

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Monografía final de grado
Licenciatura en Sociología

“No agarré la batuta, me la dieron”
Desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares
con varones afectados por Accidentes Cerebro Vasculares

Lidia Trelles Galán

Tutora: Dra. Valentina Perrotta

Introducción.....	3
Fundamentación social y sociológica del problema y antecedentes.....	5
Marco teórico.....	18
Objetivos y estrategia metodológica.....	28
Principales hallazgos.....	33
El cuidado en tensión: Familia, Estado y mercado.....	33
La sobrecarga invisible: tareas de cuidado y cuidado específico en la salud.....	40
Del compromiso afectivo al desgaste cotidiano: ¿Quién cuida a la que cuida?.....	45
Cuerpos que no se cuidan, cuerpos que sostienen. Cuidado de la salud del hombre y relación con el sistema sanitario.....	51
Reflexiones finales.....	56
Bibliografía.....	60

RESUMEN

La presente monografía propone analizar las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por accidentes cerebrovasculares (ACV) en Montevideo y el Área Metropolitana. Se parte del reconocimiento del cuidado como una práctica históricamente feminizada, invisibilizada y no remunerada, que se vuelve especialmente relevante en contextos de dependencia severa no contemplados adecuadamente por las políticas públicas vigentes.

En Uruguay, el envejecimiento poblacional, junto con la limitada cobertura del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), evidencia vacíos en la respuesta estatal frente a situaciones de dependencia derivadas de eventos súbitos como los ACV. En este marco, el presente trabajo se centra en comprender las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana.

Desde un enfoque teórico feminista, se abordan nociones clave como la división sexual del trabajo, la organización social del cuidado, el contrato sexual y la masculinidad hegemónica, entendiendo que las relaciones de género estructuran las formas en que se distribuyen las tareas y responsabilidades de cuidado. Estas categorías permiten dar cuenta del carácter relacional, desigual y profundamente político de dichas prácticas.

La investigación que da origen a esta monografía adopta una metodología cualitativa, basada en entrevistas en profundidad a mujeres cuidadoras, esposas e hijas, de varones que han experimentado un accidente cerebrovascular (ACV). La muestra fue construida considerando el nivel socioeconómico como variable de corte, lo cual permite explorar cómo las condiciones materiales y simbólicas configuran distintas estrategias de cuidado.

Dicha investigación permitió comprender de forma integral las desigualdades de género que atraviesan las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV, evidenciando cómo las mujeres en su rol de esposas o hijas asumen la mayor parte de la carga de cuidados, reorganizan su vida cotidiana y laboral, enfrentan vínculos desiguales con el sistema sanitario, y operan dentro de estructuras familistas marcadas por la ausencia de respuestas estatales adecuadas, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica.

Introducción

En la actualidad, gracias al movimiento y academia feminista, se cuenta con un extenso acumulado de conocimiento teórico y empírico respecto al trabajo no remunerado. Asimismo, la teoría ha distinguido entre el trabajo doméstico y el de cuidados. Este reconocimiento académico, aunque incipiente en la sociedad, ha suscitado interrogantes sobre las desigualdades de género y las actividades desempeñadas por las mujeres, quienes históricamente han naturalizado la realización de ambos tipos de labores. A partir de las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI las sociedades occidentales contemporáneas atraviesan una fase de envejecimiento, caracterizada por el aumento de la esperanza de vida al nacer. Este incremento conduce a una creciente cantidad de personas dependientes en las poblaciones, es decir, aquellas que requieren la asistencia de otras personas para subsistir. Particularmente para Uruguay, para el año 2023, la población mayor de 65 años representa el 18.5% de la población total (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023).

Estas nuevas demandas son abordadas por los Estados latinoamericanos, como en el caso de Uruguay, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en el año 2015. A pesar de dichos avances en el reconocimiento y en las políticas de cuidado, existe una población excluida de estas medidas, como son las personas que experimentan enfermedades o accidentes que interrumpen el ciclo vital y las convierten en dependientes. La anomalía que interrumpe el ciclo de vida que dio origen a la investigación que es base de esta monografía, son los accidentes cerebrovasculares (ACV). Aunque estos accidentes pueden afectar a ambos sexos, su prevalencia es mayor en hombres, que son cuidados generalmente por mujeres de la familia, asumiendo la responsabilidad de sus cuidados. La demanda intensiva de cuidados asociada a esta enfermedad, al no estar contemplada en las políticas de cuidados, afecta la vida de las mujeres cuidadoras y por ende constituye una desigualdad de género a considerar. La presente monografía es resultado de la investigación realizada en el marco del Taller Desigualdades de Género entre los años 2022 y 2023 a cargo de la Dra. Karina Batthyány Dighiero, la Dra. Valentina Perrotta González y la Dra. Sol Scavino Solari. Como objetivo principal se propuso comprender las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana.

La investigación que sustenta este trabajo fue de corte cualitativo, considerando que este enfoque nos brinda una comprensión más profunda de la realidad social que se está

investigando, permitiendo que la información recopilada se interrelacione con la teoría desarrollada, contribuyendo a la línea de investigación acerca de las desigualdades de género presentes en el cuidado. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas como técnica de investigación principal. La monografía se estructura comenzando con una breve fundamentación sociológica y social del problema, seguida por el desarrollo del marco teórico, donde se plantean las nociones centrales del proyecto. Seguidamente, se presentan los antecedentes tanto nacionales como internacionales. En un siguiente apartado, se expone la estrategia metodológica, seguida del análisis del material empírico producido por la investigación. El último apartado se reserva para el desarrollo de las reflexiones finales, donde se consolida la síntesis de los hallazgos y se ofrecen perspectivas reflexivas que contribuyen al entendimiento más profundo del problema.

Fundamentación social y sociológica del problema y antecedentes

El estudio de los cuidados desde una perspectiva sociológica permite comprender cómo se estructuran las dinámicas sociales y las desigualdades presentes en ellas. En particular, permite analizar quién cuida, cómo se cuida y en qué condiciones, lo cual resulta clave para comprender las asimetrías estructurales de género presentes en las sociedades contemporáneas. Analizar los de cuidados desde una perspectiva crítica, permite, además, cuestionar no solo quién los realiza, sino también cómo los sistemas de bienestar distribuyen la responsabilidad de proveerlos, y con qué consecuencias para quienes los asumen. En este sentido, Rosario Aguirre (2008) propone una clasificación analítica que distingue entre regímenes familistas y desfamiliarizadores, la cual resulta útil para pensar las dinámicas del cuidado en Uruguay.

En el modelo familista, el bienestar se estructura principalmente sobre la base de las familias, y dentro de ellas, sobre las mujeres. La autora advierte que, bajo este tipo de régimen, el Estado y el mercado cumplen un rol subsidiario o marginal, delegando en los hogares, más específicamente, en las mujeres, la provisión cotidiana de cuidados. Esto implica que las mujeres quedan atrapadas en una doble jornada de trabajo: remunerado y no remunerado, o bien directamente se ven obligadas a retirarse del mercado laboral para asumir el cuidado de personas dependientes. Como consecuencia, el modelo familista profundiza las desigualdades de género, restringe la autonomía económica de las mujeres y consolida una distribución inequitativa del tiempo, los ingresos y las oportunidades.

Frente a este escenario, Aguirre (2008) plantea la necesidad de avanzar hacia regímenes desfamiliarizadores, es decir, modelos en los que el Estado y el mercado asumen de forma activa y corresponsable los costos del cuidado, brindando servicios públicos accesibles, universales y de calidad. En estos regímenes, el cuidado se concibe como un derecho social y no como una carga doméstica, lo que permite liberar a las mujeres del mandato de cuidado exclusivo y avanzar hacia una redistribución más justa de las responsabilidades.

En esta línea, la Encuesta de Uso del Tiempo 2021–2022 revela que las mujeres dedican en promedio 35 horas semanales a tareas del hogar y cuidados, mientras que los varones destinan 20 horas, evidenciando una brecha de 15 horas (INE & Inmujeres, 2024).

Según Amarante, Barro y Colacce (2024), en el año 2021 las mujeres continuaban realizando el doble de trabajo no remunerado que los varones, si bien esta brecha ha disminuido en

relación a 2007, cuando las mujeres realizaban casi el triple. Esta carga desigual se manifiesta en todos los componentes del trabajo no remunerado, especialmente en las tareas domésticas y de cuidado. En cuanto al trabajo doméstico, como limpieza, compras y elaboración de alimentos, las mujeres seguían asumiendo el doble de responsabilidades que los varones. Si bien entre 2007 y 2013 se había observado una leve disminución en la intensidad del trabajo de cuidados para las mujeres, hacia 2021 dicha tendencia se revierte, evidenciando la persistencia de una distribución profundamente desigual del tiempo y las responsabilidades en el ámbito doméstico y de cuidados.

Dentro del trabajo de cuidados podemos distinguir el destinado a las niñeces y a personas mayores. Genta (2018) señala que en Uruguay las estrategias de cuidado de las familias, especialmente en el caso de niños pequeños, están condicionadas por un contexto institucional limitado, en el que no existen soluciones universales, públicas, gratuitas y de jornada completa. En ausencia de una oferta pública suficiente, es el nivel socioeconómico del hogar lo que define las estrategias disponibles: quienes cuentan con mayores ingresos pueden acceder a servicios privados, mientras que las familias con menores recursos se ven obligadas a sostener el cuidado dentro del hogar, generalmente a través del trabajo no remunerado de las mujeres. Desde esta perspectiva, los aportes de Batthyány, Genta y Scavino (2018) resultan fundamentales para comprender el grado de familismo que caracteriza al contexto uruguayo y las distintas formas en que las familias organizan y resuelven las tareas de cuidado a las niñeces. Las autoras proponen una tipología que clasifica las estrategias de cuidado según el nivel de participación del Estado y del mercado en la provisión del cuidado. Las estrategias familiares de organización del cuidado no pueden entenderse como decisiones individuales aisladas, sino que están atravesadas por condicionantes culturales, éticos y materiales, los cuales influyen tanto en la concepción del “buen cuidado” como en las posibilidades reales de acceder a servicios que lo garanticen. En muchos casos, las ideas socialmente construidas sobre los cuidados deseables pueden constituirse en barreras simbólicas frente a las políticas públicas orientadas a desfamiliarizar estas responsabilidades, como sucede, por ejemplo, con las instituciones de atención para la primera infancia (Wallace, 2002). En este sentido, Batthyány, Genta y Scavino (2019) proponen una tipología que permite clasificar las estrategias de cuidado según el nivel de participación del Estado y del mercado. La primera de estas es la estrategia familista, en la cual el cuidado es asumido exclusivamente por el entorno familiar, sin ningún tipo de intervención estatal ni privada. Le sigue la estrategia con baja participación estatal, que

contempla el acceso a servicios públicos de cuidado infantil por hasta 20 horas semanales. En tercer lugar, la estrategia con alta participación estatal implica el uso de servicios públicos por más de 20 horas semanales, reflejando una mayor participación del Estado en la provisión del cuidado.

Por otra parte, se distinguen las formas mercantilizadas. La estrategia con baja mercantilización se basa en la participación de servicios privados de cuidado o la contratación de cuidadoras remuneradas en el hogar, por hasta 20 horas semanales. En cambio, la estrategia con alta mercantilización implica una contratación más intensiva de estos servicios, superando dicha cantidad de horas. Finalmente, la estrategia con participación combinada de Estado y mercado caracteriza a aquellos hogares que articulan servicios públicos y privados, combinando ambas para cubrir las necesidades de cuidado.

En el caso del cuidado infantil, la estrategia familista, aquella basada exclusivamente en el cuidado provisto por la familia sin participación del Estado ni del mercado, es predominante en todos los sectores, pero su prevalencia aumenta en los hogares de menores ingresos: el 70% de estos opta por esta modalidad, frente al 43,9% en los hogares con mayores niveles de ingreso. Esta diferencia evidencia cómo las posibilidades materiales condicionan las formas de organización del cuidado, limitando particularmente a los sectores más vulnerables. De esta forma las autoras concluyen que se debe trabajar desde la política pública para permitir socializar los costos del cuidado a través de la generación de servicios públicos que permitan articular el trabajo remunerado y los cuidados.

Continuando con la fundamentación del problema, se contextualizará la situación de Uruguay en relación al envejecimiento y la dependencia. En el libro “Cuidados en la vejez en América Latina: los casos de Chile, Cuba y Uruguay” (Acosta, Picasso y Perrotta, 2018) se busca comprender la vejez y el envejecimiento desde la sociología del cuidado. Perrotta (2018), plantea una crítica al concepto de dependencia entendido como una condición individualizada, definida desde un supuesto de normalidad corporal y funcional que señala como desviadas a aquellas personas que no se ajustan a ese ideal. Esta revisión permite cuestionar el modelo dicotómico que opone autonomía a dependencia, promoviendo en su lugar una concepción basada en la interdependencia social, donde los sujetos son situados en un continuo relacional de apoyos, vínculos y necesidades mutuas, más allá de capacidades estrictamente individuales.

Como se ha mencionado, los países latinoamericanos se caracterizan por presentar regímenes de cuidados familistas (Aguirre, 2008), rasgo que se manifiesta de forma especialmente marcada en el caso de las personas mayores. Esta configuración se vincula al lento desarrollo de sistemas de protección social orientados a atender a quienes se encuentran en situación de dependencia. En estos regímenes, el Estado adopta un rol subsidiario y delega la responsabilidad del cuidado, en particular, de las personas mayores con necesidades de apoyo prolongado, al ámbito doméstico, donde son mayoritariamente las mujeres quienes asumen dichas tareas. La ausencia de una oferta pública suficiente, accesible y de calidad en materia de cuidados de larga estadía perpetúa esta lógica familista, profundizando las desigualdades de género, clase y territorio. En consecuencia, los regímenes familistas no solo refuerzan la feminización del trabajo de cuidado, sino que también limitan la autonomía de las personas mayores y de quienes cuidan, al tiempo que reproducen patrones estructurales de exclusión social.

Uruguay presenta un elevado envejecimiento poblacional. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2023), el 15,7% de la población tiene 65 años o más, lo que equivale a aproximadamente 539.000 personas, mientras que solo el 19% tiene menos de 15 años. Esto da como resultado que, por cada 100 personas menores de 15 años, hay aproximadamente 83 personas mayores de 65 años. A pesar de estas características sociodemográficas del país, no se han desarrollado respuestas adecuadas y suficientes desde el Estado que atiendan las necesidades de las personas mayores. Es posible afirmar que existe en el imaginario colectivo de nuestra sociedad que las personas mayores viven bien y tienen resueltas sus necesidades debido a que en comparación con otros grupos poblacionales presentan bajos niveles de pobreza. Sin embargo, tal como describe Perrotta (2018, en Acosta, Picasso y Perrotta), al no estar visibilizados, los derechos colectivos de las personas mayores no están protegidos y las respuestas estatales son muy limitadas, pues no se destinan recursos suficientes que respondan a las nuevas demandas de la población mayor. Si bien existe escaso reconocimiento hacia dicha población, se han creado instituciones que sí reconocen la existencia y vulnerabilidad de las vejezes y/o personas dependientes, como el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Instituto Nacional de las Personas Mayores, así como el Sistema Nacional Integral de Cuidados (SNIC) en el año 2015.

El SNIC se estructuró mediante un esquema de servicios integrados dirigidos a personas mayores en situación de discapacidad con dependencia, y niñeces. Marcó un cambio de

paradigma al reconocer el cuidado como un derecho cuyo ejercicio se ve fuertemente influenciado por la desigualdad de género, el papel del Estado en su provisión y la necesidad de reducir la fragmentación de la oferta de servicios y prestaciones de apoyo a la dependencia, para lograr un enfoque integral centrado en las personas. El mismo creó nuevos servicios para personas mayores en situación de dependencia. El decreto 117/016 que regula el servicio de asistentes personales para personas con dependencia severa trata de un servicio de hasta 80 horas mensuales de cuidado brindado por asistentes que deben registrarse y ser habilitadas/os por el propio sistema y que no pueden ser familiares de la persona dependiente. El sistema subsidia el costo del servicio en función de la capacidad de pago de los hogares, pudiendo financiar su totalidad. Si bien el decreto señala que este servicio está dirigido a las personas con dependencia severa de cualquier edad, por razones presupuestales, en la actualidad, los beneficiarios potenciales incluyen a personas que tienen hasta 29 años o son mayores de 80 años, excluyendo a aquellos en el rango de edad entre 30 y 80 años, donde se observa la mayor prevalencia de accidentes cerebrovasculares, afección que dio origen a la presente monografía.

