en los principios rectores de promoción de la salud, intersectorialidad de las políticas; cobertura universal; equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; respeto al derecho de los usuarios; solidaridad en el financiamiento; entre otros principios. No obstante, se hace necesario monitorear el acceso real y el conocimiento del sistema por parte de las personas migrantes.

En la siguiente sección se describen los sistemas de salud de origen y de acogida, a fin de comparar y contextualizar el antes y el después en el que se encuentran las personas migrantes. En las restantes secciones se retoman los cuatro campos de los determinantes sociales —medio ambiente, estilos de vida, biología humana y servicios de salud (Figura 1)— priorizándose en cada uno alguna dimensión para caracterizar la salud de las personas migrantes: sociodemográficas de los migrantes, autovaloración del estado de salud, factores de riesgo y ENT prevalentes, y cobertura de salud alcanzada en el país de acogida (Uruguay).

### 3. Los sistemas de salud en los contextos de origen y acogida

Los marcos jurídicos y las políticas estatales pueden favorecer o no al acceso adecuado, equitativo y asequible a los servicios de salud de los migrantes; así como los servicios pueden o no tener las capacidades adecuadas para atender las necesidades sanitarias de los migrantes (Vearey *et al.*, 2020). Para poder adentrarnos en la prestación de asistencia de salud a las personas migrantes, se muestran indicadores que dan cuenta de la magnitud, estructura y calidad de los sistemas sanitarios de los países de origen y una somera descripción del sistema uruguayo (OPS, 2019) (PLISA-OPS/OMS, s. d.) (Tabla 1).

En primer lugar, el indicador de gasto en salud per cápita en dólares da cuenta de cuánto invierten los gobiernos en la salud de su población, mediante la medición de la cantidad monetaria a la que, en teoría, tendría acceso cada individuo. Este es un indicador global respecto al rol que cumplen los Estados para garantizar el acceso universal, a través de recursos públicos en salud, disponibles para la población. De manera comparativa, el país que invierte más es Uruguay (cabe resaltar que para el caso de Cuba no se tiene el dato), mientras que Venezuela alcanza solo una tercera parte de lo que invirtió Uruguay y Perú no se encuentra muy lejos de los valores bajos de gasto per cápita de Venezuela. Pero este indicador no es suficiente para dar cuenta de la disponibilidad y el acceso real al sistema de salud.

El gasto o, mejor dicho, la inversión en la salud de la población genera impactos en la disponibilidad de recursos materiales y humanos dentro del sistema. Tomemos, por ejemplo, un indicador que permite comparar los sistemas sanitarios de los cuatro países de origen aquí considerados y el de Uruguay, como es el número de camas disponibles en los hospitales y el número de personal de salud (médicos y enfermeros) cada 10.000 habitantes. Respecto al personal de salud, Cuba posee una favorable y notoria diferencia respecto del resto de los países, mientras que los demás países de origen muestran disponibilidades de recursos humanos en salud similares. Se destaca la baja cobertura de enfermeras en República Dominicana. El tercer indicador relacionado a la estructura hospitalaria muestra la misma tendencia, donde

Cuba lidera la relación entre el número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes (Tabla 1).

Pero la disponibilidad de recursos de estructura y humanos no asegura el acceso real a la salud de calidad. El pago directo (o gasto de bolsillo) en el momento de la prestación de los servicios es la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, y constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención. El gasto de bolsillo tiene, además, un impacto mayor en las personas con menores recursos, ya que un mínimo pago puede representar una fracción proporcionalmente mayor para estos que para quienes tienen mayores ingresos. Es de esperar que la población que posea mayor gasto de bolsillo tenga un gasto público per cápita menor. El país que tiene mayor gasto de bolsillo de sus habitantes es República Dominicana, mientras que el país que posee menor guarismo es Uruguay.

Por último, analizamos dos indicadores de resultados de los sistemas de salud sobre la salud: la proporción de gestantes que acceden a atención prenatal por personal capacitado y la mortalidad infantil. Para el primer indicador es de destacar que, tanto para los cuatro países de origen como para Uruguay, los porcentajes son elevados y similares. En segundo lugar, el análisis de la mortalidad infantil refleja de algún modo la desigualdad en la calidad de la salud de la población y el grado de acceso a los sistemas de salud. República Dominicana y Venezuela son los países que presentan índices más elevados de mortalidad infantil, próximos a las 25 defunciones por cada 1.000 nacimientos en un año, valor muy por encima del registrado en el resto de los países considerados. En el otro extremo se encuentra Cuba, con una tasa de mortalidad infantil de 4,1 defunciones de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

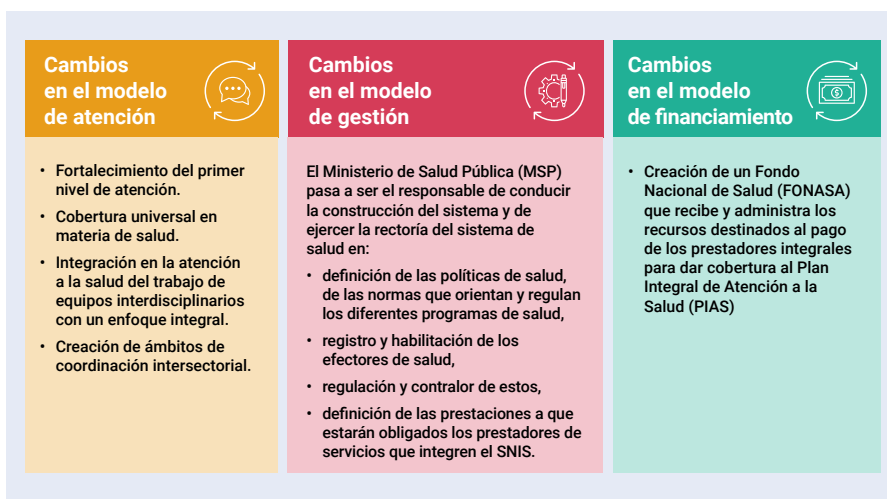
**Tabla 1**
**Indicadores de sistema de salud para los países de origen y Uruguay, 2013-2017**

	Cuba	República Dominicana	Perú	Venezuela	Uruguay
Gasto absoluto corriente en salud per cápita en dólares internacionales (ajustado por PPA)	Sin dato	873,1 <sup>iii</sup>	671,0 <sup>iii</sup>	579,4 <sup>iii</sup>	1747,8 <sup>iii</sup>
Recursos humanos: Densidad de médicos (10.000 hab.)	76,6 <sup>ii</sup>	21,2 <sup>ii</sup>	12,7 <sup>iv</sup>	17,3 <sup>v</sup>	50,5 <sup>v</sup>
Recursos humanos: Densidad de enfermeras (10.000 hab.)	81,3 <sup>ii</sup>	3,8 <sup>ii</sup>	13,5 <sup>iv</sup>	20,1 <sup>v</sup>	19,3 <sup>v</sup>
Razón de camas hospitalarias (1.000 hab.)	5,3 <sup>iv</sup>	1,5 <sup>iv</sup>	1,6 <sup>v</sup>	0,9 <sup>v</sup>	2,5 <sup>iv</sup>
Gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto total en salud	Sin dato	42,5 <sup>iii</sup>	30,9 <sup>iii</sup>	28,2 <sup>iii</sup>	16,2 <sup>iii</sup>
Tasa de mortalidad infantil estimada (1.000 nacidos vivos)	4,1 <sup>v</sup>	25,0 <sup>v</sup>	11,6 <sup>v</sup>	25,7 <sup>v</sup>	7,0 <sup>v</sup>
Cobertura de atención prenatal por personal capacitado, 4 visitas o + (%)	100 <sup>i</sup>	95,4 <sup>i</sup>	88,9 <sup>iv</sup>	84,6 <sup>iv</sup>	96,4 <sup>iv</sup>

Fuente: elaboración propia basada en Indicadores básicos PLISA-OPS/OMS (s. d.). Notas: PPA, paridad de poder adquisitivo; <sup>i</sup>2013; <sup>ii</sup>2014; <sup>iii</sup>2015; <sup>iv</sup>2016; <sup>v</sup>2017.

Por último, se describe someramente el sistema de salud uruguayo que acoge a las personas migrantes. El SNIS se constituyó jurídicamente con la aprobación de [cinco leyes fundacionales entre el 2005 y el 2007](#)<sup>3</sup> e implicó transformaciones en tres ejes: el modelo de atención, el modelo de gestión y el modelo de financiación (Figura 2).

3 Ley 17.930 en la que se definieron las líneas programáticas de la transformación de la salud; Ley 18.131 de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); Ley 18.161 de descentralización de los servicios de salud estatales (ASSE); Ley 18.211 de creación del Seguro Nacional de Salud en la que se legisla el fondo mancomunado FONASA; y la Ley 18.335 sobre los derechos y deberes de los usuarios.

**Figura 2****Reforma de la salud de Uruguay**

Fuente: elaboración propia basada en la normativa del SNIS.

Mediante la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), las personas trabajadoras formales, jubiladas y pensionistas aportan de manera obligatoria un porcentaje de sus ingresos existiendo un mínimo no imponible. Esto les brinda cobertura por FONASA a la persona que aporta y a sus hijos menores de 18 años o hijos discapacitados y cónyuge. También existen usuarios No FONASA que acceden al SNIS, que por bajos ingresos se atienden en el prestador público, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), cuyo gasto asume el Estado, o mediante pago de bolsillo (pago directo). Las empresas públicas y privadas aportan también al FONASA de modo proporcional a la cantidad de trabajadores contratados. En tercer lugar, el Estado complementa dichos ingresos con un aporte presupuestal. El FONASA reembolsa a los prestadores integrales de salud mediante un sistema de prepago en base a una cuota salud. Este mecanismo de financiamiento garantiza a los usuarios el acceso a un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), que incluye actividades de promoción y protección, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud enfermedad identificados, y el acceso a acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda (Fernández Galeano *et al.*, 2015). Uruguay cuenta, por tanto, con un SNIS universal, equitativo, solidario, con disponibilidad de recursos materiales y humanos, reflejados en indicadores de resultados.

---

**A modo de síntesis**, existen diferencias entre las características de los sistemas de salud de los países de origen: Cuba se destaca por sus indicadores de accesibilidad y resultado; en relación con Uruguay, país de acogida, los sistemas de salud de Perú, Venezuela y República Dominicana muestran peores resultados para sus indicadores de magnitud, estructura y calidad sanitaria.

---



## 4. Características sociodemográficas vinculadas a la salud de las personas migrantes

Las personas migrantes no son un grupo homogéneo y tampoco son homogéneas sus necesidades, sus vulnerabilidades sanitarias o sus capacidades/condiciones de resiliencia. Para dar cuenta de esta diversidad, describimos para cada comunidad el perfil sociodemográfico del informante de la ENIR, de acuerdo con el sexo (porcentaje de mujeres), la edad que implica mayor utilización del sistema de salud, los años de educación, la ocupación, el tiempo transcurrido en el país y un indicador de condiciones de vida como la situación de hacinamiento. Se considera a las comunidades seleccionadas para participar de la ENIR realizada en 2018 en la ciudad de Montevideo. La encuesta fue aplicada a personas mayores de 18 años nacidas en Cuba, República Dominicana, Perú y Venezuela, a las que llamamos informantes, y relevó, además, características de salud sobre ellos y sobre niños, niñas y adolescentes que conviven con ellos (Anexo 1).

**Tabla 2**

**Indicadores sociodemográficos de informantes según origen del migrante, Montevideo, 2018**

Indicador	Informante			
	Cuba	República Dominicana	Perú	Venezuela
% de mujeres	27,1	68,8	77,7	53,0
% de varones	72,9	31,2	22,3	47,0
% de 45 años y más <sup>i</sup>	13,5*	8,5	54,4	8,8
Promedio años de estudio	13,9	11,1	12,4	15,5
% inactivos y desocupados	38,1	13,1	10,2*	10,3
% ocupados manuales	47,2	85,8	74,2	65,8
Promedio años en el país	1,7	3,5	11,6	1,8

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n informante: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20. <sup>i</sup>Tramo de edad de mayor tasa de utilización del sistema.

**Tabla 3**

**Indicadores sociodemográficos de niños, niñas y adolescentes que viven con informante según origen del informante, Montevideo, 2018**

Niños, niñas y adolescentes que viven con informante				
Indicador	Cuba	República Dominicana	Perú	Venezuela
% de mujeres	59,4*	45,6	36	56,8
% de varones	40,6*	54,4	64	43,3
% de 0-4 años <sup>i</sup>	24,8*	47,5	24,5*	24,6
% de 5-17 años	75,2*	52,5	75,5	75,4

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n de niños, niñas y adolescentes: 24 Cuba, 95 República Dominicana, 72 Perú y 120 Venezuela. \*n<20. <sup>i</sup>Tramo de edad de mayor tasa de utilización del sistema.

La tasa de utilización del sistema de salud depende de la **edad y el sexo**. Los tramos de edad seleccionados corresponden a cortes asistenciales, donde el grupo más joven de 18 a 44 años, en términos de tasa de utilización, realiza un uso menor del sistema de salud que el grupo de 45 y más años. Más de la mitad de los informantes de las comunidades de Perú, República Dominicana y Venezuela son mujeres, en tanto que para la comunidad de origen cubano solo el 27% de los informantes son mujeres (Tabla 2). Los informantes son mayormente jóvenes, salvo en la comunidad peruana que reside en Montevideo, donde el 54% tiene 45 y más años de edad.

De los niños, niñas y adolescentes que viven con los informantes de las comunidades dominicana y peruana, más de la mitad son varones; mientras que para este mismo grupo que cohabita con migrantes de origen venezolano más de la mitad son mujeres. Las edades de 0-4 implican una serie de cuidados y controles del desarrollo de salud mucho mayores que el grupo de 5-17 años, siendo levemente mayor la tasa de atención en los sistemas de salud para los varones que para las mujeres. Teniendo en cuenta estas variables, de los cuatro grupos de población infantil estudiados, los que viven con informante de origen dominicano requerirían un mayor uso del sistema por tener mayor carga de varones menores de 5 años, quienes tienen mayor morbimortalidad (Tabla 3).

Las comunidades estudiadas muestran un alto **nivel educativo**, que es considerablemente elevado entre los migrantes de origen venezolano y cubano. La **condición ocupacional** de la población migrante, de estar empleados mayormente en trabajos manuales y hasta encontrarse en inactividad o desempleados, no se condice mayormente con los niveles educativos alcanzados (Tabla 2).

Es esperable que las personas con menos **tiempo de residencia en el país** tengan un menor acceso a los prestadores que integran el SNIS, debido a un menor conocimiento de los derechos adquiridos.

Los informantes de origen cubano y venezolano llevaban, en promedio, poco más de un año en Uruguay al momento de ser encuestados (promedio de 1.7 y 1.8 años, respectivamente). Las otras dos comunidades residen hace más tiempo en Uruguay, sobre todo la peruana, que constituye un flujo modesto pero persistente desde finales de los años noventa. La comunidad dominicana ha seguido una tendencia distinta: inició su asentamiento en Uruguay hacia 2013-2014, con una caída del flujo que siguió a la exigencia del visado en 2015 y una posterior recuperación iniciada en 2017-2018 (Prieto Rosas y Márquez Scotti, 2019) (Tabla 2).

El derecho a una **vivienda** es otro de los componentes necesarios para el derecho a un nivel de vida adecuado.

Las condiciones de vivienda tienen un efecto importante en la calidad de vida y la salud física y mental de la persona. La falta de una vivienda adecuada correlaciona con varios problemas de salud, como la mala nutrición, problemas de salud mental y abuso de sustancias, así como enfermedades graves causadas por falta de agua potable y servicios de saneamiento. (...) El hacinamiento y las condiciones de saneamiento deficientes pueden asociarse con el aumento del riesgo de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas. (OIM, 2013).

Se puede tomar como un indicador de vivienda adecuada el número de personas por habitaciones para dormir. Esta relación define los umbrales de hacinamiento medio —cuando el número de personas por habitación supera la cantidad de 2— y crítico —3 personas por habitación para dormir— (Lentini y Palero, 1997).

