



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Ciencias  
Sociales

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**Monografía Licenciatura en Trabajo Social**

**El acceso a la salud de las infancias en contexto de precariedad socio-habitacional:**  
Un estudio de caso sobre el asentamiento “La Favela”, zona oeste de Montevideo.

**Abigail Alexandra Matracusa Parladé**  
Tutora: Sandra Leopold Costáble

*“Un mundo donde quepan todos los mundos. Hay una responsabilidad insustituible en los Trabajadores Sociales. Ellos y ellas se encuentran en contacto permanente con el dolor y el sufrimiento de la gente, pero también con sus alegrías y anhelos; con sus deseos y esperanzas (...)”*

*José Luis Rebellato, 1999, p.76*

### *Agradecimientos:*

Principalmente a mi mamá, por ser incondicional en todo el transcurso de mi carrera y más aún en el proceso de la Monografía, gracias por siempre impulsarme a seguir y a no bajar los brazos, por ser mi ejemplo a seguir y además de ser mi sustento para llevar a cabo este logro tan importante en mi vida y poder formarme como profesional, por lo que estoy inmensamente agradecida. Sos mi guerrera y mi persona favorita en este mundo, te amo.

Agradecer a mis abuelos, “a mi tata y a mi iaia” por siempre estar y acompañarme en cada uno de mis logros, desde compartir una comida rica hasta un abrazo, ojalá fuesen eternos en esta vida, por más personas como ustedes, los amo.

A mi pareja y compañero de vida, Juan Pablo, por apoyarme en todo momento, por sostenerme cuando estaba estresada o cansada, por cocinarme y mimarme mientras escribía y leía pensando que no iba a llegar, me impulsaste a seguir. Sos incondicional, gracias.

A mis “facu amigas”, Kendra, Mai y Sofi, a las que conocí en facultad y me alegra haberlas cruzado. Las que me acompañaron y me motivaron a seguir incluso en mis peores momentos, no me soltaron la mano y me apoyaron siempre a dar lo mejor de mí. Gracias por las charlas, los días largos de estudio con comida rica, los abrazos, las risas que nunca faltaron y gracias por ser incondicionales en mi vida.

A Sele, mi amiga del liceo y de la vida, la que me acompañó desde chiquita, la que siempre me motivó a seguir adelante y la que siempre estuvo orgullosa de mí, gracias por acompañarme tantos años y seguir acompañándome, una amistad para siempre.

Un agradecimiento especial para Nati, mi compañera de pasantía y ahora mi amiga, futura colega y quién dice mi dupla, gracias por enseñarme tanto, por guiarme y por escucharme horas hablando de la monografía, hay muy pocas personas como vos.

A mis amigas, por siempre apoyarme y sentirse orgullosas de mí en todo momento, por impulsarme a seguir y acompañarme en mis momentos más difíciles mediante charlas y por generar espacios para despejarme, esos momentos los valoro muchísimo.

Enorme agradecimiento a Sandra Leopold, mi docente y mi tutora. Mi musa inspiradora y mi referente, deseo enormemente ser una profesional como vos, tu profesionalismo, tu carisma, tu empatía y sensibilidad que me acompañaron en este proceso tan lindo y por momentos desafiante. Me motivaste a seguir y a no rendirme, gracias por enseñarme tanto.

Por último y no menos importante agradecer a la Universidad de la República, pública y gratuita, quién me abrió las puertas para estudiar y formarme como futura profesional y persona.

## Tabla de contenido

<b>Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
Antecedentes.....	7
Preguntas de investigación.....	8
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos.....	9
Diseño metodológico.....	9
Estructura del documento.....	13
<b>Capítulo I. Referencias teórico-conceptuales.....</b>	<b>15</b>
1.1 Los asentamientos como territorios de vida: definiciones, procesos históricos y el caso de Montevideo periférico.....	15
1.2 Entre el plomo y el juego: impactos en el acceso a la salud y en el transitar cotidiano de las infancias que residen en La Favela, Montevideo, Uruguay.....	17
1.2.1 Acceso a la salud.....	17
1.2.2 Infancia.....	21
1.2.3 La infancia afectada por el plomo.....	23
1.3 Infancia entre derechos: la salud y las condiciones socio-habitacionales.....	27
<b>Capítulo II. Análisis.....</b>	<b>30</b>
2.1 Caracterización del asentamiento La Favela.....	31
2.2 Antecedentes del asentamiento: “vivo en La Favela hace más de 15 años”.....	33
2.3 Acceso a la salud e incidencia del plomo en las infancias que residen en La Favela.....	37
2.4 Cuidados, acompañamiento y roles de género.....	43
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>48</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>57</b>
1.1 Pauta de entrevista.....	57
1.2 Fotografías aéreas y plano de ubicación del asentamiento La Favela.....	58
1.3 Fotografías aéreas del asentamiento identificando la presencia de plomo.....	60
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>61</b>
2.1 Fotografía actual del asentamiento La Favela, 2025.....	61

## Resumen

La presente monografía titulada “*El acceso a la salud de las infancias en contexto de precariedad socio-habitacional: Un estudio de caso sobre el asentamiento La Favela, zona oeste de Montevideo*”, tal como se indica, pretende analizar y problematizar el acceso a la salud de las infancias y de la infancia en particular que reside en el asentamiento La Favela<sup>1</sup> y que se encuentran en condiciones habitacionales de suma vulnerabilidad y precariedad, como también afectadas por la plombemia<sup>2</sup>.

En la investigación, se indaga sobre el acceso a la salud en clave integral, denotando el origen del realojo de las familias, el cual es causado por el plomo<sup>3</sup> en el suelo, por lo que la mayoría de los niños, niñas y adultos que allí habitan se encuentran contaminados y presentan índices elevados de plombemia, generando diferentes efectos secundarios en su salud.

Asimismo, se identifica cómo estas condiciones estructurales impactan en el bienestar y desarrollo de las infancias, enfatizando la necesidad de políticas públicas en materia de salud con enfoque integral que garanticen los derechos de las infancias en contexto de precariedad socio-habitacional.

Para abordar la respectiva temática, se utilizó una metodología cualitativa centrada en el estudio de caso de un asentamiento en particular. En ese marco, se llevaron adelante seis entrevistas semi-estructuradas a diferentes núcleos familiares con infancias a cargo. Estas últimas se realizan en conjunto y coordinación con la trabajadora social del Centro Comunal Zonal 13<sup>4</sup>.

Palabras claves: acceso a la salud, plomo, infancias, derechos, precariedad socio-habitacional.

---

<sup>1</sup> Asentamiento irregular, caracterizado por la precariedad socio-habitacional. El mismo se encuentra ubicado en el barrio Lavalleja Norte-Nuevo París y se encuentra comprendido dentro del Municipio G.

<sup>2</sup> La plombemia, o intoxicación por plomo, es un problema de salud pública en Uruguay, especialmente en áreas vulnerables. Se manifiesta principalmente en niños, afectando su desarrollo, crecimiento y conducta (OMS, 2025).

<sup>3</sup> Metal tóxico cuyo uso generalizado ha causado contaminación ambiental y problemas de salud.

<sup>4</sup> Ubicado en Av. Sayago 1160, perteneciente al Municipio G.

## **Introducción**

El presente trabajo corresponde a la Monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. El mismo tiene como propósito problematizar y comprender el acceso a la salud de las infancias enmarcadas en un contexto de precariedad socio-habitacional y afectadas por la plumbemia. La investigación se enmarca específicamente en el asentamiento La Favela, ubicado en el barrio Lavalleja Norte – Nuevo Paris, Municipio G, Centro Comunal Zonal 13. El mismo se encuentra en proceso de realojo de las familias llevado a cabo por el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MVOT) y por la Intendencia de Montevideo (IM), dentro del Servicio de Tierras y Vivienda, Unidad de relocalizaciones. El origen de la relocalización de las familias se debe a la contaminación por plomo en el suelo lo que ocasionó que la mayoría de las infancias que allí habitan se encuentren contaminadas y afectadas en sus condiciones de salud.

### *Conceptualización de la temática*

A los efectos de esta monografía, como se mencionó anteriormente, se explora la dimensión del acceso a servicios de salud, por parte de las infancias que residen en el asentamiento La Favela. La monografía se enmarca en las “infancias” y en la “infancia” como población principal a analizar. Cuando se habla de “infancias” es de manera plural, destacando las trayectorias en el acceso a la atención en salud en el lugar en el que residen, en este caso, La Favela. Por otro lado, al hablar de “infancia” se hace referencia de forma singular, poniendo especial énfasis en la infancia afectada por la presencia de plomo en el suelo del asentamiento y que además habita un mismo territorio, comparten los mismos intereses, las mismas condiciones culturales, habitacionales, económicas, educativas y sociales. Como también, la infancia como sujeto de derechos, el derecho a la salud y las políticas de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) es de suma relevancia hacer hincapié en que el acceso universal a la salud implica que:

Todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y

asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (p.1).

De esta conceptualización surge la importancia esencial de los sistemas de salud eficientes, asequibles e integrales. Estos sistemas deben garantizar que todas las personas, sin importar su género, clase social, condición económica, raza o cualquier otro factor, puedan acceder y hacer uso de estos servicios sobre la base de sus necesidades. Además, la OMS pone énfasis en “los grupos en situación de vulnerabilidad”, entre los que se encuentran las personas en situación de pobreza y de extrema pobreza, quienes enfrentan más barreras económicas para acceder a los servicios de salud. Cabe señalar que la población del asentamiento La Favela se encuentra en condiciones de extrema vulnerabilidad, lo que afecta su acceso a estos servicios, por ende, vulnera el derecho a la salud integral tanto de las familias como de las infancias que cuidan y crían en ese contexto.

#### *Relevancia de la temática*

El interés por abordar esta temática surge a partir de la práctica pre-profesional realizada del año 2023 al 2024 en el Proyecto Integral Infancia, Adolescencia y Trabajo Social, Sujetos, Políticas y Ejercicio Profesional, la cual estaba vinculada a las infancias; pero también a raíz de mi experiencia en la pasantía de Trabajo Social en la Intendencia de Montevideo iniciada en noviembre de 2024, específicamente en el Servicio de Tierras y Vivienda, en la Unidad de relocalizaciones vinculada a el realojo de asentamientos. Por lo tanto, trabajar e intervenir con familias en situación de vulnerabilidad que habitan diferentes asentamientos urbanos, y que están en proceso de realojo por problemas de contaminación por plomo me llevó a reflexionar y problematizar sobre el acceso a la salud de las infancias que residen en los mismos. Sin dudas, esta experiencia tuvo un fuerte impacto a nivel personal, ya que me permitió observar directamente la vulneración de los derechos de las infancias y, sobre todo, de la invisibilización de esta temática en particular.

Cabe destacar que el proyecto nombrado como La Favela se encuentra específicamente dentro del Plan Avanzar en el marco del Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MVOT, 2024):

El Plan Avanzar es una política pública de alcance nacional que busca atender la situación de los asentamientos irregulares, promoviendo su integración social y urbana y mejorando la calidad de vida de quienes viven en ellos...Es llevada adelante por el Ministerio de Vivienda

y Ordenamiento Territorial (MVOT) a través de la Dirección Nacional de Integración Social y Urbana (Dinisu), en coordinación con el Congreso de Intendentes y los gobiernos departamentales (p.1)

Es fundamental estudiar esta temática ya que al trabajar con infancias y familias que residen en asentamientos constantemente se observan las dificultades que enfrentan al momento de acceder a servicios de salud integral, incluyendo el traslado a los centros de salud más cercanos, el ingreso de ambulancias al lugar donde residen y el acceso a la medicación de las infancias, más aún cuando se encuentran contaminadas por el plomo. Lo que evidencia el estado del suelo en el que las familias e infancias habitan y transitan cotidianamente. También, es importante mencionar que se observa una amplia diversidad de situaciones y características de las familias que residen en estos espacios, como las que cursan tratamientos médicos prolongados en el tiempo con o sin medicación, y las que realizan consultas de rutina, y que, por lo tanto, que acceden a los centros de atención de salud en situaciones específicas.

#### *Antecedentes*

Con respecto a los antecedentes, en primer término, para desarrollar la presente Monografía Final de Grado, resultó fundamental realizar una revisión teórica que permitió aproximarse a investigaciones vinculadas con la temática abordada. Con este propósito, se recurrió a diferentes fuentes académicas como Colibrí, BIUR (Bibliotecas de la Universidad de la República), Timbó-FOCO (Trama Interinstitucional y Multidisciplinaria de Bibliografías Online, Formación Continua), entre otras. A partir de esta búsqueda se evidenció que la producción académica relacionada a esta temática es escasa y limitada a nivel nacional. Cabe mencionar que no se constataron investigaciones específicas sobre la temática *“El acceso a la salud de las infancias en contexto de precariedad socio-habitacional: Un estudio de caso del asentamiento La Favela”*. Sin embargo, se identificaron trabajos relevantes que, de cierta forma, la abordan de forma genérica.

Por lo tanto, se destaca a continuación las investigaciones que contribuyeron al análisis y a la formulación de este estudio:

1. Cousillas (2001) *“Evaluación de la exposición al plomo en la población infantil del Uruguay”* Facultad de Química. Tesis doctoral. Esta investigación publicada por Colibrí y siendo la editorial la Udelar, destaca como objetivo fundamental la evaluación de la afectación por plomo en diferentes poblaciones de niños y niñas en Uruguay, a través del análisis de plomo en sangre, con la finalidad de obtener datos de referencia o base que

permitan sentar precedentes para el control y/o prevención de esta contaminación en cuanto a su incidencia sobre la salud.

2. Suárez (2021) *“La exposición al plomo en los niños uruguayos y sus efectos en los desempeños educativos: un estudio en base a los datos de la Unidad Pediátrica Ambiental”*. Su objetivo es determinar si el conjunto de intervenciones coordinadas a través de la Unidad Pediátrica Ambiental y aplicadas a los niños con altos niveles de exposición a plomo, tuvieron efectos positivos sobre los desempeños en rendimiento académico, conducta y en la extraedad.
3. PNUD (2022) *“Accesibilidad potencial al cuidado del niño sano en la ciudad de Montevideo: análisis de escenarios de retracción por emergencia sanitaria y expansión estratégica de la oferta.”* Esta investigación tiene por finalidad dimensionar los cambios en la accesibilidad potencial a servicios pediátricos para el cuidado de los niños y niñas sanos y sanas en la ciudad de Montevideo.
4. Lagos (2023) *“ Primer Nivel de Atención en Salud: las infancias y su derecho a ejercer la participación”*. La investigación publicada en Colibrí con editorial Udelar, se plantea como objetivo indagar y reflexionar acerca del derecho a la participación de las infancias, específicamente en el Primer Nivel de Atención en Salud. La investigación se realiza en el marco de la última entrega de la Licenciatura en Psicología. El alcance de la misma se plantea a nivel nacional.
5. Macías y Martínez (2024) *“El fantasma del plomo en la sociedad de la basura: Una aproximación al riesgo ambiental que viven los habitantes del asentamiento Felipe Cardoso”*. La investigación fue publicada por Colibrí, con editorial Udelar en el marco del trabajo final de grado de la Facultad de Información y Comunicación. El objetivo es investigar la contaminación por plomo en Uruguay y conocer si es un fenómeno actual y si puede considerarse un problema de salud pública.

### *Preguntas de investigación*

¿Cómo se desarrolla el acceso a la salud integral y cuáles son sus impactos en las infancias que residen en el asentamiento La Favela en el año 2025?