Siguiendo con el cuidado de las vejeces, en Uruguay, la red de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) constituye un componente central del sistema de cuidados de larga duración. Según el SNIC, al 2 de diciembre de 2024 se encontraban registrados 1.481 ELEPEM a nivel nacional (MIDES, 2024a). De estos, únicamente 307 contaban con certificado social vigente, lo cual representa un 20,7 % del total de establecimientos habilitados (MIDES, 2024a). Este dato expone una debilidad estructural en el proceso de regularización y fiscalización del sistema, y plantea desafíos sustantivos en términos de garantías de calidad del cuidado.

En términos de recursos humanos, se evidencia un fortalecimiento progresivo de la profesionalización. El número de ELEPEM que cuentan con al menos un profesional del área social (PAS) pasó de 452 en marzo de 2023 (31 %) a 599 en diciembre de 2024 (39,3 %), lo cual implica un aumento del 8,3 % en poco más de un año (MIDES, 2024a). Además, el porcentaje de cuidadores/as respecto al total de personal se incrementó de 57 % a 61,6 % en el mismo período, reflejando una tendencia hacia la mejora en la atención directa (MIDES, 2024a).

A pesar de estos avances, la oferta estatal directa de cuidados de larga estadía sigue siendo marginal en relación con la magnitud de la demanda. La mayoría de los ELEPEM operan

bajo gestión privada, siendo escasos los dispositivos públicos que brindan atención institucional prolongada a personas mayores en situación de dependencia severa. Esta limitada cobertura estatal genera una brecha de inequidad y obliga a muchas familias a recurrir a servicios privados, frecuentemente costosos y de calidad heterogénea.

Si bien no se dispone aún de datos oficiales actualizados sobre la cantidad de residentes en ELEPEM, resulta evidente que una porción significativa de la población mayor requiere servicios de apoyo intensivo y continuo, especialmente ante situaciones de pérdida de autonomía funcional.

En síntesis, si bien se constatan avances institucionales en la fiscalización y profesionalización de los ELEPEM, persiste un vacío en la oferta estatal directa de cuidados de larga estadía, que se traduce en desigualdades territoriales y socioeconómicas en el acceso a este tipo de servicios esenciales. La planificación de políticas públicas a futuro deberá considerar la necesidad de ampliar y diversificar esta oferta bajo principios de equidad, calidad y sostenibilidad.

Estas limitaciones en la oferta estatal de cuidados de larga estadía no solo impactan en la organización familiar del cuidado, sino que también revelan profundas debilidades en el abordaje integral de la dependencia, especialmente cuando esta se vincula a condiciones de salud crónicas o discapacitantes. En este sentido, el campo de la salud constituye un territorio importante para observar cómo las tareas de cuidado se intensifican y complejizan en ausencia de apoyos institucionales suficientes. Las demandas físicas, emocionales y administrativas que conlleva el acompañamiento de personas enfermas o con pérdida de autonomía funcional recaen, en su mayoría, sobre mujeres del entorno familiar, consolidando patrones de género persistentes. Analizar el cuidado no remunerado en salud permite entonces profundizar en una dimensión específica de esta problemática, donde la invisibilización del trabajo de cuidado se combina con la precariedad de los recursos y la desigualdad en el acceso a servicios.

A nivel nacional es posible identificar investigaciones que abordan de forma específica las tareas de cuidado en el ámbito de la salud. Un ejemplo representativo es el estudio titulado “Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud” (Batthyány, Genta y Perrotta, 2017). En dicho trabajo, las autoras caracterizan el trabajo de cuidados en

salud como una práctica sostenida en dimensiones relacionales y emocionales, tanto dentro del entorno familiar como por fuera de él.

Se define como trabajo de cuidados no remunerados en salud como aquellas tareas realizadas por los miembros del hogar que no pueden hacerlo por ellos mismos, sin ser un trabajo remunerado económicamente. Las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de cuidado de salud no remunerado son las niñas y niños, personas mayores dependientes, personas con discapacidad inhabilitados para autocuidarse, personas enfermas crónicas, de episodios agudos inhabilitantes, terminales, etc.

Por otro lado, caracterizan a los hogares que prestan tareas de cuidado en salud no remunerados (17,5% del total de hogares). Aquellos que brindan cuidados en salud presentan una proporción mayor de hogares biparentales con hijos (37.7%), extensos (14.3%) y compuestos (15.3%), en comparación con los que no lo hacen, cuyas cifras son 30.0%, 4.4% y 8.9% respectivamente. Estos tres tipos de hogares son más numerosos y por tanto cuentan con mayor número de potenciales cuidadores y beneficiarios del cuidado en salud. Como se analizará más adelante, aproximadamente el 60% de los cuidados se realizan entre miembros del hogar (Aguirre, 2003, Batthyány, 2004). En el marco de la familia, su carácter a la vez obligatorio y desinteresado le otorga una dimensión moral y emocional. No es solamente una obligación jurídica establecida por ley (obligación de prestar asistencia o ayuda) o una obligación económica, debido a que involucra también las emociones que se expresan en el seno familiar al mismo tiempo que contribuye a construir las y mantenerlas (Batthyány, Genta y Perrotta, 2017). Cuando las tareas de cuidado no se dan dentro de las unidades familiares, estas se tratan de relaciones de servicio, dichas tareas se dan cara a cara entre dos personas generando lazos de proximidad. Las autoras concluyen que lo que unifica la noción de cuidado es que se trata de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se externalice a través de la prestación de servicios personales. Otro dato interesante recabado por la investigación, basado en de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (2013), es que las mujeres son las principales cuidadoras en salud (76,6%), lo que da cuenta de la división sexual del trabajo existente en estas tareas. Deja de manifiesto también que son las mujeres de mayor edad, el tramo entre 46 y 65 años, quienes presentan la mayor proporción de personas que brindan cuidados en salud no remunerados, esto es un rasgo distintivo de estos cuidados específicos que los diferencia de los cuidados no remunerados cotidianos. Otro dato sumamente relevante

para la investigación es que la realización de tareas de cuidado en salud no remunerados se presta a los familiares (92,2%). Sin embargo, las mujeres no solo realizan el cuidado dentro del hogar, sino que 45,4% de sus cuidados están destinados a personas fuera del mismo. Concluyendo que las mujeres brindan más apoyo a personas fuera del hogar que los varones, convirtiendo el apoyo entre mujeres en un eslabón central en la estrategia de cuidado de los hogares.

Continuando con los datos obtenidos de la presente encuesta, más de la mitad de la demanda de cuidados en salud proviene de personas que tienen una enfermedad crónica o son dependientes permanentes, por lo que el cuidado es permanente y no responde a una situación emergente. Se observa que en ambos tipos de poblaciones (dependientes y crónicas) son las mujeres las que participan mayormente del cuidado, en el 74.4% de los cuidados a enfermedades crónicas y en el 79.2% de enfermedades temporales (Aguirre, 2003, Batthyány, 2004). Los hogares no solamente cuentan con los cuidados de las personas dentro de la casa; sino que también tienen otras ofertas externas, como la contratación de personas o servicios brindados por instituciones públicas y privadas. El 12% de los hogares que brinda cuidados no remunerados en salud, recibe apoyo externo para el cuidado de la salud de sus miembros, mientras que dentro del total de horas que recibe un hogar, el 74% proviene de personas dentro del hogar (Batthyány, Genta y Perrotta, 2023).

Por otro lado, un estudio reciente realizado por el Grupo de Investigación en Sociología de Género (Batthyány, Perrotta y Scavino, 2025), titulado “Representaciones sociales del cuidado en Uruguay: ¿mandatos de género en transformación?”, señala que una amplia mayoría de la población uruguaya (84,7 %) considera que la situación más deseable para la atención cotidiana de las personas mayores es el cuidado en domicilio. Dentro de esta modalidad, el 48,4 % prefiere que el cuidado sea asumido exclusivamente por la familia, mientras que un 24,4 % opta por la combinación de cuidados familiares con personas contratadas. Estos resultados evidencian la persistencia de una representación familista del cuidado en la sociedad uruguaya, aunque también reflejan la incorporación creciente de esquemas mixtos que combinan apoyos formales e informales

Estos datos dejan en manifiesto la tensión latente entre los deseos de que el cuidado sea dentro de las familias y los datos que reflejan que son las mujeres las que participan mayormente del cuidado, como se mencionó previamente en el 74.4% de los cuidados a enfermos crónicos. En este contexto, resulta pertinente indagar cuáles son las implicancias

que conlleva esta situación para la vida de las personas que asumen las tareas de cuidado, en particular en lo que refiere a su inserción y permanencia en el mercado laboral. Cuando el cuidado de otras personas requiere una dedicación sostenida en el tiempo, las licencias por enfermedad de familiares constituyen una de las pocas herramientas institucionales que permiten compatibilizar las responsabilidades laborales con las de cuidado. Sin embargo, la información disponible en torno a este tipo de licencias es limitada y no existen, hasta el momento, sistematizaciones regulares que brinden una visión clara y actualizada sobre su alcance en el contexto uruguayo. Tal como señala Scavino (2017), la normativa relativa a estas licencias carece de una regulación nacional coherente, ya que varía según la organización en la que se desempeña la persona trabajadora. Estas deficiencias se tornan aún más visibles cuando se analizan situaciones de dependencia sostenida, como ocurre en el caso de personas que han atravesado un Accidente Cerebrovascular (ACV).

El ACV sucede cuando los vasos sanguíneos en el cerebro sufren una afección, lo cual hace que la persona pueda padecer síntomas como parálisis parcial o total del cuerpo, dificultad para hablar, trastornos de la memoria y trastornos emocionales (OMS, 2017). Esta enfermedad afecta a aproximadamente 16 millones de personas en todo el mundo y está en aumento en países con ingresos bajos y medios, como es el caso de Uruguay. En Europa, existe una organización llamada "Sociedad Europea de Traumatismo Cerebral" (EBIS), que describe el daño cerebral como una deficiencia oculta o "invisible". Esto se debe a que las personas afectadas a veces pueden recuperar la autonomía de movimiento, a pesar de enfrentar problemas de audición y vista, pérdida del equilibrio o dificultades en el habla. Sin embargo, las limitaciones más incapacitantes pueden pasar desapercibidas: pérdida de memoria y capacidad para aprender, dificultades para razonar y resolver problemas inmediatos (como elegir la ropa o alimentarse), así como alteraciones emocionales o de la conducta. Estos problemas asociados al ACV provocan que no se le considere como una discapacidad per se, generando dificultades en la atención y asignación de recursos para la población afectada. Las personas con daño cerebral, en muchos casos, pierden la capacidad de autogobierno y, por ende, la capacidad de defender por sí mismas sus derechos.

En Uruguay, los accidentes cerebrovasculares (ACV) representan un problema de salud pública de gran magnitud. Según estimaciones clínicas, se registran aproximadamente 6.000 casos de ACV al año, aunque las estadísticas oficiales reportan alrededor de 4.740 casos de ACV isquémico anualmente, el subtipo más frecuente (Subrayado, 2023; MIDES, 2024).

Entre los síntomas más comunes se incluyen la pérdida súbita de fuerza en un brazo o pierna, la asimetría facial, los trastornos del habla o de la visión, y en algunos casos, vómitos y pérdida de equilibrio (MSP, 2023).

De acuerdo con estimaciones epidemiológicas, aproximadamente un tercio de los casos de ACV en Uruguay culmina en fallecimiento inmediato, otro tercio logra recuperarse con atención oportuna, y el tercio restante presenta distintos grados de discapacidad. Esto implica que cada año, unas 1.580 personas quedan con secuelas discapacitantes como consecuencia de un ACV (Revista Uruguaya de Medicina Interna, 2019; El País, 2023).

Aunque en los últimos años se ha observado una reducción progresiva de la mortalidad por ACV en Uruguay, esta tendencia aún no alcanza los niveles de los países desarrollados (MSP, 2020). Muchos de los pacientes que sobreviven enfrentan secuelas motrices, cognitivas, del lenguaje y emocionales, que limitan su autonomía y calidad de vida. En términos epidemiológicos, los accidentes cardiovasculares, donde se incluyen los ACV constituyen la segunda causa de muerte general en el país, la primera causa de muerte en mujeres y la principal causa de discapacidad en adultos (MIDES, 2024).

Asimismo, se estima que una de cada seis personas sufrirá un ACV a lo largo de su vida, y que aproximadamente siete personas fallecen por día en Uruguay debido a esta patología (El País, 2023).

Según un estudio publicado por la Revista Uruguaya de Medicina Interna (2019), la edad promedio de las personas que sufrieron un ACV en Uruguay fue de 70,34 años. En el caso de los varones, la edad mínima registrada fue de 53 años y la máxima de 89, lo que evidencia que si bien esta enfermedad se asocia con la vejez, puede afectar también a personas en edades activas, provocando dependencia total o parcial. Por otro lado, en el caso de las mujeres diversos estudios, tanto internacionales como regionales, han demostrado que tienden a presentar mayores secuelas físicas y cognitivas luego de un ACV, así como un acceso más limitado a tratamientos de rehabilitación y cuidados de calidad, en comparación con los hombres (Bushnell et al., 2014; MSP, 2020). Esta desigualdad se entrelaza con su rol socialmente asignado como principales cuidadoras, lo que implica una sobrecarga emocional y física que puede derivar en síndrome del cuidador quemado y, paradójicamente, constituir también un factor de riesgo para desarrollar un ACV (Batthyány, 2020).

La intersección entre la epidemiología del ACV y las dinámicas de cuidado en el entorno doméstico revela la importancia de estudiar de manera específica los casos en que varones adultos adquieren situaciones de dependencia funcional tras haber atravesado un ACV. Si bien a nivel nacional no se registran investigaciones específicas sobre esta temática, en el contexto internacional se destaca el trabajo llevado a cabo en España por María Ángeles Durán, quien en el año 2004 llevó a cabo la investigación titulada: “El impacto social del ictus (ACV)”. En dicho estudio se encontró que existe un contrato implícito de atención mutua entre familiares que mantiene unidos a los cuidadores con los enfermos. El estudio muestra distintas razones que los cuidadores brindan para explicar su prolongada dedicación a los enfermos, la razón más importante es estrictamente familiar, “*soy el familiar más próximo*” (78% de respuestas). Le sigue a considerable distancia la alusión a razones morales: “*es mi deber moral*” (43%). Por último, sólo una cuarta parte destaca que se ha “*ofrecido voluntariamente*” a hacerlo. Sin duda existen otros factores más difíciles de manifestar, escondido por la presión social y la ausencia de alternativas.

Continuando con las investigaciones llevadas a cabo fuera de Uruguay, se observa un incremento en la producción académica en Europa relacionada con el tema de la investigación. Una hipótesis de por qué ocurre esto puede ser que Europa presenta en promedio una esperanza de vida al nacer mayor que en Latinoamérica (80,55 años frente a 72,1), haciendo que se centren las investigaciones académicas en problemas referidos a vejez y en este caso en accidentes cerebrovasculares.

Dentro de la investigación guiada por Durán, los autores realizaron un relevamiento de investigaciones en otros países europeos donde encontraron conclusiones relevantes. Un estudio realizado en Leipzig (Alemania) muestra un nivel elevado de ansiedad en esposas cuidadoras de pacientes con ACV, significativamente superior al de la población general, y en relación directa con el grado de discapacidad del paciente. En Oslo, otro estudio muestra un nivel similar de carga percibida entre cuidadores de ACV, demencia y enfermedad de Parkinson, siendo el factor de mayor influencia nivel discapacidad del paciente. De forma similar, en Birmingham (Reino Unido) se objetiva una mayor depresión en cuidadores con relación a su situación de salud y al menor soporte vital directo. En Glasgow (Escocia), un estudio muestra la asociación del nivel de carga del cuidador con el tiempo de cuidado, las horas de dedicación, el nivel de salud previa, y la gravedad del ACV. Otro estudio en Hiroshima (Japón) refiere una afectación por depresión en el 52% de los cuidadores.

Por último, un informe realizado en Estados Unidos por la Family Caregiving Alliance (2000), estima el porcentaje de cuidadoras pertenecientes al sexo femenino era de un 59% a un 75%, de edad media de 46 años, casada, nivel educativo medio. Se aportan algunos datos de gran interés, como el impacto sobre la función laboral derivado del rol de cuidadora: el 33% de las cuidadoras han disminuido su horario laboral, el 29% ha renunciado en algún momento a una promoción laboral, el 22% ha necesitado pedir licencia, el 20% trabaja a tiempo parcial, el 16% ha tenido que abandonar el trabajo, y el 13% ha solicitado la jubilación anticipada (Durán, 2004).