Como se puede ver en otros [reportes temáticos de la ENIR](#), el número medio de habitaciones para dormir en las viviendas de los informantes con niños, niñas y adolescentes supera el valor de referencia del umbral de hacinamiento medio en las comunidades dominicana y venezolana;<sup>4</sup> encontrándose por debajo de dicho valor las viviendas de informantes de origen peruano. El número medio de habitaciones para dormir por persona en las viviendas de los informantes sin población infantil y adolescente se aproxima a los valores de hacinamiento medio en la comunidad de origen cubano y no se corrobora

---

4 Para la comunidad cubana el número de casos es reducido y no permite sacar conclusiones.

hacinamiento para el resto de las comunidades sin niños y adolescentes a cargo (Tabla 1 en Fernández Soto *et al.*, 2020). De acuerdo con el trabajo de (Bengochea y Madeiro, 2020), el tipo de vivienda (particular, pensión), así como el tiempo de residencia en el país, incide en el hacinamiento, siendo mayor en la primera experiencia de vivienda y en pensiones.

---

**A modo de síntesis** y antes de avanzar específicamente con el estado de salud y el acceso a la asistencia sanitaria de la población migrante, conviene tener presente que la población que constituye el universo de estudio en este reporte tiene las siguientes características:

- Población migrante joven y femenina en las comunidades de población migrante nacida en República Dominicana y Venezuela, de edades adultas en los nacidos en Perú (más de la mitad tiene 45 años y más) y masculinizada en la comunidad cubana.
- La comunidad de personas migrantes con mayor número relativo de niños y niñas en edades más tempranas, en la que son mayoría los varones, es la dominicana, lo que implica una mayor tasa de atención en los sistemas de salud para estas edades y sexo por la mayor morbilidad en varones menores de 5 años.
- Los altos niveles educativos alcanzados por los informantes —especialmente de las comunidades venezolana y cubana— no se condicen con su situación ocupacional y es muy elevada la proporción de trabajadores que se desempeñan en ocupaciones manuales.
- El menor tiempo de residencia de los informantes de origen cubano y venezolano debe tenerse en cuenta en el análisis del acceso al sistema de salud.
- Las viviendas de informantes que conviven con niños, niñas y adolescentes tienden a una alta prevalencia de hacinamiento medio, con excepción de las viviendas donde el informante es de origen peruano.
- Las viviendas de los informantes de origen cubano sin niños, niñas y adolescentes tienen un número medio de habitaciones para dormir en los valores del umbral de hacinamiento medio.

## 5. Autovaloración del estado de salud

Una de las dimensiones incluida en el cuestionario de la ENIR es la valoración de los informantes sobre su estado de salud. Antes de adentrarnos en las respuestas, es necesario realizar una pequeña discusión teórica que problematice las preguntas incorporadas en la ENIR.

La valoración de salud que las personas migrantes tienen de sí mismas puede modificarse en el tiempo, como consecuencia de variaciones que se pueden haber producido en los determinantes sociales de su salud a lo largo del proceso migratorio. En la literatura antecedente podemos encontrar hipótesis en este sentido. Una de ellas establece la posibilidad de que las personas migrantes estén seleccionadas positivamente en materia de salud, es decir, que sean más saludables que las que permanecen en el país de origen. No obstante, si la migración no se gestiona adecuadamente, este efecto de selección positiva inicial puede verse socavado por las malas condiciones de vida experimentadas en el contexto de acogida, después de la migración (Vearey *et al.*, 2020).

Este enfoque es de utilidad para la discusión de la valoración que las personas migrantes hacen de su salud. Si nos encontramos con personas cuyos derechos se encuentran vulnerados, es posible que el concepto que tengan de su propia salud sea crítico o negativo. Por otro lado, dado que los determinantes sociales varían en el tiempo, es importante profundizar en la concepción de salud en todo el proceso migratorio, en particular, antes y después de migrar, y analizar si existen diferencias.

Los datos recabados no permiten hacer una comparación del estado de salud de los migrantes frente a quienes no migran y permanecen en el lugar de origen, pero es posible observar si se modifican la valoración retrospectiva sobre su estado de salud previo a la migración y su valoración del estado actual de salud. De este modo, se intentará dar respuesta a la interrogante acerca de cómo era la autopercepción del estado de salud a lo largo del itinerario migratorio.

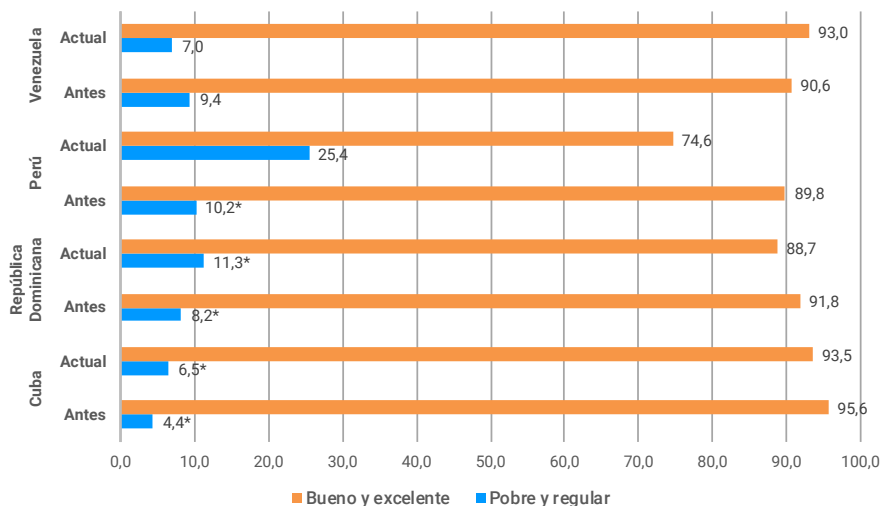
La variable de autopercepción del estado de salud incluye cuatro categorías que fueron agrupadas en dos: “pobre-regular” y “bueno-excelente”.

Los resultados indican que para las personas migrantes nacidas en los cuatro países de la ENIR, al momento de la encuesta, prevalece una valoración positiva del **estado de salud actual** (bueno y excelente). Los informantes de origen cubano y venezolano reportan los mayores niveles de satisfacción, seguidos de los de origen dominicano. Las personas migrantes nacidas en Perú también tienen una valoración netamente favorable, pero una incidencia no despreciable de opiniones negativas que afecta a 1 de cada 4 informantes de este origen (Gráfico 1). Queda pendiente para futuras investigaciones ahondar en los motivos de esta valoración negativa, probablemente asociados a no ver cumplidas sus expectativas luego de pasar varios años en el Uruguay.

Si comparamos las respuestas recibidas para la valoración del estado de salud posterior al momento de la encuesta con las recogidas con relación al **estado de salud anterior a la llegada a Uruguay**, observamos que no se producen grandes variaciones. Nuevamente, predominan las valoraciones de bueno y excelente, aunque se reconoce una pequeña caída de los niveles de respuesta positiva, principalmente dentro de los informantes nacidos en Perú y en mucho menor medida en los de origen dominicano y cubano. En cambio, los informantes de la comunidad venezolana responden con mayor frecuencia que tienen un buen o excelente estado de salud al momento de la encuesta. Como se señaló con anterioridad, este cambio o reconocimiento de una relativa mejora del estado de salud —a nivel agregado— es esperable en una población que huye de condiciones de severo deterioro de su calidad de vida en el país de origen (Freitez, 2019) (Gráfico 1).

**Gráfico 1**

**Distribución porcentual de informantes por estado de salud, según etapa del ciclo migratorio y origen del informante, Montevideo, 2018**



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20. Antes: estado de salud antes de vivir en Uruguay; actual: estado de salud al momento de la encuesta.

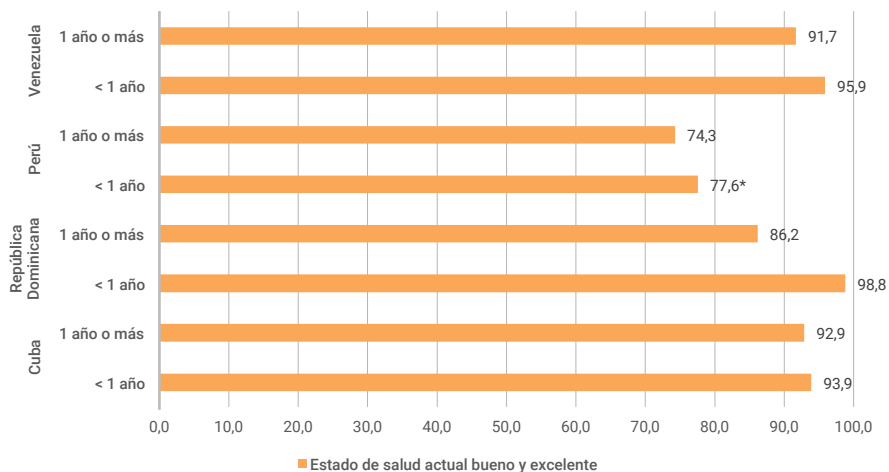
A continuación, se presenta la autopercepción del estado de salud al momento de la encuesta según diferentes variables sociodemográficas descritas en la sección cuatro; entre las que se incluyen: tiempo de residencia en el país, sexo, edad, años de educación, ocupación y situación de hacinamiento de la vivienda. Dado que el número de casos es menor a 20 para las categorías de “pobre y regular” en todas las comunidades de origen, solo se muestra la información referente a la categoría estado de salud “bueno y excelente”.

La variable tiempo puede incidir en la autopercepción del estado de salud. Es decir, se intenta comprender en qué medida el estado de salud de la persona migrante en el contexto de acogida difiere según el tiempo transcurrido desde la llegada a Uruguay. Este análisis cobra relevancia bajo el supuesto de que a medida que las personas llevan más tiempo en el país de acogida, comienzan a conocer mejor el sistema de salud y a mejorar su situación de vivienda y laboral, por lo tanto, la percepción de mejora en el estado de salud se va incrementando. Sin embargo, la consideración del estado de salud al momento de la encuesta según tiempo de residencia en Uruguay no se asocia a cambios de gran magnitud en las respuestas, dando incluso un sentido contrario al teóricamente planteado. En los migrantes recientes (con menos de un año de llegada a Uruguay) el porcentaje de informantes que valoran su salud al momento de la encuesta como buena y excelente es mayor que

en las personas migrantes con más de un año en el país, sobre todo en las personas nacidas en República Dominicana (98,8% versus 86,2%) (Gráfico 2).

**Gráfico 2**

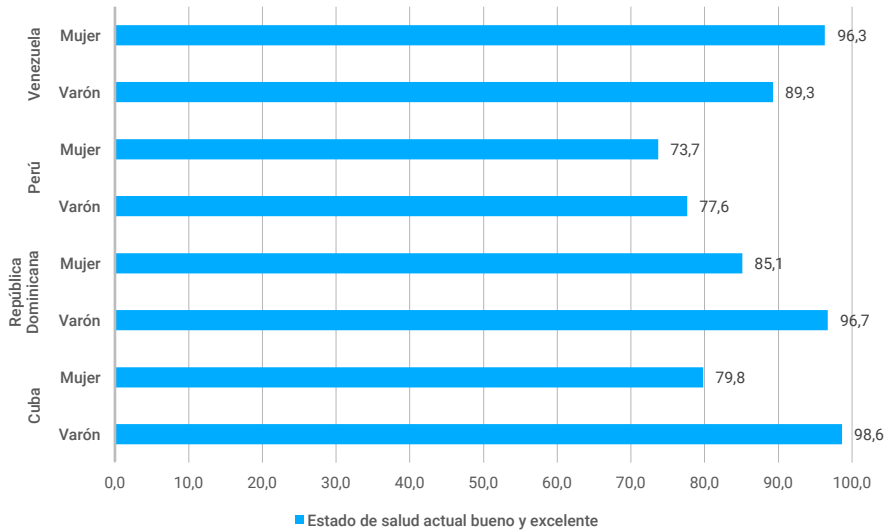
**Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según tiempo de residencia en Uruguay y origen del informante, Montevideo, 2018**



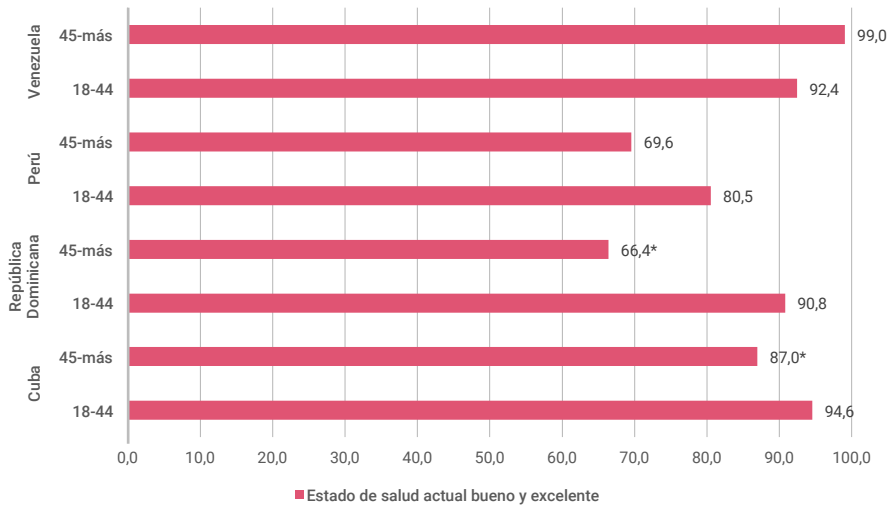
Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20. Actual: al momento de la encuesta.

Los informantes varones de origen cubano, dominicano y peruanos reportan con más frecuencia que las mujeres un estado de salud favorable al momento de la encuesta; en cambio, en los migrantes de origen venezolano son mayormente las mujeres quienes describen tener un estado actual bueno o excelente de salud. En cuanto a la distribución por edades de estas respuestas, en general los jóvenes tienen una mayor prevalencia de respuestas positivas que las personas de 45 años o más. En la comunidad venezolana, sin embargo, son principalmente los mayores quienes están más satisfechos con su salud actual (Gráficos 3 y 4).



**Gráfico 3****Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según sexo y origen del informante, Montevideo, 2018**

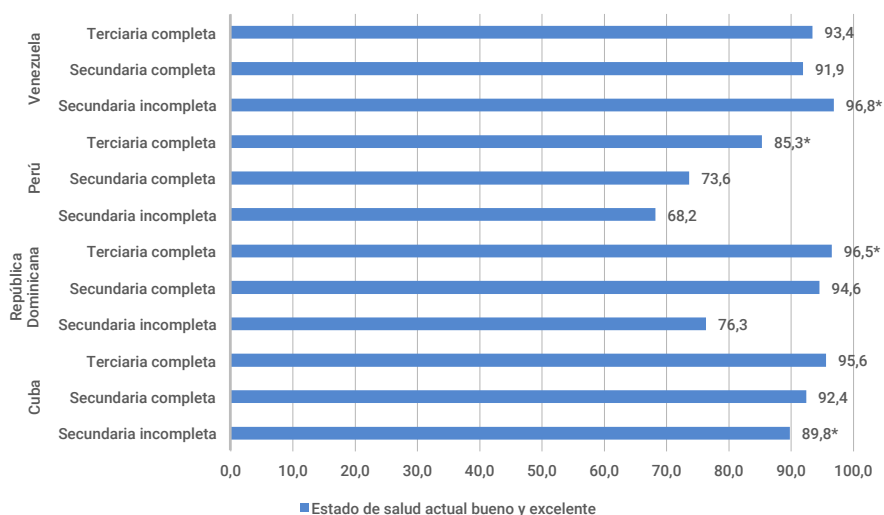
Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. Actual: al momento de la encuesta.

**Gráfico 4****Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según edad en tramos y origen del informante, Montevideo, 2018**

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20.

Si analizamos las respuestas según el nivel educativo, encontramos que para los informantes de las cuatro comunidades este se asocia positivamente con una mejora de la valoración del estado de salud actual, es decir, los más educados están más satisfechos con su salud (Gráfico 5)

**Gráfico 5** Distribución porcentual de informantes con estado de salud actual “bueno y excelente”, según nivel educativo y origen del informante, Montevideo, 2018



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20. Secundaria incompleta: de 0 a 11 años de estudios, secundaria completa: de 12 a 15 años de estudios, terciaria completa: de 16 y más años de estudios.

Si bien se analizaron las diferencias en cuanto a la percepción del estado de salud al momento de la encuesta según condición de actividad y número medio de habitantes por cantidad de dormitorios de la vivienda, los resultados no son uniformes ni significativos (Anexo 2), por lo que no se presentan en esta sección.