- ¿A qué dificultades deben enfrentarse?
- ¿Qué aspectos favorecen el acceso a la salud y qué aspectos lo dificultan?
- ¿Cómo se vincula la precariedad socio-habitacional y el acceso a la salud de las infancias y de la infancia en particular?

- ¿Cómo se realiza el seguimiento a la salud de la infancia que presenta plombemia?
- ¿Existen acciones o protocolos preventivos o posteriores que deben tomarse?
- ¿Cómo afecta la plombemia a las infancias que residen en un contexto de precariedad socio-habitacional?

### *Objetivo general*

Analizar y problematizar el acceso a los servicios y a la atención en salud de las infancias que residen en el asentamiento La Favela, con especial énfasis en la infancia afectada por la presencia de plomo en el suelo.

### *Objetivos específicos*

- Identificar cuáles son las facilidades y dificultades que presentan los referentes adultos de las infancias para acceder a la atención en salud.
- Indagar en los antecedentes de la contaminación por plomo en el país y en la incidencia de esta problemática en la salud de las infancias.
- Analizar de qué manera las condiciones habitacionales y de salud inciden en las trayectorias de vida de las infancias residentes en La Favela, incluyendo aquellas afectadas por la plombemia.

### *Diseño metodológico*

En primera instancia cabe mencionar que esta investigación contempló ciertas consideraciones éticas que se mencionan a continuación: por un lado, se enmarca dentro del Código de Ética de Trabajo Social, ya que, para todos y todas los profesionales del área es fundamental regirse por el mismo; y, por otro lado, se rige bajo la confidencialidad de las entrevistas y la integridad de los sujetos que participan de las mismas, a quienes se les informó debidamente sobre los objetivos de las entrevistas en el marco de la Monografía.

La investigación se llevó a cabo a partir de mi experiencia en la pasantía de Trabajo Social en el Servicio de Tierras y Vivienda (Unidad de relocalizaciones) en la Intendencia de Montevideo, la cual me brindó la oportunidad de investigar, analizar y problematizar el origen del realojo del asentamiento estudiado a raíz de la presencia de plomo en el suelo. La pasantía se desarrolló en el asentamiento La Favela y surgió a partir de la preocupación de la contaminación por plomo en el suelo y por el hecho de que más de la mitad de los niños y niñas presentan o presentaron índices

elevados de plumbemia, (datos extraídos del Departamento de Desarrollo Ambiental de la Intendencia de Montevideo, 2025). En la actualidad (2025-2026), el asentamiento se encuentra en el inicio del proceso de realojo, es decir, aún no hay un equipo técnico interviniendo en el barrio. Por lo tanto, las familias aún no tienen vínculo con el equipo multidisciplinario. En base a decisiones políticas internas, aún no ha comenzado el proceso de trabajo en el barrio de cara al realojo de las familias de La Favela. Estas últimas se acercan al CCZ 13 y allí reciben sus demandas y/o consultas. En particular, es un asentamiento atípico, dado que sus viviendas se desarrollan en altura<sup>5</sup>. Por ello se lo conoce como La Favela, nombre elegido por las propias familias que allí residen.

En cuanto a la estrategia metodológica, la misma se basó en un estudio de caso exploratorio de recolección de datos con un diseño cualitativo-descriptivo, lo cual comprende un problema de estudio poco investigado. Con respecto al estudio de caso, Archenti (2007) destaca que “se orienta al análisis de las relaciones entre muchas propiedades concentradas en una sola unidad” (p. 337). Por otro lado, según Batthyány y Cabrera (2011) el diseño descriptivo permite caracterizar y especificar las propiedades relevantes del fenómeno analizado, registrando, midiendo o evaluando distintos aspectos del mismo.

La presente monografía es llevada a cabo a partir de diferentes categorías teórico conceptuales, como infancias, asentamiento, salud, plumbemia, precariedad socio-habitacional, acciones preventivas, roles de género, entre otras. Según Scribano (2008) “un investigador cualitativo problematiza lo que ha planteado, y en actitud objetivante, redescubre el fenómeno emergiendo de sus propias construcciones, dudando de las naturalizaciones que se han encriptado en su supuesta “posición” científico-académica” (p. 28). Es importante mencionar según Batthyány y Cabrera (2011) que el enfoque cualitativo hace posible comprender y explicar la realidad social en sus variadas manifestaciones, considerando el contexto, la historicidad y las concepciones de la persona investigadora y de quienes participan en el estudio.

En ese marco, se buscó indagar sobre el acceso a la salud de las infancias; hace cuánto residen en el asentamiento; si los adultos referentes sostienen los tratamientos prolongados de los niños y niñas; qué facilidades y dificultades se les presentan; de qué forma acceden a la salud, a qué dispositivos acceden y qué necesidades y dificultades logran abordar y resolver en el ámbito doméstico, y cuáles requieren ser abordadas e intervenidas en ámbitos externos. Por lo tanto, las entrevistas cualitativas

---

<sup>5</sup> Ver Anexo 2, 2.1.

tienen como objetivo comprender cómo perciben los actores sociales su realidad. Como señala Corbetta (2007), las mismas se definen como:

a) provocada por el entrevistador; b) realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación; c) en un número considerable; d) que tiene una finalidad de tipo cognitivo; e) guiada por el entrevistador; y f) con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado (p.344).

Como se mencionó anteriormente, la investigación es de corte cualitativa por ende se rigió de una serie de entrevistas semi-estructuradas<sup>6</sup> con diferentes categorías a ser mencionadas, donde el entrevistador dispone de un guión sobre la serie de temas que debe trabajar, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas (Corbetta,2007, p.353). Esta modalidad permite combinar una guía temática con flexibilidad, favoreciendo una conversación abierta, pero orientada a los objetivos de la investigación.

Es importante destacar que según Scribano (2008) para materializar la entrevista:

Necesitamos siempre, más allá de lo flexible de nuestra estrategia, que la misma esté conectada con el problema de investigación y con nuestras redes teóricas. La estructura temática de la entrevista proviene de aquello que deseamos investigar. Los rasgos que conocemos del fenómeno a indagar, nos deben habilitar para saber lo que no sabemos, y eso es lo que servirá de hilo conductor en el diálogo con el entrevistado (p. 78).

Se entrevistó referentes adultos de diferentes núcleos familiares con infancias dependientes y se exploró sobre los modos de vinculación del acceso a la atención especializada en salud en relación con la precariedad socio-habitacional en la que habitan. Uno de los criterios que se utilizó es si las infancias tienen cobertura de ASSE o mutualista. Otro fue si se trata de; familias con infancias afectadas por plumbemia. También se tuvo en cuenta si había infancias en situación de discapacidad o con acceso prolongado a servicios de salud, es decir, que sigan algún tratamiento específico. Y, por último, si se trata de familias con jefatura femenina o con jefatura masculina a fin de observar si los roles de género tienen un impacto diferencial, en cuanto al acceso y al seguimiento a la salud de las infancias.

---

<sup>6</sup> Valles, M, S. (1997): "... La entrevista semiestructurada que es guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado..."

Se realizó un análisis de contenido, organizando la información obtenida a partir de las entrevistas en dimensiones preestablecidas, lo que permitió interpretar los relatos de las personas entrevistadas en relación con los objetivos de la investigación. En primer lugar, se utilizaron fuentes de información primaria, donde se recopilaron datos directamente de la realidad estudiada. Se realizaron seis entrevistas semi-estructuradas (se adjunta en Anexo 1- 1.1 pauta de entrevista) a adultos referentes de infancias entre 0 y 12 años de edad con diversidad de situaciones y características, todos y todas residentes en el asentamiento La Favela, en la zona oeste de Montevideo (Lavalleja Norte). Las entrevistas, se seleccionaron a partir de una reunión con la trabajadora social del CCZ 13, la cual acompañó este proceso. Las primeras tres entrevistas fueron realizadas el día viernes 19 de septiembre de 2025 en el Centro Cultural Salesianos<sup>7</sup> con acompañamiento de la trabajadora social; mientras que, las últimas tres, se llevaron a cabo el día lunes 29 de septiembre de 2025 en el Club Salus<sup>8</sup>, a dos cuadras del asentamiento en el que residen las familias entrevistadas. Este último lugar se eligió a raíz de que las familias no podían trasladarse por sus propios medios al Centro Cultural Salesianos, por ende, se propuso realizar las entrevistas cerca del asentamiento, al que se trasladan caminando.

Trayendo los aportes de Thompson (1984, citado por Vallés, 1999) cabe hacer mención a que

La calidad de la memoria también depende crucialmente del estilo de la entrevista. El historiador ha de aprender a animar a los entrevistados, a escuchar, sobre todo a no interrumpir nunca; pero, por otro lado, a sorprenderles con preguntas directas y llevar una secuencia de tópicos en mente, de modo que el entrevistado pueda ser animado y guiado con cuidado a lo largo de la charla. Esto conseguirá muchos mejores resultados que el cuestionario estructurado rígidamente y muchos más que el estilo agresivo de tanta radio y televisión (p.222).

En segundo lugar, se empleó como técnica la revisión documental de informes técnicos realizados por el equipo multidisciplinario de la IM, registros institucionales de diferentes departamentos (Departamento de Desarrollo Urbano y Departamento de Desarrollo Ambiental), fotografías del asentamiento La Favela tomadas por el equipo de la IM y otras extraídas del Sistema de Información Geográfica (SIG) de la IM. En los anexos se da cuenta de lo anteriormente mencionado.

---

<sup>7</sup> Ubicado en Bv. José Batlle y Ordóñez 6182 (Sayago).

<sup>8</sup> Ubicado en Carlos María de Pena 5378 esq. Aldao (Lavalleja Norte- Nuevo París).

## *Estructura del documento*

La presente monografía se divide en dos capítulos centrales, los cuales permitirán realizar una articulación teórica, introspectiva y problematizadora de la temática.

En el Capítulo I, en el primer apartado nombrado como *“Los asentamientos como territorios de vida: definiciones, procesos históricos y el caso de Montevideo periférico”* se profundiza en la conceptualización de los asentamientos como territorios de vida, así como en los procesos históricos que han dado lugar a su conformación, con especial énfasis en la periferia de Montevideo. A su vez, se describen las características generales de los asentamientos y, de manera particular, el asentamiento La Favela. Para ello, se incorporan datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Intendencia de Montevideo, específicamente del Servicio de Tierras y Vivienda, Unidad de Relocalizaciones. Por otro lado, se analiza el acceso a la salud en términos generales para, posteriormente, focalizar en las infancias y en aquellas contaminadas por plomo, desde un enfoque que las reconoce como sujetos de derechos.

En el segundo apartado, denominado *“Entre el plomo y el juego: impactos en el acceso a la salud y en el transitar cotidiano de las infancias que residen en La Favela, Montevideo, Uruguay”* se analizan los impactos del plomo en sangre en la salud de las infancias y en su transitar cotidiano y se destaca la historicidad de esta problemática en el país como también los efectos secundarios que provocan en este sector poblacional.

Por otra parte, en el tercer apartado titulado como *“Infancia entre derechos: la salud y las condiciones socio-habitacionales”* se aborda el acceso a la salud de las infancias como un derecho fundamental, en estrecha relación con las condiciones socio-habitacionales que atraviesan en su vida cotidiana. Además, se desarrolla la noción de precariedad socio-habitacional vinculada a procesos de segregación urbana y desigualdad estructural.

En el Capítulo II, se realiza un análisis de las entrevistas realizadas, articulando con el marco conceptual y exponiendo los datos recabados de las mismas.

En el primer apartado de este capítulo titulado como *“Caracterización del asentamiento La Favela”* se expone la caracterización del asentamiento La Favela; dónde se encuentra ubicado, datos extraídos del Servicio de Tierras y Vivienda de la IM (2025), y objetivos del Plan Avanzar del MVOT (2024) en el que se enmarca el asentamiento.

El segundo apartado denominado “*Antecedentes del asentamiento: vivo en La Favela hace más de 15 años*” se describen los antecedentes del asentamiento vinculado a los relatos de las entrevistas, cómo las familias llegan a ese territorio, qué información tienen respecto a la contaminación de plomo en el suelo y hace cuánto data el mismo.

En el tercer apartado caracterizado como “*Acceso a la salud e incidencia del plomo en las infancias que residen en La Favela*” se realiza un análisis del acceso a la salud y la incidencia del plomo en las infancias que residen en el asentamiento, articulando teóricamente y en relación con lo que expusieron los referentes adultos.

En el cuarto y último apartado titulado como “*Cuidados, acompañamiento y roles de género*” se ahonda en los cuidados (quién se encarga de los mismos) , en el acompañamiento y en los roles de género en relación con las infancias y el acceso a la salud de las mismas, articulando con los relatos de las familias entrevistadas.

Finalmente, se exponen las consideraciones finales de la investigación, que destacan la vulneración del derecho como resultado de las dificultades que enfrentan los adultos referentes a la hora de acceder a servicios médicos especializados para las infancias. Además, se expone la plumbemia como problemática fundamental del asentamiento en el que residen las infancias, atravesadas además por el contexto de precariedad socio- habitacional, lo que aumenta las desigualdades y las enfermedades a las que están expuestas, vulnerando aún más este derecho por las limitaciones que encuentran las familias al momento de acceder a la atención en salud.

## **Capítulo I. Referencias teórico-conceptuales**

Para contextualizar esta investigación, es de suma relevancia destacar que en el asentamiento La Favela, el acceso a la salud de las infancias se ve condicionado tanto por la exposición al plomo presente en el suelo como por la precariedad socio-habitacional que atraviesan junto a sus referentes adultos. Esta situación ha derivado en la intervención de la Intendencia de Montevideo, respaldada por antecedentes que ya señalaban la presencia de plomo en el territorio. A principios del año 2024 se presenta un hallazgo inicial a través de la médica de la policlínica del barrio (Policlínica Aquiles Lanza), quien identificó en algunos niños y niñas concentraciones de plomo en sangre, lo que constituyó el punto de partida del proceso de realojo de las familias.

### **1.1 Los asentamientos como territorios de vida: definiciones, procesos históricos y el caso de Montevideo periférico**

Para comenzar con el análisis en este apartado es imprescindible destacar que en 1985 se retoma la vida democrática en Uruguay, lo que generó una transformación en las políticas públicas aplicadas en el país. En el año 1968 surge la Ley Nacional de Vivienda (N°13.728), a partir de la movilización social y la preocupación por la existencia de un déficit real de vivienda, y la incapacidad del Estado de responder a estas demandas. Asimismo, en 1990 se funda el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MVOT), institución encargada de concentrar las acciones vinculadas a la vivienda social en Uruguay.

Luego de la contextualización, resulta pertinente señalar que el documento se encuentra transversalizado por el análisis del asentamiento La Favela, por lo que se considera necesario definir conceptualmente la noción de asentamiento. Este último se entiende según el Instituto Nacional de Estadística y el Programa de Mejoramiento de Barrios (MVOT, 2012) como:

Agrupamiento de más de diez viviendas, ubicados en terrenos públicos o privados, construidos sin autorización del propietario en condiciones formalmente irregulares, sin respetar la normativa urbanística. A este agrupamiento de viviendas se le suman carencias de todos o algunos servicios de infraestructura urbana básica en la inmensa mayoría de los casos, donde frecuentemente se agregan también carencias o serias dificultades de acceso a servicios sociales (p.1).