Las mujeres, al desempeñar estas tareas de cuidado, enfrentan no solo una carga física y emocional considerable, sino también una carga mental que no es reconocida ni valorada. En el caso particular de los varones que han sufrido un ACV, la situación adquiere matices adicionales: por un lado, las mujeres deben gestionar el cuidado del varón, y por otro, deben enfrentar las expectativas sociales de seguir desempeñando su rol tradicional como cuidadoras sin recibir el apoyo necesario. Esta dinámica genera un ciclo de dependencia que, al no ser cuestionado, perpetúa las desigualdades de género en los cuidados, invisibilizando las necesidades de las cuidadoras y las dificultades que enfrentan.

Por otro lado, no existen asociaciones de organización civil específicas que nucleen pacientes o familiares relacionados a la enfermedad y que presionen para visibilizar y atender por parte del Estado sus demandas específicas. Una posible explicación de esta ausencia radica en que las personas encargadas del cuidado de individuos en situación de dependencia atraviesan un proceso de desgaste tanto físico como emocional, el cual demanda una carga significativa de su tiempo y energía. Esta carga puede dificultar la participación activa y sostenida en espacios colectivos, como asociaciones o redes de apoyo, limitando así su visibilidad y capacidad de organización.

A modo de síntesis, el análisis del cuidado desde una perspectiva de género permite visibilizar las desigualdades en su distribución, donde las mujeres asumen mayoritariamente tareas no remuneradas y emocionalmente demandantes. Estas brechas se intensifican en el ámbito de la salud, especialmente frente a enfermedades como el Accidente Cerebrovascular (ACV), que genera situaciones de dependencia prolongada. Si bien a nivel nacional no existen datos de la prevalencia en varones, diversos estudios han mostrado que la incidencia

de ACV es mayor en varones que en mujeres. Un metaanálisis reciente que analiza datos de América Latina y el Caribe confirma esta tendencia: la incidencia anual estimada de ACV es de 261 por cada 100.000 personas al año en hombres, frente a 217 por cada 100.000 personas al año en mujeres (Sposato, Esenwa, Gonzalez-Aquines y Saposnik, 2023). A pesar de la prevalencia de ACV en el Uruguay, no existen investigaciones que aborden cómo se reconfiguran las dinámicas de cuidado en estos casos, ni sus implicancias sociales y de género. En este marco, el objetivo general de la investigación radica en comprender las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana. Estudiar estos casos resulta clave para aportar evidencia que fundamente el diseño de políticas públicas más justas, inclusivas y sensibles a las desigualdades que atraviesan la vida cotidiana de quienes cuidan y de quienes requieren cuidado.

Marco teórico

Para construir el marco teórico de la presente monografía, es esencial contextualizar las dinámicas y factores que rodean el fenómeno central: el impacto de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en la vida de las personas y, específicamente, en la distribución de roles de cuidado en el ámbito doméstico. Este marco teórico se fundamenta en conceptos clave de género.

Relaciones de Género y división sexual del trabajo: Tensiones, Reproducciones y Transformaciones

Tal como se anunció previamente el fin de la investigación que da origen a la presente monografía es comprender cómo son las dinámicas de cuidado en los hogares donde vive un varón que sufrió un ACV en Montevideo y Área Metropolitana y comprender las desigualdades de género presentes. La categoría de género no remite a características biológicas o naturales, sino que hace referencia a los significados culturales y sociales que varían según los contextos, modos de organización de la acción y experiencias simbólicas de cada sociedad. Como señala Aguirre (1998), el género está definido socialmente y no es reducible al sexo biológico, ya que implica dinámicas que cambian de una cultura a otra y condicionan la posición de varones y mujeres en la estructura social. Por lo tanto, dejando a un lado el esencialismo, las diferencias entre géneros no son meramente biológicas, sino también sociales y se vuelve fundamental investigar qué ocurre en las relaciones entre mujeres y varones. Desde esta perspectiva, la diferencia anatómica entre varones y mujeres no provoca por sí mismo conductas distintas, sino que son las valoraciones sobre los géneros lo que genera desigualdades de poder. Trayendo a Joan Scott (2003): "El género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder" (Scott, 2003). Las relaciones de género se estructuran en base a la división sexual del trabajo.

La noción de división sexual del trabajo constituye una herramienta analítica fundamental para comprender cómo se organizan las responsabilidades sociales, económicas y afectivas entre los géneros. Esta división, lejos de ser natural o biológica, responde a una construcción histórica y social que asigna a mujeres y varones roles diferenciados en el ámbito del trabajo productivo y reproductivo.

Helena Hirata y Danièle Kergoat (1997) conceptualizan la división sexual del trabajo como una doble estructuración: por un lado, una separación vertical, que establece jerarquías entre trabajos realizados por mujeres y varones; y por otro, una separación horizontal, que asigna a las mujeres tareas ligadas al cuidado, lo doméstico y lo afectivo, mientras los varones quedan asociados a lo técnico, lo racional y lo público. Esta lógica dual refuerza la idea de que el cuidado, físico, emocional, cotidiano, es una extensión “natural” del rol femenino.

Cuando se traslada esta mirada al ámbito de los cuidados de personas en situación de dependencia como en el caso de un varón que ha sufrido un ACV, se observa cómo estas lógicas de género continúan operando. Las tareas de cuidado suelen recaer en mujeres del entorno familiar (esposas, hijas, hermanas), aun cuando el sujeto cuidado sea un hombre adulto que, previamente, cumplía un rol proveedor dentro del hogar.

Kergoat propone además el concepto de "relaciones sociales de sexo", en el cual se destaca cómo el trabajo de cuidado se inserta en una red de relaciones que producen desigualdades materiales y simbólicas. Desde esta perspectiva, el cuidado no es solo una tarea técnica, sino una práctica social cargada de significados de género.

Silvia Federici (2010) aporta una mirada crítica desde el feminismo marxista, subrayando cómo el trabajo reproductivo, incluyendo el cuidado, ha sido históricamente invisibilizado, a pesar de ser indispensable para la reproducción del sistema capitalista. Esta invisibilización se hace patente cuando el cuidado se ofrece de manera gratuita o en condiciones precarias, mayormente por mujeres. Otro aspecto relevante para destacar son las nuevas desigualdades en la división del trabajo de cuidados entre las mujeres. El aumento de la frecuencia y horas de las mujeres en el mercado laboral, además de la desvalorización del trabajo doméstico en las sociedades mercantiles, provoca que las mujeres para poder cumplir con su trabajo profesional se vean obligadas a externalizar el trabajo doméstico. Para ello, recurren a una gran reserva de mujeres en situación precaria, agudizando las desigualdades entre las mujeres.

En este sentido, la división sexual del trabajo, tal como ha sido planteada por autoras como Hirata y Kergoat, no solo organiza de forma desigual las tareas productivas y reproductivas, sino que también se entrelaza con estructuras más amplias de poder y subordinación. Este reparto desigual, que coloca a las mujeres en el centro de las tareas de cuidado y

mantenimiento de la vida, no es una consecuencia secundaria del sistema social, sino un mecanismo estructural que reproduce relaciones de dominación.

Por otro lado, es importante mencionar cómo el contrato sexual Carol Pateman, (1988), aporta una perspectiva feminista crítica sobre la teoría política tradicional. Pateman argumenta que existe un “contrato sexual” implícito en las sociedades patriarcales que subyace al contrato social, y que establece la subordinación de las mujeres a través de la regulación de sus roles en la familia y en la sociedad. En este marco, la autora sostiene que las mujeres acceden a la ciudadanía y a los derechos políticos en función de su relación con los varones, especialmente a través del matrimonio.

Así, se evidencia cómo la esfera política y la privada están profundamente conectadas, ya que la participación femenina en lo público se encuentra condicionada por su papel tradicional en lo doméstico. Esta lectura se alinea con la noción de división sexual del trabajo, al mostrar que la asignación de tareas de cuidado a las mujeres no es solo una práctica económica o cultural, sino una manifestación de un contrato político y simbólico más amplio que las posiciona como sujetas subordinadas.

Como señalan Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns (2011), esto responde a una estructura que: atribuye a esos sujetos masculinos el deber de ser cabeza de familia y principal proveedor de ingresos, y excluye a las mujeres al atribuirles el deber de ser cuidadoras de las personas del hogar-familia. De este modo, la desigualdad de género se perpetúa a través de marcos institucionales, contractuales y simbólicos que consolidan la división sexual del trabajo y el contrato sexual como pilares de la organización social del cuidado.

Cuidados y Regímenes de Bienestar: Desigualdades en la Organización Social del Cuidado

El concepto de regímenes de bienestar alude a la combinación de prácticas de asignación de recursos existentes en un cierto momento en una determinada sociedad (Esping-Andersen, 2001). El autor distingue tres tipos fundamentales: liberal, conservador y socialdemócrata. La crítica feminista pone énfasis en que en un primer momento, esta propuesta teórica sólo se ha enfocado en distinguir el rol del mercado y del Estado como principales proveedores de bienestar, desconociendo de esta forma el trabajo de provisión de bienestar que ocurre dentro de la órbita familiar, particularmente el trabajo invisibilizado de las mujeres. La crítica

feminista ha resultado en el reconocimiento de regímenes de bienestar que se sostienen fundamentalmente por el trabajo no remunerado de las mujeres de las familias. En el régimen de bienestar de tipo familista, como se ha mencionado anteriormente, quien provee el bienestar son las familias y las mujeres dentro de ella. En este tipo de regímenes, son las mujeres quienes enfrentan los costos económicos al asumir la responsabilidad de proporcionar el bienestar, lo que a menudo conlleva a su retiro del mercado laboral. Otro tipo de régimen propuesto es el desfamilizador, donde parte de la responsabilidad y de los costos los asumen instituciones públicas y también el mercado (Aguirre, 2008).

Estos regímenes también pueden ser analizados y clasificados según las políticas de cuidado implementadas por el Estado, es decir, en función del cuidado que asume a través de servicios, transferencias, licencias, entre otras políticas y como consecuencia de dichas políticas, en el rol que le asigna a la familia para el cuidado (Haas, 2005).

Como se mencionó anteriormente, es clave comprender a nivel macrosocial cómo interactúan los cuatro actores principales en la provisión de cuidados en una sociedad: el Estado, el mercado, las familias y las organizaciones sociales o la comunidad. Razavi (2007) introduce el concepto de "diamante de cuidado", que destaca la presencia de estos actores en la provisión del cuidado. Proveer cuidado no es una actividad aislada, sino un conjunto de responsabilidades que requieren de su interacción dinámica, generando tensiones en las resoluciones de estas necesidades en las familias.

El Diamante del Cuidado permite analizar esta interacción desde una perspectiva integral, considerando no sólo al Estado y las familias, sino también al mercado y la comunidad. En este marco, el concepto de "organización social del cuidado" (Faur, 2014) se refiere a las estructuras y relaciones que regulan la distribución del cuidado, tanto remunerado como no remunerado, y resulta esencial para entender las políticas sociales que impactan en las mujeres cuidadoras de varones dependientes, como aquellos que han sufrido un ACV.

Eleonor Faur enfatiza las implicaciones sociales y económicas de estas dinámicas, así como el impacto de las políticas públicas en la organización del cuidado. Su análisis subraya la necesidad de reconocer y valorar el trabajo de cuidado, promoviendo políticas que fomenten la equidad y visibilicen la importancia del cuidado en la estructura social. Este enfoque critica las visiones tradicionales del cuidado que lo limitan a la esfera doméstica o privada. Desde

una perspectiva de género, el cuidado es un derecho social que enfrenta resistencias para ser desvinculado de la familia y asumido como un derecho por parte del Estado.

Batthyány (2020) señala que en América Latina ha emergido el concepto de organización social del cuidado y también el de redes de cuidado, adaptando al contexto regional la noción de regímenes de cuidado. Según Valeria Esquivel (2014), estas nociones permiten un análisis de los países del sur global, donde no existen políticas públicas consolidadas ni un régimen de cuidados claro. Las acciones disponibles son fragmentadas y desarticuladas, y el rol del Estado como redistribuidor de recursos a menudo reproduce las inequidades de género. En este sentido, lo que ocurre en parte de los estados latinoamericanos son transferencias de dinero que reproducen la división sexual de trabajo (Faur, 2014). Por este motivo no se puede hablar de regímenes de cuidado puros, sino de la mencionada “organización social del cuidado” definida como una: configuración dinámica de los servicios de cuidado suministrados por diferentes instituciones, y a la forma en que los hogares y sus miembros se benefician de ellos (Faur, 2014).

Como se mencionó anteriormente el trabajo de cuidados recae en las mujeres, siendo administrado predominantemente en la esfera doméstica. La intensidad de este trabajo genera lo que se denominó el síndrome del cuidador quemado (burnout), conceptualizado por Herbert Freudenberger en 1974. Esta noción describe un estado de agotamiento físico, emocional y mental que afecta a quienes brindan cuidados de manera prolongada, especialmente en contextos de alta demanda y baja contención. En Uruguay, este fenómeno se manifiesta con particular intensidad en las mujeres, quienes asumen de manera desproporcionada las tareas de cuidado no remunerado. Según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (2024), el 77% de las tareas de cuidado en salud no remuneradas son realizadas por mujeres, principalmente aquellas de entre 46 y 65 años. Esta sobrecarga de responsabilidades, sumada a la escasa formación y apoyo institucional, incrementa el riesgo de padecer el síndrome del cuidador quemado, afectando negativamente su bienestar físico, emocional y social.

Por último se debe detallar cómo opera el sistema médico, componente central para desarrollar los siguientes apartados. Eduardo Menéndez critica al sistema médico hegemónico por tratar al paciente como un objeto biológico, centrando la atención en la enfermedad y no en la persona. Según el autor, este modelo "despersonaliza al enfermo y lo reduce a un conjunto de signos clínicos", ignorando sus dimensiones sociales, emocionales y

culturales (Menéndez, 1990). En consecuencia, se establece una relación médico-paciente vertical, donde el saber del profesional se impone y el paciente queda en una posición pasiva. Menéndez propone una medicina más humanizada, que reconozca al paciente como sujeto activo y participe de su proceso de salud.

Como se ha adelantado, el cuidado es un componente central para el bienestar de la población y ha cobrado centralidad en las ciencias sociales contemporáneas, particularmente en los estudios vinculados a la organización social del bienestar y las desigualdades de género. En este marco, Batthyány (2004) define el cuidado como un conjunto de actividades destinadas a satisfacer las necesidades físicas y emocionales de personas que, por su situación vital, requieren apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria. Esta definición integra tanto las tareas materiales (como alimentar, higienizar o asistir físicamente a alguien) como las dimensiones afectivas, relacionales y organizativas del cuidado.

Batthyány distingue tres dimensiones fundamentales del cuidado:

1. La dimensión material o práctica, vinculada a las acciones concretas de asistencia y apoyo cotidiano que se vinculan a la dimensión económica
2. La dimensión simbólica y afectiva, que remite al vínculo emocional, la contención y el reconocimiento de la persona cuidada.
3. La dimensión de gestión y coordinación, relacionada con la planificación, organización y supervisión de los cuidados en el hogar o en otros entornos.

Este enfoque permite superar la visión reduccionista del cuidado como una tarea exclusivamente doméstica o técnica, para comprenderlo como una práctica compleja, relacional y fundamental para la reproducción social.

A pesar de su relevancia social, el trabajo de cuidado se encuentra profundamente feminizado, es decir, recae de forma desproporcionada sobre las mujeres. Esto responde a una combinación de factores estructurales y culturales: por un lado, la división sexual del trabajo, que asigna históricamente a las mujeres el rol de cuidadoras en el ámbito doméstico; por otro, la naturalización del cuidado como una extensión de la supuesta “vocación” femenina hacia el altruismo, la ternura o la entrega emocional (Batthyány, 2004; Aguirre, 2009). Esta asignación no solo reproduce desigualdades en términos de tiempo y carga mental, sino que también limita las oportunidades educativas, laborales y de participación política de las mujeres, consolidando brechas de género que persisten a lo largo del ciclo vital.

En síntesis, pensar el cuidado como una cuestión pública y no meramente privada implica reconocer su centralidad en la sostenibilidad de la vida, así como visibilizar y redistribuir las cargas que hoy recaen casi exclusivamente sobre las mujeres, tanto en el hogar como en el ámbito profesional.

En el marco de la investigación que da origen a la presente monografía las tareas de cuidado abarcan también los cuidados en salud, este tipo de tareas son aquellas que se llevan a cabo ante una situación de dependencia a causa de enfermedades crónicas y agudas. Entonces, se pueden definir como: todas las tareas destinadas al cuidado en el ámbito de la salud realizadas para los miembros del hogar que no pueden hacerlas por sí mismos, sin recibir pago alguno por ellas. También incluyen a quienes no viven en el hogar y ya sean familiares o no. Por personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de cuidado de salud no remunerado nos referimos a niños/as y niñas/as, personas mayores dependientes, personas con discapacidad inhabilitados para autocuidarse, enfermos crónicos, de episodios agudos inhabilitantes, terminales, etc. (Batthyány et al., 2015).