---

### **A modo de síntesis**

- En las personas migrantes de las cuatro comunidades estudiadas prevalece una valoración positiva del estado de salud, tanto previo a vivir en Uruguay como al momento de la encuesta. El tiempo de estadía en el país de acogida no parece mejorar la autovaloración del estado de salud actual de los migrantes, siendo incluso más favorable cuando hace menos de un año de su llegada al Uruguay.
- El porcentaje de varones migrantes de origen cubano, dominicano y peruano con una valoración favorable del estado de salud al momento de la encuesta es mayor que el de las mujeres, mientras que, para el caso de las personas migrantes nacidas en Venezuela, la relación es inversa. Acorde a lo esperado, cuanto más jóvenes son los informantes, más positiva su valoración de salud, salvo para el caso de informantes de origen venezolano, cuya relación es al revés. Por último, el nivel educativo se asocia positivamente con una mejora de la valoración del estado de salud.

## 6. Factores de riesgo y enfermedades no transmisibles

La ENIR incluye una serie de preguntas sobre la prevalencia de ENT y sus factores de riesgo, que permiten aproximarnos al estado de salud de las personas migrantes desde una perspectiva de los determinantes sociales biológicos y de estilos de vida. Para entender la relevancia que poseen las ENT en el análisis de la situación de salud de las personas migrantes, es necesario analizar algunos indicadores epidemiológicos que den cuenta de la etapa de la transición demográfica en la que se encuentra cada país de origen y Uruguay, así como la importancia que tienen las ENT en la morbilidad y mortalidad de la población.

Todos los países se encuentran atravesando un proceso de transición demográfica asociado al mayor peso de las ENT y a valores altos y crecientes de la esperanza de vida. El aumento en la expectativa de vida hace que las personas se encuentren expuestas a la influencia de los factores de riesgo de ENT por un mayor período. Es decir, la mayor sobrevivencia expone a la población a factores de riesgo principalmente asociados con enfermedades de tipo crónico-degenerativo, lo que implica un aumento de la contribución relativa de este grupo de enfermedades a la mortalidad global (Frenk *et al.*, 1991) (Galyin y Kates, 1997). Estas características inciden en el patrón de demanda de los servicios de salud de los países de origen y acogida.

Como es esperable, todos los países se encuentran en una etapa de la transición de moderada a muy avanzada (Cuba), los porcentajes de mortalidad por ENT respecto a la mortalidad total son de gran magnitud y, en concordancia con lo que sucede a nivel mundial, todos los países muestran esperanzas de vida al nacer mayores en las mujeres que en los varones (Tabla 4).

**Tabla 4**

**Indicadores epidemiológicos para los países de origen incluidos en la ENIR y para el Uruguay, 2013-2018**

	Cuba	República Dominicana	Perú	Venezuela	Uruguay
Esperanza de vida al nacer (años) hombre	78,2 <sup>vi</sup>	71,2 <sup>vi</sup>	72,4 <sup>iv</sup>	70,2 <sup>ii</sup>	74,2 <sup>vi</sup>
Esperanza de vida al nacer (años) mujer	82,1 <sup>vi</sup>	77,5 <sup>vi</sup>	77,7 <sup>iv</sup>	78,5 <sup>ii</sup>	81,1 <sup>vi</sup>
Defunciones por ENT (%) total	83,7 <sup>iv</sup>	67,6 <sup>i</sup>	60,8 <sup>i</sup>	68,6 <sup>i</sup>	85,6 <sup>iv</sup>
Etapa de la transición demográfica	Muy avanzada	Moderada	Moderada	Moderada	Avanzada

Fuente: elaboración propia basada en PLISA-OPS/OMS (s. d.) y CELADE (2008).<sup>5</sup> Nota: <sup>i</sup>2013, <sup>ii</sup>2014, <sup>iii</sup>2015, <sup>iv</sup>2016, <sup>v</sup>2017, <sup>vi</sup>2018.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como ENT prevalentes las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias (OMS, 2013). A estas se suman otras enfermedades de importancia en salud pública (como ser los trastornos mentales). Asimismo, se constata una alta prevalencia de factores de riesgo prevenibles comunes a las ENT: sobrepeso y obesidad, consumo de frutas o verduras menor a 5 por día, hipertensión arterial, actividad física insuficiente, fumadores actuales, consumo episódico excesivo de alcohol, glucosa elevada en sangre y colesterol elevado en sangre. La ENIR reúne información sobre el diagnóstico en los informantes de las siguientes ENT y factores de riesgo: asma, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, trastornos de ansiedad o depresión, otras enfermedades crónicas, consumo actual de tabaco y no realización de actividad deportiva. Y también reúne información de niños, niñas y adolescentes que conviven con informante sobre sobrepeso, anemia, desnutrición o retraso del crecimiento; diabetes; asma; hipertensión; cardiopatía; depresión, déficit atencional, hiperactividad, ansiedad; otras enfermedades crónicas; no realización de actividad deportiva.

Algunos antecedentes establecen que los migrantes poseen un estado de salud mejor al de la población de su lugar de origen, y ello es así incluso si se tiene en cuenta que la población que migra suele ser población joven (Vearey *et al.*, 2020). A continuación, se comparan las prevalencias para una selección de enfermedades y factores de riesgo en los países de origen y Uruguay, con los porcentajes observados para la población migrante captada por la ENIR. Debemos tener en cuenta que no son datos estrictamente comparables, dado

5 Disponible en: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268_es.pdf?sequence=1)>.

que las muestras de la prevalencia de los países de origen son poblacionales y la de la ENIR fue construida con otros criterios, tomando personas migrantes de 18 años y más, cuyo perfil etario tiene mayor peso en los grupos de menor riesgo de salud, que son también aquellos con menores prevalencias de factores de riesgo y ENT.

## 6.1. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

### Consumo de tabaco

Si observamos las prevalencias de fumadores actuales de tabaco<sup>6</sup> en personas de 15 años y más, el país que posee una mayor prevalencia es Cuba (35,3%), seguido por Uruguay (21,6%), República Dominicana (14,1%) y en último lugar Perú (13,7%) (OPS, 2019) (GATS, 2017). Para el caso de Venezuela,<sup>7</sup> en 2011 la prevalencia era similar a Uruguay (21,5%) (OMS, 2019). El porcentaje de fumadores –fumadores actuales de 18 años y más– entre las personas migrantes de estos orígenes que respondieron la ENIR es bastante inferior. La comunidad cubana es la que presenta mayor porcentaje de fumadores actuales, seguida por los informantes de la comunidad venezolana. Los migrantes de origen peruano y dominicano no llegan a la cantidad de casos suficientes para realizar inferencias (Gráfico 6).

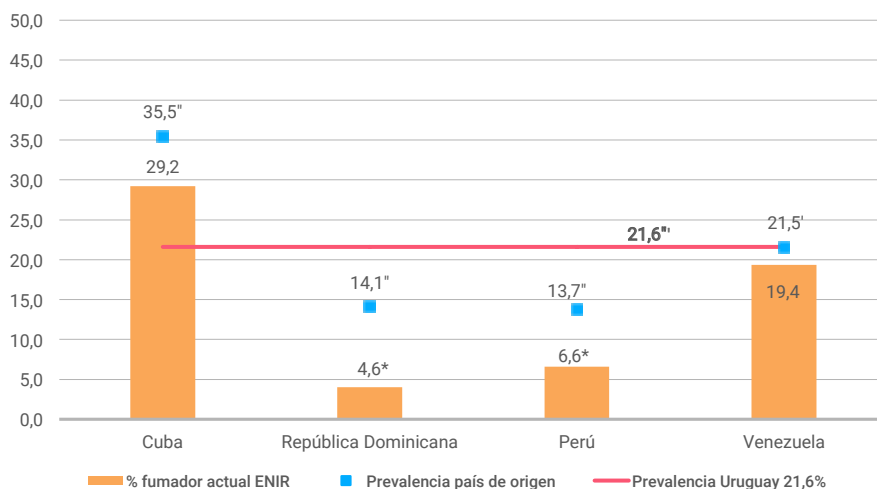
---

6 Consumieron algún producto de tabaco para fumar en los últimos 30 días.

7 Encuesta Nacional de Drogas en Población General 2011.

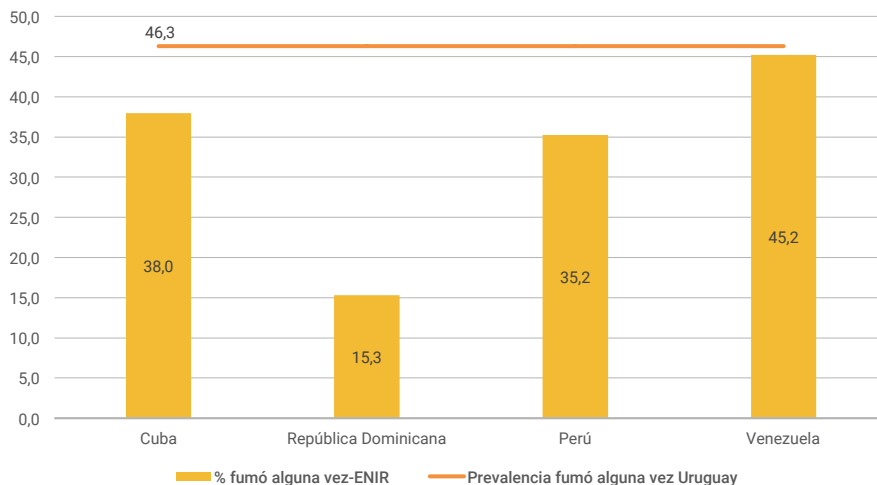
**Gráfico 6**

Distribución porcentual de informantes que fuman actualmente, según origen del informante y prevalencia de fumadores adultos actuales para países incluidos en la ENIR y Uruguay, 2011-2018



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR; PLISA-OPS/OMS (s. d.), OMS (2019) y GATS (2017). Notas: <sup>n</sup>2011, <sup>i</sup>2015, <sup>\*</sup>2017. \*n<20. n de la ENIR: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela.

Si analizamos el comportamiento del hábito tabáquico a través de la pregunta al informante de si alguna vez fumó, los porcentajes lógicamente aumentan, pero las diferencias entre los países se mantienen, aunque con algunas variaciones. Los migrantes de origen venezolano que residen en Montevideo registran la mayor prevalencia de consumo, similares a los valores de prevalencia país de Uruguay para población de 15 años y más (INE y MSP, 2019), seguida por la prevalencia de migrantes nacidos en Cuba, Perú y República Dominicana (Gráfico 7).

**Gráfico 7****Distribución porcentual de informantes que alguna vez fumaron, según origen del informante y prevalencia de fumó alguna vez para Uruguay, 2017-2018**

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018; y GATS, 2017, Uruguay. Notas: n de la ENIR: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela.

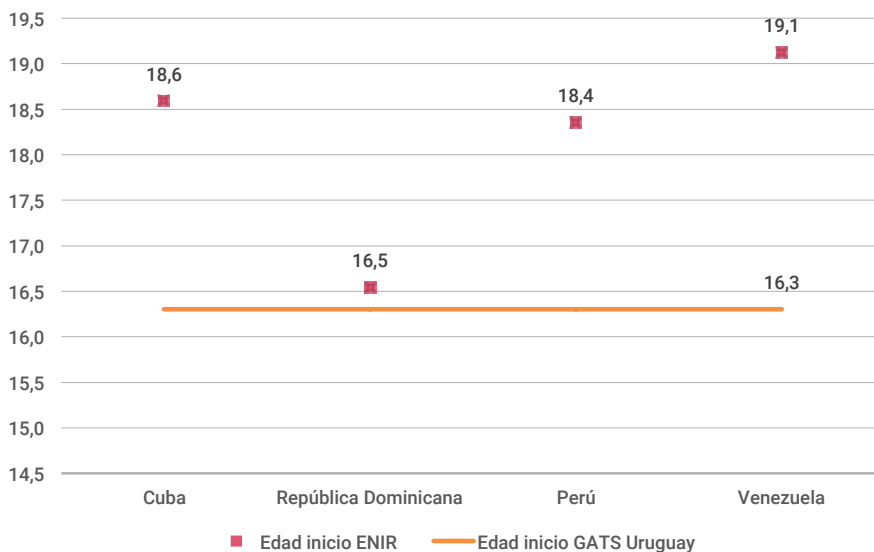
Al observar la edad promedio a la que comenzaron a fumar los informantes de la ENIR que alguna vez fumaron, encontramos el inicio entorno de los 18-19 años para los migrantes nacidos en Cuba, Perú y Venezuela. En cambio, los migrantes de origen dominicano reportan un consumo más temprano, que promedia los 17 años (Gráfico 8). De acuerdo con la GATS (2017) de Uruguay, la edad de inicio promedio entre los fumadores diarios que tienen entre 20 y 34 años fue de 16,3<sup>8</sup> años, indicador más acotado en su definición que la empleada para la ENIR, pero si se considera que estamos ante migrantes jóvenes, podemos comparar los valores promedio de ambas encuestas, identificando que la iniciación en Uruguay es anterior a la de los países de origen de los migrantes.

8 Toma el promedio de edad de inicio en los fumadores diario del grupo de 20 a 34 años, dado que permite conocer los patrones de inicio actual.



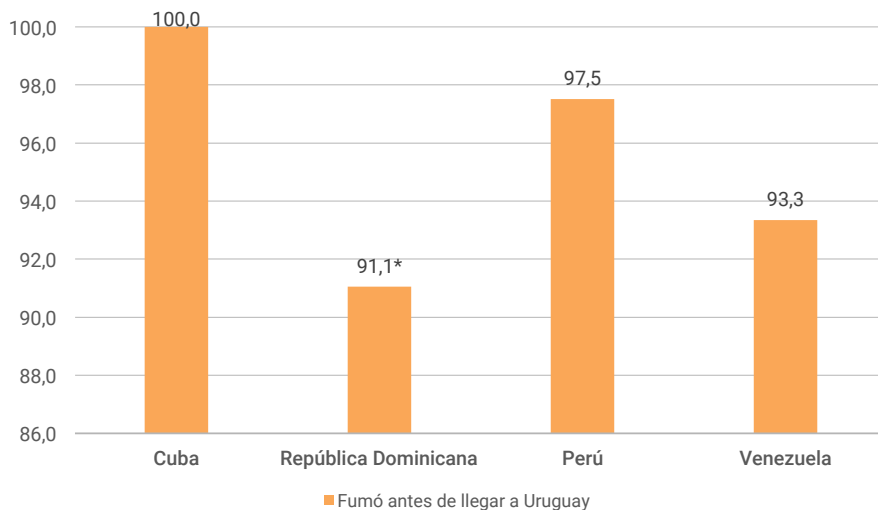
**Gráfico 8**

Promedio de edad en la que comenzaron a fumar los informantes que alguna vez fumaron, según origen del informante y edad de inicio fumador diario para Uruguay\*, 2017-2018



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018; GATS (2017). Notas: n de la ENIR: 43 Cuba, 22 República Dominicana, 40 Perú y 168 Venezuela. \* Para fumadores diarios de entre 20 y 34 años.

Por último, es de interés saber si la migración es un factor determinante para el inicio del hábito tabáquico y los resultados descartan una respuesta afirmativa. Para los informantes nacidos en Cuba, Perú y Venezuela, el consumo de tabaco se produjo en más de 9 de 10 casos antes de llegar a Uruguay (Gráfico 9).

**Gráfico 9****Distribución porcentual de informantes que alguna vez fumaron antes de llegar a Uruguay, según origen del informante, Montevideo, 2018**

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 43 Cuba, 22 República Dominicana, 40 Perú y 168 Venezuela. \*n<20.

## Estado nutricional

En particular, en la población migrante los hábitos alimenticios tienen especial importancia, no solo porque son un derecho humano, sino también por su repercusión en el estado de salud.<sup>9</sup>

En América Latina y el Caribe, las personas con obesidad se triplicaron desde 1975 y las que padecen hambre aumentaron 11% en los últimos cuatro años, según el *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional 2019* (FAO et al., 2019). La prevalencia poblacional de sobrepeso y obesidad en adultos (IMC  $\geq$  25, kg/m<sup>2</sup>) ajustada por edad, en el año 2016 superaba el 60% en Venezuela, Uruguay y República Dominicana, y se aproximaba a 58% en Cuba y Perú. Por otro lado, si observamos la contracara del problema, es decir, la prevalencia de desnutrición en los países considerados, para el año 2015 era de 2,5% en Uruguay y Cuba, 7,9% en Perú, 13% en Venezuela y 13,5% en República Dominicana (PLISA-OPS/OMS, s. d.).