Recalde (2016) destaca que Uruguay “tiene una profunda tradición de familias autoconstrutoras que hasta nuestros días representa un gran porcentaje de producción habitacional, sucesivamente en las periferias fraccionadas por promotores inmobiliarios durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX (p.169). La zona oeste de Montevideo, en particular el asentamiento La Favela ubicado en el barrio Nuevo París, evidencia con claridad las consecuencias de la precariedad socio-habitacional, la segregación urbana y las desigualdades estructurales que afectan a buena parte de la población uruguaya. En este contexto, según datos extraídos del Servicio de Tierras y Vivienda de la IM, treinta y ocho niños y niñas residen allí en condiciones atravesadas por múltiples carencias, donde la pobreza opera como un fenómeno intergeneracional y multidimensional, que va más allá de la mera ausencia de ingresos económicos, afectando dimensiones clave del bienestar como el acceso a la vivienda, la educación y los servicios básicos (Navarrete Gálvez y Gale, 2025, p. 141).

Por lo tanto, las familias deben asumir el desafío de generar y sostener los recursos necesarios para la subsistencia. Jelin (2010) subraya que la adquisición y administración de recursos humanos y materiales es una función esencial del núcleo familiar, lo que conlleva el despliegue de estrategias constantes para su mantenimiento. Esta realidad se traduce, muchas veces, en la incorporación temprana de niños, niñas y adolescentes al mundo laboral. De hecho, el Consorcio por los Niños de la Calle advierte que en Uruguay hay un número considerable de infancias vinculadas a la calle, y una de las principales causas de esta situación es el abandono escolar en contextos donde "se ven obligados a trabajar desde una edad temprana para mantener a sus familias" (Navarrete Gálvez y Gale, 2025, p. 74). Esta dinámica se agrava en zonas rurales y periferias urbanas, como las que caracterizan a la zona oeste de Montevideo, donde se ubica el asentamiento.

A nivel estructural, estas condiciones se enmarcan en procesos más amplios. Berdía et al. (2025), apoyándose en datos de la ONU (2022), señalan que el crecimiento urbano global ha venido acompañado por profundos niveles de desigualdad en América Latina, donde la urbanización no ha ido de la mano de una distribución equitativa de los recursos. En Uruguay, y particularmente en Montevideo, la evolución del mercado de trabajo y la reconfiguración de la matriz de protección social desde los años setenta han dificultado el acceso a soluciones habitacionales en el mercado formal. Esto ha empujado a muchas familias a ocupar terrenos informales o a ubicarse en zonas periféricas como Lavalleja Norte- Nuevo París, buscando alternativas por fuera del sistema (Martirena, 2025, p. 162).

Aunque el derecho a una vivienda digna está consagrado en el artículo 45 de la Constitución uruguaya, en la práctica su garantía efectiva está lejos de cumplirse en muchos sectores. La

vivienda no solo es un bien material, sino un espacio donde se reproducen los vínculos, las prácticas cotidianas y se construye una vida con sentido, generando procesos de apropiación y pertenencia (Giorgi et al., 1997 citado por Martirena, 2025, p. 163). Sin embargo, en contextos como el de Lavalleja Norte- Nuevo París, las políticas de vivienda social han tendido a concentrar a las poblaciones más vulneradas en zonas alejadas de los centros urbanos, profundizando los procesos de segregación territorial (Fernández, 2007 citado por Martirena, 2025, p. 164). En los comienzos del siglo XX en Uruguay se desarrollan los dos gobiernos de José Batlle y Ordoñez:

Comienza un largo período de “estado de bienestar” que profundizará estas políticas habitacionales con la creación del Instituto Nacional de Vivienda Económica (INVE), en 1937, que hasta los años 80 construyó un importante número de viviendas. La Intendencia de Montevideo construyó entre 1948 y 1958 barrios municipales y de emergencia y algunos organismos estatales construyeron para sus empleados (p. 169)

En última instancia, cabe destacar según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2025) que

Una vivienda y un entorno adecuados significan contar con un espacio apropiado para vivir, con privacidad, seguridad física, calefacción y ventilación, iluminación, acceso al agua potable y saneamiento, energía eléctrica, calidad ambiental, accesibilidad al trabajo, a la salud, a la educación, a la recreación y a la tranquilidad, a un costo asequible.

## **1.2 Entre el plomo y el juego: impactos en el acceso a la salud y en el transitar cotidiano de las infancias que residen en La Favela, Montevideo, Uruguay**

### *1.2.1 Acceso a la salud*

En relación con lo expuesto anteriormente, en este apartado se pretende reflexionar acerca de la concepción de salud de las infancias desde una perspectiva integral, trascendiendo con la visión reduccionista centrada únicamente en lo médico-biológico. Esta mirada busca incorporar dimensiones sociales, culturales, históricas y simbólicas que atraviesan la salud de las infancias y su construcción como fenómeno social.

Con respecto a la conceptualización de atención médica, el Sindicato Médico del Uruguay (1988) adopta un concepto de la 40ª Asamblea Médica Mundial en Viena, Austria:

Es un concepto multidimensional que incluye un equilibrio de factores dentro de las restricciones prácticas de los recursos y capacidades de un determinado país. Los factores incluyen personal médico, financiamiento, transporte, libertad de elección, educación pública, calidad y asignación de tecnología. El equilibrio de estos elementos, que aumenta al máximo la cantidad y calidad de la atención que realmente recibe la población, determina el tipo y alcance del acceso a la atención médica (Sindicato Médico del Uruguay, 1988).

En este contexto de transformaciones y resignificaciones, Uruguay ha transitado también sus propios procesos de reforma estructural en el campo de la salud. A fines del año 2007, el Parlamento uruguayo aprobó un conjunto de leyes que dieron inicio legal al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esta reforma implicó un cambio de paradigma, al establecer como objetivo central

Asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación. (Poder Ejecutivo, 2007)

Esta normativa institucionaliza un enfoque integral y de derechos en la política sanitaria nacional, alineándose con los marcos normativos y estándares internacionales que promueven la salud como derecho humano fundamental, apuntando a superar las lógicas segmentadas y desiguales del sistema previo.

Desde una conceptualización general de salud, por un lado es entendida desde la medicina, en tanto saber especializado, como plantea Vallejos (2009), a partir de esta noción, la medicina se transforma en “una ciencia de la normalidad” (p.107), estableciendo quiénes se adecuan a determinados parámetros y quiénes quedan por fuera, configurando así cuerpos y corporalidades funcionales a las demandas del sistema.

Siguiendo con la misma línea, con respecto al acceso a la salud en Uruguay, cabe hacer mención a los aportes de UNICEF (2024):

Si bien Uruguay prácticamente ha universalizado el acceso a la salud y la vacunación de sus niños y niñas, es necesario continuar el diseño de estrategias para atender problemáticas específicas que ponen en riesgo su salud física y mental, y ofrecer una nutrición adecuada a lo largo de las distintas etapas del desarrollo. (p.31)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (1948) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Esta definición marca un hito en la forma de comprender la salud como un derecho y no sólo como una necesidad individual. En esta línea, Míguez y Sánchez (2017) sostienen que la salud constituye una institución clave en los procesos de sociabilidad, en tanto reproduce lógicas de normatividad que inscriben en los sujetos un orden simbólico y cultural. Es decir, la salud no sólo actúa sobre el cuerpo físico, sino que produce sentido y naturaliza prácticas sociales, instituyendo una forma de entender lo "normal" y lo "patológico".

Asimismo, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay busca garantizar el acceso a la atención médica para todos los habitantes del país, mediante la integración de prestadores públicos y privados, y un fondo único de financiamiento. González y Olesker (2009) afirman que

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud implicó poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud poniendo énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social. (p. 77).

El descubrimiento de la enfermedad como problema social fue parte de una ideología urbana articulada en torno a nociones de progreso, higiene, orden y bienestar, lo que evidencia que los procesos de medicalización no sólo responden a necesidades clínicas, sino también a construcciones sociales sobre lo deseable y lo aceptable en términos de salud pública (Espiga, 2024, p. 201). En la misma línea, cabe destacar que cuando se habla de “patologizar” a las infancias es diferente a “diagnosticar”, por lo tanto, para acceder a un diagnóstico médico es fundamental obtener acceso a

la salud de forma integral; sin embargo para las familias que residen en asentamientos y atravesadas por la precariedad socio-habitacional.

Es por lo anteriormente mencionado que la salud se ve condicionada por múltiples factores como la vivienda, el empleo, la educación, el acceso a servicios, el entorno físico, etc. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud enfatiza que “las injusticias sociales son responsables, en gran medida, de las inequidades sanitarias evitables” (OMS, 2008).

En suma, repensar la salud desde una clave integral implica reconocer su carácter multidimensional, histórico y socialmente construido, así como sus implicancias en la organización de la vida colectiva y en la configuración de las subjetividades individuales. Aunque esta conceptualización presenta cierta imprecisión respecto al significado de “bienestar” o a los criterios que determinan qué se considera “normal” o “saludable”, es innegable que la misma rompió con la noción parcial o reduccionista de la salud. El acceso universal a la salud, según la OMS, requiere servicios adecuados, de calidad, sin discriminación y que no impliquen dificultades financieras, en particular para las poblaciones vulnerables. En este sentido, la salud de las infancias está estrechamente vinculada a condiciones de vivienda, alimentación, educación y entornos seguros, lo que evidencia cómo la precariedad socio-habitacional y la segregación urbana generan barreras para el ejercicio pleno de este derecho.

Para cerrar con esta apartado, cabe traer una cita de la Guía los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud en Uruguay publicada por UNICEF (2012) y el aporte de otras instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Sociedad Uruguaya de Pediatría, UDELAR y el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). En la misma se destaca que:

En el área de la rectoría del sector salud (MSP) se han desarrollado programas permanentes hacia niños y adolescentes (Programa de Salud de la Niñez, Programa de Salud Adolescente, programas transversales que involucran la atención a niños y adolescentes), que incluyen aspectos de educación para la salud, prevención y atención oportuna, incorporan miradas promotoras de derechos de participación y escucha de niños y adolescentes, y promueven la garantía de confidencialidad hacia estos últimos (p.19)

### *1.2.2 Infancia*

La noción de infancia, tal como la entendemos actualmente, es producto de la modernidad. Philippe Ariès (1960) sostiene que durante siglos no existió una clara distinción entre el mundo adulto y el de los niños y niñas, quienes participaban sin diferenciación de los rituales sociales, religiosos o laborales. Recién con la irrupción de la familia moderna y la consolidación del capitalismo, la infancia comienza a pensarse como una etapa diferenciada de la vida, construida simbólicamente en torno a la dependencia, la inocencia y la necesidad de protección. Por lo tanto, en el marco de la presente investigación se da cuenta de las infancias como sujetos de derecho pero dependientes al mundo adulto con lo que respecta al acceso a la atención en salud. Por ende, cabe dar cuenta que desde el siglo XX hasta la actualidad, se reconoce a niños y niñas como sujetos de derecho. Según UNICEF (2019):

Las políticas deben hacer referencia explícita y significativa a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, considerarlos como sujetos de derecho y partes interesadas importantes frente al cambio climático, incluir compromisos multisectoriales que tengan en cuenta sus riesgos y vulnerabilidades específicos, y haberlos considerado en su proceso de construcción (p.40).

En este marco, los niños y niñas fueron siendo desplazados de los espacios públicos y de producción, para ser ubicados en instituciones modernas como la familia nuclear y la escuela, espacios que funcionaron como matrices de control y formación para el mundo adulto. Esta reorganización no sólo configuró nuevos vínculos intergeneracionales, sino que también instaló la idea del niño como proyecto, como “hombre del mañana” (Lewkowicz, 2004, p. 110).

Sin embargo, los procesos de transformación estructural en las últimas décadas han tensionado esta imagen moderna de la infancia. Como destaca Bustelo (2007), conviven distintas infancias: por un lado, una infancia sobreprotegida y mercantilizada, convertida en nicho de consumo y cliente de un mercado específico; por otro, una infancia desrealizada, precarizada por las condiciones materiales de existencia, que se ve forzada a resolver su subsistencia desde edades tempranas. En ambos extremos, la infancia moderna entendida como dependiente, protegida y silenciada se desdibuja.

Según UNICEF (s/f):

A comienzos del siglo XX, los países industrializados carecían de normativas específicas para la protección infantil; los niños eran frecuentemente incorporados al trabajo en

condiciones precarias. El reconocimiento de esta injusticia propició la emergencia de un movimiento global orientado a salvaguardar los derechos de los niños, lo cual se materializó institucionalmente en 1959 con la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que establece derechos fundamentales como el acceso a la educación, la salud, el juego y un entorno protector.

La Convención sobre los Derechos del Niño significó un giro transicional al reconocer a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derecho, con capacidad progresiva de agencia y participación. En el caso de Uruguay (2004), este enfoque se consolida con la Ley N° 17.823, que establece que todos los NNA son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su condición de personas humanas. Este marco reconoce su derecho a ser escuchados y tomados en cuenta en función de su nivel de desarrollo (Giorgi, 2016), lo que interpela directamente a los dispositivos de protección y a los actores adultos responsables de su cuidado.

Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño (1990) establece en su Artículo 24 que todos los niños y niñas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a acceder a servicios de atención médica, prevención de enfermedades y tratamientos prolongados. Por ende, el derecho a la salud no se reduce únicamente a la atención médica curativa, sino que comprende también la prevención, promoción y protección de la salud, incorporando factores sociales, económicos y ambientales que inciden en el bienestar infantil.

Cabe destacar que en los sectores de más precariedad socio-habitacional, como lo es el asentamiento La Favela, estas garantías muchas veces se ven vulneradas. Como señalan Merklen y Filardo (2019), existe una ausencia de intervenciones que contemplen lo simbólico, el lazo social y la palabra como ejes de acompañamiento subjetivo. En este marco, la figura de la infancia que habita en el asentamiento La Favela aparece desvalorizada en su capacidad de pensar, expresar y decidir, lo que reproduce la idea de una infancia sin voz (Giorgi, 2016), vulnerando sus derechos.

Sumado a lo anteriormente expuesto, las familias referentes de las infancias enmarcadas en un contexto de precariedad socio-habitacional y vulnerabilidad no logran sostener condiciones de vida dignas. Cabe traer los aportes de Lewkowicz (2004) quién describe “el fin de la infancia”, en tanto las instituciones modernas como la escuela o la familia ya no logran sostener las funciones para las cuales fueron creadas, desplazando a los NNA a escenarios sin marcos claros de referencia ni contención.

Paralelamente y para dar cierre al apartado, UNICEF (2024) destaca que

Un 13% de los niños y niñas en la primera infancia presenta alteración en alguna de las áreas de desarrollo. En los hogares con menores ingresos la proporción de niños y niñas que requieren de un seguimiento especializado o de intervenciones específicas esta cifra casi se duplica. Persiste un marcado efecto del nivel socioeconómico de las familias en aspectos cognitivos y socioemocionales del desarrollo en la primera infancia (p.33)

### *1.2.3 La infancia afectada por el plomo*

En primer lugar, cabe destacar la historicidad que ha traído el plomo y la plumbemia específicamente en la zona oeste de Montevideo, Uruguay como otra de las problemáticas claves que se identifican respecto al acceso a la salud de las infancias. Por lo tanto, se destaca por parte de la Organización Mundial de la Salud (2024) que el plomo:

Es un metal tóxico, cuyo uso en muchas partes del mundo ha dado lugar a una considerable exposición humana a este metal y ha generado problemas de salud pública. Se destacan como principales fuentes de contaminación por plomo la explotación minera, la metalurgia, las actividades de fabricación y reciclaje, el uso de pinturas y gasolinas con plomo (p.1)

La respuesta a la cuestión sobre cuánto plomo en sangre en exceso ha cambiado desde mediados del siglo XX. Los primeros estudios surgieron en la década de 1960, ubicando el umbral en 60µg/dL. A medida que se avanzó en el estudio de los efectos del plomo, se fueron encontrando efectos a niveles cada vez más bajos, llevando a que el umbral fuese disminuyendo. Sin embargo, se denota que los niños y niñas que habitan en el asentamiento La Favela presentan índices elevados de exposición al plomo. Según datos extraídos del Departamento de Desarrollo Ambiental (IM) en el 2024 se evidencian índices de plomo elevados en el suelo que oscilan entre cuatrocientos miligramos a cuatro mil miligramos (partes por millón, equivalente a miligramos por kilogramo-mg/kg), lo que da cuenta de un riesgo significativo para la población infantil que continúa viviendo allí. La última actualización del valor de plomo en sangre fue en el año 2012: desde entonces se ubica en 5µg/dL (microgramos). Este valor es el que define actualmente si el niño o niña debe recibir algún tipo de intervención ambiental o de salud. (Reyes, 2015 citado por Suarez, 2021).

