

Área: Ciencias Sociales; **Disciplina:** Trabajo Social; **Tema:** Políticas públicas;
Idioma: Español; **Escritura:** en coautoría

DOI: <https://doi.org/10.47133/respy44-26-1-1a-03>

BIBLID: 0251-2483 (2026-1), 127-146

Cuidado y desigualdad territorial: barreras estructurales para mujeres cuidadoras de personas con discapacidad en el ámbito rural

*Care and territorial inequality: structural barriers for women
caregivers of persons with disabilities in rural settings*

Rosa Ruffinelli¹ 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Sociales
Dirección de Investigación, San Lorenzo, Paraguay.

Leticia Esther Fariña Benítez² 

² Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social, San Lorenzo, Paraguay.

Correspondencia: rosarruffinelli@gmail.com

Artículo enviado: 30/3/2026

Artículo aceptado: 28/6/2026

Contribución de los autores: declaran que formaron parte de todo el proceso de investigación y escritura del presente artículo.

Conflictos de Interés: ninguno que declarar.

Fuente de financiamiento: sin fuente de financiamiento.

- **Editor responsable:** Carlos Anibal Peris . Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Asunción, Paraguay.
- **Revisor 1:** Belén Torres . Sociedad Paraguaya de Sociología. Asunción, Paraguay.
- **Revisor 2:** Clara Orrego . Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Filosofía. Asunción, Paraguay.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Citación Recomendada: Ruffinelli, R. y Fariña-Benítez, L. (2026). Cuidado y desigualdad territorial: barreras estructurales para mujeres cuidadoras de personas con discapacidad en el ámbito rural. *Estudios paraguayos*, Vol.44(1), pp.127-146. <https://doi.org/10.47133/respy44-26-1-1a-03>

Resumen: El artículo analiza las barreras estructurales que enfrentan mujeres cuidadoras de personas con discapacidad en un contexto rural paraguayo, desde una perspectiva que integra la economía del cuidado y el modelo social de la discapacidad. La investigación se desarrolló mediante un enfoque cualitativo, con diseño no experimental y corte transversal. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis mujeres cuidadoras principales residentes en la comunidad de Cabañas, departamento de Cordillera. El análisis temático permitió identificar tres categorías centrales: prácticas cotidianas de cuidado, barreras estructurales y sobrecarga femenina, y acceso limitado a recursos y servicios institucionales. Los resultados evidencian que el cuidado constituye una actividad intensiva, permanente y feminizada, atravesada por desigualdades territoriales y económicas. La insuficiencia de sistemas de protección social y la limitada presencia estatal en zonas rurales trasladan la responsabilidad del cuidado al ámbito familiar, reforzando su privatización y generando dependencia económica y desgaste emocional en las mujeres. Se concluye que el cuidado debe ser reconocido como una responsabilidad colectiva y un eje central de justicia social, lo que exige políticas públicas integrales con enfoque de género y territorial.

Palabras clave: cuidado, discapacidad, mujeres rurales, desigualdad social, Políticas públicas

Abstract: This article analyzes the structural barriers faced by women caregivers of persons with disabilities in a rural Paraguayan context, from a perspective that integrates the care economy and the social model of disability. The study was conducted using a qualitative approach with a non-experimental, cross-sectional design. Semi-structured interviews were carried out with six primary women caregivers residing in the community of Cabañas, Cordillera Department. Thematic analysis identified three central categories: everyday care practices, structural barriers and female overload, and limited access to institutional resources and services. The findings reveal that care constitutes an intensive, continuous, and feminized activity shaped by territorial and economic inequalities. The insufficiency of social protection systems and the limited state presence in rural areas shift the responsibility of care to the family sphere, reinforcing its privatization and generating economic dependency and emotional strain for women. The study concludes that care must be recognized as a collective responsibility and a central axis of social justice, requiring comprehensive public policies with a gender-sensitive and territorial approach.