Esta dimensión cobra mayor relevancia en los niños, niñas y adolescentes, dado el impacto futuro que tiene su condición nutricional actual. La preva-

9 "Las dietas poco saludables, en particular, se han asociado con diversos problemas de salud, especialmente enfermedades relacionadas con la obesidad, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre ciertos grupos de migrantes. (...) La mala alimentación, la pobreza y la inaccesibilidad económica (alto costo) de alimentos saludables, lleva a los migrantes a tener problemas de salud." (Vearey et al., 2020),

lencia de obesidad en niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años reportada en 2016 (IMC > +2 desviación estándar por encima de la mediana) es la siguiente: República Dominicana 13,1%, Uruguay 12,2%, Cuba 9,7% y Perú 6,4% (PLISA-OPS/OMS, s. d.). En tanto la desnutrición en los primeros años de vida,<sup>10</sup> que provoca cambios en la fisiología y el metabolismo, impide el crecimiento físico y aumenta el riesgo de desarrollar obesidad y de padecer ENT en el futuro, es de 2,4% en República Dominicana (2013), 1,3% y 1% para Perú y Uruguay respectivamente (2011, 2016). Si bien para Venezuela no se cuenta con información actualizada, se conoce por medio de los estudios de la Food and Agriculture Organization (FAO) que la prevalencia de subalimentación para los años 2017-2019 afecta al 31,4% de la población, considerándose uno de los países con mayor rezago en la región en lo que refiere a seguridad alimenticia y nutrición junto a Haití (FAO et al., 2020).

Debido a que la ENIR no realizó una pregunta específica en este tema para informantes y que el total de casos es inferior a 20 para niños, niñas y adolescentes (16 casos total), no es posible realizar conclusiones respecto a porcentaje de niños, niñas y adolescentes con sobrepeso, anemia, desnutrición y retraso del crecimiento por país de origen del informante. No obstante, podemos aproximarnos a la magnitud del problema, reportando los datos de los países de origen y de acogida (Tabla 5).

**Tabla 5**

**Indicadores nutricionales país, para niños, niñas y adolescentes, 2011-2018**

Indicador	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes				
	Cuba	República Dominicana	Perú	Venezuela	Uruguay
Bajo peso al nacer (<2500 g)	5,1 <sup>vi</sup>	14 <sup>iv</sup>	7,3 <sup>vi</sup>	9,4 <sup>vii</sup>	8,1 <sup>vi</sup>
Obesidad (niños y adolescentes entre 10-19 años)	9,7 <sup>v</sup>	13,1 <sup>v</sup>	6,4 <sup>v</sup>	s.d.	12,2 <sup>v</sup>
Sobrepeso (niños <5 años)	s.d.	7,6 <sup>iii</sup>	7,2 <sup>ii</sup>	s.d.	7,2 <sup>i</sup>
Desnutrición crónica (niños <5 años)	s.d.	2,4 <sup>iii</sup>	1,0 <sup>v</sup>	s.d.	1,3 <sup>i</sup>
Retraso de crecimiento (niños <5 años)	s.d.	7,1 <sup>iii</sup>	13,1 <sup>v</sup>	s.d.	10,7 <sup>i</sup>

Fuente: elaboración propia basada en PLISA-OPS/OMS (s. d.). Nota: <sup>i</sup>2011, <sup>ii</sup>2012, <sup>iii</sup>2013, <sup>iv</sup>2014, <sup>v</sup>2016, <sup>vi</sup>2017, <sup>vii</sup>2018.

<sup>10</sup> Medida en porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica.

## Actividad física

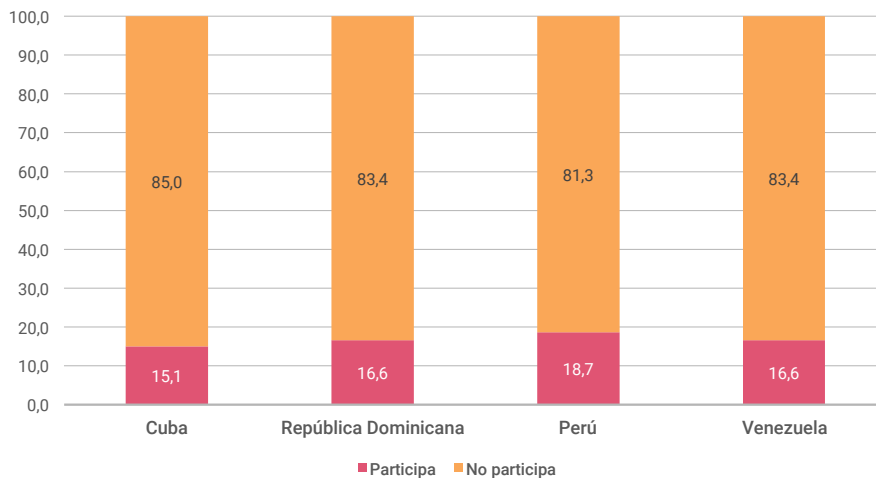
La actividad física insuficiente es otro de los factores de riesgo de las ENT de relevancia, que se ha instaurado en un porcentaje importante de la población adulta del mundo actual. Se entiende por nivel de actividad física insuficiente cuando se registra menos de 600 MET-minutos/semana<sup>11</sup> (1 MET es 1 kcal/kg/hora y equivale a la energía que se consume estando sentado tranquilo). De acuerdo a datos poblacionales de los países de origen y Uruguay, 39% de los mayores de 18 años de República Dominicana, 36,9% de los adultos de Cuba y 31,4% de los adultos de Venezuela realizan actividad física insuficiente,<sup>12</sup> mientras que para Uruguay este porcentaje es de 22,4% (PLISA-OPS/OMS, s. d.).

Por medio de la ENIR es posible analizar una variable proxy de actividad física insuficiente, mediante la pregunta al informante de si participó o no en actividades deportivas grupales. Acorde a lo esperado (dado que el indicador de la ENIR es más restrictivo), los porcentajes de no participación en actividades deportivas grupales son notoriamente más altos en relación con la prevalencia de insuficiente actividad física de los países de origen y muy similares entre las comunidades. Las personas migrantes de origen peruano son las que tienen menor porcentaje de actividad física insuficiente (medida como no participación en actividades deportivas grupales) (81%), seguidas por las personas migrantes nacidas en Venezuela y República Dominicana (83% para ambas) y por último se encuentran los migrantes de origen cubano (85%) (Gráfico 10).

---

11 Para medir el nivel de actividad física en encuestas poblacionales, se utiliza el Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) de la OMS. Se mide la actividad física que desarrolla una persona en el trabajo, tiempo libre y desplazamientos. En base al tiempo y al tipo de actividad que se desarrolla en cada actividad, se calcula los equivalentes metabólicos (MET). Un MET es una kcal/kg/hora y equivale a la energía que se consume estando sentado tranquilo.

12 Para el caso de Perú no se tiene el dato disponible estandarizado para su comparación.

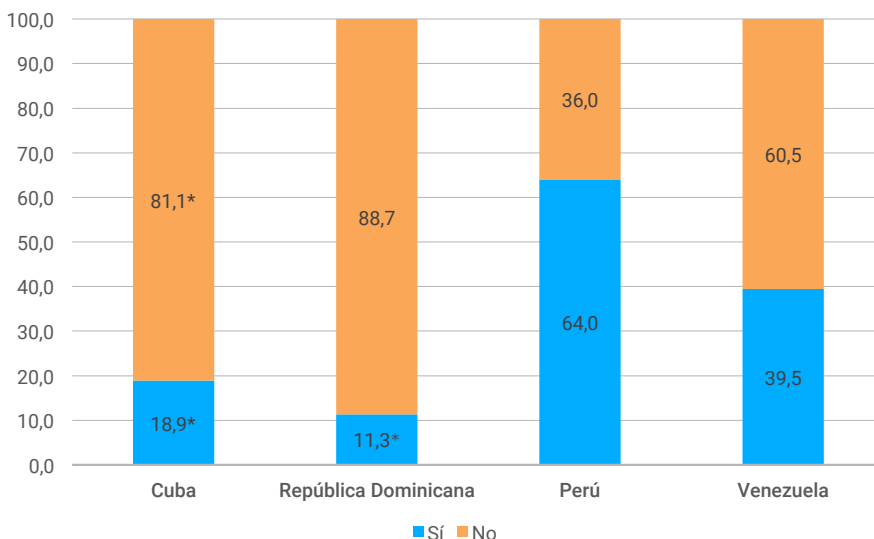
**Gráfico 10****Distribución porcentual de informantes por participación en actividades deportivas grupales, según origen del informante, Montevideo, 2018**

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 123 Perú y 371 Venezuela.

La actividad física y recreativa insuficiente en la infancia y adolescencia aumentan la probabilidad de sobrepeso y obesidad, así como también de enfermedades mentales por disminuir el relacionamiento social. Para el caso de los niños, niñas y adolescentes, la ENIR indagó sobre actividades deportivas fuera del horario escolar, considerándose como proxi de actividad física insuficiente aquellos que no la realizaban (Anexo 1). Los resultados indican que los niños, niñas y adolescentes que viven con informante de origen peruano son los que muestran menor porcentaje de actividad física insuficiente (36%), seguidos por la población infantil y adolescentes que vive con informantes de origen venezolano (61%) y de origen dominicano (89%) (Gráfico 11). Queda para futuras investigaciones mejorar la medición de actividad física y ahondar en los motivos de no participación en actividades grupales.

**Gráfico 11**

Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante por actividades deportivas fuera del horario escolar, según origen del informante, Montevideo, 2018



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 22 Cuba, 78 República Dominicana, 70 Perú y 107 Venezuela. \*n<20. Sí: realiza actividades deportivas fuera del horario escolar.

## 6.2. Índice de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles

Para poder ver de manera agrupada la prevalencia de factores de riesgo y ENT, se creó un índice que reporta la existencia o no de al menos una de las siguientes ENT y factores de riesgo: tabaquismo,<sup>13</sup> hipertensión, enfermedad respiratoria, diabetes, enfermedad de salud mental u otra ENT.<sup>14</sup>

Los informantes de origen cubano muestran mayor porcentaje en el índice de ENT y factores de riesgo (47,1%), seguidos por los de Venezuela y Perú con porcentajes similares (44,3% y 41,2%, respectivamente) y, por último, se encuentran las personas migrantes de República Dominicana (26% de los informantes poseen al menos una ENT o factor de riesgo). Es decir, que un poco menos de la mitad de los informantes de origen cubano, venezolano y peruano, y 3 de cada 10 migrantes de origen dominicano requerirán de aten-

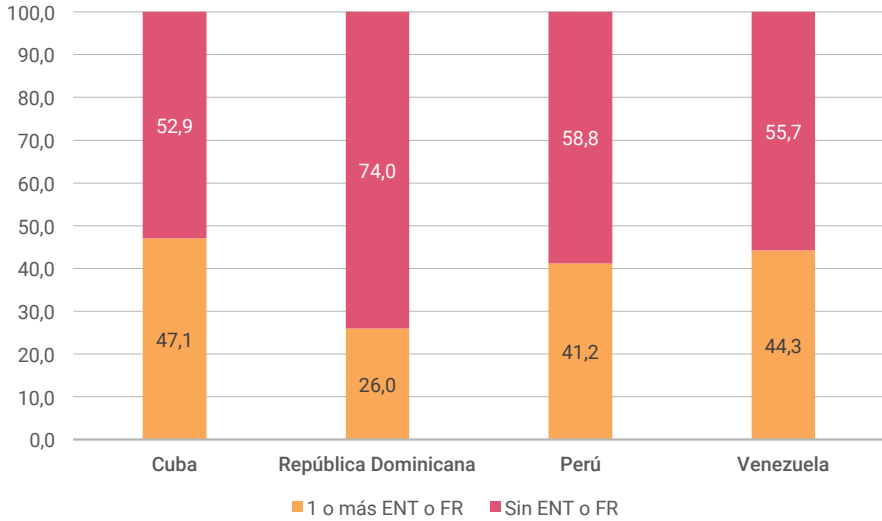
13 Fumador actual.

14 En el Anexo 3 se muestra el análisis por separado de las ENT.

ción de la salud brindada en el primer nivel de atención para el seguimiento de estas ENT y sus factores de riesgo, a fin de disminuir la morbilidad y la muerte prematura.

**Gráfico 12**

**Distribución porcentual de informantes por índice de ENT y factores de riesgo, según origen del informante, Montevideo, 2018**



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. 1 o más ENT o FR: tabaquismo, hipertensión, enfermedad respiratoria, diabetes, enfermedad de salud mental u otra ENT.

---

### **A modo de síntesis**

- Los cuatro países de origen de los migrantes recientes de la ENIR se encuentran en una etapa de moderada a muy avanzada en la transición demográfica, donde las ENT y sus factores de riesgo son de real importancia en la salud pública.
- El consumo de tabaco es mayor en migrantes de origen cubano que en el resto de las comunidades, coincidiendo con la alta prevalencia que Cuba tiene respecto a la región. La edad promedio a la que comenzaron a fumar para las cuatro comunidades varía entre los 17 y 19 años. Más del 90% de los informantes, para los cuatro países de origen, había fumado alguna vez antes de la llegada a Uruguay.
- Los porcentajes de no participación en actividades deportivas grupales de los informantes son notoriamente más altos en relación con la prevalencia de insuficiente actividad física de los países de origen y muy similares entre las comunidades, alrededor del 80%. Para los niños, niñas y adolescentes de las distintas comunidades, el porcentaje de no realización de actividades deportivas fuera del horario escolar es menor que el de los adultos, llegando a la menor proporción los niños, niñas y adolescentes que conviven con informante de origen peruano (36%).
- Aproximadamente la mitad de los informantes de cada comunidad requeriría atención de la salud para el seguimiento de al menos una ENT o factor de riesgo seleccionado: tabaquismo, hipertensión, enfermedad respiratoria, diabetes, enfermedad de salud mental u otra ENT; valor que es un poco menor para el caso de los informantes de origen dominicano.



## 7. Prestación de asistencia de salud a personas migrantes en el destino

Las características jurídicas y de acceso real a los sistemas de salud en los contextos de acogida, como determinante de la salud, permiten dar un pantallazo de la situación de salud de la población migrante.

Tal como se expresó anteriormente, los grandes hitos normativos en relación con los migrantes han sido la [Ley 19.927 del 2006](#) y la [Ley 18.250 del 2008](#). En el decreto reglamentario de esta última, 394/009 de 2 de septiembre de 2009, Capítulo II, se hace referencia al derecho a la salud de todos los migrantes y se establece en su artículo 35 que:

(...) la irregularidad migratoria no constituirá obstáculo para el acceso a prestaciones integrales de salud a través de las entidades que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (...).

Por otra parte, el artículo 36 dispone:

El Ministerio de Salud Pública y los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud brindarán, a través de sus respectivas Oficinas de Atención al Usuario o similares, información que facilite la regularización migratoria, la que se ajustará a lo dispuesto por la Ley 18.250, su reglamentación y demás normativa vigente en la materia.

El acceso a la salud suele ser más seguro en la población migrante en situación documental regular, tanto para el nivel ambulatorio y hospitalario como para los procedimientos de medicina altamente especializada o el acceso de medicamentos de alto costo.

Un migrante que tenga dificultades para conseguir documentación puede no estar en condiciones de concurrir o llevar a su hijo a un centro de salud

en el momento oportuno, por miedo a ser detenido, reportado o expulsado (OIM, 2013).

Por lo tanto, conviene tener presente cuáles son las condiciones de documentación de la población migrante incluida en la ENIR.

Todos los informantes de las comunidades de Cuba, Perú y Venezuela que participaron de la ENIR 2018 respondieron encontrarse, al momento de la encuesta, en alguna de las condiciones que garantizan la permanencia regular dentro del territorio nacional. Solo 2 de 803 informantes incluidos en la encuesta reportaron no encontrarse en una situación documental regular al momento del relevamiento.<sup>15</sup> El acceso generalizado a la documentación —provisoria o definitiva, por residencia o refugio— permite a la mayoría de los migrantes acceder al sistema de salud uruguayo, por lo que en este contexto de acogida la situación documental no sería una barrera para el acceso a la salud.