A partir de la prevalencia de los accidentes cerebrovasculares en Uruguay, surge la necesidad de comprender cómo se resuelven las responsabilidades de cuidado y el trabajo doméstico en los hogares. La configuración de las estrategias de cuidado adquiere formas concretas de gestión de trabajo remunerado y de cuidados en el nivel de las decisiones individuales y familiares. Al mismo tiempo, dichas estrategias contribuyen a construir las formas adecuadas y legítimas de cuidar, tanto en el imaginario colectivo como también en las instituciones que forman parte del régimen de cuidado (Genta, 2018). Las estrategias de cuidado serán consideradas como elecciones de las personas, pero producto de la combinación de factores de naturaleza estructural (división sexual del trabajo en los hogares, posición de clase, segregación por sexo del mercado laboral, disponibilidad de acceso material a servicios de cuidado en el mercado y provistos por el Estado, entre otras) con factores socioculturales (mandatos de género, y valoraciones sobre el ámbito ideal de cuidado y las personas ideales para ejercerlo) (Batthyány, Genta y Scavino, 2017).

Como se mencionó anteriormente, la incorporación y conceptualización del cuidado en América Latina, derivó según Batthyány (2020) en cuatro miradas analíticas: la economía del cuidado, el cuidado como componente del bienestar, el derecho al cuidado y la perspectiva de la ética del cuidado. En primer lugar, la economía del cuidado logró instalarse y cobrar

relevancia en las agendas gubernamentales y de organismos internacionales ya que la misma busca visibilizar la contribución de las mujeres a la economía midiendo no sólo el trabajo remunerado sino incorporando el no remunerado y el aporte que este hace a la generación de riqueza. Uno de los conceptos fundamentales de esta mirada analítica, es la “sostenibilidad de la vida” como ámbito central para entender la provisión y distribución de bienes y servicios económicos. Esto permite retirar el análisis de los mercados como el aspecto central de la economía y enfocarse en la reproducción de la vida, y no en la reproducción del capital (Rodríguez-Enríquez, 2015). Batthyány subraya que el cuidado cumple un rol estructural en los sistemas de bienestar, dado que actúa como soporte tanto de la fuerza de trabajo como del tejido social. Sin embargo, históricamente ha sido invisibilizado por las políticas públicas y subvalorado en los enfoques tradicionales de bienestar, que privilegian los ingresos, el empleo y el acceso a bienes materiales. Esta omisión se vincula directamente con su feminización, es decir, con el hecho de que ha sido asumido mayoritariamente por mujeres en el ámbito familiar y de forma no remunerada.

En los países latinoamericanos, donde los regímenes de bienestar son de corte familista y fragmentado, el cuidado ha sido gestionado de forma informal por los hogares, sin una intervención sostenida del Estado ni una regulación adecuada del mercado. En este marco, la familia, y en especial las mujeres, han actuado como amortiguadoras de las carencias del sistema de protección social, encargándose de suplir las funciones que el Estado no cubre (Batthyány, 2020). Este modelo genera una sobrecarga de trabajo y tiempo para las mujeres, profundizando las desigualdades de género y reproduciendo ciclos de exclusión social, especialmente en contextos de pobreza o vulnerabilidad.

Por tanto, reconocer al cuidado como un componente clave del bienestar implica no solo visibilizar su centralidad en la vida cotidiana, sino también redistribuir las responsabilidades entre el Estado, el mercado y las familias, garantizando condiciones dignas tanto para quienes reciben cuidados como para quienes los brindan. Desde esta perspectiva, el diseño de políticas públicas debe incorporar el cuidado como un derecho social, con financiamiento público, criterios de calidad, equidad de género y territorialidad, en el marco de un sistema de protección social más justo e inclusivo.

Por otro lado, el derecho al cuidado busca que se considere al cuidado como un derecho universal, esto implica el derecho de recibir cuidados sin que dependa de la lógica del mercado, ni de los ingresos ni de los lazos afectivos y sea el Estado quien garantice los

mismos a todas las personas. También implica el derecho de elegir si se desea o no hacerse cargo del cuidado y no sea una obligación por parte de las mujeres y las familias sin posibilidad de elección. Desde la perspectiva de género esto es fundamental ya que de asumir los cuidados sólo en el ámbito privado del hogar es en las mujeres donde recae la responsabilidad.

La perspectiva de la ética del cuidado está ligada a la teoría de Carol Gilligan donde subraya que la ética del cuidado ofrece un enfoque alternativo a la ética de la justicia tradicional: la ética del cuidado no implica una simple inversión de la ética de la justicia, sino un enfoque alternativo que pone el énfasis en la responsabilidad de cuidar, en lugar de en la imparcialidad y la justicia universal (Gilligan, 1982). La autora argumenta que los hombres tienden a seguir una lógica centrada en la justicia y los derechos, aplicando principios abstractos y universales sin tener en cuenta las circunstancias o las relaciones específicas con las personas involucradas. Mientras que las mujeres se guían por la lógica del cuidado, priorizando el vínculo con cada persona. Esta orientación, producto de la socialización diferenciada de género, lleva a que sean percibidas, en su mayoría, como las encargadas naturales de llevar a cabo esta labor.

Masculinidad hegemónica y cuidado en la salud

Para contextualizar y esbozar razones por las cuales los varones sufren en mayor medida los accidentes cerebro vasculares se presenta la noción de “masculinidad hegemónica”, concepto propuesto por Connel (1987). En primer lugar, pensar las masculinidades implica cuestionar y deconstruir la organización cotidiana y los distintos mandatos de género. Al igual que la categoría género, no son construcciones homogéneas, sino que hay divisiones y contradicciones entre los deseos y las prácticas. Las masculinidades cambian y se modifican de acuerdo con contextos históricos específicos. La categoría entendida como una construcción social se define como un conjunto de prácticas, valores, atributos, funciones y conductas que se consideran “propias” del varón en una cultura y contexto determinado.

En la cultura dominante existe una forma hegemónica de socialización la cual privilegia a algunos varones ya que se le asocia cierto poder y formas de “ser hombre”. Este modelo hegemónico se pondera y jerarquiza socialmente, se constituye como parámetro para ordenar, premiar, castigar y definir a las masculinidades dominantes. Garantiza la circulación de

poder, en donde los modelos de feminidad y otras formas de masculinidad, se constituyen como subalternos y complementarios al modelo dominante (Connell, 1997).

Dentro de la conceptualización de la masculinidad, un aspecto es la no expresión de dependencia ni debilidad, en la representación hegemónica, los hombres siempre deben sostener una imagen de seguridad, fortaleza y autonomía (Pérez de Sierra y Quesada, 2017). Este aspecto se vuelve relevante cuando conocemos las principales causas de defunciones de los varones. Las mismas son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas. Las dos primeras causas representan más de la mitad de las muertes masculinas. Cabe aclarar que dichas enfermedades son endógenas, por lo que dependen plenamente de la conducta de los individuos, pudiendo atribuirle al mandato de la masculinidad el no cuidado de la salud y la falta de prevención de enfermedades cardiovasculares al no realizarse los chequeos médicos correspondientes a lo largo de su trayecto vital.

Dentro de la conceptualización de la masculinidad hegemónica, como se señaló previamente, un aspecto central es la no expresión de dependencia ni debilidad. De acuerdo a una investigación realizada en Uruguay titulada “Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género” (2009) se afirma que los varones “sólo consultan en una situación avanzada de enfermedad”, “desvalorizan el síntoma”, “consultar les parece un signo de debilidad”, “no pueden parar, solo cuando revientan”, en una clara alusión al rol tradicional del varón fuertemente implantado de proveedor y sostén económico de la familia. Dentro de la investigación en la sección “Percepción de las Patologías más frecuentes en los varones”, se destaca que: en las afecciones cardiovasculares, a pesar de que las mujeres luego de una cierta edad igualan la frecuencia, los varones hacen cuadros más graves porque no se cuidan en las etapas preventivas. Siguiendo con dicha investigación, los testimonios que se recogen concuerdan en su mayoría con el rol preponderante y tradicional de las mujeres en el cuidado de la salud de los otros, de la familia, de los hijos, de los parientes enfermos, lo que se traduce en una rutina de acercamiento permanente al sistema de salud, en particular cuando son madres.

Objetivos y estrategia metodológica

Objetivos de la investigación

El objetivo general de la investigación radica en comprender las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Indagar en la organización de las estrategias de cuidado a partir de la articulación entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, en el marco del concepto de organización social del cuidado.
2. Analizar la forma en que se estructuran los cuidados dentro del hogar luego de un accidente cerebrovascular (ACV).
3. Comprender cómo irrumpe el ACV en la vida cotidiana y laboral de las mujeres cuidadoras.
4. Conocer cómo los mandatos de masculinidad influyen en las prácticas de autocuidado de los varones y cómo esto incide en la carga de cuidados que asumen las mujeres.
5. Explorar los vínculos que las cuidadoras establecen con el sistema de salud tras la ocurrencia del ACV.

La investigación se inscribe en una estrategia metodológica de tipo cualitativa, ya que esta permite explorar en profundidad la experiencia subjetiva de los actores sociales y comprender los sentidos que construyen en torno a su realidad cotidiana. Según Hernández Sampieri (2014), el enfoque cualitativo brinda riqueza interpretativa, profundidad en los datos, contextualización del entorno, acceso a experiencias únicas y, fundamentalmente, flexibilidad para adaptar el proceso de investigación en función de lo emergente. Estas características fueron especialmente pertinentes para el abordaje de nuestro objeto de estudio: las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana.

Desde este enfoque, se buscó indagar en cómo las mujeres cuidadoras viven, interpretan y significan el rol que desempeñan, considerando tanto las dimensiones emocionales como materiales del cuidado. Tal como señalan Denzin y Lincoln, la estrategia cualitativa se orienta

a analizar la construcción social de significados, los condicionantes de la vida cotidiana y la perspectiva de los actores sociales, lo que se ajusta a la necesidad de comprender las experiencias de cuidado en contextos domésticos atravesados por la enfermedad y la dependencia.

La investigación cualitativa también permite, como lo plantea Hernández Sampieri (2014), modificar y perfeccionar las preguntas de investigación a lo largo del proceso, a partir del diálogo constante entre los datos y su interpretación. Esta flexibilidad metodológica fue crucial, dado que surgieron dificultades en el acceso a la muestra inicial, lo que exigió ajustes en el diseño. Gracias a esta apertura, se incorporaron cuidadoras no contempladas al inicio, como hijas de los varones dependientes, lo que enriqueció el análisis.

En línea con esto, Patton (2011) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas e interacciones, privilegiando la complejidad y profundidad por sobre la generalización. Asimismo, la investigación cualitativa postula que la realidad se construye a través de las interpretaciones de quienes la experimentan, por lo cual el investigador debe introducirse en sus relatos para producir conocimiento situado (Hernández Sampieri, 2014; Corbetta, 2003).

A modo de síntesis, la elección de una estrategia cualitativa no solo responde a criterios teóricos, sino que resulta coherente con el objetivo general del estudio, que es comprender las desigualdades de género en los cuidados a varones con ACV, y con los objetivos específicos, que abordan las estrategias de cuidado, los sentidos atribuidos por las cuidadoras y las formas de organización doméstica del cuidado. Al tratarse de un fenómeno poco explorado desde esta perspectiva, la flexibilidad, la lógica inductiva y la orientación interpretativa del enfoque cualitativo resultaron esenciales para captar la complejidad de las experiencias analizadas y construir conocimiento desde las voces de las protagonistas.

El universo de la investigación fue compuesto por mujeres, esposas e hijas, de varones que han sufrido un ACV y que, como consecuencia, presentaron algún grado de dependencia física y/o cognitiva. Se incluyeron aquellas mujeres que hayan mantenido un vínculo cercano y sostenido de cuidado con el varón afectado, ya sea a partir de una proximidad afectiva o convivencial. Esta elección se fundamenta en la intención de indagar las trayectorias prolongadas de cuidado, priorizando aquellas experiencias en las que se hayan asumido

responsabilidades cotidianas en contextos de dependencia, más allá de haber estado presentes o no en el momento del suceso.

Se ha establecido el nivel socioeconómico (NSE) como variable de corte, para la caracterización del mismo se consideraron tres dimensiones: la zona de residencia, el nivel educativo alcanzado (máximo nivel de estudios finalizado) y la situación ocupacional (tipo de empleo, formalidad e inserción laboral). Estas variables permitieron establecer perfiles comparativos entre las entrevistadas. La elección del nivel socioeconómico como variable de corte resulta fundamental para comprender las desigualdades estructurales que atraviesan las estrategias de cuidado. Esta variable permite analizar cómo las condiciones materiales, el acceso a recursos y las posibilidades de recurrir a apoyos externos, como servicios privados de salud, cuidadores remunerados o redes de contención, influyen directamente en la forma en que se organiza y se sostiene el cuidado tras un ACV. También se justifica por su incidencia en las formas concretas que adopta el cuidado en los hogares. Investigaciones previas, como las de Batthyány, Genta y Perrotta (2017), han demostrado que tanto las estrategias de organización del cuidado como las valoraciones que se le asignan varían significativamente según la posición socioeconómica de las familias. Estos antecedentes permiten afirmar que el NSE no solo determina el acceso a recursos, sino también los sentidos y arreglos posibles en torno al cuidado, lo cual lo convierte en una variable central para el abordaje propuesto.

La técnica de investigación utilizada fue la entrevista en profundidad. Se puede definir a la entrevista como una conversación: 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 (Corbetta, 2007). Por otro lado, dentro de las clasificaciones de las entrevistas, la misma es semiestructurada dado que: el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta (Corbetta, 2007).

La técnica escogida se definió en base a los objetivos específicos y pregunta general, a partir de los cuales se construyó la pauta de entrevista. Las entrevistas se realizaron siguiendo el criterio de saturación teórica propuesto por Glaser y Strauss (1967), que ocurre cuando se

logran responder a las preguntas que guían la investigación con la información recogida. Esto implica que nuevas entrevistas no añaden nada relevante a lo conocido. La unidad de registro de esta investigación está compuesta por mujeres esposas e hijas pertenecientes a diferentes NSE): 3 participantes del NSE bajo, 3 del NSE medio y 4 del NSE alto. Además, se incluyó a 2 profesionales de salud que participaron de manera contextual, previa a la recolección de datos de campo pero que resultaron fundamentales para el análisis posterior de los datos.

El tipo de muestreo definido para esta investigación es el estratégico o de conveniencia. Este tipo responde a una modalidad de muestreo no probabilístico, en el que la selección de unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acordes con los objetivos de la investigación (Cea D’Ancona, 1996). Tal como se señaló, en la búsqueda cualitativa el tamaño de la muestra no se fija a priori, antes de la recolección de los casos, sino que se perfila un número aproximado de los mismos.

Para elegir la muestra las primeras acciones ocurren desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto, en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesan. En las investigaciones cualitativas nos preguntamos qué casos nos interesan inicialmente y dónde podemos encontrarlos (Hernández Sampieri, 2014). En esta línea, lo propuesto fue comprender las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana. Por lo tanto, se seleccionaron mujeres, como se mencionó anteriormente que hayan mantenido un vínculo cercano y sostenido de cuidado con el varón afectado pertenecientes a distintos niveles socioeconómicos.

El trabajo de campo fue comprendido dentro del período de noviembre de 2022 y julio de 2023.

En resumen, la investigación buscó comprender las complejidades de los cuidados post ACV en el contexto doméstico, utilizando un enfoque cualitativo y flexible para capturar las experiencias de las mujeres involucradas. A continuación se presenta una tabla con las características de la muestra.

Tabla 1. Perfil de la muestra.

	Zona de residencia	Ocupación	Nivel educativo	NSE
Entrevista 1	El Palmar (Pinar Norte)	Emprendedora	Secundario	Bajo
Entrevista 2	La Teja	Empleada doméstica	Secundario	Bajo
Entrevista 3	Cerro	Vendedora	Terciario	Bajo
Entrevista 4	Villa García Manga Rural	Emprendedora, trabajadora social	Universitario	Medio
Entrevista 5	Prado	Ama de casa	Terciario	Medio
Entrevista 6	Solymar	Educadora Social	Universitario	Medio
Entrevista 7	Buceo	Intendencia funcionaria	Terciario	Alto
Entrevista 8	Centro	Directora escuela (jubilada)	Terciario	Alto
Entrevista 9	Cruz de carrasco	Ama de casa		Alto
Entrevista 10	Villa Dolores	Ingeniera Agrónoma	Universitario	Alto

Fuente: elaboración propia.