Keywords: care; disability; Rural women; Social inequality; Public policy

Introducción

El cuidado constituye una dimensión central para la sostenibilidad de la vida y la reproducción social. Desde la ética del cuidado, este concepto trasciende la mera asistencia doméstica y se vincula con una práctica social orientada a atender necesidades humanas en contextos de interdependencia. En este sentido, Tronto (1993) define el cuidado como “una actividad genérica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’ de modo que podamos vivir en él lo mejor posible” (p. 103). Esta definición amplía la comprensión del cuidado más allá del ámbito privado, situándolo como una práctica fundamental para la organización social.

Pese a su centralidad, el cuidado ha sido históricamente invisibilizado dentro de las estructuras económicas formales. Federici (2012) sostiene que el trabajo reproductivo realizado por las mujeres ha sido sistemáticamente desvalorizado por el capitalismo, al no ser reconocido como productor directo de valor económico. En sus palabras, “el trabajo doméstico no remunerado ha sido el pilar oculto sobre el cual se ha construido la acumulación capitalista” (Federici, 2012, p. 15). Desde esta perspectiva, el cuidado no solo sostiene la vida, sino que también reproduce desigualdades estructurales.

En la misma línea, Pérez Orozco (2014) argumenta que la organización social contemporánea atraviesa una “crisis de los cuidados”, entendida como la contradicción entre las necesidades de sostenimiento de la vida y la lógica mercantil. La autora afirma que “la sostenibilidad de la vida entra en conflicto con un sistema que prioriza la acumulación de capital” (Pérez Orozco, 2014, p. 89). De este modo, el cuidado queda relegado al ámbito doméstico y feminizado, reforzando su invisibilización y precarización.

Estas desigualdades se profundizan en contextos rurales, donde la limitada presencia estatal y la precariedad de los servicios públicos incrementan la carga sobre las familias. Según la CEPAL (2020), las mujeres rurales dedican una proporción significativamente mayor de tiempo al trabajo no remunerado en comparación con los hombres y con las mujeres urbanas, lo que restringe sus

oportunidades de inserción laboral y autonomía económica. En este escenario, el cuidado se configura como un espacio donde convergen desigualdades de género y desigualdades territoriales.

Cuando el cuidado se vincula con la discapacidad, las demandas se intensifican. El modelo social de la discapacidad propone un cambio paradigmático al sostener que la discapacidad no reside exclusivamente en la condición individual, sino en las barreras sociales que limitan la participación. Oliver (1990) afirma que “la discapacidad es el resultado de la organización social contemporánea que excluye a las personas con deficiencias” (p. 11). Esta perspectiva desplaza el enfoque médico-individual hacia una comprensión estructural y política del fenómeno.

En consonancia con este planteamiento, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que los Estados deben garantizar la igualdad y la participación plena, reconociendo que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno” (Naciones Unidas, 2006, p. 1). Sin embargo, en múltiples contextos rurales latinoamericanos, las barreras de acceso a salud, transporte y educación trasladan la responsabilidad del cuidado a las familias, especialmente a las mujeres (CEPAL, 2017).

Desde una perspectiva de justicia social, Fraser (2013) sostiene que las desigualdades contemporáneas combinan dimensiones de redistribución y reconocimiento. En el caso del cuidado de personas con discapacidad en ámbitos rurales, las mujeres enfrentan simultáneamente la falta de recursos materiales y la desvalorización simbólica de su trabajo. Esta doble dimensión de injusticia reproduce una desigualdad territorial persistente, donde la ausencia de políticas públicas integrales refuerza la feminización del cuidado.

En Paraguay, las brechas en infraestructura sanitaria, transporte y servicios especializados en áreas rurales evidencian la fragilidad del sistema de apoyos formales. En consecuencia, el cuidado se sostiene mayoritariamente a través de redes familiares e informales, lo que intensifica la sobrecarga física y emocional de las mujeres cuidadoras. Así, el cuidado deja de ser un asunto privado para

convertirse en un problema público que requiere políticas redistributivas con enfoque de género y territorial.