Como destaca la OMS (2024), los niños y niñas pequeños son especialmente vulnerables a los efectos tóxicos del plomo, ya que puede tener consecuencias graves y permanentes en su salud y afectar en particular al desarrollo de su cerebro y su sistema nervioso. En los adultos también puede causar daños duraderos, como un aumento del riesgo de hipertensión arterial, afecciones cardiovasculares y daño renal. Además, la exposición durante el embarazo puede ser perjudicial para el crecimiento del feto y adelantar el parto.

La exposición al plomo tiene graves consecuencias para la salud infantil. En niveles elevados, puede afectar al cerebro y el sistema nervioso central, lo que puede provocar coma, convulsiones e incluso la muerte. Las infancias que sobreviven a una intoxicación grave pueden sufrir secuelas permanentes, como discapacidad intelectual o trastornos del comportamiento. Incluso los niveles de exposición más bajos que no provocan síntomas evidentes pueden causar daños muy diversos en distintos sistemas del organismo (OMS, 2024).

En base a datos del Protocolo de manejo de población pediátrica según valores de plumbemia en Uruguay, en el año 2001 se establece la creación de la “Comisión Interinstitucional: Comisión Nacional de Vigilancia y Prevención de los Efectos Adversos sobre la Salud Humana de los Contaminantes Químicos Ambientales” (Sosa, 2012) El organismo responsable de la misma es el Ministerio de Salud y los co-gestores son la Administración de los Servicios de Salud del Estado, Agencia Nacional de Vivienda, Intendencias departamentales, Presidencia de la República y Prestadores de Salud. Esta comisión según la doctora Adriana Sosa tiene el objetivo de definir la población afectada y los factores de riesgo, generar protocolos de diagnóstico, tratamiento y control, aplicar medidas preventivas y por último capacitar a los distintos profesionales.

En el año 2001 la Presidencia de la República Oriental del Uruguay declara que La Policlínica de Plumbemia del Hospital Pereira Rosell, en vínculo con el Ministerio de Salud Pública que

El Hospital Pereira Rosell, conjuntamente con las Cátedras de Pediatría General y de Especialidades Pediátricas de la Facultad de Medicina, habilitó un servicio de policlínica para la atención exclusiva de los niños afectados. Este es un servicio de Referencia, en el que se atenderán exclusivamente los niños que sean derivados de las policlínicas zonales.

Se comunicará directamente a la familia (en su domicilio) el día que deberán concurrir al Hospital Pereira Rossell, en las visitas epidemiológicas que está realizando el MSP.

La citación señala el comunicado del M.S.P.; se realizará atendiendo a la situación clínica y los niveles de plomo en sangre que se hayan detectado. En una primera etapa concurrirán exclusivamente quienes tengan niveles superiores a 20 mcg/ml. (...)

En el 2004 se estableció la Ley N °17. 775, la cual en el Art. 9 establece que “se prohíbe la fabricación, importación o comercialización de alimentos envasados en recipientes que contengan plomo, salvo las excepciones de partes de plomo por millón establecidas en la reglamentación.” (Uruguay, 2004) Asimismo, en el Art. 12 se señala que

Todas aquellas industrias que sus procesos incluyan plomo y sus compuestos, deberán ser relevadas por las autoridades competentes a nivel nacional y departamental, debiéndose llevar un registro público y nacional, el que será coordinado por el Inciso 08 Ministerio de Industria, Energía y Minería en acuerdo con el Inciso 14 Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente y ser especialmente controlados y según El Observador (“Usuarios”, 2013) monitoreados sus procesos, emisiones gaseosas, efluentes líquidos, y la gestión de sus residuos sólidos asociados, en sus diversas etapas. (Uruguay, 2004)

Además es de relevancia mencionar que en Uruguay, según los aportes de Queirolo et al. (2010), la exposición al plomo y otros metales tóxicos en los niños y niñas continúa siendo un problema. Aunque Uruguay no es un productor de plomo, este se importa para uso industrial, y hasta el 2004 se utilizaba en la gasolina. Esto llevó a que en 2001, la exposición al plomo se convirtiera en una cuestión de interés público en el país, cuando se descubrieron varios casos de niños y niñas con niveles de plumbemia altos. Los niños y niñas afectados eran residentes del barrio La Teja (Montevideo). (Burger y Pose Roman, 2010).

Los autores anteriormente mencionados enfatizan que, según datos del Hospital Pereira Rosell, en el año 2001 funcionó una Policlínica especialmente dedicada a la atención de los niños y niñas con plumbemia; aunque luego con el paso de los años, el rol de la misma se debilitando, lo que ha culminado con la poca o nula atención que existe actualmente, ya que cambió su modo de atención y organización con el paso de los años, generando la reducción de distintos servicios y la reestructuración del equipo. Según El Observador (“Usuarios”, 2013) a partir de esa reorganización, el hospital indicó que la atención de casos de plomo pasaría a trabajar en coordinación con el primer nivel de atención (policlínicas periféricas), derivando los casos menos graves fuera del hospital central, mientras que el Pereira Rossell mantendría la atención de casos graves o que requieran internación. También se destaca que

Desde entonces se han abierto otros servicios en distintos centros de salud de ASSE y se redujo la población que se atiende en el Pereira. Se siguen recibiendo consultas pero salvo que sean casos graves o que requieran internación, se los deriva. Se mantiene como una policlínica de contaminantes ambientales en general, no solo plomo (“Usuarios”, 2013).

Asimismo, desde el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), en el año 2009 se crea un programa basado en un protocolo de manejo y seguimiento de población pediátrica según valores de plumbemia. El mismo se encuentra dirigido, por un lado, a “población infantil en la cual se sospeche riesgo de exposición a plomo o se constaten valores de plomo en sangre”;y por el otro, a “las familias de los niños/as en las cuales se sospeche riesgo de exposición a plomo o se constaten valores de plomo en sangre.” Entre los objetivos del programa se destacan: 1) Pautas de educación, promoción de salud y prevención de riesgos. 2) Implementar visitas domiciliarias con el objetivo de identificar las fuentes de exposición a plomo en el hogar. 3) Eliminar y minimizar las fuentes de exposición. 4) Coordinar acciones para la remediación del sitio. 5) Intensificar la notificación en todos los casos detectados con el fin de establecer el perfil epidemiológico. (MIDES, 2021)

Desde la OMS (2024) se plantea que la intervención más efectiva contra la intoxicación por plomo en la niñez es la eliminación de la fuente de exposición, sea esta cualquiera de las fuentes posibles. Muchas de estas medidas se han ido tomando en la mayoría de los países que tienen esta problemática, lo que ha llevado a que se reduzcan significativamente los niveles de plomo en la

sangre de las personas. En el asentamiento La Favela se evidencia que la eliminación de la fuente de exposición no resulta posible dadas las condiciones habitacionales existentes. A esto se le suma la ausencia de intervenciones en el territorio y el hecho de que el proceso de realojo se encuentra recién en una etapa inicial.

En definitiva, la exposición al plomo representa un riesgo grave para la salud de las infancias. Si a esto se suma un contexto de precariedad socio-habitacional que obstaculiza el acceso de las mismas a servicios de salud, la vulneración de su derecho a la salud. De esta manera, se puede afirmar que esta problemática no solo compromete el desarrollo físico y cognitivo de las infancias sino que también agudiza las desigualdades sociales.

### **1.3 Infancia entre derechos: la salud y las condiciones socio-habitacionales**

Durante el primer gobierno del Frente Amplio (2005-2010) se inició un proceso de transformación estructural de la salud pública, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), orientado a superar la fragmentación a través de un financiamiento solidario, la modernización de la gestión y el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud Pública. Dicho sistema se consolidó con la Ley N° 18.211 (Uruguay, 2007), que planteó la construcción de un modelo de atención integral sustentado en políticas sanitarias articuladas y en la atención primaria como pilar central, priorizando la prevención, la promoción de la salud, la rehabilitación, además de incluir los cuidados paliativos.

En la Guía de “Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay” (2012) el Ministerio de Salud Pública ha definido como una de sus prioridades

La incorporación de la perspectiva de derechos como marco que oriente las acciones desarrolladas desde el Sistema Nacional Integrado de Salud (snis), con el objetivo de dar respuesta a las responsabilidades asumidas por el Estado uruguayo a nivel internacional, así como también para ser contestes con lo plasmado en la ley 18.211 de creación del snis, la cual establece que la protección a la salud es un derecho de todos los habitantes residentes en el país. (p.11)

En relación a lo expuesto, UNICEF (2019) da cuenta que la efectiva vigencia de los derechos de la infancia requiere de la articulación del Estado, las comunidades y la sociedad, no sólo en su garantía

y protección, sino también en el reconocimiento por parte de los niños, niñas y adolescentes como sujetos capaces de conocer y exigir sus derechos.

Según Giachetto (2010):

La salud infantil. Entre 2005 y 2009 la tasa de mortalidad infantil (TMI) se redujo en un 25%, de 12,7 a 9,56%. Considerando que la TMI es un indicador demográfico negativo relacionado con el nivel de desarrollo humano y la pobreza, indudablemente las políticas sociales tuvieron su impacto positivo. Entre ellas, la reforma sanitaria incluyó metas clave para la salud de niños y embarazadas en todos los prestadores del país. Se universalizó el acceso, se creó el Programa Nacional de Atención a la Niñez, se fortaleció ASSE (principal prestador público) y se reorientaron los servicios de los prestadores privados.

Con respecto al derecho a la salud, de acuerdo con el artículo 36 de la Ley N° 18.211 el primer nivel de atención se organiza en torno a equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria y de urgencia, en contacto directo con la comunidad y su entorno social. Esto refuerza la perspectiva de un modelo que buscaba integrar la dimensión social al ámbito sanitario.

Según documento elaborado por UNICEF (2024) se destaca que:

La salud integral abarca también aspectos de prevención, de monitoreo cuidadoso de las diferentes etapas del desarrollo y del impacto del medio en la salud física y mental de los individuos. En este sentido, es necesario que Uruguay continúe sus esfuerzos para ofrecer respuestas más holísticas en materia de salud en cada etapa de la vida, desde el embarazo hasta la adolescencia. (p.32)

En relación al derecho a la vivienda, Kaztman y Retamoso (2006) aportan una lectura crítica sobre estos procesos en Montevideo, al afirmar que la segregación espacial no ha sido impulsada por la movilidad ascendente de sectores sociales, sino por desplazamientos masivos de hogares pobres hacia la periferia urbana. En el caso de la capital, más del 10% de su población reside en

asentamientos, y esta cifra representa casi el 80% del total de habitantes de asentamientos a nivel nacional (p. 4). Esta concentración de la pobreza urbana en áreas específicas como Lavalleja Norte-Nuevo París visibiliza las fallas estructurales del sistema de distribución de recursos y oportunidades, y plantea serios desafíos para el diseño de políticas públicas integrales que aborden simultáneamente las dimensiones habitacional, educativa, económica y social.

También UNICEF (2024) enfatiza que:

Para reducir las carencias en la estructura de las viviendas y el hacinamiento que enfrentan muchos hogares, se necesita fortalecer las políticas de vivienda con foco en las familias con niños, niñas y adolescentes, e incrementar la inversión en este sentido. Estas políticas deben ofrecer una diversidad de soluciones adaptadas a las necesidades y los recursos de cada familia (...). Además de la vivienda en sí misma, se necesitan políticas de urbanismo que pongan atención a las necesidades de los niños, niñas y sus familias en el centro, particularmente en los asentamientos y barrios informales, mediante mejoras en el saneamiento y las conexiones de transporte público de la periferia. (p.11)

Por su parte, la segregación territorial se caracteriza por “la aglomeración en el espacio de familias o grupo de personas de una misma condición social, más allá de cómo definamos dicha condición.” (Rocco, 2018, p.76) Esto se expresa en el asentamiento La Favela, ya que las familias que allí habitan se encuentran atravesadas por una misma realidad social, la extrema vulnerabilidad social y la precariedad habitacional. La búsqueda de soluciones a las situaciones de pobreza, se da a nivel de toda la región instalándose una “política pública de lucha contra la pobreza”, a partir de una intervención creciente de organismos internacionales en el tratamiento de la misma. (Merklen, 2005, Serrano, 2005).

Es así como la Guía sobre la “Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay” publicada por UNICEF (2012) sostiene que

La Sociedad Uruguaya de Pediatría (sup) ha tenido una larga tradición en la identificación, defensa e incorporación de los derechos de los niños a su vida cotidiana. Muchos maestros

han sido bastiones en el desarrollo de las políticas sociales que sostienen los derechos de los niños uruguayos. (p. 13)

En este sentido, el reconocimiento histórico del rol de la Sociedad Uruguaya de Pediatría en la promoción y defensa de los derechos de las infancias da cuenta de un proceso sostenido de construcción de la infancia como sujeto de derechos en Uruguay. Sin embargo, las desigualdades sociales persisten lo que evidencia que la consagración de estos derechos no garantiza, por sí sola, su efectivo cumplimiento, lo que interpela de manera directa la responsabilidad del Estado y de los sistemas de protección. De este modo, garantizar el derecho a la salud de las infancias implica no solo el reconocimiento de dichos derechos, sino la implementación de políticas públicas multidimensionales que contemplen las particularidades de los territorios y que aseguren condiciones de vida dignas.

## Capítulo II. Análisis

En función de los elementos teóricos expuestos y de los objetivos propuestos se llevaron a cabo seis entrevistas a distintos núcleos familiares del asentamiento La Favela, de las cuales cuatro corresponden a mujeres y dos a hombres. Para realizar estas entrevistas; se identifican distintas dimensiones que orientan el análisis. En primera instancia, una de ellas refiere a los antecedentes del asentamiento La Favela, destacando lo que existía previamente en ese territorio y en la trayectoria de las familias que hoy en día lo habitan. La segunda dimensión se vincula con el acceso a la salud desde una perspectiva integral, lo cual contempla tanto a las infancias como a los adultos referentes, las facilidades y dificultades que se les presentan a la hora de acceder a los servicios médicos. En tercer lugar, se analiza la incidencia del plomo de los niños y niñas del asentamiento, así como las condiciones de acceso a la atención sanitaria en los casos de la infancia afectada por esta problemática. Finalmente, se desarrolla la dimensión relacionada a los cuidados y los roles de género, haciendo foco en quiénes asumen la responsabilidad de acompañar a los niños y niñas a los centros de salud y de garantizar el seguimiento de los tratamientos médicos indicados.