Principales hallazgos

El enfoque cualitativo posibilita una comprensión más profunda de la realidad social estudiada, permitiendo que los datos recolectados se articulen con el marco teórico previamente desarrollado y contribuyan al avance del conocimiento en torno a la temática de cuidados. El presente análisis se realizó a través de la exploración detallada de las entrevistas semi estructuradas, centrándonos en las dimensiones centrales de investigación ya mencionadas. En primer lugar, la organización social del cuidado, que estrategias de cuidado se dan según el nivel de participación del Estado y del mercado. La estructura doméstica del cuidado, tanto el trabajo doméstico, de cuidado y cuidado en salud. Por otro lado, como fue el impacto del ACV en la vida de las cuidadoras. Luego como se manifiestan los mandatos de género en las prácticas de cuidado y por último la relación con el sistema sanitario.

Este proceso nos permitió obtener una comprensión más profunda de las estrategias de cuidado utilizadas por estas mujeres, así como identificar patrones, desafíos y aspectos destacados que arrojaron luz sobre la complejidad de la dinámica de cuidado post ACV en el ámbito doméstico. El análisis de los hallazgos no sólo revela aspectos prácticos de los cuidados, sino también dimensiones emocionales, sociales y económicas que influyen en las experiencias de las cuidadoras.

El cuidado en tensión: Familia, Estado y mercado

En el presente apartado se buscará responder al objetivo de indagar cómo se organizan las estrategias de cuidado en función de la articulación entre actores clave como el Estado, la familia, el mercado y la comunidad, atendiendo a los conceptos organización social del cuidado y diamante de cuidado. Para poder darle respuesta se utilizará la tipología de estrategia de cuidado propuesta por Batthyány, Genta y Scavino, 2019. La tipología fue realizada para caracterizar los cuidados infantiles, utilizando cinco variables. Aplicadas a nuestra investigación, las variables relevantes para la creación de la tipología son: la participación en las instituciones de cuidado como los centros de larga estadía, tipo de servicio de cuidado provisto (Estado o mercado), contratación de cuidadoras remuneradas en el ámbito doméstico (contrata o no contrata) y las horas de contratación de cuidadoras remuneradas en el hogar (hasta 20 horas semanales y más de 20 horas semanales). Dichas variables permiten observar cuales son las que influyen a la utilización de determinado tipo

de estrategia. En la investigación se pudo detectar que las estrategias de cuidado varían en función del estrato social del hogar. Esto se ve reflejado en el claro hallazgo de tres principales estrategias, en primer lugar la familista, luego las estrategias con baja mercantilización y por último las estrategias con alta mercantilización. Cabe aclarar que si bien las entrevistadas no realizaron la cuantificación de las horas empleadas, las mismas se infieren de sus relatos.

Estrategia Familista: Estado y mercado ausente, familia presente

Antes de exponer en qué estrato económico se observaron las estrategias de cuidado familistas, es necesario conceptualizar este tipo de estrategia. Como ya fuera mencionado, desde la perspectiva de género, diversos estudios han cuestionado las limitaciones de los enfoques clásicos sobre regímenes de bienestar, como el de Esping-Andersen (1993), por centrarse exclusivamente en el Estado y el mercado como proveedores de bienestar, invisibilizando el papel central de las familias, y en particular de las mujeres, en la provisión cotidiana de cuidados. La ausencia del Estado en la provisión de cuidados se hace evidente en la precariedad de los mecanismos previsionales y en la escasa respuesta institucional frente a situaciones de dependencia. En contextos de nivel socioeconómico bajo, esta carencia se traduce en una sobrecarga para las familias, que deben asumir en soledad la organización del cuidado sin apoyos sostenidos. Tal como plantea Aguirre (2008), los regímenes familistas de bienestar delegan en los hogares, y particularmente en las mujeres, la responsabilidad del bienestar, reproduciendo desigualdades estructurales. Esta lógica se refleja en el siguiente testimonio, donde la entrevistada narra las gestiones realizadas para obtener una jubilación para su familiar:

“Averiguamos la jubilación por invalidez, por enfermedad, no por invalidez, pero le convenía más la común, y eso que es una miseria igual. Pero no, no, nada, nada mientras estuvo así.”
(Entrevista 1, NSE Bajo).

La frase evidencia no solo la falta de un ingreso adecuado en el momento de mayor necesidad, sino también la percepción de abandono y desamparo por parte del Estado, que llega tarde o con prestaciones insuficientes, profundizando la carga sobre los hogares más vulnerables.

Si bien el Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay busca atender a personas en

situación de dependencia, como se mencionó anteriormente su Programa de Asistentes Personales excluye expresamente a quienes tienen entre 30 y 80 años, franja etaria en la que se concentran la mayoría de los varones que han sufrido un ACV. Esta restricción deja sin cobertura a una población altamente vulnerable, generando un vacío crítico en la respuesta estatal para este tipo de casos. Esto se suma a la inexistencia de protocolos de abordaje integral a personas que sufrieron un ACV transformándose así, en personas dependientes, lo que podría contribuir a la explicación de la disconformidad manifestada por las entrevistadas. Si bien no existe coordinación entre los centros prestadores de salud pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud, se encontró que los centros brindan como respuesta el envío de un fisioterapeuta una vez por semana. En el caso de las entrevistadas pertenecientes al nivel socioeconómico medio y bajo la asistencia fue considerada mala y casi nula, esto es el fiel reflejo de la ausencia de políticas mencionadas en un comienzo.

“Pagabas un ticket y venía. Pero también vino, creo que una semana y después salió de licencia y no mandaron a la suplente. Venía y me hacía hacerle a mí los ejercicios. O sea en vez de hacérselos, lo tenía que hacer yo. Ella se sentaba y miraba. Re mala onda la fisioterapeuta”. (Entrevista 1, NSE Bajo)

“Yo le conseguí para sumarle a la rehabilitación del Casmu que me pareció que era demasiado poca, eh? Un foniatra y perdón una foniatra y un fisioterapeuta particular”. (Entrevista 3, NSE Medio)

La baja participación del Estado y del sistema sanitario, puede responder al desinterés por la integridad de la persona una vez fuera de su órbita. Tal como revela la investigación ya citada sobre cuidados no remunerados en salud (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015, CEPAL, publicación No. 127) son las mujeres en el tramo entre 46 y 65 años, quienes presentan la mayor proporción de personas que brindan cuidados en salud no remunerados. Este tipo de tareas se brindan mayoritariamente a los familiares, en 92,2% de los casos. En esta línea, se observó que tanto en poblaciones dependientes y crónicas, son las mujeres las que participan mayormente del cuidado, en el 74.4% de los cuidados a enfermedades crónicas y en el 79.2% de enfermedades temporales (Aguirre, 2003, Batthyány, 2004). Estos antecedentes y los hallazgos encontrados dejan de manifiesto cómo el sistema de salud y el Estado delega a las familias las tareas de cuidado.

Por otro lado, no se encuentra participación del mercado, entendido como los servicios que son contratados mediante una retribución económica por parte de los hogares de nivel socioeconómico bajo. El motivo principal es la falta de recursos económicos, sin embargo, se observa que existe una intención de ayuda por parte de otros familiares y de la comunidad, que no es aceptada. La comunidad es entendida como las redes de apoyos vecinales y amistades. Esta negativa a aceptar el apoyo de otras personas se vincula a que estas personas, incluso familiares, no van a saber cuidarlo como lo hacen ellas. También se puede pensar el rechazo de la ayuda de la comunidad/ familia dado el sentimiento de obligatoriedad al asumir las tareas de cuidado. Por otro lado, en cuanto a las obligaciones percibidas respecto al cuidado de padres y madres, los datos de 2023 muestran que el 29,6 % de las mujeres declara sentir que su familia espera que asuma casi todas las tareas de cuidado, mientras que en el caso de los varones esta percepción desciende al 26,5 %. A su vez, se consolida una tendencia hacia un modelo más corresponsable, ya que el 48,5 % de las mujeres y el 42,1 % de los varones señalan que su familia espera que compartan regularmente las tareas de cuidado. Esta transformación en las expectativas se encuentra en línea con los hallazgos de Batthyány, Genta y Perrotta (2013), quienes ya advertían que el 84,8 % de la población menor de 69 años pensaba que su familia esperaba su participación directa en el cuidado de sus padres o madres. Estas expectativas, además, se encontraban más marcadamente dirigidas hacia las mujeres: el 73,1 % de ellas consideraba que su familia esperaba que compartieran o asumieran casi todas las tareas de cuidado, frente al 61,6 % de los varones.

En este sentido, al incorporar las variables edad y nivel socioeconómico, son las mujeres mayores de 50 años que concentran la obligación de asumir las tareas del cuidado y las mujeres pertenecientes al NSE bajo tienen mayor la carga de responsabilidades sentidas respecto al cuidado directo al compararlo con sus pares varones.

“La decisión fue tomada entre todos. (donde iba a vivir el padre) “¿Qué hacemos?: “yo no puedo, yo no puedo” y bueno...”yo puedo”. E: Agarraste el mando digamos Z: No lo agarro, me lo dan”. (Entrevista 4, NSE Medio)

“más que nada éramos mi madre y yo y bueno, y las hermanas de mi madre y los hermanos, pero más que nada, nosotros viste, que éramos lo que los que estuvimos siempre con él”. (Entrevista 2, NSE Bajo)

Como se ha mencionado al comienzo, se encontró otra estrategia adoptada por las mujeres, en este caso pertenecientes al nivel socioeconómico medio, la misma es la “estrategia con baja mercantilización”, la cual se presenta a continuación.

Estrategia con baja mercantilización

Las estrategias con baja mercantilización ocurren cuando hay participación de servicios privados y/o persona contratada en el hogar hasta 20 horas semanales. En el estrato económico medio aparecen los centros de larga estadía como institución cuidadora. Las entrevistadas que utilizaron este servicio, en sus relatos son muy claras al decir que hubieran preferido “no llegar a ese punto”, siendo sinónimos: casa de salud y “abandono”.

“Nosotros no éramos partidarios de ponerlos en casa de salud. En esa época era un concepto de abandono. Poner a una persona en un lugar así era abandono”. (Entrevista 4, NSE Medio)

“Me hubiera gustado que el este con nosotras, que no haya tenido que ir a una casa de salud, que después haya terminado con heridas en la piel este falleciendo allí en un lugar lejos de de mi madre y de mí” (Entrevista 4, NSE Medio)

Otros servicios proporcionados por el mercado y utilizados por las mujeres entrevistadas que pertenecen al sector medio son los profesionales privados encargados de rehabilitación, como foniatras y fisioterapeutas. Algunas de las mujeres entrevistadas también utilizaron servicios de alquiler de equipamiento médico.

Por otro lado, es importante destacar cómo las mujeres entrevistadas pertenecientes a los sectores socioeconómicos bajo y medio tuvieron que realizar cambios en las instalaciones del hogar. Ya sea asignando nuevos espacios o construyendo nuevas habitaciones dentro de su propio hogar, dichas modificaciones fueron necesarias ya que al salir del hospital en todos los casos el hombre necesitó de cuidados las 24 horas del día, por lo que se transformó en una necesidad. En el caso del nivel socioeconómico alto, las entrevistadas no tuvieron que realizar cambios en los hogares, una de las hijas entrevistadas comentó que optaron por el alquiler de un espacio donde pueda vivir el hombre y allí contrataron servicios para su

cuidado.

“Tuvimos que hacer cambios en la casa porque la casa era espaciosa pero no con muchas habitaciones. A él le hicimos un cuarto separado, un lugar con muebles y todo y teníamos un fondo con un perro.” (Entrevista 4, NSE Medio)

Estrategia con alta mercantilización

Quienes llevan a cabo estos tipos de estrategias son las mujeres de nivel socioeconómico alto. Según la categorización en este tipo, existe una alta participación de servicios privados de cuidados y/o persona contratada en el hogar por más de 20 horas a la semana. Las entrevistadas no tuvieron un discurso homogéneo sobre la internación del varón en un centro de larga estadía. Si bien todos los casos entrevistados del nivel socioeconómico alto tenían el sustento económico para poder institucionalizar a la persona que sufrió el ACV, se generaron distintas situaciones. En algunos casos el hombre fue enviado al centro, ya que la gestión de enfermeras y cuidadoras contratadas dentro del hogar se tornó engorrosa. De todas maneras la elección de los centros de larga estadía no fue al azar. Ellas buscaron aquellos que se adapten a la nueva condición del hombre.

“En un momento ya no pudimos más, porque había gente que faltaba había que salir a cubrir turnos que no se podían y bueno se puso cada vez más complicado y ahí elegimos un residencial que era adaptado especialmente para eso” (...) “estaba como en un apartamento, pero en ese lugar.” (Entrevista 9, NSE Alto)

Por otra parte, otras mujeres manifestaron que el mejor lugar para que permanezca el hombre era el hogar donde vivía. Se presentó un caso en el que la mujer utilizó el servicio de la casa de salud y luego lo retiró porque lo mejor era que estuviera *“entre sus cosas”*.

“en la casa del tipo me hizo señas que quería levantarse mirar los libros, tiene una biblioteca llena de libros ropero, dije, y tomo y bueno, está en un quinto piso que tiene una preciosa vista que hasta el mar ve y digo está entre sus cosas”. (Entrevista 8, NSE Alto)

En el último caso, ocurrió lo mismo que con las mujeres de clase media, manifestó con euforia que nunca lo hubiera llevado a un centro de larga estadía. El énfasis en la frase podría

deberse a que al realizar la pregunta sobre el envío de la persona a un centro de larga estadía ella lo interpretara como una acusación de abandono, como si le hubiera preguntado “¿pensó en abandonarlo alguna vez?”.

“Yo no lo hubiera llevado nunca. Ni se me ocurrió ni lo hubiera hecho nunca. Yo tenía fuerza, viste? yo tenía fuerza. Lavaba la ropa, iba venía hacia las cosas, yo que sé, se hizo.”
(Entrevista 10, NSE Alto).

Por último, la participación del mercado se puede ver al momento de conseguir implementos médicos. Si bien la compra y alquiler de equipamiento no corresponde a una actividad de cuidado directo, es el mercado quien otorga los materiales que facilitan el mismo y/o promueven mayor autonomía de las personas que lo requieren. A diferencia de los otros estratos las entrevistadas compraron los implementos como silla de ruedas y colchones hidráulicos, sin necesidad de acudir al alquiler o préstamo.

Por otra parte la participación de la comunidad y otros familiares en este estrato ocurre lo mismo que en la clase media, la mujer no quiere pedir apoyo externo ya que considera que el resto de las personas deben seguir con su vida con normalidad, asumiendo todas las responsabilidades ella misma.

“Él tiene dos hijos, este, que en ese momento eran los dos casados con hijos, y trabajando mucho entonces la verdad que, ta muy bien los gurises muy cariñoso todo, pero no no abordaron para nada el tema del cuidado porque porque claro tenían su trabajo y su vida”
(Entrevista 11 NSE Alto)

A modo de conclusión, las mujeres de los tres niveles socioeconómicos utilizaron tres estrategias de cuidado diferentes. Las mujeres del nivel socioeconómico bajo llevaron adelante la estrategia familista, donde no existió participación en materia de cuidados por parte del Estado ni del mercado. Por otro lado, las mujeres que utilizaron la estrategia de baja mercantilización fueron las de nivel socioeconómico medio y por último el nivel socioeconómico alto utilizaron más de 20 horas semanales de servicios de cuidado provisto por el mercado.

Tabla 2. Estrategias de Cuidado según Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Estrategia de Cuidado	Participación del Estado	Participación del Mercado	Rol de la mujer
Bajo	Estrategia familista (Estado y mercado ausentes)	Nula o muy limitada	Inexistente	Central y exclusivo
Medio	Estrategia con baja mercantilización (servicios privados esporádicos, cuidados compartidos)	Limitada, insatisfactoria	Parcial (equipamiento, rehabilitación)	Central, con algo de apoyo familiar o comunitario
Alto	Estrategia con alta mercantilización (cuidadoras contratadas, centros especializados)	No se utilizan servicios estatales. Acceso por vía privada, sin mayores conflictos	Alta (personal contratado, equipamiento)	Coordinación de cuidados, carga emocional y gestión

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, se puede concluir que el mandato de género en el rol cuidador de la mujer trasciende los distintos niveles socioeconómicos, y se destaca que en ningún nivel socioeconómico las mujeres externalizan en su totalidad las tareas de cuidado, tal como se desarrolla en el siguiente apartado.