Más allá de requerir como mínimo el certificado de residencia en trámite o la constancia de la solicitud de refugio para iniciar el trámite de cédula de identidad provisoria —documento que habilita al ejercicio pleno de los derechos en el acceso al empleo, la educación y la salud—, varios estudios cualitativos han corroborado cierta flexibilidad de los centros de atención de salud de ASSE en aquellos casos donde el inmigrante aún no ha podido acceder a su cita para iniciar la residencia (Montiel y Prieto, 2019). Esta es una ventaja destacable del Uruguay respecto al resto de la región sudamericana (CAREF y CELS, 2020) (OIM, 2018).

En un estudio cualitativo realizado en 2016 se concluía que la opinión de los inmigrantes sobre el sistema de salud es muy positiva. En todo caso las “barreras” o dificultades que reportan las personas migrantes aluden a su falta de familiarización con la organización y el funcionamiento institucional de ASSE (dispersión territorial de afiliaciones, policlínicas y hospitales), y a las diferencias en cuanto a la cultura de la asistencia en el nivel primario (Prieto Rosas, 2016). Además, una investigación cualitativa sobre migrantes venezolanos en Montevideo concluía que existe un importante desconocimiento del funcionamiento del SNIS, específicamente en lo referente al funcionamiento del corralito mutual y las opciones de prestadores Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP),<sup>16</sup> que redundan en la toma de decisiones de afiliación poco informadas (Montiel y Prieto Rosas, 2019).

---

15 Para el caso de los niños, niñas y adolescentes migrantes que conviven con informante, se encontró solo un caso en situación documental irregular al momento de la encuesta; por lo que este tampoco es un obstáculo para el acceso en esta población. Se suma a esto que un porcentaje importante ha nacido en Uruguay en las comunidades peruanas y dominicanas (74,3 y 36,1%, respectivamente).

16 Antes denominados IAMC.

Otras dimensiones relevantes para considerar en el acceso a la salud de los migrantes son: la comunicación, la continuidad de la asistencia y la confianza. En contextos de acogida donde se verifican barreras lingüísticas se dificulta la comunicación, que es indispensable para los procesos de diagnóstico y tratamiento. La continuidad de la asistencia se relaciona con el conocimiento que la persona migrante tenga de los procesos de atención dentro del sistema, que se debilitan especialmente si proceden de países con servicios de salud gravemente deteriorados (Vearey *et al.*, 2020). Este podría ser el caso de los migrantes procedentes de Venezuela, que han sufrido un proceso reciente de pauperización de su sistema sanitario o de las comunidades peruanas o dominicanas procedentes de sistemas de salud menos accesibles económicamente para el grueso de la población (Tabla 1).

Hay antecedentes que muestran cómo, ante la falta de confianza, los usuarios no recurren a servicios de salud institucionalizados o confían en los tratamientos recomendados por integrantes de sus comunidades (Vearey *et al.*, 2020), lo que es común en el contexto peruano y dominicano. Estas dimensiones se aplican a todos los usuarios en general, pero para el caso de las personas migrantes adquieren mayor importancia. La falta de costumbre o hábitos de consulta preventiva en población vulnerable y migrante es un área que ASSE está tratando de modificar mediante acciones específicas de iniciativa sanitaria (Prieto Rosas, 2016).

Por último, para que los sistemas de salud puedan brindar un acceso real y de calidad a sus usuarios, y en particular a los migrantes, es necesario que los profesionales en la salud estén capacitados para ello. Desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, dentro de los temas de capacitación a los recursos humanos en salud que se desarrollan, no ha estado en agenda la atención a personas migrantes y refugiadas. No obstante, existen varias iniciativas en centros de atención municipal y de ASSE con mayor prevalencia de población migrante —especialmente los situados en la Ciudad Vieja de Montevideo—, que por iniciativa propia se preocupan por capacitarse en este sentido o relevar información para identificar el perfil de la población recién llegada que allí se atiende. Además, existe una asociación de familiares y amigos de migrantes, Idas y Vueltas, que ha tomado el tema de consulta de enfermería intercultural y el prestador público del sistema (ASSE) ha participado en el diseño de la guía *Vivir en Uruguay* (MRREE, 2019) y ha incorporado en su sitio web información para inmigrantes y retornados<sup>17</sup> (OIM, 2018).

---

17 Disponible en: <<http://afiliaciones.asse.com.uy/documents/20181/0/Guia+de+Preguntas+Frecuentes/a1c11b6f-9c11-4b3b-8c88-dc034db27bd4>>.

## 7.1. Acceso de los adultos al sistema de salud

El acceso al sistema de salud a través de afiliación FONASA para población nativa o migrante se da cuando: se cuenta con un empleo formal; se está en seguro de paro, jubilado, pensionista; se es cónyuge, hijo, hija menor de 18 años o con alguna discapacidad de un empleador formal. Los prestadores de salud del FONASA por los que se puede optar son ASSE, IAMPP<sup>18</sup> y seguros privados (SP). Si el beneficiario no opta por ningún prestador, se le asigna de oficio ASSE. Si elige una IAMPP, deberá permanecer en esta por al menos 3 años y esperar la apertura del corralito mutual para cambiarse a otra. En cualquier momento se puede dar el cambio de una IAMPP a ASSE o a un SP (Tabla 6).

En cambio, si la persona migrante no posee cobertura FONASA, el acceso al sistema de salud puede ser de forma gratuita eligiendo ASSE<sup>19</sup> o mediante pago de bolsillo<sup>20</sup> optando por el prestador público ASSE o el sistema privado de IAMPP o SP (Tabla 6). Los servicios de ASSE son sin copago (sin tickets u órdenes), mientras que los servicios IAMPP son con copagos regulados por el MSP y los SP son con copagos no regulados.

---

18 En la encuesta denominados IAMC.

19 Para afiliarse a ASSE de forma gratuita, es preciso dirigirse a los centros de afiliación y registrarse presentando, bajo declaración jurada, una constancia de ingresos, cédula de identidad y constancia de domicilio del núcleo familiar. Posteriormente, ASSE evalúa si al solicitante le corresponde afiliación gratuita u cuota ASSE de acuerdo al monto de los ingresos.

20 También llamado pago arancel en el cuestionario de la encuesta.

**Tabla 6**
**Formas de acceso al sistema de salud**

Persona	Financiación (afiliación)	Prestadores
Trabajador formal público o privado [1]	FONASA	ASSE, IAMPP, SP
Cónyuge trabajador formal		
Hijo menor de 18 o mayor con alguna discapacidad, de trabajador formal		
Jubilado y pensionista		
Trabajador informal sin cónyuge en trabajo formal	No FONASA. Gratis (bajos ingresos)	ASSE
	No FONASA. Pago de bolsillo	ASSE, IAMPP, SP
No trabaja y no es pensionista/ jubilado	No FONASA. Gratis (bajos ingresos)	ASSE
	No FONASA. Pago de bolsillo	ASSE, IAMPP, SP
Documentación irregular	No FONASA. Pago de bolsillo/ gratuito	ASSE

Fuente: elaboración propia. Nota: [1] incluye seguro de paro por desempleo.

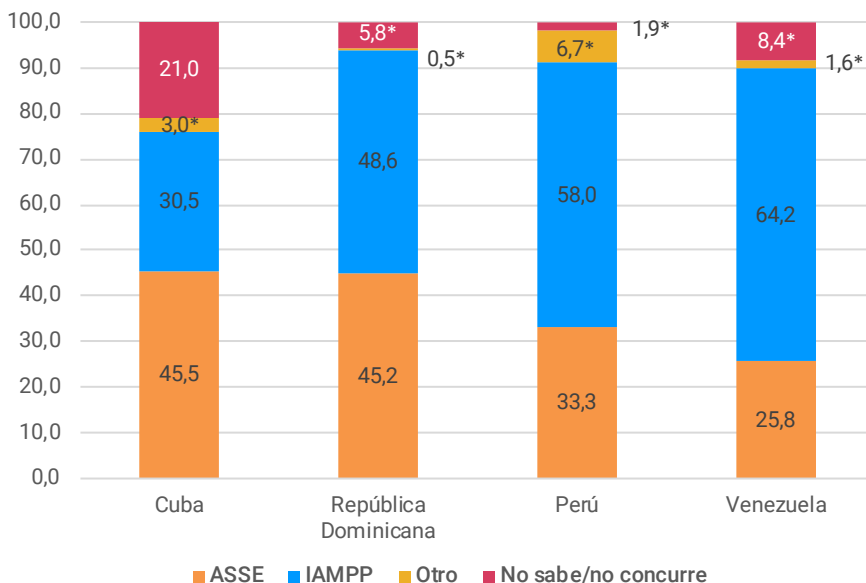
Las personas de nacionalidad extranjera sin trámite de residencia iniciado pueden afiliarse a ASSE abonando una *cuota ASSE* ([Decreto 394/09, art. 37](#)). Independientemente de la normativa, la asistencia en ASSE no se le niega a nadie, al menos a nivel de emergencia y atención hospitalaria.

La población migrante encuestada en la ENIR, en su mayoría accede a algún prestador de salud; solo en la comunidad cubana es significativo el porcentaje de personas migrantes que no concurren a un prestador o lo desconocen (Gráfico 13). En este caso, 1 de cada 5 informantes de origen cubano no concurre o desconoce a los prestadores de salud, lo que no puede dejar de asociarse a lo reciente que es este flujo migratorio al momento de la realización de la ENIR, llegando a un promedio de 1,7 años de residencia en el país (Tabla 2). Como hemos visto, la duración de la estancia en el país de acogida contribuye al conocimiento de los derechos de atención en salud y al funcionamiento del sistema y de los centros de salud donde poder recibir atención. Sin embargo, los migrantes nacidos en Venezuela, sí acceden a prestadores de salud, por más que su promedio de años de residencia en Uruguay sea 1,8 al momento de la encuesta. Para esta población migrante seguramente sean otras variables las que expliquen el acceso al sistema, que para otras investigaciones podrán identificar.

El prestador de salud más recurrente entre las personas migrantes procedentes de Venezuela, Perú y República Dominicana son las IAMPP. En cambio, alrededor del 45% de los informantes de origen cubano y de República Dominicana se atienden en ASSE (Gráfico 13).

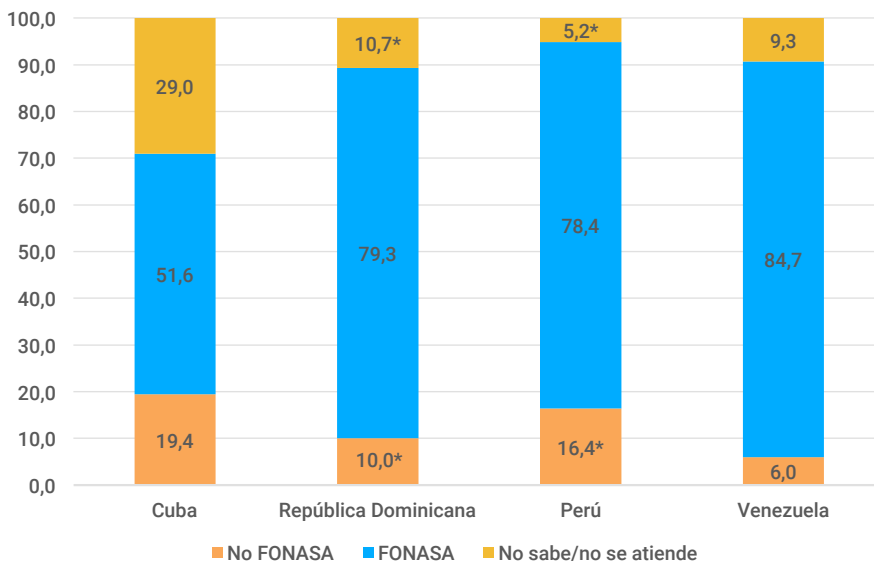
**Gráfico 13**

**Distribución porcentual de informantes por prestador de salud, según origen del informante, Montevideo, 2018**



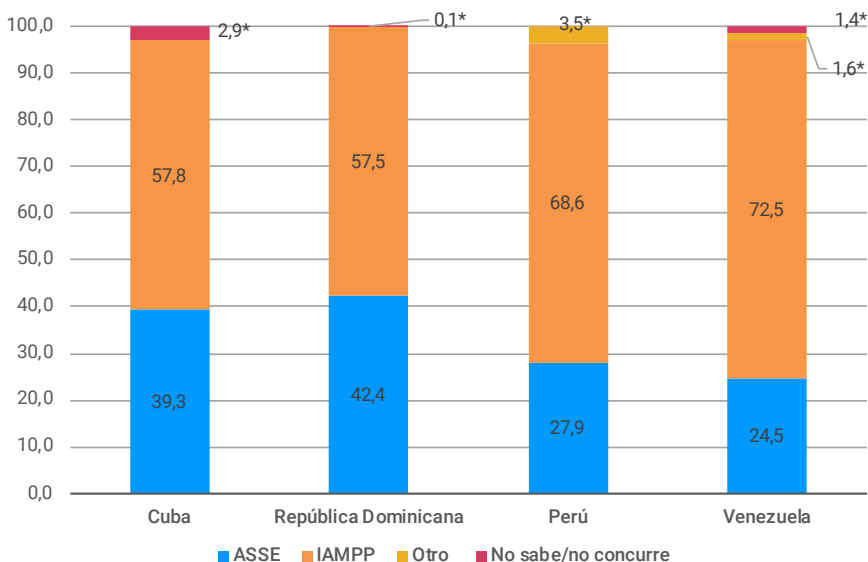
Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20.

El tipo de afiliación proviene en mayor proporción del FONASA para casi el 80% de los informantes de las comunidades participantes de la ENIR, con excepción de los informantes nacidos en Cuba, que solo en un 50% acceden al SNIS a través de FONASA. Las personas migrantes de origen peruano, a pesar de ser la más antigua en tiempo de asentamiento en Uruguay (en promedio residen hace 11,6 años en el país), no es de las comunidades con mayor afiliación FONASA (Gráfico 14).

**Gráfico 14****Distribución porcentual de informante por tipo de afiliación, según origen del informante, Montevideo, 2018**

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20. Cobertura FONASA referida por informante, No FONASA: incluye afiliación gratuita, pago de bolsillo, pago de empleador y categoría "otro".

Entre los informantes de las cuatro comunidades que tienen afiliación FONASA, dado que pueden optar entre IAMPP, ASSE y SP, se destaca la relevancia del porcentaje que elige ASSE en lugar de IAMPP o SP; seguramente orientados por la gratuidad de la atención (no se pagan órdenes ni tickets) y a que algunos centros de ASSE cercanos al lugar de residencia de la población migrante se han capacitado e implementado estrategias más adecuadas para la atención de personas de origen extranjero. Alrededor del 40% de los migrantes nacidos en República Dominicana y Cuba, y un cuarto de los informantes de origen peruano y venezolano con cobertura FONASA eligen ASSE. Este es un signo de conocimiento de los derechos y de preferencia informada (Gráfico 15).

**Gráfico 15****Distribución porcentual de informantes con afiliación FONASA (referida) por prestador de salud, según origen del informante, Montevideo, 2018**

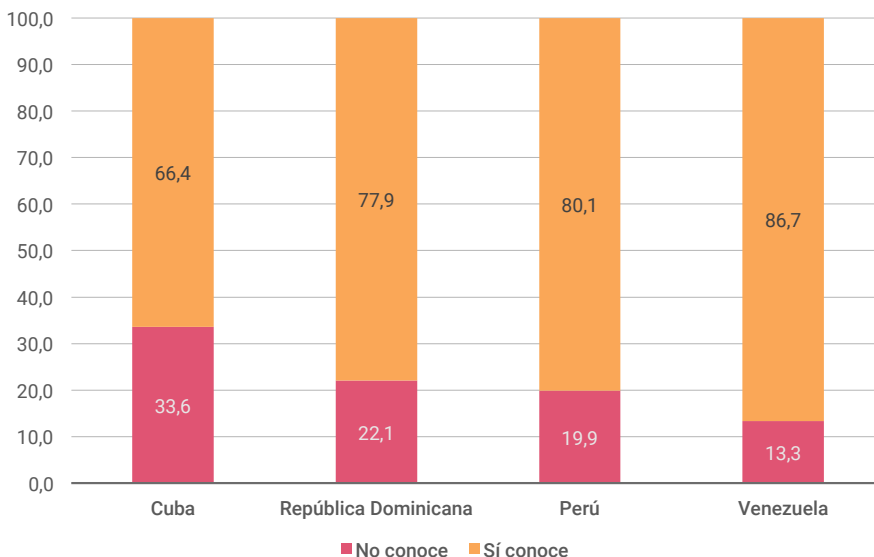
Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 77 Cuba, 150 República Dominicana, 99 Perú y 329 Venezuela. \*n<20.