Es fundamental comprender que las diferentes familias entrevistadas tienen distintas historias de vida y puntos de inflexión que marcan su vida y cotidianidad. Cabe traer una cita, en dónde se evidencia que “Las biografías deben ser concebidas dentro de la unidad familiar que es una red de relaciones significativas y no una sumatoria de individuos lo cual lleva al principio de vidas interconectadas” (De Martino, 2020, p. 451).

### 2.1 Caracterización del asentamiento La Favela

El asentamiento denominado La Favela<sup>9</sup> se localiza en la zona oeste de Montevideo, en el barrio Lavalleja Norte – Nuevo París (Municipio G) entre las calles Carlos María de Pena y Fray Antonio Aldao, el mismo desemboca en la calle Silvestre Pérez Bravo. Actualmente, La Favela se encuentra en la etapa inicial del proceso de realojo como se menciona anteriormente en la introducción, el mismo es gestionado por la Unidad de relocalizaciones del Servicio de Tierras y Vivienda de la IM y del MVOT con el objetivo de proporcionar condiciones habitacionales seguras y dignas.

Asimismo, en el marco del Plan Avanzar, en convenio con el MVOT y la IM, el proyecto tiene como objetivo principal la relocalización total de las 44 familias que residen allí, ya sea a través de la construcción de viviendas nuevas, como a través del programa de compra de vivienda usada. El

---

<sup>9</sup> Ver Anexo 1.1.

programa “Vivienda Nueva” tiene el objetivo de realojar a las familias de un asentamiento irregular a viviendas que se construyen desde cero. Mientras que, el programa “Compra de Vivienda Usada” tiene la característica de acceder a través del MVOT a un monto de dinero determinado dependiendo las características del núcleo familiar y la familia busca una vivienda adecuada a sus necesidades, la que se presenta luego a la Agencia Nacional de vivienda (ANV). De esta manera, se contribuye a la mejora en la calidad de vida de las familias beneficiarias y se logra la recuperación de las áreas relevantes para la apertura de la calle Silvestre Pérez, lo cual impactará positivamente en la conectividad urbana de la zona. (Documentos extraídos del Servicio de Tierras y Vivienda, IM, 2024)

Según datos extraídos del Servicio de Tierras y Vivienda (IM, 2025) el terreno en el cual se ubica La Favela antes de su ocupación por las familias, estuvo destinado a usos industriales y de depósito de materiales que presentaban plomo. A partir del censo realizado en noviembre de 2024 de la IM en conjunto con el MVOT se constata la existencia de rellenos de escombros y residuos, así como la presencia previa de una metalúrgica y un depósito de chatarra. Se observa un acopio de materiales, aparentemente escombros o residuos, que generó desniveles en el terreno, aumentando la vulnerabilidad de las viviendas ubicadas en cotas bajas frente a posibles inundaciones. La ocupación del asentamiento data de aproximadamente treinta años, con un crecimiento progresivo hasta la actualidad, en donde la mayoría de las familias mantienen más de nueve años de residencia en el barrio.

Siguiendo con los datos obtenidos, se constata que el asentamiento presenta un alto grado de vulnerabilidad social y habitacional. La población total asciende a 93 personas, distribuidas en 44 familias; de estas, 11 corresponden a hogares monoparentales con jefatura femenina, 14 son unipersonales y el resto familias biparentales. Los menores representan el 42% de la población, mientras que los adultos constituyen el 58%, de los cuales un 37% son mujeres. La actividad laboral se realiza predominantemente en el sector informal, con ingresos que oscilan entre \$5.000 y \$30.000 pesos, complementados en muchos casos con prestaciones estatales, como la Asignación Familiar y la Tarjeta Uruguay Social. Los niños y niñas se encuentran escolarizados y asisten a los centros educativos de la zona, mientras que los adultos participan de redes locales, liceos, escuelas, CCZ 13, CECAP, UTU y la Policlínica Aquiles Lanza (IM).

En base a los aportes de Recalde (2016) se enfatiza en la evolución y distribución de la población en Montevideo:

Existe una tendencia enlentecida a la disminución de la población en la ciudad consolidada y el aumento de la población en la periferia de la ciudad. Existe la tendencia sostenida a la ubicación de la población más favorecida y más envejecida en la faja costera y la más vulnerable y joven en la periferia Norte y Oeste. (p.158)

Uno de los factores determinantes del proceso de realojo es la contaminación del suelo por plomo evidenciada a partir de la asistencia médica a niños y niñas que presentan índices elevados de plumbemia. Según la OMS (2025), la plumbemia constituye un problema de salud pública en Uruguay, afectando principalmente el desarrollo, crecimiento y conducta de la infancia, y generando riesgos para la salud de mujeres embarazadas. Entre las fuentes de exposición se encuentran la quema de cables, la chatarra electrónica, las baterías usadas, las cañerías antiguas y ciertos materiales de construcción.

Con base en documentos extraídos de la Intendencia de Montevideo (2025) se comprobó el origen del realojo del asentamiento La Favela, destacando que:

La División Salud inicia gestiones solicitando realizar la medición de plomo en suelo del asentamiento La Favela ubicado en Pena, Silvestre Pérez Bravo (Barrio Nuevo París). Cabe destacar que las personas están viviendo un contexto de extrema vulnerabilidad social y sobre todo habitacional. Motiva la solicitud un planteamiento de los vecinos/as desde noviembre 2023 ante la Junta Departamental, donde se cita al sector salud por el riesgo de la presencia de plumbemia en niños/as que allí viven. (2025)

En base a documentos extraídos del Servicio de Tierras y Vivienda de la Intendencia de Montevideo, Unidad de Relocalizaciones (2025), se realizó una visita al sitio junto a técnicos de la Policlínica Aquiles Lanza. En dicha instancia, se constató que los habitantes del barrio atraviesan una situación de alta vulnerabilidad social y habitacional. Durante el recorrido se dialogó con algunos residentes, quienes señalaron que las primeras familias se asentaron en el lugar hace aproximadamente tres décadas.

Se identificaron irregularidades en el terreno generadas por rellenos compuestos principalmente de escombros y, en menor medida, de residuos, lo que provoca que las viviendas situadas en cotas más bajas presenten riesgo de inundación. De acuerdo con los relatos de algunos vecinos, el predio

habría albergado previamente una metalúrgica y, con posterioridad, un depósito de chatarra. Si bien este aspecto no pudo corroborarse a través del análisis de imágenes satelitales, sí se observan registros a partir del año 2002 <sup>10</sup>que muestran acumulación de materiales, aparentemente escombros y/o residuos.

Tanto la Intendencia de Montevideo (IM) como el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MVOT) se encuentran desarrollando la planificación y el fortalecimiento del equipo técnico para futuras intervenciones en el asentamiento, con el objetivo de avanzar en el proceso de realojo de las familias y garantizar el acceso a soluciones habitacionales y a una vida digna. Estas acciones se enmarcan dentro de las políticas públicas orientadas a la mejora de la calidad de vida, la reducción del déficit habitacional y la regularización de los asentamientos informales. En este sentido, la intervención no solo implica la relocalización de las familias, sino también la planificación de infraestructuras, servicios y acompañamiento social.

De este modo, la intervención en conjunta apunta a lograr diferentes cometidos: promover la inclusión social de las familias de La Favela; contribuir a la mejora en sus condiciones de vida; y garantizar el acceso a una vivienda digna como derecho humano fundamental.

## **2.2 Antecedentes del asentamiento: “vivo en La Favela hace más de 15 años”**

Partiendo de los antecedentes del asentamiento, en las entrevistas se constató que la mayoría de las familias residen en el mismo hace más de 15 años, lo cual, de cierta forma genera en ellas un sentido de pertenencia con relación al lugar en el que habitan. Trayendo los aportes de Mitjavila (1994, citada por Castiglia, 2000) se destaca que “los individuos desarrollan, así, sus pertenencias en espacios sociales y físicos que poseen, en sí mismos, una dinámica de acción capaz de procesar lo fáctico y lo simbólico, en una construcción que es por sobre todas las cosas social” (p. 8). En esta línea, el asentamiento La Favela no puede ser comprendido únicamente como espacio físico marcado por la precariedad habitacional, sino como un territorio socialmente construido, en el que las infancias y sus familias desarrollan vínculos, prácticas cotidianas y sentidos de pertenencia. Tal como se señala en la cita, lo fáctico y lo simbólico se interrelacionan en estos espacios, dando lugar a formas de arraigo que configuran identidades y modos de habitar.

Siguiendo con lo mencionado anteriormente, Castiglia (2000) da cuenta que

---

<sup>10</sup> Ver Anexo 1.

La integración social del sujeto al grupo, y a lo espacial, o sea a lo físico, se transforma en un aspecto fundamental sobre el cual los sujetos construyen sus sentimientos de pertenencia y posteriormente, definen su identidad social e individual con respecto a ese grupo y a ese espacio (p.8)

A partir de las referencias teóricas, en una de las entrevistas se evidencian los antecedentes del asentamiento y cómo él mismo se fue conformando:

*Había un muchacho que trabajaba en construcción. Empezó a construir las vivienditas esas chiquitas que tenían los primeros. Empezó a construir y empezó a alquilar y a vender. Mejor que estar en la calle, era comprar. Había una casita allá, otra casita en el otro lado. Dos casas más abajo. Y afuera era todo campo. (Entrevista 1, 2025)*

Reconocer esta dimensión social del territorio resulta fundamental para evitar miradas estigmatizantes y para comprender que las intervenciones en materia de salud o en políticas públicas inciden no solo sobre condiciones materiales, sino también sobre los vínculos y entramados sociales que sostienen la vida cotidiana de las familias en el asentamiento.

Las familias del asentamiento La Favela ocuparon las tierras hace al menos 15 años atrás, según datos tomados de la IM<sup>11</sup>. Sobre este dato son relevantes los aportes de González y Nahoum (2011):

Qué pasará con los actuales ocupantes de tierras, algunos de los cuales hace muchísimos años que las ocupan para vivir o para trabajar: es claro que no se los puede penalizar por haber hecho algo que en su momento no era delito, pero sucede que ese hecho continúa, y el agregado que ahora se hace (qué puede ser denunciado en cualquier momento) introduce serias dudas sobre cómo se aplicará en esos casos. (p. 104)

Asimismo, en otro relato se expresa que años atrás en el asentamiento:

---

<sup>11</sup> Ver Anexo 1.

*“Sacaban cuero, sacaban todo mugre, sacaban todo. Claro, como era un terreno vacío tiraban todo. Queda todo tipo de pintura abajo. Y donde vivimos nosotros era un depósito también. Por eso la tierra también está contaminada“ (Entrevista 4, 2025).*

Por lo tanto, las familias llegan al asentamiento La Favela mediante la compra de viviendas precarias, ya que buscaban resolver sus necesidades habitacionales de manera inmediata. A finales de los ochenta, como resultado del precio de los alquileres, la falta de financiamiento y la inaccesibilidad de la tierra urbana, este tipo de ocupaciones se hicieron muy numerosas, ya que eran la única forma para satisfacer la necesidad de vivienda. Según González (2018) los asentamientos irregulares; continúan luchando por regularizar sus tierras y los servicios.

*Los cables los arreglaba yo cuando había tormenta. Sí, tenemos el agua de OSE, sí. El agua hace un año, no hace tanto. Este año pusieron el agua. Cuando vino para uno, vinieron para todos. Y UTE hace poco también. Hace poquito pusieron la luz. (Entrevista 3, 2025)*

En otra de las entrevistas también se mencionó que “el agua viene contaminada también” (Entrevista 4, 2025). Lo que da cuenta de que la afectación de las infancias por el plomo no viene solo desde el contacto con la tierra sino que atraviesa las cañerías antiguas del agua que consumen. Por lo tanto, la OMS (2023), destaca que:

El agua salubre y de fácil acceso es importante para la salud pública, tanto si se utiliza para beber, para uso doméstico, para producir alimentos o con fines recreativos. La mejora del abastecimiento, el saneamiento y de la gestión de los recursos hídricos puede impulsar el crecimiento económico de los países y contribuir en gran medida a reducir la pobreza.

Desde esta perspectiva, los relatos dan cuenta de que la exposición al plomo en el asentamiento La Favela no se limita al contacto con el suelo, sino que se extiende a través del agua que las infancias y sus familias consumen diariamente. La precariedad de las infraestructuras básicas, como las cañerías antiguas y la reciente instalación de servicios esenciales, profundiza las condiciones de riesgo para la salud. Tal como indica la OMS, el acceso al agua salubre constituye un componente central de la salud pública, en donde su ausencia o deficiencia en estos territorios vulnera el derecho a la salud de las infancias.

También son relevantes los aportes de Bráncoli et al (2014), que dan cuenta que:

Otra característica es la *precariedad del hábitat del hogar* en donde las funciones y tareas domésticas se ven condicionadas. Esta situación afecta las rutinas del hogar, las prácticas de higiene, los espacios de juego y esparcimiento, la privacidad de los miembros del grupo, la realización de tareas escolares, y conlleva situaciones de riesgo para la salud. (pp. 225-226)

Por lo tanto, desde una perspectiva de derechos, los hogares en asentamientos de suma precariedad habitacional vulneran el derecho a la vivienda digna y también, a la salud, ya que el entorno físico incide y transversaliza la salud física y emocional de las personas que residen allí, especialmente las infancias. La falta de espacios apropiados para juegos, descanso, estudio, entre otros, limita las posibilidades de desarrollo de las personas y sus familias y, además incrementa la vulnerabilidad social. Es así, que la precariedad socio-habitacional no solo comprende desigualdades estructurales sino que también impacta en las prácticas cotidianas y en las trayectorias de vida de quienes habitan en el asentamiento La Favela.

En cuanto a las infancias, la falta de espacios apropiados para habitar genera que las mismas se encuentren cotidianamente en contacto directo con la tierra. En el caso de La Favela, en el que se ha comprobado la existencia de plomo, esto las expone a mayores riesgos de salud. Esto se evidenció en una de las entrevistas, en la que se dejó constancia de que;

*“Los niños y niñas juegan ahí también en la tierra. Están las 24 horas ahí, sábado y domingo, porque los días que van a la escuela pasa un poco, pero después continuamente ahí.” (Entrevista 3, 2025)*

Adicionalmente, en otra entrevista esto se vuelve a constatar con la siguiente aseveración sobre el contacto de las infancias con la tierra contaminada de plomo:

*“Además juegan ahí también en la tierra y eso es complicado. Aunque los pisos igual vos los tengas bien en tu casa, igual afuera está la tierra, está afuera.”(Entrevista 5, 2025)*

Según lo expuesto anteriormente, el contexto en el que viven tanto las familias como las infancias del asentamiento La Favela condiciona que puedan tener un acceso adecuado a la salud, en todas sus formas, ya que presentan diversas dificultades, económicas, sociales, etc. Siguiendo con esta línea UNICEF (2025) afirma que:

Crear viviendas adecuadas y entornos amigables para niños, niñas y adolescentes, que garanticen seguridad, salud y acceso a servicios esenciales, debería ser una prioridad tanto para quienes formulan las políticas de vivienda y planificación urbana como para quienes las ejecutan, ya sea desde el sector público o desde el privado (p.5).

En definitiva, el acceso a la salud de las infancias del asentamiento La Favela no puede comprenderse de forma aislada, sino en estrecha relación con las condiciones territoriales y habitacionales en las que transcurre la vida cotidiana. Tal como señalan Echeverría (2014) y UNICEF (2025), el entorno no solo incide en las estrategias de supervivencia de las familias, sino que también configura las posibilidades de ejercicio de derechos. Por ende, garantizar el derecho a la salud de las infancias requiere de intervenciones que contemplen el territorio como un componente central.