La sobrecarga invisible: tareas de cuidado y cuidado específico en la salud

El presente apartado desarrolla la evidencia vinculada al segundo objetivo específico propuesto: analizar cómo se estructuran los cuidados dentro del hogar luego de la ocurrencia de un accidente cerebrovascular (ACV). La singularidad de los accidentes cardiovasculares provoca la necesidad constante de tareas de cuidados, las cuales no son exclusivamente las necesarias por alguien dependiente, como lo son las personas mayores y niños, sino que a dichas tareas se le debe incorporar las tareas destinadas al cuidado de la salud.

Tareas de cuidado y tareas domésticas

El hombre que sufrió el ACV genera un grado de dependencia muy alto, requiriendo de las tareas de cuidado las 24 horas ya que pueden verse afectadas las habilidades motrices básicas, como el habla y la alimentación.

“Entonces se pasa y le tengo que ir por atrás pagando hasta acá hasta la estufa la luz de por toda la mañana atrás es como otro niño, en lugar de tener uno, tengo dos”. (Entrevista 6, NSE Medio)

Si bien no se utilizó en la presente investigación la variable “hijos a cargo”, en el caso de las mujeres cuidadoras que tenían hijos, tuvieron que incorporar el cuidado del padre, lo que significa hacerse cargo de las tareas de cuidado de una persona más. Dichas mujeres, acudieron a la familia y a servicios del Estado para el cuidado de sus hijos, sin hacer lo mismo con el cuidado de su padre, quedando nuevamente los cuidados en la órbita familiar.

La necesidad de cuidado las 24 horas no distingue nivel socioeconómico, sin embargo, en el caso del estrato más alto, al utilizar servicios externos como cuidadores la mujer cuidadora puede desempeñar otras tareas ajenas al cuidado, aunque en el desempeño de las mismas la mujer está indirectamente pendiente de su cuidado ya que cualquier percance que ocurra es ella que se hace cargo.

“Seguí trabajando, pero siempre estaba pendiente porque aunque tuviera toda esa gente te llamaban a cualquier hora cualquier día y había que ir.” (Entrevista 9, NSE Alto)

Por otro lado, también deben encargarse de la gestión de las personas que cuidan, como pago de salarios, visitas a centro de larga estadía y coordinación con profesionales. Otro punto importante a tener en cuenta es que, cuando la mujer encargada del cuidado es la hija, hay mayor rotación en las tareas de cuidado, sin embargo, al tratarse de las esposas no cambian su cuidado ni dejan su tarea mientras puedan seguir realizándola.

“Hay que ser conscientes de de los cuidados y que nada que para que la persona tenga la dignidad que se merece hay que hay que resignar algunas cosas, pero hay que hacerlo desde

el amor y si se hace así tanto está todo bien, así que yo estoy muy contenta con todo lo que evolucionó mi padre". (Entrevista 3, NSE Medio)

El fragmento muestra cómo "el amor" invisibiliza las tareas de cuidado llevadas al interior de la familia, Retomando a Aguirre (2009) cuando los bienes son producidos fuera del hogar, el trabajo que los produce es remunerado, en cambio es gratuito si se realiza en el hogar ya que es considerado un trabajo realizado "por amor". En este sentido, los discursos presentan la naturalización de las tareas de cuidado y el "deber ser" como mujer. Las entrevistadas revelaron que en el interior de los hogares cuando lo compartían con otros varones, como sus hermanos, las mujeres eran quienes se encontraban más disponibles a renunciar parte de su tiempo libre para realizar las tareas de cuidado. Las hijas entrevistadas manifestaron que los varones tienen interés en tercerizar las tareas de cuidado cuando se les solicita participación, generando conflictos intrafamiliares. Este hallazgo coincide con la investigación "La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay" (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013, donde las mayores expectativas masculinas respecto al cuidado familiar probablemente recaen en la confianza en que las mujeres de la familia realizarán este cuidado. También se expone que para las mujeres estas tareas son más "gratificantes", siendo así calificadas por el 58,1% de las mujeres frente al 47,9 % de los varones. Cabe destacar que como se mencionó anteriormente, se supone que el cuidado debe ser gratificante porque se realiza "por amor". Lo mismo ocurre cuando las esposas incorporan a los varones hijos en los cuidados del padre, los mismos manifiestan la necesidad de externalizar las tareas de cuidado.

"Nosotros somos cuatro hijos, dos mujeres y dos varones y básicamente la única que se hace cargo de papá es yo". (Entrevista 3, NSE Medio)

"Durante cuatro años, me ocupé absolutamente de todo y hace cuatro años les pasé la parte económica a ellos (se ríe), que se ocupen de lo económico y yo me ocupo de que hay que pagar todo, hay que pagar los sueldos, pagar ta ta ta, todos los trámites, sobre todo al principio. Que el IRPF, que la declaración jurada, que la gran siete. Y de la parte médica y lo afectivo me sigo ocupando y voy cuatro veces por semana, hay días que no voy porque no me da, no me da. Este, pero no, no hubo mucha ayuda de ese lado. Pero ahora que se tienen que ocupar de eso y llevarle un surtido una vez por semana me dicen que quieren ponerlo en una casa de salud, que va a estar mucho mejor (se ríe)".(Entrevista 8, NSE Alto)

Por otro lado, las tareas domésticas dentro del hogar si bien se siguieron realizando, cambiaron en función del estrato económico. En el nivel socioeconómico bajo, las mujeres responsables de los cuidados del enfermo continuaron realizando las tareas domésticas como la limpieza, lavado de ropa, realizar las compras, orden, etc. Sin embargo, a las mismas se le sumó otras tareas dentro del hogar. Algunas relacionadas a la salud, como la compra de medicamentos e implementos para el enfermo, preparación de alimentos especiales y coordinación de profesionales como fisioterapeutas. Y otras tales como la reorganización de la economía del hogar.

Es importante diferenciar las tareas de cuidado con las tareas domésticas. Por un lado, el trabajo doméstico incluye una amplia gama de actividades que se realizan en el hogar: tareas típicas y cotidianas como comprar, preparar y cocinar alimentos, servir la comida, limpiar la casa, lavar, planchar la ropa, entre otras. Incluye asimismo las tareas de gestión externa al hogar, como realizar trámites o hacer compras. Estrictamente, el trabajo doméstico refiere a bienes consumidos en el momento de su producción (Aguirre, 2008). En la presente investigación, en el estrato medio y alto se puede ver cómo contratan servicios externos para llevar a cabo este tipo de tareas, delegando la limpieza y la preparación de alimentos. Por otra parte, tal como se plantea en la definición de cuidado, el concepto nace para evidenciar la transversalidad de las prácticas y representaciones definidas como femeninas, y mostrar que la parte material e inmaterial, pública y privada, física y emocional van de la mano y están significativamente imbricadas (Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Al diferenciar ambos tipos de trabajos, por un lado el trabajo doméstico y por otro el trabajo de cuidados se puede ver cómo las mujeres de los estratos medios resignaron la parte material que no involucra lo emocional pero no hicieron lo mismo con los cuidados que implica trabajo directo y una fuerte carga emocional con el enfermo.

“Todo el día diciendo: ¿Porque yo solo veo la mugre?, ¿Porque yo tengo que lavar los platos?, ¿Porque yo soy la que ordena? Todo el día”. (Entrevista 4, NSE Medio)

Por último, en ningún estrato económico, si bien manifiestan y cuestionan la distribución del trabajo doméstico, no se problematizan de alguna manera los motivos por los cuales la mujer debe ser la encargada del cuidado.

Cuidados específicos en salud

Para comenzar, es fundamental recordar conceptualmente los cuidados específicos en salud. La definición de trabajo de cuidados no remunerados en salud refiere a todas las tareas destinadas al cuidado en el ámbito de la salud realizadas para los miembros del hogar que no pueden hacerlas por sí mismas, sin recibir pago alguno por ellas. También incluyen a los que no viven en el hogar y ya sean familiares o no (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). Las investigaciones en el área de cuidado en la salud han encontrado que el tipo de estrategias desarrolladas de manera más frecuente en el país para cuidar a personas enfermas crónicas o agudas, cuentan con un solo sector proveedor de cuidados en salud, mayoritariamente: la familia (80%) (Scavino, 2017).

Por otra parte, como se mencionó al inicio, la persona dependiente no requiere únicamente de cuidados como higienizarse y alimentarse, también requiere tareas de cuidados específicos en salud. Se puede ver una clara diferencia entre el conocimiento de las mujeres previo al accidente cerebrovascular y luego del mismo.

Las mujeres pertenecientes al nivel socioeconómico alto y medio utilizaron lugares de recuperación referentes internacionalmente, para la rehabilitación y para conocer nuevas técnicas de cuidado, a diferencia de la clase baja que no referencian lugares fuera del país. A nivel nacional existe el “Protocolo Nacional de ACV”, actualizado en el año 2022. El mismo busca dar a conocer las pautas generales de actuación y abordaje del ataque cerebrovascular isquémico agudo en Uruguay, sin embargo, ninguna de las entrevistadas manifestó tener conocimiento de la existencia del mismo. De todas maneras, el protocolo tiene un enfoque médico orientado a la prevención y recuperación del paciente, pero no como se debe cuidar al mismo.

“Cuando estuve en España regalaron un manual como para, no solo para fisioterapia, sino cuidado, por ejemplo, cómo tenés que acostarlo de qué lado puedes apoyarlo? Cómo tenes que poner la pierna pléjica y el brazo, una cantidad de cosas que nos fueron re útiles para las muchachas, pero me doy cuenta que acá no hay nada nada, es terrible, no tiene derecho, no quedarse con la información, no? no es de ellos, es espantoso.” (Entrevista 9, NSE Alto)

Por otra parte son los estratos medios y altos que gracias a sus medios económicos pueden delegar en parte este tipo de cuidado, mientras que las mujeres de clase baja deben aprehender todo al momento de hacerlo, sin poseer conocimientos previos.

“Las chicas, muy cariñosas, pero tampoco no tiene ninguna formación se fueron haciendo tenemos un grupo, nos vamos, fuimos aprendiendo todas juntas, desde cómo se pone la media elástica hasta todo lo que ocurra, no? como poner el pañal (se ríe) este fuimos aprendiendo de a poco”. (Entrevista 8, NSE Alto)

Por lo tanto, podemos concluir tal como se menciona en los antecedentes y deja en manifiesto la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud (Uruguay, 2013), que las mujeres son las principales cuidadoras en salud (76,6%). Incluso, en el tramo entre 46 y 65 años, quienes presentan la mayor proporción de personas que brindan cuidados en salud no remunerados. Entonces, si bien la muestra del presente trabajo no es representativa, se podría afirmar que en este tipo de dependencia es en las mujeres donde recaen estos cuidados. Dicha conclusión lleva a reflexionar sobre cómo puede afectar la vida de la mujer que cuida el cambio abrupto producido por el ACV, lo mismo se desarrollará en el siguiente apartado.

Del compromiso afectivo al desgaste cotidiano: ¿Quién cuida a la que cuida?

A continuación, se buscará darle una respuesta a otro de los objetivos específicos del presente estudio, el mismo es: comprender cómo irrumpe el ACV, en la vida diaria y laboral de la cuidadora. Por lo tanto se desarrollará cómo afectó a la mujer tanto mentalmente como en sus actividades diarias y relaciones personales.

A lo largo de todas las entrevistas se puede ver una marcada afectación de la salud tanto física como mental de la mujer que cuida. Los riesgos a la salud de las personas cuidadoras se engloban bajo el término de “carga de cuidado”, concepto que alude a las demandas físicas, emocionales, sociales y económicas de las distintas actividades de cuidado, y a la tensión que estas producen. Asimismo, pueden desarrollar el llamado “síndrome del cuidador quemado” (Freudenberg, 1974), donde se presentan síntomas de insomnio, cansancio, ansiedad, estrés y depresión.

Carga mental y participación mercado laboral o realización de actividades personales

Como se mencionó previamente, en todos los niveles socioeconómicos, son las mujeres que comparten hogar con el hombre que sufrió el ACV quienes tienen la mayor carga de cuidados. No obstante se se observan entre ellas diferencias en la asignación del tiempo que no se encuentran realizando tareas de cuidados. En el caso de las mujeres de nivel socioeconómico bajo si bien no manifestaron renunciar a horas de trabajo, sí requirieron delegar el cuidado de sus hijos a personas externas del hogar, no así el de su padre. La renuncia a la dedicación completa de cuidados de sus hijos contribuye al deterioro mental de las mujeres, manifestando sentimientos de culpa y desarrollo de ansiedad, consecuencias directas de la “carga de cuidado”.

“Es cansador, es agotador. Yo tengo mucha ansiedad y eso y termine mal y deprimida y todos horrible Porque aparte de estar todo el día ahí, no ves a tus hijos tampoco. Tienen 6 y 12 en esa época. Me organizaba, seguía trabajando. Pero como yo me manejo yo los horarios...pero claro, tipo muerta terminaba, Me tenía que organizar si con mis dos nenes, con Sofía y Bruno para ver quien los cuidaba, con quién se quedaban, como hacíamos. Mi madre sí tuvo que dejar de trabajar unos días. Mi madre no está con mi padre pero venía a cuidarlos a ellos.” (Entrevista 1, NSE Bajo).

Por otro lado, las mujeres de nivel socioeconómico medio también se ven afectadas. En todos los casos cambió la rutina de la mujer, renunciando a horas dedicadas al esparcimiento y otras actividades para dedicarlas al cuidado. En el caso de las hijas de NSE medio, fueron ellas quienes tuvieron que sacrificar parte de su tiempo para dedicarle al cuidado, al compararse con sus pares varones. El fragmento siguiente revela como la hija del enfermo se dedicó plenamente al cuidado del padre, mientras que sus hermanos tuvieron que “acomodar” su agenda. Inclusive, se manifestó la obligatoriedad y nula capacidad de elección en el cuidado, ya que si “no lo hacía yo, no lo hacía nadie”.

“mi trabajo, lo sigo haciendo normalmente. Digamos en el tiempo que yo no estoy acá, porque estoy trabajando. Está en alguno de mis dos hermanos uno se puede acomodar sus horarios de trabajo y el otro un poco también quizás mi hermano más grande, si, en un principio dejó de trabajar un turno en el trabajo para estar de mañana.” (Entrevista 3, NSE

Medio)

La obligatoriedad presente tiene relación estrecha con la noción de “derecho al cuidado”. Batthyány, en la publicación “Tiempos de bienestar social, 2015”, plantea que el derecho al cuidado debe ser considerado como un derecho universal de toda la ciudadanía, a su vez, hay que considerar dos aspectos. En primer lugar, el derecho a recibir cuidados a lo largo de la vida, y por otro lado, se vuelve fundamental poder desarrollar el derecho de elegir si se desea o no cuidar en el marco del cuidado familiar no remunerado. Este punto es particularmente sensible para las mujeres que, como se mencionó, son quienes cultural y socialmente están asignadas a esta tarea. Finalmente, el derecho a condiciones laborales dignas en el sector de cuidados, en el marco de una valorización social y económica de la tarea (Batthyány, 2013). Este derecho al cuidado debe garantizarse por medio de arreglos institucionales y presupuestarios, ser normado y obtener apoyo estatal. No es, por lo tanto, un beneficio para las mujeres, sino un derecho de quienes lo requieren (Pautassi, 2010).

Por otro lado, la “obligatoriedad” y no la elección, pone de manifiesto la existente división sexual o por géneros del trabajo, dado que ese tipo de cuidados ha recaído tradicionalmente en la órbita familiar, es decir privada y en su interior en las mujeres. A lo mismo se le debe añadir que la participación de las mujeres al trabajo remunerado genera una fuerte tensión entre la distribución del tiempo en la esfera pública y en la privada. En este sentido, el trabajo en la esfera privada, dada la afección del enfermo, hace crecer la carga total de trabajo para ellas. Sin embargo, no se ven diferencias entre los estratos medios y altos, las mujeres del NSE alto, las esposas dejaron de trabajar y disminuyeron el tiempo dedicado a otros vínculos para dedicarse al cuidado del esposo.

“Yo salía muy poco con mis amigas y este y bueno, esos 10 días que estábamos en la casa de afuera para él era la magia, porque yo tampoco ahí salía ni una hora ni dos con ninguna amiga que era lo que él quería tenerme para él sola (se ríe).” (Entrevista 8, NSE Alto)

Por otra parte, recordando que las horas posteriores al ACV son críticas, cuanto más tiempo pase sin atención mayores secuelas tendrá el hombre, las esposas se sienten culpables del desarrollo de la enfermedad. En este sentido expresan *“que hubiera pasado si...”*, responsabilizándose y agravando el sentimiento de culpa ya que se sienten en parte responsables de lo sucedido.