La información recogida por la ENIR permite saber en qué medida la población migrante conoce el tipo de afiliación al sistema de salud al que tienen derecho. A partir de las variables de aportes a la seguridad social del empleo de mayor duración en el año de la encuesta y considerando las distintas situaciones de afiliación FONASA (Tabla 6 y Anexo 1), se estimó la cobertura FONASA y no FONASA de los informantes. Al comparar esta estimación con la referida por los respondientes, se puede ver que las personas nacidas en Venezuela son las que más conocen su situación (87%), seguidas de las comunidades de origen peruano y dominicano, con un 80% y 78% respectivamente. Un tercio de los informantes nacidos en Cuba desconoce el origen o tipo de su afiliación en salud, seguramente a consecuencia del menor tiempo promedio de residencia en el país (Gráfico 16).



**Gráfico 16**

Distribución porcentual de hogares con niños, niñas y adolescentes por conocimiento del tipo de cobertura sanitaria del informante según su origen, Montevideo, 2018



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 135 Cuba, 171 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. Conoce: coincide la cobertura FONASA/No FONASA referida con la estimada.

## 7.2. Acceso de los niñas, niños y adolescentes al sistema de salud

El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) concede al niño el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios de atención médica para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud, y enfatiza el derecho del niño a tener acceso a dicha atención médica. Cada niño tiene derecho a un nivel de vida adecuado para el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Los Estados parte deben proporcionar asistencia material y programas de apoyo a las familias necesitadas, particularmente en lo que respecta a la nutrición, ropa y vivienda (Artículo 27 de la CDN).

El acceso al SNIS de Uruguay, en el caso de población nativa y migrante infantil y adolescente, se financia por medio de FONASA o mediante afiliación

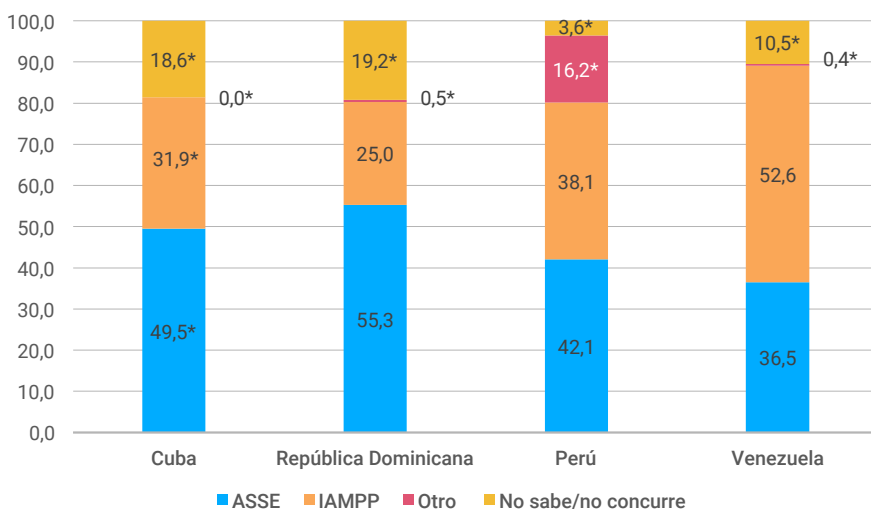
gratuita por bajos ingresos o pago de bolsillo. Los hijos de trabajadores y los adolescentes a partir de 14 años que se encuentran en el mercado laboral formal poseen cobertura FONASA (Tabla 6).

En el período 2015-2018, de acuerdo a la Encuesta Continua de Hogares (ECH) que releva hogares particulares, los grados de cobertura del SNIS son muy elevados, pero el acceso de niños y adolescentes de primera generación migrante a este sistema es inferior al constatado para los nativos y para la segunda generación migrante<sup>21</sup> (94,2% versus 99,8 correspondiente a nativos y 99,7% correspondiente a segunda generación) (Prieto Rosas y Montiel, 2020).

La ENIR ha recolectado información de los niños, niñas y adolescentes que viven en el hogar del informante, por lo que en esta sección se presenta información específica para este grupo de edad.

**Gráfico 17**

**Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante por prestador de salud en que se atiende, según origen del informante, Montevideo, 2018**



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 24 Cuba, 95 República Dominicana, 72 Perú y 120 Venezuela. \*n<20.

Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes que viven con informantes de la comunidad de República Dominicana se atienden en ASSE, mientras que un cuarto lo hace en las IAMPP. Dos tercios del total se afilian a

21 Niños, niñas y adolescentes de primera generación: quien nació en otro país y llegó a vivir a Uruguay antes de cumplir 18 años; y segunda generación: quien nació y creció en el país al que migraron sus padres, pero tiene una experiencia indirecta de movilidad a través de la migración experimentada por ellos, que llegaron a vivir a Uruguay antes de que ocurra el nacimiento de los niños.

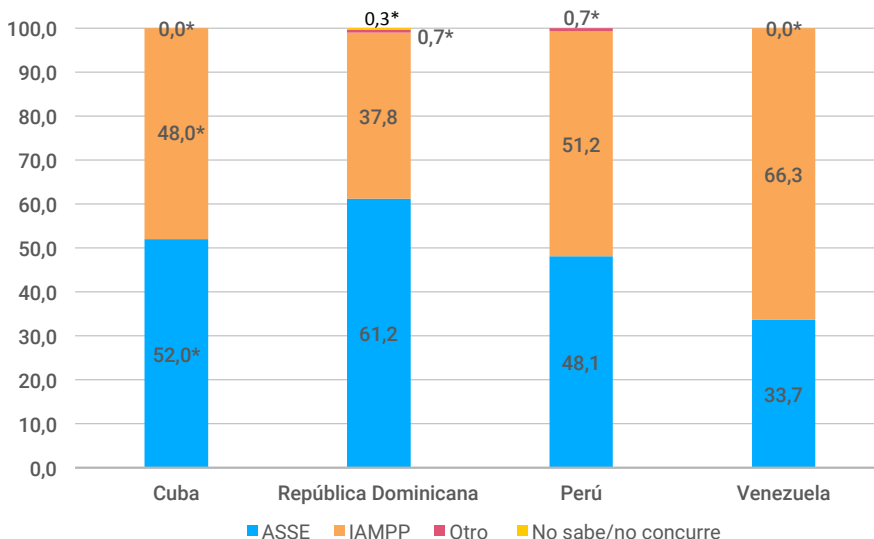
través de FONASA y un 61% de estos elige al prestador público ASSE. Para la población infantil y adolescente que vive con informantes de origen peruano, si bien la mayor proporción se atiende en ASSE, la diferencia porcentual con la IAMPP es menor a la encontrada en la comunidad dominicana. Un 74% de esta población infantil y adolescente tiene cobertura por FONASA, distribuyéndose aproximadamente la mitad en ASSE y la otra mitad en IAMPP. Para el grupo de niños, niñas y adolescentes que viven con informantes de origen venezolano, la relación IAMPP-ASSE se da a la inversa que las otras comunidades, teniendo más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes acceso a las IAMPP y un 36,5% a ASSE. El 77% tienen cobertura FONASA y, de estos, dos tercios eligen IAMPP (Gráficos 17 y 18).

Para las comunidades de origen dominicano, peruano y venezolano, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que acceden a IAMPP es menor al de los informantes. Por otro lado, es mayor el porcentaje de elección de ASSE en población infantil y adolescente cuando se tiene cobertura FONASA, que cuando se tiene esta cobertura en la población de informantes. Como se mostró en la sección de características sociodemográficas vinculadas a la salud de las personas migrantes, el número medio de habitaciones para dormir en las viviendas era mayor en hogares con población infantil y adolescente, que sin ella. Podrían existir otras características de vulnerabilidad en los hogares con niños, niñas y adolescentes, que hagan optar por un prestador sin costos de atención, como es ASSE.

No se obtuvieron la cantidad de casos necesarios para analizar la situación de acceso a la salud de niños, niñas y adolescentes que viven con informantes de origen cubano, ni se puede concluir sobre el porcentaje que no sabe o no concurre a prestador de salud para ninguno de los cuatro orígenes.

**Gráfico 18**

Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes con cobertura FONASA que viven con informante por tipo de prestador de salud en que se atienden, según origen de informante, Montevideo, 2018

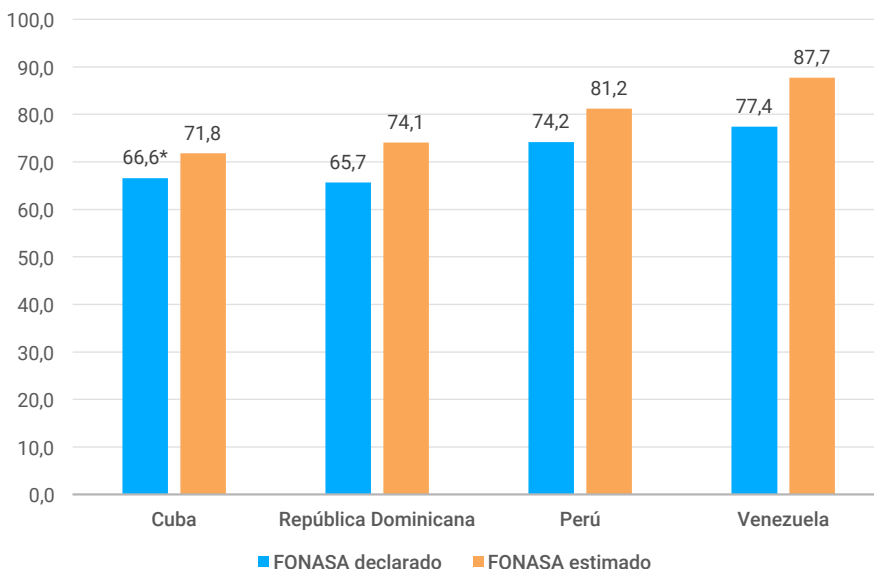


Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 15 Cuba, 66 República Dominicana, 56 Perú y 91 Venezuela. \*n<20. Cobertura FONASA declarada.

A partir de la situación laboral (aportes a la seguridad social) de los padres de los niños, niñas y adolescentes que viven con el informante, se estimó la cobertura FONASA (Anexo 1). Las estimaciones de niños, niñas y adolescentes con cobertura FONASA resultaron superiores a las reportadas en la encuesta; llegando a una diferencia de 10 puntos porcentuales para el caso de la comunidad de origen venezolano (Gráfico 19). Las distintas opciones de asistencia y el funcionamiento general del SNIS no son tan evidentes para quien recién llega (Montiel y Prieto, 2019), como es el caso de las comunidades venezolana y cubana.

**Gráfico 19**

**Comparación de distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante con cobertura FONASA declarada y estimada, Montevideo, 2018**



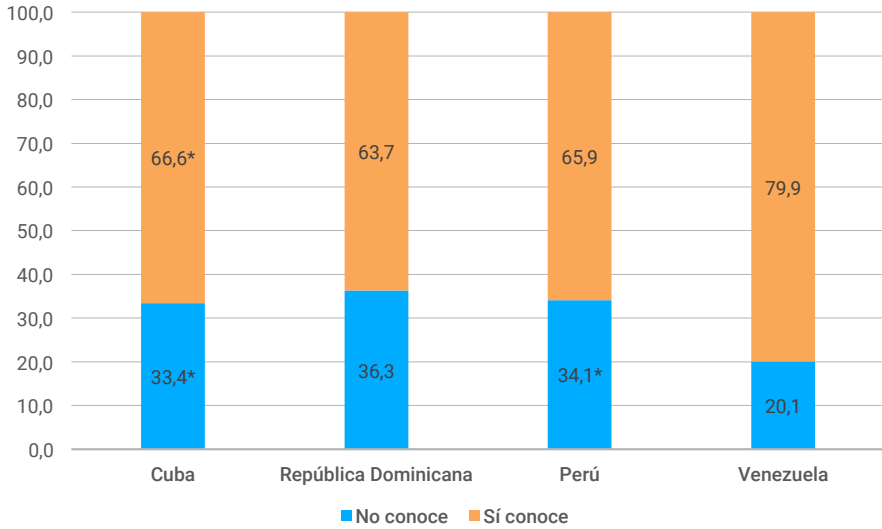
Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 24 Cuba, 95 República Dominicana, 72 Perú y 120 Venezuela. \*n<20. Cobertura FONASA declarada: reportada en la ENIR por informante, sobre afiliación de niños, niñas y adolescentes que viven con él.

Cuando la estimación de tipo de cobertura coincide con la reportada en la encuesta, se considera que la persona migrante conoce su tipo de cobertura.<sup>22</sup> El porcentaje de niños, niñas y adolescentes que viven con el informante cuyo tipo de cobertura se conoce es inferior al encontrado para el caso de los adultos referentes (Gráficos 20 y 16), lo que puede estar mostrando un menor conocimiento de las formas de acceso al sistema de salud de los niños, niñas y adolescentes.

22. Para el caso de niños, niñas y adolescentes, es el informante quien reporta y conoce el tipo de afiliación.

**Gráfico 20**

Distribución porcentual de niños, niñas y adolescentes que viven con informante por conocimiento del tipo de cobertura, según origen del informante, Montevideo, 2018



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 24 Cuba, 92 República Dominicana, 72 Perú y 116 Venezuela. \*n<20. Conoce: coincide su situación FONASA/NO FONASA del niño, niña o adolescente referida por el informante con la estimada.

---

**A modo de síntesis:**

- Si bien el acceso a la salud en Uruguay no es un problema en la población migrante y no existen barreras de documentación irregular, se evidencia un desconocimiento del tipo de cobertura (FONASA/No FONASA). Esto concuerda con otros antecedentes sobre el tema y se acentúa para el caso de los niños, niñas y adolescentes que viven con el referente migrante.
- El 21% de los informantes de origen cubano tiene algún problema de acceso al prestador, ya sea porque no han hecho un uso de este o por desconocerlo. Además, solo la mitad reporta tener cobertura FONASA y 1 de cada 3 no coincide la cobertura que reporta (FONASA u otro tipo) con la estimada a partir de su situación laboral. A pesar de proceder de un sistema de salud de referencia, parece ser la comunidad con menor conocimiento del sistema de salud de acogida, lo que podría atribuirse al reducido tiempo que, en promedio, lleva en el país la población de este origen.
- El prestador público ASSE es de gran relevancia para la atención de migrantes cubanos y dominicanos, aun teniendo la posibilidad de elegir una IAMPP a través de FONASA. La gratuidad de la atención (no se pagan órdenes ni tickets), así como la cercanía al lugar de residencia de los migrantes a centros preparados para la atención de personas de origen extranjero, podrían explicar esta elección. La elección por ASSE es proporcionalmente mayor en el grupo de niños, niñas y adolescentes de cada comunidad que la de los informantes, aun teniendo cobertura FONASA.
- Por el número de niños, niñas y adolescentes relevados para la comunidad cubana, no se pueden sacar conclusiones más que la carga de niños, niñas y adolescentes que viven con informante es menor que para el resto de las comunidades.

## 8. Síntesis

Uruguay cuenta con normativa vigente que reconoce el derecho a la salud de los migrantes y refugiados, así como con un sistema de salud universal, equitativo, solidario, con disponibilidad de recursos materiales y humanos, que se refleja en los indicadores de resultados de salud, como ser cobertura prenatal y mortalidad infantil.

La ENIR, realizada en 2018, permite conocer algunas características del estado de salud de las personas migrantes recientes de la ciudad de Montevideo desde una óptica de derechos y determinantes sociales de la salud, que se distinguen en cuatro grandes áreas: el ambiente social, la organización de los servicios de salud, el estilo de vida particular y la biología humana.

En este documento se consideran los principales grupos de determinantes sociales de la salud que habitualmente se incluyen en los análisis de la salud de las poblaciones. Esta síntesis presenta los principales hallazgos sobre informantes adultos nacidos en Cuba, República Dominicana, Perú y Venezuela, y la salud de los niños, niñas y adolescentes que viven con dichos informantes.

Las personas adultas informantes **migrantes provenientes de Cuba** son mayoritariamente jóvenes, de sexo masculino y se destacan por su alto nivel educativo (el que no se condice con la proporción de desempleados/desocupados y ocupaciones manuales). De las comunidades estudiadas, es la que menor tiempo promedio hace que está en el país.