### **2.3 Acceso a la salud e incidencia del plomo en las infancias que residen en La Favela**

El acceso a la salud constituye un derecho fundamental para el bienestar de las infancias, particularmente en contextos de precariedad socio-habitacional. No obstante, dicho acceso no se garantiza por presencia de servicios, sino que se encuentra condicionado por diversos factores, tanto económicos, sociales, culturales, territoriales, entre otros. Desde la perspectiva de la OMS, el acceso a la salud debe ser entendido no sólo desde la atención sino como un proceso integral que abarque tanto la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento.

Es así, como señala la OMS (2025) que

La salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. Son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

Cabe destacar que en el caso particular del asentamiento La Favela, el trabajo de campo y la realización de las entrevistas permitió evidenciar la presencia histórica del plomo en el suelo, lo que se vincula estrechamente con el uso del territorio, ya que se utilizaba como depósito de metales.

*“La plumbemia está también en la tierra de casa, porque ahí, supuestamente, unos años atrás había un depósito de metales, en fin, y supuestamente queda por años eso. Porque es plástico todo, contaminado” (Entrevista 3, 2025).*

Siguiendo con la misma línea, la plumbemia es una problemática ambiental del asentamiento La Favela, por ende es de suma importancia destacar que

El estado de salud-enfermedad, es el resultado dinámico, variable y permanente, individual y colectivo de todas las influencias y determinantes ambientales, genéticos y sociales que se originan en las sociedades (estructura y funcionamiento) en que vivimos y nos socializamos, influencias y determinantes que alteran nuestra ecología social y producen, finalmente, en el individuo, el trastorno que llamamos enfermedad o en el caso contrario, la salud. (H. San Martín y A C. Martín, 1989, citado por Martino, 2004, p. 7)

Es a partir del descubrimiento de plomo en el suelo como problemática ambiental que se da inicio al proceso de realojo desde la IM y el MVOT. También es de relevancia mencionar que la referente barrial, la cual vive en el asentamiento, previamente a la realización del censo se movilizó y concurrió al CCZ 13 para obtener información acerca del realojo del asentamiento. Como Burger y Pose Roman (2010) afirman “los vecinos comienzan a organizarse y a informarse... mostrándonos cuales pueden ser todas las posibles fuentes de exposición a plomo... (p.30) En base a las entrevistas realizadas, en uno de los relatos se expresa que en los centros de salud más cercanos a La Favela:

*Me dijeron que no tenía mucho plomo, que estaba muy flaquito. Un tiempo le hicieron seguimiento y después no vinieron más. Lo tenía que trasladar yo y él estaba en silla de ruedas. Vinieron una vez los de la Policlínica y los de la tierra (Entrevista 6, 2025).*

La Policlínica Aquiles Lanza (IM), en tanto centro de atención descentralizado y el más cercano al territorio, no logra dar respuesta adecuada a esta necesidad. Las familias manifiestan la ausencia de

medicación y la falta de un seguimiento claro en relación con la plumbemia, recibiendo únicamente indicaciones generales o “pasos a seguir” que no contemplan el contexto socioeconómico en el que viven, como recomendaciones vinculadas al consumo de proteínas, entre otras. En este marco, las familias no identifican la plumbemia como una problemática prioritaria, ya que sus necesidades cotidianas se encuentran atravesadas por otras dificultades que requieren de atención inmediata.

En relación con la atención en salud, las seis familias entrevistadas evidencian que la mayoría de las familias del asentamiento La Favela, incluidas las entrevistadas, se atienden en la Policlínica Aquiles Lanza (IM). La misma se encuentra ubicada a ocho cuadras del asentamiento, lo que facilita el traslado de las familias, ya que muchas van caminando. La página web de la Intendencia de Montevideo (2025); señala sobre la Policlínica lo siguiente:

El Servicio de Atención a la Salud tiene una larga y rica trayectoria desde su creación, siendo pionera en el país desde los años 90 en adoptar la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS). Es parte de la amplia red de servicios del Primer Nivel de Atención (PNA) del subsector público en el departamento de Montevideo, integrando por complementación el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El acceso a las prestaciones es libre y gratuito.

Se infiere del análisis de cada una de las entrevistas que el acceso integral a la salud para las familias de La Favela es complejo. Por ejemplo, dos testimonios refieren;

*“Si te movés, accedés. Sí, tenés que moverte. Hay que moverse. A veces hay que esperar... Bastante.” “Lo mismo con el acceso a la medicación ... La mayoría de las veces no hay (Entrevista 1, 2025).*

*“A veces puede que no haya, a veces sí y a veces no. Depende, claro, depende de la medicación” (Entrevista 4, 2025).*

Respecto a lo anteriormente mencionado, las familias entrevistadas manifiestan que respecto a la problemática de la plumbemia en las infancias al recibir el diagnóstico de la contaminación reciben una primera consulta en el centro de salud más cercano, en donde se les brinda información y orientaciones sobre la alimentación, pero luego no se les hace un seguimiento, por lo que no se

cumple con los servicios que el centro de salud debería brindar, afectando de manera directa el derecho a la salud de las infancias que viven en La Favela.

Paralelamente, otra de las familias entrevistadas señala que

*En la Policlínica que está en el barrio, lo único que podés tener es el vacunador, el dentista ...y... no sé, y alguna otra más. Y pediatría, capaz para el control y eso. Y a veces sí hay alguna cosa en la farmacia. Porque casi siempre, como no hay ahí, tenemos que venir acá a Sayago<sup>12</sup>, sino al Dispensario del Cerro<sup>13</sup> (Entrevista 1, 2025).*

Por lo tanto, la ausencia frecuente de medicación en las policlínicas cercanas obliga a las familias a trasladarse a centros de salud más lejanos, ocasionando gastos económicos que muchas veces no pueden sostener. A raíz de esto, la mayoría de las familias posterga la realización de estudios e incluso interrumpen tratamientos o no acceden a la medicación indicada. Siguiendo con esta línea, es de suma relevancia destacar los aportes de Geurs y Van Wee (2004) quienes dan cuenta de que “la capacidad de las personas para acceder y no si efectivamente lo hacen, surgen de combinar rasgos del sistema de transporte, de la forma urbana y aspectos individuales” (Geurs y Van Wee, 2004, citado por PNUD, 2022, p.7).

Las entrevistas también dan cuenta de demoras prolongadas en la atención y la dificultad para obtener turnos.

*“Nos levantamos a veces a las seis de la mañana para ir a buscar número” (Entrevista 5, 2025), mientras que otra expresa que “si no le metés un poco de presión, te dejan todo el día sentado” (Entrevista 4, 2025).*

Si bien algunos entrevistados y entrevistadas manifiestan y reconocen el buen trato de los profesionales en salud, también señalan la falta de respuesta o de escucha efectiva. En otra de las entrevistas se manifiesta que

*Respecto al personal de salud, o sea, de los médicos y eso, sí, atienden bien. Pero a veces son complicados porque no te dan bola. A veces vas a las nueve de la mañana y son las cinco de la tarde y todavía no te atienden (Entrevista 4, 2025).*

---

<sup>12</sup> Centro de Salud Sayago (ASSE).

<sup>13</sup> Hospital del Cerro (ASSE).

Siguiendo con lo anteriormente mencionado, cabe hacer alusión a otro de los relatos, destacando la vulneración de los derechos de la infancia de La Favela, en el mismo se da cuenta que:

*“No es culpa de los niños, es culpa de ellos que no atienden”. (...) Si no le metés la pesada un poco, si yo le meto la pesada un poco, un poco de presión o algo. Si no te dejan todo el día sentado” (Entrevista 4, 2025).*

En cuanto a la atención médica especializada<sup>14</sup>, se destaca la ausencia de dispositivos específicos para el abordaje de la plumbemia en la infancia. En una de las entrevistas se da cuenta que en el Hospital Pereira Rossell

*“Antes funcionaba una unidad específica para la plumbemia (...) ahora cerró eso, ya no está más” (Entrevista 3, 2025).*

A su vez, se mencionan seguimientos interrumpidos y falta de continuidad en los diferentes controles, inclusive en situaciones de extrema vulnerabilidad, como por ejemplo infancias con dificultades de movilidad.

*“En el Pereira Rossell ella se atendía hasta una cierta edad, que íbamos a los controles allá, pero después de una cierta edad atendían y después era supuestamente en el Filtro, quedaron en avisarme y nunca más” (Entrevista 3, 2025).*

Trayendo los aportes de la “Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay” (2012) se destaca de los niños, niñas y adolescentes de Uruguay que:

Tratándose de personas menores de edad, la singularidad de los usuarios requiere de servicios adecuados a su edad. Los servicios de atención para niños y adolescentes deben ser accesibles: «Esto refiere tanto a la ubicación geográfica como a la claridad de información y los procedimientos (qué necesita y cómo tiene que hacer un adolescente para poder utilizarlos), así como el empleo de un lenguaje apropiado». (p.77)

Siguiendo lo expuesto por la OMS, la afectación de las infancias por el plomo puede traer graves consecuencias a nivel cognitivo, intelectual como también físico. Esto se refleja en los relatos de las familias, quienes señalan dificultades de aprendizaje, problemas en el desarrollo del lenguaje y afectaciones neurocognitivas en infancias con antecedentes de plumbemia. Las familias manifiestan

---

<sup>14</sup> Servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados complejos brindados por médicos especialistas certificados en áreas específicas.

que no se les ha brindado medicación específica ni un acompañamiento sostenido por parte de los centros de salud.

*“Ella quedó con el problema de aprendizaje, retardo, como le dicen. Le afectó la cabeza, lo neurocognitivo” (Entrevista 3, 2025).*

*“El de nueve toma rita, tenía un poco de plomo, hace unos meses le hicieron el estudio. Atrás de mi casa hay plomo. Tiene problemas en el habla, no sabe leer ni escribir” (Entrevista 6, 2025).*

La carencia o precariedad en servicios básicos como lo es el agua potable, saneamiento, electricidad y la recolección de residuos impacta directamente en la salud de la población y agrava enfermedades prevenibles. Las personas que viven en asentamientos pueden enfrentar discriminación o exclusión en los servicios de salud, lo que desalienta la consulta o afecta la calidad de la atención recibida. La falta de acceso a información clara y adaptada a las realidades de la población, sumada a las dificultades para sostener tratamientos en el tiempo, impacta en la efectividad del sistema sanitario. En este sentido, el análisis del acceso a la salud en La Favela permite problematizar las tensiones entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y las condiciones reales de acceso, evidenciando la necesidad de políticas públicas integrales que contemplen las particularidades territoriales y las voces de las familias afectadas.

Lo expuesto anteriormente se evidencia en otra de las entrevistas, acerca de la falta de información hacia las familias de La Favela respecto a la problemática de la plumbemia en las infancias. Es así como uno de los adultos referentes manifiesta que

*“Construimos con hormigón y ponemos la alfombra porque no sabíamos” (Entrevista 6, 2025).* Asimismo, se destaca en los relatos de las familias que en las Policlínicas cercanas *“Te dicen, no, acá no tenemos tantas herramientas para atender” (Entrevista 4, 2025).*

A partir del análisis del trabajo de campo y del marco conceptual, se evidencia que el acceso a la salud de las infancias se encuentra atravesado por múltiples barreras estructurales, territoriales e institucionales que limitan el ejercicio efectivo de este derecho. Si bien existe una red de servicios de salud de cercanía, el acceso como tal se ve condicionado por diferentes factores como la falta de medicación, las demoras prolongadas, la escasez de recursos y la discontinuidad en los seguimientos, particularmente en los casos de infancias que se encuentran afectadas por la plumbemia.

La presencia de plomo en el suelo del asentamiento constituye una problemática ambiental que impacta directamente en la salud de las infancias, generando consecuencias a nivel físico, cognitivo, etc, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud. No obstante, los relatos de las familias dan cuenta de respuestas fragmentadas por parte del sistema sanitario, caracterizadas por intervenciones puntuales, escasa articulación interinstitucional y una débil continuidad de cuidados.

#### **2.4 Cuidados, acompañamiento y roles de género**

En primera instancia, cabe mencionar que las infancias que residen en el asentamiento son dependientes de los adultos referentes a la hora de acceder a la salud, tanto para el traslado a los centros de salud, para asistir a los turnos médicos, para retirar medicación, como también para realizar un seguimiento en caso de tratamientos prolongados o en casos de afectación por la exposición al plomo. Por lo tanto, en el marco de esta investigación se consideró diversos relatos de adultos referentes de las infancias, tanto de aquellas que presentan diagnóstico de plumbemia como de aquellas que no lo presentan.

Es de suma importancia traer los aportes de Batthyány (2010-2011) sobre los cuidados. Según la autora los mismos son relacionales e interdependientes, todos hemos precisado o precisaremos de cuidados en algún momento de nuestra vida y todos hemos cuidado o cuidaremos a alguien en las etapas de nuestro ciclo vital. Todas las personas requerimos alimento, ropa, abrigo, asistencia, apoyo, compañía; así como también todas las personas nos lesionamos, enfermamos, pasamos por la primera infancia y llegaremos, probablemente, a la vejez (Batthyány, 2020, p. 1)

Siguiendo con esta línea, en la cual enfatiza Batthyány, en uno de los relatos de los hombres entrevistados se afirma que “ella se encarga de los cuidados” (Entrevista 4, 2025). Esto da cuenta de las desigualdades de género que implica los cuidados hacia las infancias, más aún cuando se trata de infancias afectadas por la problemática de la plumbemia en el asentamiento La Favela. Sumado a lo que plantea la autora, Flores y Tena (2014) afirman que cuidar no es un instinto natural ni una expresión de la feminidad, sino una construcción social que ha recaído sobre las mujeres como mandato de género.

Cabe hacer mención a que las condiciones habitacionales en las que atraviesan su cotidianidad las familias del asentamiento La Favela acrecientan esta problemática. Es decir, la exposición constante a la tierra contaminada, la ausencia de espacios verdes y de juego para la infancia, las limitaciones

en el acceso a los servicios básicos impactan directamente en la salud. Es por esto, que algunas familias relatan tomar determinadas estrategias de cuidado, se expresa en una de las entrevistas;

*“Los tres más chicos tuvieron plomemia, acá no hay pasto, hay tierra. Yo pongo alfombra desde que me enteré que había plomo” (Entrevista 6, 2025).*

Muchas de las acciones o estrategias que toman se realizan sin un seguimiento previo y con falta de información. Siguiendo con esta línea, otra de las entrevistadas manifiesta que respecto a la prevención de la contaminación del plomo.

*“Nada más el piso es material de hormigón nada más. Nosotros tenemos el piso adentro de casa. Afuera tenemos tierra” (Entrevista 4, 2025).*

Asimismo, la mujer siempre es la que se sobrecarga con los cuidados y el acompañamiento de las infancias a las que cuida y/o cría, ya que en el relato de los hombres surge la respuesta de “yo la ayudo”, lo que sigue reproduciendo desigualdades de género. Esto se evidencia en la entrevista mencionada anteriormente.