“Alguien me decía que si la ambulancia en vez de agarrar para el Evangelio hubiera agarrado para el Clínicas hubiera tenido otra historia y bueno, ni yo lo sabía y lo que se te ocurre es ir a la mutualista del hombre, no?” (Entrevista 8, NSE Alto)

Cabe aclarar que la entrevistada considera que el Hospital de Clínicas era el mejor preparado para la atención de estas enfermedades, este aspecto lo supo luego del suceso.

Por otro lado, un factor que agrava la culpa es la actitud de los propios enfermos, que al despedirse preguntan: *“ya te vas?”*, reforzando el sentimiento de abandono cuando se encuentra en un establecimiento de larga estadía. Este sentimiento se puede explicar por los datos arrojados en la investigación ya mencionada sobre las representaciones sociales del cuidado donde muestra que en el caso de las hijas, *“es una constante que en todas las edades mencionen que la situación más deseable es convivir con sus padres o madres, lo que daría cuenta de un compromiso mayor con el cuidado de la generación anterior que en el caso de los varones. La misma investigación muestra que el 52,2 % de los varones mayores de 50 años creen que los cuidarían solo personas de la familia, por otra parte también se expresan sobre los deseos que tienen para su propio cuidado en el caso de tener 70 años o más. Casi la mitad de los varones y más de un tercio de las mujeres optarían por que los cuidaran exclusivamente personas de la familia (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013).*

Sumado a ello, otra característica propia de esta dependencia es el desconocimiento en el futuro, ya que no se sabe cómo evoluciona la enfermedad ni cual es el futuro que les depara, provocando de esta forma cambios en los planes vitales de la mujer. Este fenómeno de culpa e incertidumbre no distingue nivel socioeconómico, ni se diferencia al tratarse de las hijas o esposas.

“Siempre después que pasa todo empezás a ver que podríamos haber hecho mejores cosas. Siempre te faltan diez para el mango. Yo me daba cuenta que era algo exigente para todos. Hacíamos lo más que podíamos. Pero después que pasa todo vos decís: ¿cómo no me di cuenta de esto? ¿Cómo me di cuenta de aquello? Capaz, que si hubiéramos hecho otra cosa...pero era imposible.” (Entrevista 3 NSE Medio)

“Lo principal es lo emocional, porque pasó a ser una persona que dependía y por ejemplo lo

peor era la casa de salud, que cuando íbamos, por ejemplo, te quedabas 4 horas igual te decía: “y ya te vas” y entonces ahí uno ya quedaba que quedaba como muy mal angustiado, no poder hacer nada bueno”. (Entrevista 9 NSE, Alto)

Como se mencionó previamente, la característica de la enfermedad hace necesario el cuidado las 24 horas, por lo que la mujer al sentir la obligación de cuidarlo se descuida mental y físicamente. Esto trae consigo el desarrollo de enfermedades físicas y mentales, llegando a sufrir lo que se conoce como “síndrome del cuidador”.

“Esa es mi pregunta, para quién lo hice?, ¿para quién hice todo eso? porque lo quería, porque lo tenía que hacer? por mi? No la pude contestar”. (Entrevista 8, NSE Alto)

El síndrome del cuidador se presenta cuando hay síntomas como insomnio, cansancio, ansiedad, estrés y depresión. También la ausencia de colaboración de otros familiares, ausencia de formación e información en el cuidador y no formar parte de una asociación o grupo de ayuda, agrava el síntoma (Revista Clínica de Medicina de Familia, 2009). Las características de la enfermedad, provoca que no se generen asociaciones y grupos de ayuda entre la comunidad de enfermos y familiares, dado que las secuelas de los accidentes cerebrovasculares varían y son diferentes entre sí. Al mismo tiempo, al estar el Estado ausente, es en las familias donde recaen los cuidados, dejando poco tiempo para involucrarse con la comunidad y otros afectados por la misma patología.

Además del desgaste emocional, en las mujeres pertenecientes a los sectores bajos y medios se puede ver como la asignación de los recursos económicos a los cuidados provoca una disminución en los ahorros y una nueva distribución de los gastos. Las mujeres pertenecientes a los sectores bajos son quienes deben destinar la mayor proporción de los ingresos al cuidado, al compararlo con las mujeres de NSE medio y alto, por dos motivos. En primer lugar la mujer tiene menos ingresos y por otro, el hombre tiene una jubilación que no llega a cubrir los gastos requeridos en el cuidado, incluso puede no tener ingresos dado que a lo largo de su vida trabajó en la informalidad.

“Mi padre paga cada ticket como \$400 y toma como 10 remedios. Se gasta como \$2,000, y cobra 16 de jubilación. Fíjate que como, se compra los remedio y a veces ni eso. Hubo tiempo que tuvimos que traerle nosotros, o darle comida porque no le da”. (Entrevista 1

NSE Bajo).

“Nosotros no tenemos ingreso ni entrada en ninguna índole yo también tengo principio Alzheimer tengo hernia disco. Tengo problema la columna, tengo que glaucoma estoy perdiendo la vista” (Entrevista 12, NSE Bajo).

Este punto es crucial, ya que revela una vez más, cómo afecta de manera desigual la enfermedad en las diferentes clases sociales. Siendo las más castigadas las mujeres de nivel socioeconómico bajo, ya que no solo sufren las cargas de cuidado y las consecuencias como el “síndrome del cuidador”, sino que no pueden cubrir los gastos económicos propios de la enfermedad.

Todos los cuidados previamente mencionados son posibles gracias al contrato sexual existente que afecta desigualmente dentro de las dinámicas intrafamiliares tanto a varones como a mujeres. Dentro del contrato sexual, se observa cómo actúa el mandato de la masculinidad hegemónica, donde el varón descuida su salud en el transcurso de su vida. Esta noción se desarrollará en el siguiente apartado.

Tabla 3. Situación de la Mujer Cuidadora según Nivel Socioeconómico

Dimensión	NSE Bajo	NSE Medio	NSE Alto
Carga física	Altísima, sin apoyos externos	Alta, con algo de apoyo eventual	Moderada, delegación parcial del cuidado físico
Carga emocional	Muy alta, aislamiento y agotamiento	Alta, tensión con hermanos varones	Persistente, sobre todo carga emocional y de gestión
Carga económica	Crítica, gastos insostenibles frente a ingresos bajos	Elevada, pero con algo más de maniobra financiera	Alta inversión económica pero con mayor capacidad de afrontamiento
Apoyo institucional	Nulo o muy escaso	Insuficiente, necesidad de reclamo constante	Acceso privado más eficiente, pero sin guía integral
Participación familiar	Muy limitada, mujeres asumen todo	Responsabilidad mayoritaria femenina	Desigualdad en la distribución intrafamiliar
Reconocimiento del rol	Inexistente, naturalización absoluta del cuidado	Débil, el deber moral persiste	Invisibilización del rol, pero con reconocimiento simbólico
Acceso a formación sobre cuidado	Aprendizaje empírico, sin información	Búsqueda individual de recursos y capacitación parcial	Acceso a recursos internacionales y manuales
Impacto en la vida laboral y personal	Postergación total de vida personal y apoyo limitado con hijos	Reducción de tiempo libre y participación laboral parcial	Renuncia laboral en algunos casos, pero mayor posibilidad de reorganización

Fuente: elaboración propia.

Cuerpos que no se cuidan, cuerpos que sostienen. Cuidado de la salud del hombre y relación con el sistema sanitario

A continuación se intentará esbozar qué aspectos de la masculinidad hegemónica, concepto propuesto por Connel (1987), se develan a través de los discursos de las mujeres para poder darle posibles explicaciones al desarrollo de un accidente cerebrovascular. Se desarrollará

como fue el cuidado de la salud del hombre en su trayecto vital y cómo interactúa el sistema de salud con la familia y el paciente cuando ocurre el ACV.

Los relatos de las entrevistadas permiten observar una tendencia clara: los varones que sufrieron un ACV no incorporaron prácticas preventivas en salud antes del episodio, a pesar de haber recibido advertencias médicas previas. Este dato empírico coincide con lo establecido en el documento “Salud de los hombres uruguayos desde una perspectiva de género” (MSP, 2009), el cual señala que la masculinidad hegemónica se expresa, entre otras formas, a través de la negación de la vulnerabilidad corporal, la resistencia a la consulta médica y el descuido de la salud personal.

“Ya cuando yo tenía 12 años, yo me acuerdo que ya le habían dicho que tenía colesterol por las nubes, que se tenía que cuidar.” (Entrevista 1, NSE Bajo)

“Era flaquito. Mi padre pesó toda su vida 67 kilos, pero era un hipertenso que no se cuidaba. Comía sal, frituras, todo lo que le decíamos que no.” (Entrevista 4, NSE Medio)

Estas declaraciones dan cuenta de una falta de apropiación del autocuidado por parte de los varones, no solo como decisión individual, sino como expresión de una construcción cultural que desvincula a los hombres de la responsabilidad sobre su propio cuerpo. Esta omisión genera consecuencias directas en la vida de las mujeres que los rodean, quienes, ante la irrupción del ACV y sus secuelas, deben asumir las tareas de cuidado sin haber sido parte del proceso preventivo.

Este fenómeno se relaciona también con el concepto de contrato sexual de Pateman (1988), que naturaliza la división de roles en las relaciones heterosexuales y establece que las mujeres, especialmente las esposas o hijas, son quienes deben asumir los cuidados. Esta lógica se intensifica en los casos en los que existe una diferencia etaria significativa entre la pareja, ya que el varón suele ser mayor al momento del ACV, mientras la mujer aún conserva capacidad física para hacerse cargo:

“Yo tenía 59 años y tenía fuerza. Si lo tiene que hacer una persona anciana, eso no puede.” (Entrevista 8, NSE Alto)

Asimismo, cuando el varón no tiene pareja, el cuidado se traslada de forma casi automática a

una hija mujer, incluso existiendo hijos varones en la familia, reafirmando la naturalización del cuidado como rol femenino.

En suma, las entrevistas reflejan que el descuido de la salud por parte de los varones no es un hecho aislado, sino una conducta profundamente enraizada en una masculinidad que valora la autonomía, la invulnerabilidad y la negación del cuerpo. Esta conducta se traduce en una carga no elegida ni planificada para las mujeres de su entorno, quienes, una vez desencadenado el ACV, se ven forzadas a reconfigurar su vida en función del cuidado del otro, muchas veces sin respaldo institucional ni corresponsabilidad familiar.

Cuidar tras el alta: cuando el sistema de salud se retira

En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsa el plan nacional Objetivos Sanitarios Nacionales 2030: Caracterización de problemas priorizados. Este documento propone “dejar atrás el enfoque que colocaba la discapacidad como un problema individual de la persona producto sólo de sus limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2023), promoviendo una mirada más integral sobre la discapacidad.

En dicho informe, se identifican tres debilidades principales en el acceso a la rehabilitación en salud. En primer lugar, se señala la escasez de equipos multidisciplinarios y la falta de gestión clínica de los casos de rehabilitación física dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En segundo lugar, se advierte la inexistencia de protocolos de abordaje integral que contemplen diagnóstico, prevención de complicaciones, tratamiento integral y seguimiento. Finalmente, se remarca la ausencia de regulación y monitoreo sobre las prestaciones necesarias para aplicar protocolos basados en evidencia. Estas deficiencias, sumadas a la desactualización del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), se reflejan en los relatos de las mujeres entrevistadas, quienes vivieron de primera mano las limitaciones del sistema al momento de cuidar a un familiar tras un accidente cerebrovascular (ACV).

Los ACV requieren atención médica inmediata, ya que cuanto más rápida es la intervención, mayores son las probabilidades de recuperación y menor la posibilidad de secuelas graves. En este sentido, las entrevistadas de los niveles socioeconómicos bajo y medio expresaron disconformidad desde el primer contacto con los centros de salud. La demora en el diagnóstico y tratamiento fue señalada como un factor agravante de las secuelas:

“Nadie se dio cuenta. Recién el turno anterior se dio cuenta que él hizo un ACV isquémico y, ¿eso podría haberse evitado, no?” (Entrevista 1, NSE Bajo).

Con el paso del tiempo, el vínculo con el personal médico y sanitario se deterioró. Las familias debieron intervenir activamente para garantizar condiciones mínimas de cuidado durante la internación, asumiendo incluso procedimientos que deberían haber sido responsabilidad del equipo hospitalario:

“No le limpiaban la traqueostomía, lo terminamos aprendiendo a hacer nosotros porque se le tapaba, no podía respirar” (Entrevista 3, NSE Medio).

“Y ahí demoraban pila para venirlo a cambiar. Me tenía que estar peleando para que vinieran a cambiarlo porque, claro, él estaba con pañal y no se podía levantar” (Entrevista 1, NSE Bajo).

La internación hospitalaria supuso no solo una carga física, sino también emocional. A esto se sumó la incertidumbre frente al pronóstico, la falta de comunicación clara por parte del equipo médico y una atención percibida como impersonal y deshumanizada:

“Fue espantoso el trato de los médicos. Salió el médico de la intervención todo sin sacarse ni siquiera la túnica, todo manchado de sangre, horrible. Fue una experiencia muy fea, y nos dijo que no había salido bien, que no había podido hacer el procedimiento y que iba a quedar internado en CTI con riesgo muy grave de vida” (Entrevista 3, NSE Medio).

Las mujeres del estrato medio, a diferencia del estrato bajo, desarrollaron estrategias de reclamo que les permitieron obtener mejores condiciones de atención. Por su parte, las mujeres del nivel socioeconómico alto, cuyos familiares contaban con seguro de salud privado, no manifestaron experiencias negativas en su relación con el sistema médico. Esto permite reflexionar sobre cómo las desigualdades estructurales condicionan el acceso a una atención de calidad, más allá de los marcos normativos vigentes.

Otro punto transversal en los relatos es la falta de orientación al momento del alta médica. Ninguna de las entrevistadas recibió protocolos, pautas o información clara sobre cómo acompañar el proceso de rehabilitación o prevenir nuevas internaciones:

“Salís de la mutualista y nadie te explica absolutamente nada. Después, mi guerra durante todo ese mes que estuvo ahí en la sala fue hablar con los médicos. Les decía: ‘Ustedes no tienen

derecho a quedarse con la información’, digo, no puede ser que no junten a los familiares y les den pautas de qué cosas hay” (Entrevista 8, NSE Alto).

Estas experiencias permiten visibilizar la sobrecarga que enfrenta el sistema hospitalario, posiblemente agravada por la expansión de la cobertura médica a través del Fondo Nacional de Salud, que permitió el ingreso de nuevos usuarios. Sin embargo, también evidencian una persistente orientación biomédica centrada exclusivamente en la enfermedad, que tiende a invisibilizar al paciente como sujeto integral.

En este marco, resulta pertinente recuperar el análisis de Iceta (1996), quien advierte que esta despersonalización responde a una concepción del usuario como un “caso clínico”, en detrimento de su identidad como ser biopsicosocial. Esta perspectiva médica reduccionista forma parte de lo que Menéndez (2003) denomina modelo médico hegemónico, que privilegia una lógica curativa por sobre una mirada integral del cuidado. Tal como revelan los relatos, la exclusión de las familias cuidadoras de los procesos de toma de decisiones y de acceso a información básica refuerza la idea de que el sistema de salud “cura pero no cuida”.

Tabla 4. Relación con el Sistema de Salud

Nivel Socioeconómico	Percepción del sistema de salud	Acceso a información post-alta
Bajo	Deficiente: demoras, falta de apoyo post-alta, deshumanización	Nulo o muy escaso
Medio	Críticas moderadas, reclamos con mejores resultados	Incompleto, mejor con insistencia
Alto	Buena experiencia, acceso a prestadores privados	Ausente, pero compensado con recursos propios

Fuente: elaboración propia.

Reflexiones finales

La presente monografía deja en evidencia que el cuidado de varones que han sufrido un ACV no es solo una experiencia doméstica o emocional, sino un punto crítico donde se condensan y reproducen estructuras sociales más amplias: género, clase, sistema de salud, y políticas públicas. En este sentido, el objetivo general que guió la presente monografía fue comprender las desigualdades de género en las dinámicas de cuidado en hogares con varones afectados por ACV en Montevideo y Área Metropolitana. Desde este punto de partida, los hallazgos permiten reflexionar en torno a cada uno de los objetivos específicos que orientaron el trabajo.