El estado de salud al momento de la encuesta es valorado mayormente como positivo por las personas de origen cubano, sobre todo los varones, las personas jóvenes y las más educadas; que, de hecho, reportan mejores valores en comparación con las otras comunidades. El porcentaje de informantes de este origen que valora como buena o excelente su salud, previo a venirse a vivir a Uruguay, es levemente superior que el reportado respecto al momento de la encuesta.

Cuba se encuentra en una etapa muy avanzada de la transición demográfica, los porcentajes de mortalidad por ENT respecto a la mortalidad total son de gran magnitud. Los informantes de la ENIR de origen cubano muestran los mayores porcentajes de fumadores actuales, incluso superior a la preva-



lencia nacional de Uruguay. La edad promedio de inicio del tabaquismo es de 18,6 años (la más alta de las cuatro comunidades analizadas) y todos los informantes que habían fumado lo hicieron antes de su llegada a Uruguay. Participan en un bajo porcentaje de actividades deportivas y casi la mitad tiene al menos un factor de riesgo o ENT.

Los migrantes cubanos provienen de un país con un sistema de salud de referencia en la región, pero al llegar a Uruguay, 1 de cada 5 informantes no sabe o no ha concurrido al sistema de salud. De las cuatro comunidades, los informantes de origen cubano son los que tienen menor cobertura FONASA y los que menos conocen su forma de afiliación al SNIS de Uruguay. El prestador ASSE es de gran relevancia, siendo elegido por casi la mitad de los informantes nacidos en Cuba y por el 40% de quienes poseen cobertura FONASA.

Respecto a las **personas migrantes de origen peruano**, más de la mitad de los informantes son mujeres, mayores de 45 años y, en promedio, llevan más de 11 años en el país.

Las personas migrantes nacidas en Perú tienen, en su mayoría, una valoración favorable de su estado de salud, sobre todo antes de su llegada a Uruguay; pero se aprecia una incidencia no despreciable de opiniones negativas: 1 de cada 4 personas presenta esta valoración al momento de la encuesta. Los informantes varones de esta comunidad, mayores de 45 años, con mayor nivel educativo, valoran en mayor medida su estado de salud actual de manera favorable.

Perú se encuentra en una etapa de transición demográfica moderada, donde el porcentaje de mortalidad por ENT respecto a la mortalidad total es de gran magnitud. La prevalencia de fumadores actuales es de 13,7% (2015) y se ubica en un lugar intermedio en la región de las Américas. En la ENIR no se identificó suficiente cantidad de fumadores actuales que permita sacar otras conclusiones, pero un 35% de los informantes habían fumado alguna vez teniendo como edad de inicio los 18 años, mientras que el 97% indicó haber fumado antes de su llegada a Uruguay.

Ocho de cada 10 informantes nacidos en Perú no participan en actividades deportivas grupales, porcentaje similar al de las otras comunidades, y 4 de cada 10 tienen al menos un factor de riesgo o ENT.

El sistema de salud de Perú presenta un bajo gasto per cápita y un alto gasto de bolsillo, lo que genera inequidades y un acceso reducido a los servicios de salud. La densidad de médicos por cada 10.000 habitantes es de las menores en comparación con los otros países de origen y con Uruguay. No obstante, aún mantienen una buena cobertura de atención prenatal, pero la tasa de mortalidad infantil es de dos dígitos. En contraste, el sistema de

salud uruguayo tiene mayores ventajas para los migrantes nacidos en Perú. Nueve de cada 10 informantes de la ENIR se encuentran afiliados al SNIS, en su mayoría a alguna IAMPP y a través del FONASA. Sin embargo, las personas migrantes de origen peruano, a pesar de ser las más antiguas en tiempo de asentamiento en Uruguay, no son las que presentan mayor afiliación a FONASA. El 80% de los informantes conocen su tipo de afiliación.

La población infantil y adolescente que vive con informantes de la comunidad peruana es mayormente masculina y se encuentra en el tramo etario de 5 a 17 años. Dos tercios de ellos realizan alguna actividad deportiva fuera del horario escolar. Es probable que ello se deba al mayor tiempo promedio de esta comunidad en Uruguay, que genera más conocimiento de las actividades recreativas y deportivas existentes. Si bien la mayor proporción de niños, niñas y adolescentes que viven con informante de origen peruano se atiende en ASSE, la diferencia porcentual con los que optaron por IAMPP es menor a la encontrada en las otras comunidades. Un 74% de esta población infantil y adolescente tiene cobertura por FONASA, distribuyéndose aproximadamente la mitad en ASSE y la otra mitad en IAMPP. El prestador público tiene un rol de mayor relevancia en esta subpoblación, más que en los adultos. Para 2 de cada 3 niños, niñas y adolescentes, el informante adulto conoce el tipo de cobertura que tienen ellos y ellas.

De los informantes **migrantes nacidos en República Dominicana**, más de la mitad son mujeres y mayormente jóvenes empujados en ocupaciones manuales. En las viviendas que habitan junto a niños, niñas y adolescentes, el número medio de habitaciones para dormir se encuentra por encima del umbral de hacinamiento medio, cosa que no ocurre en las viviendas sin población infantil y adolescente, lo cual se constituye como un factor ambiental clave a tener en cuenta, puesto que puede poner en riesgo la salud.

Los informantes de origen dominicano poseen una valoración positiva de su estado de salud actual, proporción que es un poco mayor antes de la llegada a Uruguay o si se encuentran en el país hace menos de un año. Los informantes varones, mayores de 45 años y con mayor nivel educativo, valoran en mayor medida como favorable su estado de salud actual.

República Dominicana se encuentra en una etapa moderada de transición demográfica, donde las ENT pasan a tener mayor protagonismo. La prevalencia de fumadores actuales es de 13,8% (2015) y se ubica en un lugar intermedio en la región de las Américas. Un 15% de los informantes de origen dominicano había fumado alguna vez, teniendo comparativamente la edad de inicio más baja (16,5 años). Un 83% de los informantes de esta comunidad no participa

de actividades deportivas grupales y 3 de cada 10 informantes dominicanos tienen al menos una ENT o factor de riesgo.

Por otra parte, República Dominicana posee un sistema de salud con un gasto en salud per cápita en dólares y un gasto de bolsillo altos. La densidad de enfermeras por cada 10.000 habitantes es la menor en comparación con los demás países de origen y con Uruguay. Se destaca una tasa de mortalidad infantil alta (25/00). Con respecto a República Dominicana, Uruguay proporciona mejores condiciones de acceso al sistema de salud y se encuentra que 9 de cada 10 informantes de origen dominicano acceden a algún prestador, que eligen casi en partes iguales entre una IAMPP o ASSE. El tipo de afiliación es mayormente FONASA y dentro de los que tienen esta financiación, un 40% elige ASSE.

De los niños, niñas y adolescentes que viven con los informantes de la comunidad dominicana, más de la mitad son varones y la mitad son menores de 5 años, lo que implica una mayor tasa de atención a los centros de salud por ser edades en que requieren un mayor seguimiento de su crecimiento y estado de desarrollo.

Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes que viven con informantes de la comunidad de República Dominicana se atienden en ASSE, mientras que un cuarto lo hace en las IAMPP. Dos tercios del total se afilian a través de FONASA y un 61% de estos elige al prestador público ASSE, porcentajes superiores a los encontrados en la población adulta. Para 1 de cada 3 niños y niñas que conviven con la persona informante, esta última no conoce el tipo de afiliación a la salud que tienen. La gran mayoría no participa de actividades deportivas fuera del horario escolar.

Por último, la ENIR permitió identificar algunas características de los **migrantes nacidos en Venezuela**. Más de la mitad de los informantes son mujeres, mayormente jóvenes con nivel educativo alto, lo que no condice con la proporción y el tipo de trabajo que realizan. Es la comunidad de migrantes, junto a la cubana, de menor tiempo promedio en Uruguay (1,8 años).

Los informantes de origen venezolano tienen, en su mayoría, una valoración del estado de salud actual bueno o excelente, porcentaje que es levemente superior a la valoración que realizaban de su estado de salud antes de su llegada a Uruguay. La valoración favorable al estado de salud actual se da principalmente en mujeres y en adultos de 45 años y más.

Venezuela se encuentra en una etapa de transición demográfica moderada y, por tanto, las ENT tienen un gran peso en esa población. La prevalencia de fumadores actuales adultos, de acuerdo con los últimos datos disponibles del 2011, tiene valores similares a los de Uruguay (2017), los que concuerdan

con el porcentaje de informantes de origen venezolano de la ENIR que fuman actualmente (19%). El 45% de los informantes de esta comunidad fumaron alguna vez, siendo el valor más alto en comparación con las otras comunidades, con una edad promedio de inicio de las más altas (19,1 años), y el 93% indicó haber fumado antes de la llegada a Uruguay. Ocho de cada 10 informantes de este origen no participan en actividades deportivas grupales y un 44% tiene al menos un factor de riesgo o una ENT.

El sistema de salud venezolano viene decayendo en los últimos años, identificándose un bajo gasto en salud per cápita, una baja razón de camas hospitalarias y escasos recursos humanos de salud, con la consecuencia de una alta tasa de mortalidad infantil. Por el contrario, el SNIS de Uruguay brinda mayores garantías para esta población. La gran mayoría de los informantes se encuentran afiliados a una IAMPP, cuentan con la mayor proporción de financiamiento FONASA de las comunidades estudiadas y, dentro de estos, la mayoría opta por una IAMPP. Entorno al 80% de los informantes conoce su forma de afiliación, que, en conjunto con las otras variables estudiadas, parecería indicar un conocimiento alto del sistema de salud uruguayo, más allá del corto tiempo de residencia promedio.

De los niños, niñas y adolescentes que conviven con informantes nacidos en Venezuela, más de la mitad son mujeres y un cuarto corresponden al tramo de mayor tasa de utilización del sistema de salud. Más de la mitad de esta población infantil y adolescente tiene acceso a un prestador IAMPP y solo una tercera parte se asiste en ASSE. Las IAMPP son mayormente elegidas para esta subpoblación, sobre todo cuando se cuenta con cobertura FONASA, pero proporcionalmente es menor que la encontrada en los adultos. Ello parecería indicar que las distintas opciones de asistencia y funcionamiento del SNIS para los niños, niñas y adolescentes no son tan evidentes, llegando a un 20% los que no conocen su tipo cobertura.

Un 61% de los niños, niñas y adolescentes que conviven con migrantes de origen venezolano no realizan actividades deportivas fuera del horario escolar. Si bien los casos de la ENIR no son suficientes para arrojar conclusiones sobre el estado nutricional de esta población (sobrepeso, anemia, desnutrición y retraso del crecimiento), se conoce por medio de los estudios de la FAO que la prevalencia de subalimentación para los años 2017-2019 afecta al 31,4% de la población en Venezuela, considerándose uno de los países con rezagados en seguridad alimenticia y nutrición, junto con Haití (FAO *et al.*, 2020). En esta situación pudieron haberse encontrado algunos de los niños, niñas y adolescentes migrantes de Venezuela, lo que preocupa especialmente si se tiene en cuenta que la desnutrición en los primeros años de vida provoca

cambios en la fisiología y el metabolismo, impidiendo el crecimiento físico y aumentando el riesgo de desarrollar obesidad y de padecer ENT en el futuro.

Este informe, si bien se basa en el análisis de la ENIR, que posee como limitante una muestra relativamente reducida de niños, niñas y adolescentes que conviven con el informante, de todos modos, proporciona información válida y relevante para acercarse a la situación de salud de estos migrantes recientes. Queda para futuras investigaciones ahondar en temas tales como las barreras no legales (por ejemplo, culturales y de socialización institucional) que los migrantes tienen al acceso y la atención de la salud, cuán preparados están los recursos humanos en el sistema de salud para abordar la atención a los migrantes, así como la salud mental y su vínculo con las etapas del proceso migratorio más allá de diagnósticos confirmados o patologías graves.

## 9. Bibliografía

- Bengochea, J. y Madeiro, V. (2020). *Acceso a la vivienda adecuada de las personas migrantes en la ciudad de Montevideo*. Disponible en: [https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/INFORME\\_VIVIENDA\\_WEB.pdf](https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/INFORME_VIVIENDA_WEB.pdf).
- Cabieses, B.; Gálvez, P. y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a la decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 35(2), pp. 285-291.
- CAREF y CELS (2020). *Laberintos de papel. Desigualdad y regularización migratoria en América del Sur*. Disponible en: [https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/CELS\\_Migrantes\\_digital\\_Final-1.pdf](https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/CELS_Migrantes_digital_Final-1.pdf).
- FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF (2020). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020. Seguridad alimentaria y nutricional para los territorios más rezagados*. Disponible en: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb2242es>.
- FAO, OPS, WFP y UNICEF (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>.
- Fernández Galeano, M.; Levcovitz, E. y Olesker, D. (2015). *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*. Montevideo: OPS. Disponible en: <https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/ECONOMIA%20POLITICA%20PARA%20EL%20ACCESO%20Y%20LA%20COBERTURA%20UNIVERSAL.pdf>.
- Fernández Soto, M.; Grande, R.; Bengochea, J.; Scotti, C. M. y Prieto Rosas, V. (2020). *Dinámicas familiares de las personas migrantes en la ciudad de Montevideo*. Serie de Informes Temáticos con base en la Etnoencuesta de Inmigración Reciente. Montevideo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Uruguay; Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; Observatorio de Movilidad, Infancia y Familia en Uruguay. Disponible en: [https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/INFORME\\_FAMILIA\\_WEB.pdf](https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/INFORME_FAMILIA_WEB.pdf).

- Freitez, A. (2019). Crisis humanitaria y migración forzada desde Venezuela. En: L. Gandini, F. Lozano Ascencio y V. Prieto (eds.). *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (pp. 33–58). Ciudad de México: UNAM. Disponible en: <<https://www.sdi.unam.mx/docs/libros/SUDIMER-CyMdPV.pdf>>.
- Frenk, J.; Bobadilla, J.; Stern, C.; Frejka, T. y Lozano, R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), pp. 21-38.
- Galyin, D. S. y Kates, J. (1997). Refocusing the lens: epidemiological transition theory, mortality differentials, and the AIDS pandemic. *Social Science and Medicine*, 44(5), Pergamon Press.
- GATS (2017). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA o GATS, por su sigla en inglés)*. Disponible en: <<https://ine.gub.uy/emta2017>>.
- INE y MSP (2019). *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. GATS Uruguay 2017*. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the healgh of cannadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. Disponible en: <<https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>.
- Lentini, M. y Palero, D. (1997). El hacinamiento: la dimensión no visible del déficit habitacional. *Revista INVI*, 12(31), pp. 23-32. Disponible en: <<https://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/62068>>.
- Montiel, C. y Prieto, V. (2019). Garantizada la protección jurídica, otros son los desafíos. Venezolanos en la ciudad de Montevideo. En: L. Gandini, F. Lozano Ascencio y V. Prieto (eds.). *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*, pp. 235-258. Ciudad de México: UNAM. Disponible en: <<https://www.sdi.unam.mx/docs/libros/SUDIMER-CyMdPV.pdf>>.
- MRREE (2019). *Vivir en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Relaciones Exteriores de Uruguay. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-relaciones-exteriores/comunicacion/publicaciones/vivir-en-uruguay>.
- OIM (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Disponible en <<https://publications.iom.int/es/books/migracion-internacional-salud-y-derechos-humanos-0>>.
- OIM (2018). Evaluación del Acuerdo de Residencia del Mercosur y su incidencia en el acceso a derechos de los migrantes. *Cuadernos migratorios 9*. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en: <[https://robuenosaires.iom.int/sites/robuenosaires/files/publicaciones/Cuaderno\\_9-Evaluacion\\_del\\_Acuerdo\\_de\\_Residencia\\_del\\_MERCOSUR.pdf](https://robuenosaires.iom.int/sites/robuenosaires/files/publicaciones/Cuaderno_9-Evaluacion_del_Acuerdo_de_Residencia_del_MERCOSUR.pdf)>.