*“¿Quién se encarga de los cuidados? Ella y a veces yo, cuando yo estoy haciendo algo en la clínica o algo, se ocupa ella y si no me llama a mí, yo la ayudo” (Entrevista 4, 2025).*

Por lo tanto, Batthyány (2010) advierte que cuando el Estado no asume plenamente su rol en el acceso universal del cuidado, esta tarea recae sobre las familias, casi exclusivamente sobre las mujeres, reproduciendo las desigualdades de género. Además, la autora da cuenta que en contextos de vulnerabilidad social, esta sobrecarga parece casi obligatoria. Debido a que las condiciones materiales de vida son limitadas y se cuenta con menos recursos para delegar estas tareas, es clave el rol del Estado para generar políticas que reconozcan el cuidado como derecho y como trabajo. Según De Martino (2009) los roles de género son un aspecto central a la hora de estudiar a la familia, lo que se expresa en su definición como “el lugar social y simbólico donde las diferencias de generación y sexo se asumen como fundantes y, a la vez, construidas” (p. 32-33). En la mayoría de las familias entrevistadas las principales responsables tanto de las tareas del hogar como de los cuidados son las mujeres, ya sean madres, tías o abuelas. En muchas situaciones las entrevistadas refieren que se tratan de tareas compartidas, pero al indagar sobre cómo se distribuyen más específicamente las tareas de cuidados y de traslado a los centros de salud a controles periódicos de las infancias, reconocen que hacen más que sus parejas hombres. Una de las entrevistadas destacó que es “dedicada a las tareas. Ama de casa también” (Entrevista 5, 2025).

Batthyány (2011), en su investigación sobre “Bienestar social, trabajo no remunerado y cuidados”, retoma la idea sobre los obstáculos que enfrentan las mujeres para insertarse en el ámbito público, como resultado de una mayor participación en las tareas domésticas y de cuidados. Para esta autora, aunque el varón ha comenzado a tener mayores responsabilidades en torno a la familia y los cuidados, no son suficientes para modificar la división sexual del trabajo, que relega las responsabilidades de trabajo no remunerado a las mujeres. En nuestro país, “las trabajadoras que son madres han desarrollado complejas estrategias de cuidado familiar para incorporarse al mercado de trabajo formal o informal debido a las dificultades de acceso al cuidado de carácter institucional o familiar” (Aguirre, 2003; Batthyány, 2004, en Batthyány, 2011, p. 1).

Lo anteriormente expresado por la autora se enfatizó en otra de las entrevistas sobre las desigualdades de género;

*Yo estoy con el padre de ellas. Pero él a veces trabaja, a veces hace changas y eso (...) Yo porque no habla mucho y no entiende mucho. Como que no habla mucho. Porque él de repente va a la Policlínica pero no habla nada. El hombre tiene el trabajo y no le da tanto la cabeza (Entrevista 5, 2025).*

Por otro lado, es de suma relevancia mencionar que la totalidad de las familias entrevistadas se encuentran desocupadas actualmente, realizan “changas”<sup>15</sup> o trabajos no remunerados. Además, entre las ocupaciones de los/las entrevistados/as se encontró tareas del hogar (no remuneradas), en las que las mujeres sólo realizan trabajo no remunerado en el hogar o trabajos de tipo manual fuera del hogar, por ejemplo, cuidados de no familiares o de limpieza como también madres sin trabajo formal (por baja capacitación para el mercado laboral) o con trabajos extenuantes o precarios (Canetti, et al, 2015, citado por Lembo, 2016). Según Aguirre (2009), el trabajo reproductivo incluye tanto tareas domésticas como de cuidados: alimentación, limpieza, organización del hogar, crianza, entre otras. Ambas se desarrollan en el espacio familiar y son necesarias para la sostenibilidad cotidiana de las personas, pero presentan características específicas.

Como plantea Jelin (2010) la adquisición de los recursos humanos y materiales es una función clave de las familias, lo que exige el desarrollo de estrategias para su creación, mantenimiento y administración, existiendo distintas fuentes de donde provienen los recursos: el trabajo remunerado y no remunerado de los miembros, las transferencias de instituciones formales reconocidas para este fin (fundamentalmente el Estado, a través de transferencias monetarias y en servicios), la ayuda de

---

<sup>15</sup> Trabajo informal y de corta duración.

organizaciones sociales "solidarias" (organismos no gubernamentales), los ahorros propios y otras fuentes de ingresos (rentas, inversiones, etc.) y las transferencias informales basadas en redes de ayuda mutua e intercambio (incluyendo las remesas de miembros de la familia migrantes a otros lugares) (p.79).

Paralelamente se observa que el acceso a la atención en salud queda fuertemente asociado a la capacidad de las familias de movilizarse, insistir y sostener tiempos de espera prolongados, lo que desplaza la responsabilidad del Estado hacia los sujetos, profundizando desigualdades preexistentes. En este sentido, el derecho a la salud se transforma en un acceso condicionado, en el que la infancia y sus familias deben desplegar múltiples estrategias para lograr ser atendidas.

*“La Policlínica está cerca. A veces estoy sola para ir con ella y a veces hay los remedios y a veces no hay. Demoran mucho para atender” (Entrevista 5, 2025).*

Es de mencionar en última instancia como lo cultural se encuentra arraigado en las familias de La Favela, ya que las mismas siguen cumpliendo las mismas formas aprendidas de sus familias, tanto de maternar como de paternar. Cabe hacer alusión a que las familias del asentamiento al no tener las condiciones socio-habitacionales dignas les resulta complejo sostener a las infancias, tanto económicamente, físicamente, socialmente y materialmente. En este sentido, el Estado debe tener presente al momento de diseñar las políticas públicas, la multiplicidad existente de arreglos familiares, los cuales han ido variando a lo largo del tiempo.

## **Reflexiones finales**

La presente monografía se planteó como objetivo problematizar, analizar y comprender las dificultades en el acceso a la salud de las infancias a través de las perspectivas de los adultos referentes entrevistados. Asimismo, se reconoce que tanto la precariedad socio-habitacional como otras dimensiones atraviesan a las familias y a su cotidianidad, incidiendo de manera directa en las posibilidades de acceso a la atención y al ejercicio efectivo del derecho a la salud. Otra de las dimensiones y problemáticas que atraviesan a la infancia en particular del asentamiento La Favela es la presencia de plomo en el suelo, en donde los niños y niñas transitan esa realidad y cotidianidad, generando dificultades tanto en el acceso a la salud como en el desarrollo en todos sus aspectos. Desde esta perspectiva, el bienestar individual no se reduce sólo al aspecto físico, sino que comprende también las dimensiones sociales, culturales, económicas, lo cual transversaliza a la salud en todas sus formas. El análisis permitió comprender cómo las desigualdades estructurales, las condiciones de vida y las trayectorias familiares inciden de manera directa en las posibilidades de acceso, continuidad y sostenimiento de la atención en salud.

Los resultados evidencian que, si bien existen dispositivos descentralizados de salud en el territorio, las respuestas institucionales resultan insuficientes. La falta de seguimiento, la escasez de recursos y la poca valoración de la plumbemia como problemática de salud pública limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las infancias. Estas limitaciones no pueden ser analizadas de forma aislada, sino en articulación con las múltiples vulneraciones que atraviesan las familias, cuyas prioridades cotidianas se ven condicionadas por necesidades básicas insatisfechas.

Se evidencia una falla del Estado en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud, dado que el sistema se encuentra desbordado. Esta situación impacta directamente en la continuidad de los tratamientos, ya que las familias, frente a dichas limitaciones institucionales y a la escasez de recursos propios, no logran sostenerse en el tiempo. Asimismo, desde los servicios de salud no se garantiza un seguimiento adecuado, lo que responde al mismo desborde institucional. A esto se suma que la problemática de la plumbemia no es reconocida como una afección de gravedad dentro del centro de salud más cercano donde se atienden las familias, lo que se traduce en una respuesta insuficiente y en una escasa priorización de la misma.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, esta situación interpela directamente el rol del Estado como garante de derechos y pone en tensión las políticas públicas de salud, que tienden a responsabilizar a las familias por la continuidad de los tratamientos. Se evidencia la necesidad de fortalecer

políticas públicas integrales que aborden de manera conjunta las dimensiones de salud, habitacionales y ambientales, así como de garantizar dispositivos específicos de atención y seguimiento para las infancias afectadas por la contaminación por plomo.

Asimismo, el documento permite problematizar las intervenciones profesionales en el campo de la salud, destacando la necesidad de fortalecer prácticas que articulen una mirada crítica del contexto, promuevan el acompañamiento y la articulación interinstitucional. Desde el Trabajo Social, se reconoce a las infancias como sujetos de derecho y a las familias como referentes de los procesos de cuidado y acompañamiento. Por lo que, resulta fundamental reconocer la gravedad de la plumbemia como un problema de salud pública ya que es una profesión garante de derechos, considerando las condiciones y necesidades de las familias que atraviesan esta problemática. Esto se encuentra estrechamente relacionado a la precariedad socio-habitacional que transversaliza la salud tanto de las infancias como de las familias del asentamiento La Favela, limitando la disponibilidad de servicios médicos, el traslado a centros de atención y el seguimiento de tratamientos prolongados.

Además, destacar el fuerte sentido de pertenencia de las familias y las infancias al lugar en el que habitan, ya que el mismo se encuentra transversalizado por vínculos, redes de apoyo mutuo y experiencias compartidas. Este contexto funciona como sostén cotidiano frente a situaciones de vulnerabilidad extrema y contribuye a la construcción de vínculos significativos para las infancias.

Por último y no menos importante, esta monografía busca contribuir a la reflexión crítica sobre las políticas públicas de salud, los derechos de las infancias, el rol del Estado, la problemática de la plumbemia. Resulta imprescindible, además, promover intervenciones que reconozcan las condiciones sociohistóricas del territorio y que incorporen las voces de las infancias y de las familias como insumo central para la construcción de respuestas institucionales que efectivicen el derecho a la salud.

Para finalizar con la monografía resulta pertinente destacar una frase que interpela la temática abordada: *"No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad que la forma en que trata a sus niños"* — Nelson Mandela, 1995.

## Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. (2009). *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Doble clic.
- Aries, P. (1960). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Taurus.
- Archenti, N. (2007). *El diseño de la investigación: La definición de una estrategia*. En A. Marradi, N. Archenti & J. I. Piovani (Eds.), *Metodología de las Ciencias Sociales*. Emecé. <https://desarrollomedellin.wordpress.com/wp>
- Arnillas, G. y Paucar, N. (2006). *Monitoreo y evaluación de la participación infantil en proyectos de desarrollo*. Save the children (Suecia). <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/136>
- Asociación Médica Mundial. (1988). *La Ética Médica, el acceso a la atención médica*. Sindicato Médico del Uruguay. <https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/amm-atme.htm>
- Batthyány, K. (2010). El cuidado infantil en Uruguay y sus implicancias de género: análisis a partir del uso del tiempo. *Revista de Ciencias Sociales*, 23(27), 20-32. <https://www.redalyc.org/pdf>
- Batthyány, K. (2011, septiembre). Bienestar social, trabajo no remunerado y cuidados. En *X Jornadas de Investigación: Derechos humanos, seguridad y violencia*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/>
- Batthyány, K, Cabrera, M (2011). *Investigación social cualitativa: Epistemología, metodologías y estrategias*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. [https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/05/FCS\\_Batthianny\\_2011-07-27-lo](https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/05/FCS_Batthianny_2011-07-27-lo)
- Batthyány, K. (2020). *La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados*. CLACSO
- Bráncoli, J., Boucht, N., y Cacciutto, C. (2014). Pobreza extrema, trayectorias educativas y mediciones comunitarias: Las organizaciones sociales como parte de las políticas de inclusión educativa. En A. Clemente (Coord.), *Territorios urbanos y pobreza persistente* (pp. 225-226). Espacio.
- Burger, M. y Pose Román, D. (2010). *Plomo, salud y ambiente: Experiencia en Uruguay*. Universidad de la República.
- Bustelo, E. (2007). *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*. Siglo XXI.

- Castiglia, A. (2000). Aproximación al análisis del sentimiento de pertenencia en el entorno metropolitano: La Ciudad de la Costa [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/23992>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill.
- Cousillas, A. (2001). *Evaluación de la exposición al plomo en la población infantil del Uruguay*. [Tesis de Doctorado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/32100>
- De Martino, M. (2009). *Infancia, Familia y Género: Múltiples problemáticas, múltiples abordajes*. Cruz del Sur.
- De Martino, M. (2020). *Trabajo Social con familias: dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos*. Udelar.
- Usuarios se manifestaron por el cierre de la policlínica de plumbemia. (2013, diciembre 31). *El Observador*. <https://www.observador.com.uy/nota/usuarios-se-manifestaron-por-cierre-de-la-poli>
- Espiga, S. (2024). *Infancias imaginadas. Relatos, disputas y representaciones sociales a inicios del siglo XX en Uruguay*. Telar ediciones.
- Flores, R. y Tena, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Revista de Ciencias Sociales*, 121(2), 45-64. <https://www.redalyc.org/pdf/509/50931716002.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2024). *La infancia como prioridad. Seis desafíos claves de políticas públicas en Uruguay*. <https://www.unicef.org/uruguay/media>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2025). *Infancia y vivienda. Prioridades para una agenda nacional*. [https://bibliotecaunicef.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=347](https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=347)
- Giorgi, V (2016). Pensar la clínica de niños y niñas desde una perspectiva de Derechos: El Derecho a la información. Análisis de las primeras entrevistas en un Servicio de Atención Psicológica. *It: Salud Comunitaria y Sociedad*, 4(4), 53-64. <http://web.fmed.edu.uy/sites/www.extension.fmed.edu.uy/files/revistaIT4-08-web.pdf>
- González, G. y Nahoum, B. (2011). *Escritos sobre los sin tierra urbanos*. Trilce.
- González, G. (2018). *La lucha organizada por el derecho al suelo urbano y la ciudad*. FUCVAM.