En primer lugar, al indagar en la organización de las estrategias de cuidado a partir de la articulación entre Estado, familia, mercado y comunidad, se observó una marcada prevalencia de estrategias familistas en los hogares de menores ingresos, caracterizadas por la ausencia de apoyos estatales y la carga centralizada del cuidado en mujeres del entorno familiar. Este hallazgo refuerza lo señalado por Aguirre (2008) respecto a los regímenes de bienestar familistas, donde se reproducen y profundizan las desigualdades de género dentro de las familias. Esta observación se alinea con los estudios de Batthyány, Genta y Scavino (2018) sobre la segmentación socioeconómica de las estrategias de cuidado en Uruguay.

Respecto al segundo objetivo, centrado en cómo se estructuran los cuidados dentro del hogar luego de un ACV, la investigación mostró que las mujeres asumen el cuidado de forma casi exclusiva, reorganizando sus rutinas y espacio doméstico. En algunos casos, los espacios físicos de la vivienda también fueron modificados, instalando camas especiales, acondicionando habitaciones o concentrando las actividades diarias en espacios reducidos para facilitar la atención adaptándose así a la nueva situación de dependencia. Cuando había otros varones en el hogar o en el entorno familiar, su disposición a involucrarse en las tareas de cuidado personal era limitada, aunque sí asumen tareas asociadas al mantenimiento o la adaptación del hogar. Además, en situaciones en que los hijos del varón afectado tenían a su vez hijos pequeños o estaban atravesando otras responsabilidades, solía asumirse que no debían ser involucrados en las tareas de cuidado, ya que se consideraba que tenían suficientes obligaciones. En los casos donde se involucraban eran en ocasiones puntuales asociadas a mantenimiento o visitas, pero no al acompañamiento diario ni al sosten emocional del familiar. Este resultado permite afirmar que la división sexual del trabajo permanece vigente

en la vida cotidiana, reforzada por una estructura simbólica que asocia el cuidado con la figura femenina.

En relación al tercer objetivo, orientado a comprender cómo irrumpe el ACV en la vida cotidiana y laboral de las mujeres cuidadoras, el análisis revela afectaciones significativas en términos de salud mental, participación en el mercado laboral y vida personal. La sobrecarga emocional y física experimentada por las cuidadoras confirma la existencia del llamado "síndrome del cuidador" y se conecta con los planteos de Batthyány (2020) sobre los impactos desiguales del trabajo de cuidado no remunerado. En este sentido, la investigación aporta una lectura crítica a la noción misma de "cuidadora": no como sujeto moralmente predispuesto al servicio, sino como figura interpelada y muchas veces atrapada por mandatos sociales que combinan afecto, culpa y exclusión institucional. Esta exclusión se expresa en la falta de licencias específicas, la ausencia de apoyos formales sostenidos, la invisibilización del cuidado de la salud no remunerado en los marcos normativos, y la escasa articulación entre el sistema de salud y el de cuidados, hallazgo que acumula con los antecedentes en esta línea desarrollados por Batthyány, Genta y Perrotta (2013).

El cuarto objetivo, vinculado a cómo los mandatos de masculinidad influyen en las prácticas de autocuidado de los varones, permitió evidenciar que las masculinidades hegemónicas condicionan el vínculo de los hombres con su salud. Esta desconexión con el autocuidado genera consecuencias directas en la salud y aumenta la carga sobre las mujeres cuidadoras, reforzando lo señalado por Connell (1987) y Perrotta (2019) sobre los efectos de la masculinidad hegemónica en la construcción del vínculo de los hombres con el riesgo. El modelo de masculinidad hegemónica, que promueve la negación de la vulnerabilidad y el desapego del autocuidado, produce sujetos masculinos que no solo enferman de forma más grave, sino que además no son reconocidos institucionalmente como personas dependientes legítimas. Esta enfermedad nos obliga a interrogar los límites del sistema de género cuando el "proveedor" ya no puede proveer, cuando el cuerpo masculino pierde autonomía y requiere asistencia. La fragilidad masculina, generalmente invisibilizada o trivializada, se vuelve un punto ciego de las políticas públicas y de los propios estudios de género. Parte de lo explorado en la investigación no es solamente la ausencia estatal y la desigual distribución de la tarea, sino también una dimensión simbólica: el silenciamiento de la vulnerabilidad masculina y su traducción en una sobreexigencia femenina silenciosa, obligada y solitaria. Esto va en línea con los planteos de Tronto (1993), quien propone una crítica al modelo

liberal de autosuficiencia y sostiene que la vida humana está atravesada por la interdependencia. Desde el enfoque de Tronto, pasar por alto esta condición lleva a invisibilizar el trabajo de cuidado y a delegarlo en las mujeres, reproduciendo así desigualdades estructurales. Lo observado en esta investigación confirma que, frente a la falta de un sistema de apoyos o una mirada corresponsable sobre el cuidado, la dependencia de los varones termina siendo absorbida por las mujeres, reforzando los mandatos de género y profundizando la desigualdad.

Por último, al explorar los vínculos entre las cuidadoras y el sistema de salud tras el ACV, se constató una débil respuesta institucional, centrada en lo biomédico y escasamente orientada al acompañamiento post-alta. Este hallazgo coincide con las críticas de Menéndez (1990) al modelo médico hegemónico.

A modo de cierre, la presente monografía abre nuevas preguntas que invitan a futuras investigaciones y cuestionamientos. Hubiera sido enriquecedor incluir en la muestra varones cuidadores, explorar las percepciones del personal sanitario o analizar con mayor profundidad los efectos a largo plazo del cuidado en la salud física y mental de las mujeres cuidadoras así como indagar en el rol que cumple el sistema sanitario en la sostenibilidad del cuidado en el tiempo. Las limitaciones de este estudio, enmarcado en los tiempos y alcances del Taller, no permitieron abordar todas estas dimensiones, pero sí dejan planteadas líneas relevantes para futuras investigaciones.

En este contexto, sería fundamental que las políticas públicas no solo amplíen la cobertura del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, incluyendo a personas con dependencia fuera de los rangos etarios actualmente contemplados, sino que también incorporen una perspectiva preventiva brindando activamente información sobre los factores de riesgo del ACV y promoviendo hábitos de autocuidado en varones. Las recomendaciones se orientan a ampliar y diversificar la oferta de cuidados, incorporar el enfoque de género en las intervenciones sanitarias y fomentar una cultura de la corresponsabilidad. Asimismo, sería deseable que se fortalezcan los mecanismos de acompañamiento poshospitalario, incorporando equipos interdisciplinarios que apoyen a las familias en el tránsito del alta y la adaptación a la dependencia.

Sólo así será posible avanzar hacia un modelo de cuidados más equitativo, que no recaiga sistemáticamente sobre las mujeres, y que reconozca la interdependencia como base legítima

para sostener la vida en común. Porque si hay algo que esta monografía demuestra es que el cuerpo que se cae no siempre es el único que sufre, también se quebranta el cuerpo que lo sostiene en silencio.

Bibliografía

Aguirre, R. (2007). Hacia el reconocimiento de conceptos centrales del análisis de género. El Uruguay desde la sociología. V. DS-FCS-UDELAR. Montevideo.

Aguirre, R. (2009). ¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para una política de cuidados. Montevideo: UNIFEM / Red Género y Familia.

Amarante, V., Barro, L., & Colacce, M. (2024). [Documento citado en análisis de trabajo no remunerado].

Batthyány, K. (2004). Cuidado infantil y trabajo: un análisis de las demandas y estrategias de las madres de sectores populares de Montevideo. Montevideo: Universidad de la República – CEPAL.

Batthyány, K. (2020). Miradas latinoamericanas al cuidado. Montevideo: Universidad de la República.

Batthyány, K., Cabrera, M. (2011). Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial.

Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2013). Una mirada de género a las representaciones sociales del cuidado de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de Población*.

Batthyány, K., Perrotta, V., & Sc

3.0avino, S. (2025). *Representaciones sociales del cuidado en Uruguay: ¿mandatos de género en transformación?* Universidad de la República – Programa de Género, Facultad de Ciencias Sociales.

Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2015). *El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay* (Serie Asuntos de Género No. 127). Santiago de Chile: CEPAL.

Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2015). Los cuidados no remunerados en salud: el rol de las familias y las mujeres. Primeros resultados de la Encuesta Nacional de Cuidados No Remunerados en Salud.

Batthyány, K., Genta, N., & Scavino, S. (2018). Cambios y permanencias en las estrategias de cuidado infantil en el curso de vida: un análisis de género.

Bushnell, C., Howard, V. J., Lisabeth, L., Case, L. D., & Boden-Albala, B. (2014). Sex differences in the evaluation and treatment of acute ischemic stroke. *Lancet Neurology*, 13(6), 541–548. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70080-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70080-1)

Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). Introducción, el trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (Eds.), *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid: Editorial Catarata.

Cea D'ancona, M. Á. (1996). *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Connell, R. (1987). *Masculinidades*. Edición 2003. UNAM.

Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de la investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Durán Heras, M. Á. (2004). *Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus (INFORME ISEDIC) (2.a ed.)*.

El País. (2023, octubre 28). Cada año mueren 2.000 uruguayos por ACV: pacientes informados y detección de síntomas hacen la diferencia. <https://www.elpais.com.uy/bienestar/vida-sana>

Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar (Selección de capítulos)*. España: Ed. Alfons el Mananim.

Freudenberg, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Genta, N. (2018). *Ideales y estrategias de cuidado infantil en Uruguay (Tesis doctoral)*.

Haas, B. (2005). The Work-Care Balance: Is it possible to identify typologies for crossnational comparisons? *Current Sociology*, 53(3), 487-508.

Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (5.ª ed.). México: McGraw-Hill.

Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa, 37(132), 595–609. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>

ICETA, M. (1996). Bioética ¿para qué? Revista Bioética y Ciencias de la Salud, 2(2), 39-34.

INE & Inmujeres. (2024). Encuesta de Uso del Tiempo 2021-2022. Montevideo.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). Censo 2023: Resultados preliminares. <https://www.ine.gub.uy/web/guest/censos2023>

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2023, 27 de noviembre). Población preliminar: 3.444.263 habitantes. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes>

Perrotta, V. (2018). Envejecimiento y cuidados en Uruguay. Hacia el fortalecimiento de un sistema nacional de cuidados. En E. Acosta, F. Picasso y V. Perrotta (Eds.), *Cuidados en la vejez en América Latina: Los casos de Chile, Cuba y Uruguay*.

Razavi, S. (2007). “*The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options*”. Gender and Development, paper N° 3, Ginebra, UNRISD

Sposato, L. A., Esenwa, C., Gonzalez-Aquines, A., & Saposnik, G. (2023). Prevalence and incidence of stroke in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. BMC Neurology, 23, Article 153. <https://doi.org/10.1186/s12883-023-03226-7>

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

ANEXOS

Caracterización de población

	Zona de residencia	Seguro médico	Ocupación	Nivel educativo	NSE
Karen	El Palmar (Pinar Norte)	-	Emprenderora	Liceal	Bajo
Padre	El Palmar (Pinar Norte)	Medica uruguaya	Ayudante en supermercado	Escolar	
Paula	La Teja		Empleada doméstica	Liceal	Bajo
Abuelo	La Teja	ASSE		Escolar	
Analia	Cerro	Vendedora		Terciario	Bajo
Padre	Cerro	Casa de Galicia	Taxista	Liceal	
Mariana	Villa Garcia Manga Rural		Emprenderora , trabajadora social	Universitario	Medio
Padre	Villa Garcia Manga Rural		Maquinista Viales (jubilado)	Liceal	
Zully	Prado		Ama de casa	Terciario	Medio
Padre	Prado		trabajaba en el puerto y era mecánico de grua	Terciario	
Florencia	Solymar		Ed. Social	Universitario	Medio
Padre	Solymar	Casa de Galicia	Enfermero (jubilado)	Terciario	
Hija	Buceo	-	Intendencia	Terciario	Alto
H	Punta carretas	Seguro Americano	Dueño de banca de quinielas Lavalleja	Terciario	
Alicia	Centro		Directora escuela (jubilada)	Terciario	Alto
Esposo	Centro	La Española	Ing. Agronomo (jubilado)	Universitario	
Berenise	Cruz de carrasco		Ama de casa		Alto

Esposo	Cruz de carrasco	Casmu y El Italiano	Dueño de "la piedra" venta de piedras	Liceal	
Mercedes	Villa Dolores		Ing. Agronoma	Universitario	Alto
Pareja	Parque batlle	Evangelico	Ing. Agronomo (jubilado)	Universitario	
Fuente: elaboración propia.					

PAUTA DE ENTREVISTA

Antes que nada, gracias por aceptar la invitación para participar de la investigación sobre cuidados a personas que tuvieron un ACV, la misma es dirigida por la Dr. Karina Bathyanny, académica del Depto de sociología de la Universidad de la República.

El objetivo de esta investigación es comprender cuales son las estrategias de cuidado, vivencias y experiencias de las mujeres en un hogar donde vive un hombre que sufrió un ACV en Montevideo.

Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial y anónima, y será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad,

Si tiene dudas o consultas respecto de la participación en la investigación puede contactarme directamente a mi o las docentes responsables.

El registro de las entrevistas se realizará mediante la grabación con consentimiento utilizando el celular.

Para comenzar te voy a consultar datos generales sobre vos

Datos generales de la persona entrevistada

Sexo del enfermo y cuidador-a

Edad

Nivel de estudio alcanzado

Ahora si voy a adentrarme sobre cómo es/era tu relación con la persona

Relación entre cuidador y persona dependiente

- ¿Cuál es/era tu relación con la persona?
- ¿Cómo era la composición del hogar?
- ¿Cómo era la composición de la vivienda?

Contexto

- ¿Hace cuánto sucedió?
- ¿Compartían vivienda en ese momento?
- ¿Si tuvieras que describir en tres palabras el momento que se enteró, ¿cuáles serían?
- ¿Cuáles fueron las primeras reacciones de la familia y el contexto de la persona?

Sistema médico

- ¿Cómo consideras que fue el contacto con el sistema sanitario, cambio a lo largo de la evolución de la persona? ¿Cómo se comunicaron?
- ¿Consideras que pudo haber sido mejor, en ese caso, que te hubiera gustado que se hiciera?
- ¿La atención médica que recibió fue domiciliaria?
- ¿Necesitaron equipos médicos personales? ¿Se los prestaron, o subvencionan equipos, como lo solucionaron?
- ¿Quien se comunicó con los/as profesionales de la salud?

Instalaciones del hogar

- ¿Necesitaron adaptar algún área o artefacto del hogar? ¿Fue igual al transcurrir el tiempo?
- ¿Qué integrante del hogar se hizo cargo?
- ¿Existió alguna modificación en el uso de los espacios del hogar?

Actividades diarias

- ¿Cómo solucionaban las compras domésticas?
- ¿Cómo solucionaban la preparación de los alimentos? ¿Cambio al momento previo del suceso?
- ¿Quién se encarga de la limpieza del hogar, lavado de la ropa?
- ¿Que persona era y es la encargada de pagar las cuentas?

Comunidad, Estado y otros familiares

- ¿Cómo influyeron, en el caso que existan los apoyos externos al hogar, como vecinos, grupos de apoyo y otros profesionales?
- ¿Recibieron alguna prestación por parte del Estado?, ¿Cómo fue el vínculo del enfermo con el mercado laboral, y el suyo?
- ¿Debiste resignar actividades sociales en el momento que sucedió y posteriormente?
- ¿El resto de los integrantes del hogar?
- ¿Se vio reducida su jornada laboral?
-

En el caso que esté en casa de salud

- ¿Por qué eligieron contratar una casa de salud o un profesional de la salud para su cuidado?
- ¿Qué aspectos tuvieron en cuenta para la contratación?
- ¿Hace cuanto se encuentra en la casa de salud?
- ¿Cómo la eligieron? ¿Quién tomó la decisión?
- ¿Hacen visitas? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Quien realiza las compras para la persona dentro de residencial?

¿Cuáles consideras que fueron los principales desafíos en el cuidado?

¿Te hubiera gustado cambiar algo durante el proceso?

Te gustaría agregar algo más que no hayamos intercambiado

Grado de dependencia

Los ítems descritos para la clasificación de dependencia se desprenderá a lo largo de la entrevista, en el caso de faltar algún ítem para la clasificación se preguntará al finalizar o dentro de la entrevista.

- Comer y beber
- Higiene personal
- Lavarse
- Otros cuidados corporales
- vestirse
- mantenimiento de la salud
- cambiar y mantener la posición del cuerpo
- desplazarse dentro del hogar
- tareas domésticas
- tomar decisiones
- Habilidad de comunicación y autonomía psíquica
- vida comunitaria y social
- trabajo y empleo