- OMS (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020* Disponible en: <[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf)>.
- OMS (2019). *Apéndice 11.1 WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use*. Disponible en: <<https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/who-report-on-the-global-tobacco-epidemic-2019>>.
- OMS (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Celebrada en Nueva York el 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, n.º 2: 100.
- OPS (2019). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287\\_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y)>.
- PLISA-OPS/OMS (s. d.). *PLISA Data. Visualización de indicadores*. Disponible en: <<https://www3.paho.org/data/index.php/es/visualizacion.html>>.
- Prieto Rosas, V. (2016). *El Acuerdo de residencia y el acceso a derechos de los migrantes. Informe Uruguay*. No publicado.
- Prieto Rosas, V. y Márquez Scotti, C. (2019). *Inclusión social de inmigrantes recientes que residen en viviendas particulares de Uruguay*. Documento n.º 4. Montevideo: Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Disponible en: <<https://hdl.handle.net/20.500.12008/23222>>.
- Prieto Rosas, V. y Montiel, C. (2020). *Inclusión social de niños, niñas y adolescentes vinculados a la inmigración en Uruguay*. Montevideo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Uruguay; Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; Observatorio de Movilidad, Infancia y Familia en Uruguay. Disponible en: <[https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/Inclusion-Social-inmigracion-Uruguay\\_web.pdf](https://omif.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/Inclusion-Social-inmigracion-Uruguay_web.pdf)>.
- Vearey, J.; Hui, C. y Wickramage, K. (2020). Migración y salud: cuestiones actuales, gobernanza y lagunas en los conocimientos. *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020*. Disponible en: <[https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020\\_es\\_ch\\_7.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es_ch_7.pdf)>.



## 10. Anexos

### Anexo 1. Aclaraciones metodológicas.

Las bases de datos ENIR se encuentran disponibles en <https://lamp.opr.princeton.edu/uruguay/uy-home-es.htm>.

Estas bases contienen información de los migrantes de origen cubano, dominicano, peruano y venezolano que viven en Montevideo. Las entrevistas se llevaron a cabo durante el segundo semestre del 2018 y primeros meses del 2019 en la ciudad de Montevideo. Se **encuestaron a 803 informantes** mayores de 18 años de los cuatro orígenes, recopilándose datos sobre todos los integrantes de su hogar y en especial acerca de hijos, hijas y cónyuge (viva con el informante o no). La base de personas contiene **2.219 integrantes de la unidad familiar** (incluido el informante). El ponderador utilizado es RDS2, el cual no tiene propiedades de expansión, pues no conocemos el tamaño real de la población a la que se podría expandir y es aplicado para cada comunidad. Se toma como criterio metodológico para ponderar por comunidad, que los valores absolutos de cada celda sean 20 o más casos. Se presentan principalmente porcentajes y promedios, y se conforman índices vinculados a las dimensiones estudiadas.

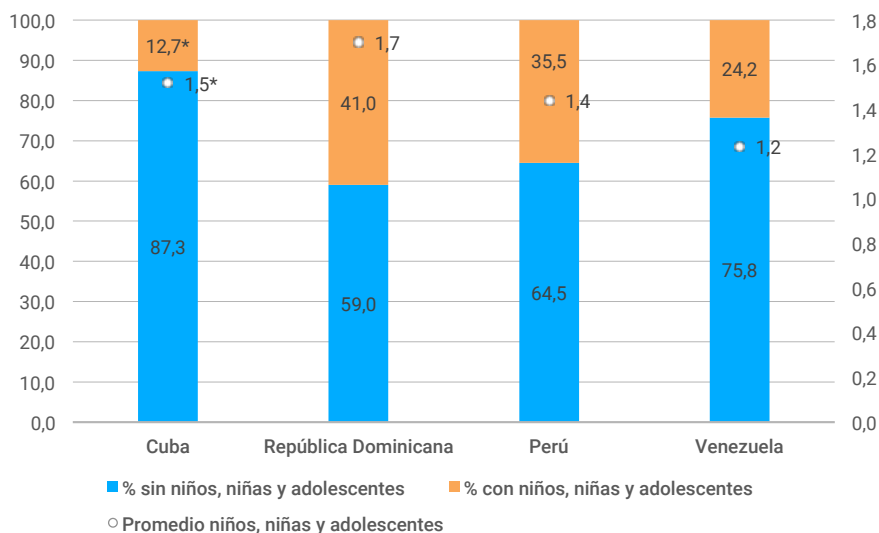
Las **unidades de análisis** para este trabajo serán, por un lado, personas migrantes que viven en la ciudad de Montevideo y son nacidas en Cuba, República Dominicana, Perú o Venezuela, residentes en Montevideo en 2018, que fueron informantes de la ENIR. Por otro lado, los niños, niñas y adolescentes que viven con el informante, es decir, el subgrupo de los niños, niñas y adolescentes que han migrado al Uruguay o que habiendo nacido en Uruguay conviven con un referente adulto migrante o refugiado de los cuatro orígenes. Nos referiremos a este subgrupo “niñez vinculada a la inmigración extranjera”. De acuerdo con Prieto Rosas y Montiel (2020); “hay entre 22 mil y 27 mil niños, niñas y adolescentes que se vinculan de modo directo o indirecto a otras formas de migración internacional que convocan a las y los uruguayos retornados y a sus hijos e hijas.”

Según los datos recabados por medio de la ENIR, el 41% de los informantes de origen dominicano, el 35,5% de los migrantes nacidos en Perú y el 24,2% de

los de origen venezolano conviven con al menos un menor de edad, que, en su mayoría, son hijos. Quedan por fuera de este estudio los hijos de informantes que no viven con el informante, tanto si residen en Uruguay como en el extranjero, fenómeno que se da sobre todo para las personas de las comunidades de origen dominicano y cubano (ver [Fernández Soto et al., 2020](#)). Los informantes que viven con niños, niñas y adolescentes de las cuatro comunidades, conviven como mínimo con 1 y como máximo encontramos informantes con 2, 4, 3 y 3 niños, niñas y adolescentes para las comunidades cubanas, dominicanas, peruanas y venezolanas respectivamente. Los informantes que viven con niños, niñas y adolescentes de República Dominicana tienen en promedio 1,7 niños, niñas y adolescentes que viven con ellos, mientras que este promedio es de 1,4 para Perú y de 1,2 para Venezuela (Gráfico A1)

**Gráfico A1**

**Distribución porcentual de personas migrantes por convivencia con niños, niñas y adolescentes, y número promedio de estos, según origen del informante, Montevideo, 2018**



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. Promedio de niños, niñas y adolescentes: promedio de niños, niñas y adolescentes que conviven con informantes. n: 16 Cuba, 59 República Dominicana, 47 Perú y 89 Venezuela. \*n<20.

Para la **estimación de cobertura FONASA del informante** se tomó la información de la variable aporte a la seguridad social del empleo de mayor duración en el año de la encuesta, tanto del informante como del cónyuge en el caso de trabajar en Uruguay (base LIFE y SPOUSE). Si alguno de los dos contaba con aporte, corresponde una cobertura FONASA, de acuerdo con la

normativa vigente del país. Cuando esta estimación coincide con la reportada por el informante, se conforma la categoría “**conoce tipo de cobertura**”, si no coincide o el informante responde que no sabe o no se atendió, será “**no conoce tipo de cobertura**”. Se excluyen los casos en que no se puede estimar el tipo de cobertura.

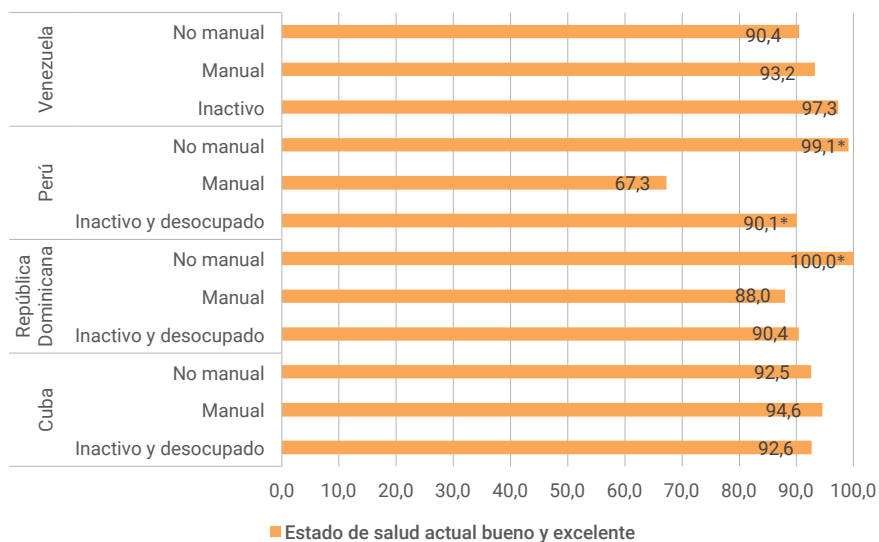
Para la estimación de **cobertura FONASA para niños, niñas y adolescentes**, se le asignó la estimación de cobertura FONASA del informante siempre que fuera hijo, hija, hijastra, hijastro o cónyuge del informante. Para los 14 casos de los 311 niños, niñas y adolescentes que conviven con informante con otro parentesco no se pudo estimar el tipo de cobertura (sin dato).

Para **actividades deportivas fuera del horario escolar** en niños, niñas y adolescentes, se tomó la pregunta realizada a los informantes: “¿Los menores de 18 años hacen actividades deportivas fuera del hogar escolar?”, asignándosele a todos los niños, niñas y adolescentes que conviven con él la respuesta genérica dada por el informante.

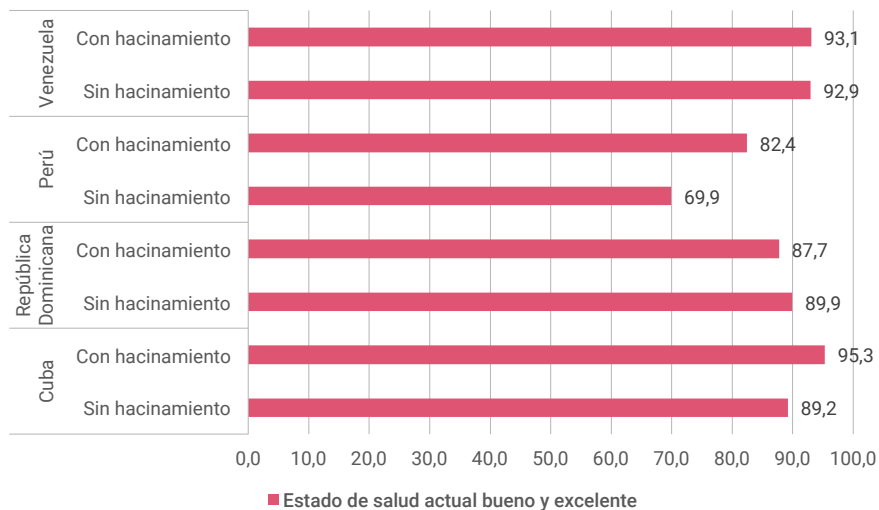
## Anexo 2. Gráficos complementarios sección 5. “Autovaloración del estado de salud”

**Gráfico A2**

**Distribución porcentual de informantes por estado de salud actual y ocupación, según origen del informante, Montevideo, 2018**



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 135 Cuba, 171 República Dominicana, 124 Perú y 368 Venezuela. \*n<20. Actual: al momento de la encuesta.

**Gráfico A3****Distribución porcentual de informantes por estado de salud actual y hacinamiento, según origen del informante, Montevideo, 2018.**

Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. Actual: al momento de la encuesta. Con hacinamiento: número medio de personas por habitaciones para dormir mayor o igual a 2.

## **Anexo 3. Gráficos complementarios sección 6. Factores de riesgo y enfermedades no transmisibles**

### **Hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias**

Respecto de la prevalencia de hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias, no podemos hacer un análisis comparado entre las comunidades utilizando la ENIR, dado que los números de casos no superan el número mínimo necesario por comunidad (55 personas migrantes respondieron tener diagnóstico de hipertensión, 24 diabetes y 72 enfermedad pulmonar crónica o asma). Con los niños y adolescentes que viven en el hogar, acorde a lo esperado, dado que las ENT son enfermedades de mayor prevalencia en adultos, no se encontraron niños y adolescentes que respondieron tener diagnóstico de hipertensión o diabetes, solo 1 caso respondió tener una cardiopatía y 17 casos poseen diagnóstico de asma.

### **Salud mental**

La dimensión relacionada a la salud mental posee una particular implicancia para las personas migrantes, “la migración implica una serie de eventos estresantes como la adaptación a un nuevo país, la discriminación y la lejanía de los seres queridos, problemática conocida como estrés aculturativo”(Cabiezes *et al.*, 2018). Es por esto por lo que la salud pública necesita enfrentarse al vínculo entre la migración y la salud mental, asociada la primera a problemas de ansiedad, estrés e incluso depresión, requiriendo sistemas de salud capaces de apoyar psicosocialmente a quienes lo necesitan. En base a esto, cobra importancia cuestionarse si los migrantes desarrollan enfermedades mentales a raíz de la experiencia migratoria, o si la separación familiar en niños, niñas y adolescentes y adultos lleva a una percepción de salud mala/trastornos de salud mental.

A partir de los resultados recabados por la ENIR, se interrogó para el caso del informante si tenía diagnóstico de ansiedad, pero el número de casos (52 en total) no permite hacer comparaciones entre las comunidades, dado que solo una de ellas tiene más de 20 casos.

La salud mental es de particular relevancia para los niños, niñas, adolescentes y mujeres.

La separación a largo plazo de los familiares y seres queridos puede dar lugar a problemas psicológicos, abuso de sustancias, comportamiento de alto riesgo y otros problemas de salud conexos. En lo tocante a las mujeres y los niños migrantes esta separación puede aumentar el riesgo de explotación violencia y abuso. Los lazos familiares guardan una estrecha relación con la salud física y mental de los miembros de la familia, en particular los niños, los ancianos y las personas en situación de vulnerabilidad. (OIM, 2013).

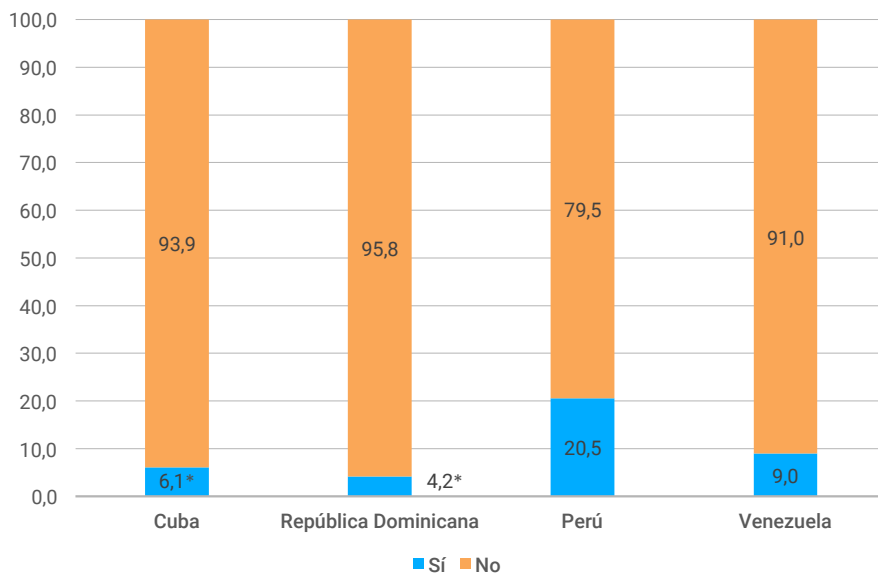
Algo similar ocurre con los niños, niñas y adolescentes. Respecto al análisis de los datos obtenidos en la ENIR, en total 15 casos respondieron sufrir ansiedad, déficit atencional, hiperactividad o depresión. En futuros estudios sería interesante dar respuesta a cuestiones tales como si experimentar situación de vulnerabilidad en niñas, niños y adolescentes durante el viaje (no acompañados durante el viaje), quienes conllevan mayor posibilidad de padecer enfermedades de salud mental.

### **Otras enfermedades no transmisibles**

Si observamos el comportamiento de la prevalencia de otras ENT, los resultados muestran que solo las personas migrantes de Perú y Venezuela presentan valores comparables entre sí (más de 20 casos en las celdas), duplicando el porcentaje de la comunidad peruana (20,5%) respecto de la venezolana (9%). Dentro del grupo de las otras ENT, se destacan por orden de número de casos: tiroides (12 casos), alergia (10 casos), gastritis (9 casos) y artritis (6 casos). Para el caso de los niños, niñas y adolescentes, solo hay 10 niños, niñas y adolescentes que declaran tener otra ENT, lo que es consistente con la edad.

**Gráfico A4**

**Distribución porcentual de informantes por otra ENT, según origen del informante, Montevideo, 2018**



Fuente: elaboración propia basada en la ENIR, 2018. Notas: n: 136 Cuba, 172 República Dominicana, 124 Perú y 371 Venezuela. \*n<20.