- González, T., & Olesker, D. (Eds.). (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud: 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública. Disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-10/>
- Giachetto, G. (2010). Programa Nacional de Salud de la Niñez: Reflexiones y desafíos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(2), 71-72. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v81n2/v81n2a01.pdf>
- IMPO, (1968). Ley N° 13.728. Plan Nacional de viviendas. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/13728-1968>
- IMPO, (1990). Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en <http://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/16137-1990>
- IMPO, (2004). Código de la Niñez y Adolescencia. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>
- Instituto Nacional de Estadística, y Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Programa de Mejoramiento de Barrios, Unidad de Evaluación y Monitoreo.(2012). Programa de Mejoramiento de Barrios, Unidad de Evaluación y Monitoreo. *Informe técnico: Relevamiento de asentamientos irregulares. Primeros resultados de población y viviendas a partir del censo 2011*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion>
- Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay. (2012). *Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*. UNICEF, Uruguay. [https://bibliotecaunicef.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=79](https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=79)
- Intendencia de Montevideo, Departamento de Desarrollo Ambiental, (2025). Documentos extraídos.
- Intendencia de Montevideo, 2025. Policlínicas. <https://montevideo.gub.uy/area-salud>
- Intendencia de Montevideo, Servicio de Tierras y Vivienda, (2025). Documentos extraídos.
- Jelin, E. (2010). *Pan y afectos: La transformación de las familias*. Fondo de la Cultura Económica.
- Katzman, R. & Retamoso, A. (2005). *Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo*. Revista de la CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication>
- Lagos García, F. (2023). *Primer nivel de atención en salud: Las infancias y su derecho a ejercer la participación* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/39139>

- Lembo, E. (2016). *Aproximación a las subjetividades de padres y madres en relación a la crianza y cuidado de sus hijos e hijas* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7771>
- Lewkowicz, I. (2004). *Entre la institución y la destitución: ¿Qué es la infancia?* en C. Corea e I. Lewkowicz. *Pedagogía del aburrido*. Paidós.
- Macías, Ch., y Martínez, L. (2024). *El fantasma del plomo en la sociedad de la basura: Una aproximación al riesgo ambiental que viven los habitantes del asentamiento Felipe Cardoso* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/44635>
- Marradi, A. Archenti, N. y Piovani J.I.(2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Emecé.
- Martino, J. (2004). *Una encrucijada en constante evolución: Salud y trabajo social* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/18064>
- Martirena, L. (2025). Casa nueva, ¿vida nueva? Experiencia de familias clasificadoras de residuos relocalizadas del asentamiento La Chacarita. En A. Berdía et al. (Comps.), *Procesos urbanos y políticas habitacionales en la coyuntura actual* (pp. 159-172). Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Especialización en Estudios Urbanos e Intervenciones Territoriales. <https://www.colibri.udelar.edu.uy>
- Poder Ejecutivo. (2007, febrero 28). *Sistema integrado de Salud* [Proyecto de ley]. [https://archivo.presidencia.gub.uy/\\_web/proyectos/2007/03/S276\\_15%2009%202006\\_00001.PDF](https://archivo.presidencia.gub.uy/_web/proyectos/2007/03/S276_15%2009%202006_00001.PDF)
- Merklen, D. (2005). *Pobres Ciudadanos: Las clases populares en la era democrática Argentina, 1983 – 2003*. Gorla.
- Merklen, D., y Filardo, V. (2019). *Detrás de la línea de la pobreza: La vida en los barrios populares de Montevideo*. Gorla; Pomaire.
- Ministerio de Desarrollo Social, 2021. Protocolo de manejo y seguimiento de población pediátrica según valores de plumbemia. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social>
- Míguez, M.N., y Sanchez, L. (2017). Cuerpos y emociones: Etiquetas en la infancia. En G. Vergara y A. De Sena (Comp.), *Geometrías sociales* (pp. 191-207). Estudios Sociológicos. [https://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/geometrias-sociales/geometrias\\_sociales.pdf](https://estudiossociologicos.org/-descargas/eseditora/geometrias-sociales/geometrias_sociales.pdf)

- Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (2024). *¿Qué es el Plan Avanzar?* <https://www.gub.uy/ministerio-vivienda-ordenamiento-territorial/politicas-y-gestion/es-plan-avanzar>
- Nadal, D. (s.f). *Trabajo social sanitario en infancia y adolescencia*. Universitat Oberta de Catalunya. <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/3619d95b-eaec-4cbd-8888-f553af1763be/content>
- Navarrete Gálvez, P. M., y Gale, Ch. (2025). *Motivos que contribuyen a la separación de niños, niñas y adolescentes de sus familias en Uruguay*. Aldeas Infantiles SOS Internacional.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS. <https://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Agua para consumo humano*. <https://www.who.int/es/news-room>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Intoxicación por plomo y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Preguntas más frecuentes*. <https://www.who.int/es/about/frequently>
- Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. (2022). *Accesibilidad potencial al cuidado del niño sano en la ciudad de Montevideo: análisis de escenarios de retracción por emergencia sanitaria y expansión estratégica de la oferta. (PNUD URUGUAY – UCU): Informe final*. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-03/undp-uy-accesibilidad-cuidados-2025.pdf>
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay, (2001). *Policlínica de plumbemia en Hospital Pereira Rossell*. Disponible en <http://archivo.presidencia.gub.uy/noticias/archivo>

- Queirolo, E. I., Ettinger, A. S., Stoltzfus, R. J., y Kordas, K. (2010). Association of anemia, child and family characteristics with elevated blood lead concentrations in preschool children from Montevideo, Uruguay. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 65(2), 94-100. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/140.pdf>
- Rebellato, J. L. (1999). *Ética de la liberación y praxis social*. Nordan-Comunidad.
- Recalde, S (2016). *Precariedad concentrada y dispersa / áreas excluidas e islas de precariedad. El caso de Montevideo*. *Proyección*, 10(19), 153-179. <https://bdigital.uncuyo.edu.ar>
- Rocco, B. (2018). *Sean los infelices ... ¿Los más privilegiados? Acerca de los procesos de segregación en Montevideo y Área Metropolitana (1966-2011)*. [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Colibrí. <http://hdl.handle.net/20.500.12008/18990>
- Scribano A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires, Prometeo.
- Serrano, C. (2005). *La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina*. SERIE Mujer y Desarrollo N° 70. Santiago de Chile. CEPAL – Naciones Unidas
- Sosa, A (2012). *Protocolo de manejo de población pediátrica según valores de plumbemia*. Ministerio de Salud Pública. División Salud Ambiental y Ocupacional. <https://www.gub.uy/ministerio>
- Suárez, L (2021). *La exposición al plomo en los niños uruguayos y sus efectos en los desempeños educativos: un estudio en base a los datos de la Unidad Pediátrica Ambiental*. <https://research-ebSCO-com.proxy.timbo.org.uy/c/wrhwqo/search/>
- Uruguay. (2004, septiembre 14). *Ley N° 17.823: Código de la Niñez y la Adolescencia*. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>
- Uruguay. (2007, diciembre 13). *Ley N° 17.775. Declaración de interés general. Regulación de la contaminación por plomo*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay. (2007, diciembre 13). *Ley N° 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Vallejos, I. (2009). La categoría de normalidad: Una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En: Rosato y Angelino (coordinadoras) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad: Desnaturalizar el déficit*. Noveduc.

Vallés, M (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis, S.A.

## ANEXO 1

### 1.1 Pauta de entrevista

- Nombre, edad, género, ocupación (desempleado/a, trabajo formal, trabajo informal, otros)  
Lugar de residencia, antigüedad y trayectoria del lugar de residencia ¿Hace cuanto viven en el asentamiento?
- ¿Antes de que se conforme el asentamiento que había allí? ¿Cómo llegaron?
- Nombre del niño/a, edad
- Dónde se atiende el/la niño/a respecto a su salud (ASSE, Mutualista, etc) ¿Siempre se atendió en el mismo prestador de salud o ha variado? Dónde nació el niño/a?
- ¿Cuáles son las facilidades que encuentran respecto al acceso a la salud?  
¿Cómo valora el acceso a la salud para los/as niños/as desde su experiencia? ¿Puede señalar aspectos positivos y negativos? ¿Cómo es la atención del personal de la salud (buena/regular/mala)? ¿Les queda cerca donde se atiende? ¿Encuentran turno rápido? ¿Cómo es el acceso a la medicación? y a estudios y análisis clínicos (en caso de que deban hacerlos) y a la vacunación? El/la niño/a tiene que seguir algún tratamiento prolongado? En caso de que si, accede fácilmente a realizarlo? ¿Quién se encarga de los cuidados y quien lleva al niño/a al centro de salud?
- ¿El/la niña/o fue afectado por el plomo del suelo? ¿Cómo, cuándo y dónde se le diagnosticó? ¿Qué le significa en relación a su salud? ¿Cómo se expresa la plumbemia en su caso? En caso de que si, como es el seguimiento que se realiza si tiene plumbemia, van seguido a donde se atiende? ¿Cuáles son los pasos a seguir y con qué frecuencia debe asistir al prestador de salud? ¿Quién lleva al niño/a al prestador de salud? ¿Pueden realizarlos desde sus hogares? ¿O deben trasladarse a su cobertura de salud? ¿Recibe algún tratamiento especializado? ¿Es viable poder seguirlo fuera de la cobertura de salud? ¿Acceden a la medicación para la plumbemia fácilmente?
- ¿Toman alguna iniciativa para prevenir que los niños/as sean afectados por la plumbemia? ¿Hay alguna acción preventiva a seguir recomendada por el centro de atención en salud? Si es así, ¿cuáles?

## 1.2 Fotografías aéreas y plano de ubicación del asentamiento La Favela

Año 2000:



Fuente: Sistema de Información Geográfica, 2025

Año 2007:

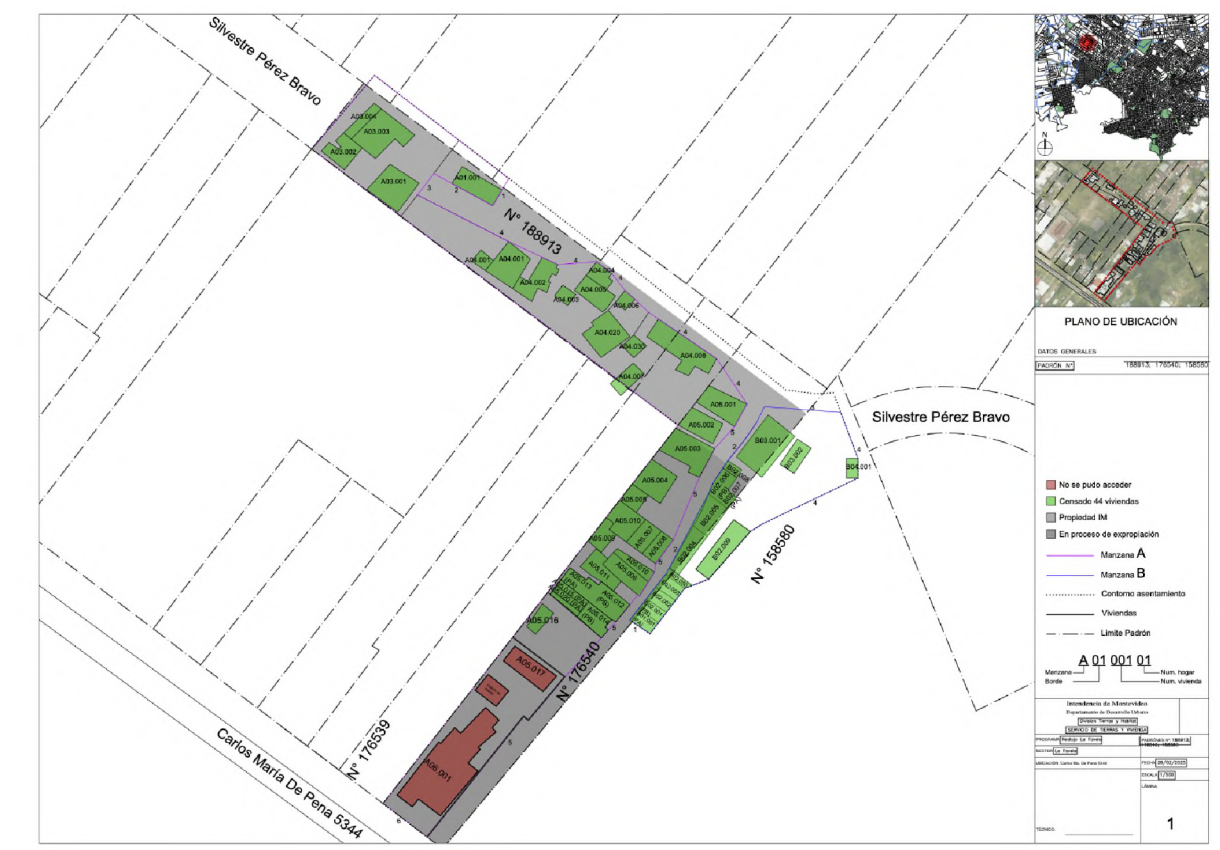


Fuente: Sistema de Información Geográfica, 2025

Año 2024:

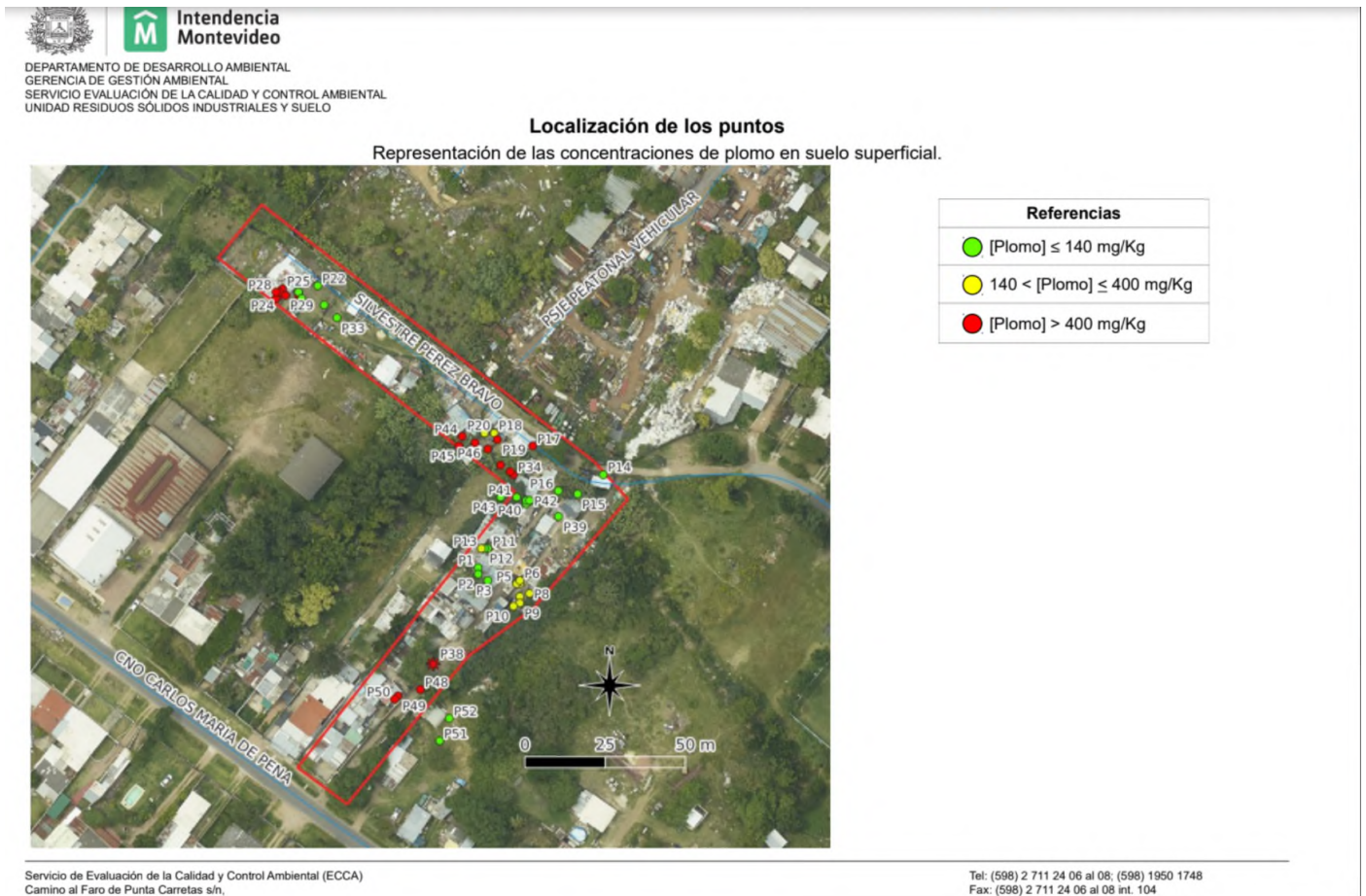


Fuente: Sistema de Información Geográfica, 2025



Fuente: Intendencia de Montevideo, Equipo técnico del Servicio de Tierras y Vivienda, 2025

### 1.3 Fotografías aéreas del asentamiento identificando la presencia de plomo



Fuente: Intendencia de Montevideo, Departamento de Desarrollo Ambiental, 2025

**ANEXO 2**

**2.1 Fotografía actual del asentamiento La Favela, 2025**



Fuente: Intendencia de Montevideo, Servicio de Tierras y Vivienda, 2025