La evidencia empírica en el contexto paraguayo confirma que el cuidado de personas con discapacidad continúa siendo una responsabilidad feminizada y escasamente respaldada por el Estado. En un estudio cualitativo realizado con madres cuidadoras, se constató que la falta de apoyos institucionales genera barreras significativas para su participación social y económica, produciendo dependencia y precarización (Coppens et al., 2024). En palabras de las autoras, “la dedicación exclusiva al cuidado las obliga a abandonar estudios o trabajos, limitando su desarrollo personal y profesional” (Coppens et al., 2024, p. 1). Este hallazgo refuerza la tesis de que el cuidado constituye un eje central de reproducción de desigualdades de género y territoriales.

En este marco, el presente artículo analiza las barreras estructurales que enfrentan mujeres cuidadoras de personas con discapacidad en un contexto rural paraguayo, integrando los aportes teóricos de la economía del cuidado y del modelo social de la discapacidad. Se parte del supuesto de que el cuidado constituye un eje fundamental de justicia social y que su organización actual reproduce desigualdades de género y territorio que demandan una respuesta institucional integral.

Diseño metodológico

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, de diseño no experimental y corte transversal. La elección del enfoque cualitativo responde a la necesidad de comprender en profundidad las experiencias, percepciones y significados que las mujeres cuidadoras atribuyen a su labor cotidiana en el contexto rural. Tal como señalan Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2014), la investigación cualitativa permite explorar fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores involucrados, privilegiando la comprensión contextual y la interpretación de los discursos.

El diseño fue no experimental, dado que no se manipularon variables ni se intervinieron las condiciones del entorno, sino que se

analizaron las prácticas de cuidado en su contexto natural. Asimismo, el estudio fue de corte transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, específicamente durante el año 2024, en el mes de diciembre en la comunidad de Cabañas, distrito de Caacupé, departamento de Cordillera, Paraguay.

La población estuvo conformada por mujeres cuidadoras principales de personas con discapacidad residentes en la comunidad mencionada. Se utilizó un muestreo intencional, propio de los estudios cualitativos, seleccionando seis mujeres que cumplieran con los siguientes criterios: ser mayores de 18 años, asumir el rol principal de cuidado durante al menos un año y residir permanentemente en la comunidad. La selección respondió al criterio de pertinencia teórica y saturación de la información, permitiendo obtener relatos significativos y contextualizados.

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada en profundidad. Esta técnica posibilitó explorar las prácticas de cuidado, las barreras estructurales enfrentadas y las percepciones sobre el acceso a recursos y servicios. Se elaboró una guía de entrevista organizada en torno a tres ejes analíticos: prácticas de cuidado, barreras y desafíos, y acceso a recursos institucionales. Las entrevistas fueron realizadas en los domicilios de las participantes, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, previo consentimiento informado.

Las conversaciones fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas de manera textual para su análisis. El procesamiento de la información se realizó mediante análisis temático, identificando categorías emergentes y patrones recurrentes en los discursos. Este procedimiento permitió organizar los hallazgos en función de los objetivos específicos del estudio y articularlos con el marco teórico.

En cuanto a las consideraciones éticas, se garantizó el consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato de las participantes. Los nombres fueron reemplazados por códigos alfanuméricos (E1, E2, etc.) para proteger su identidad. Asimismo,

se respetó el principio de voluntariedad, asegurando la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

Resultados

En esta sección se exponen los hallazgos obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas a seis mujeres cuidadoras principales de personas con discapacidad en la comunidad de Cabañas. El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante análisis temático, lo que permitió identificar patrones recurrentes, significados compartidos y experiencias diferenciadas en torno al cuidado en el contexto rural.

Los resultados se organizan en tres categorías analíticas que responden a los objetivos del estudio: (1) prácticas cotidianas de cuidado, (2) barreras estructurales y sobrecarga femenina, y (3) acceso a recursos y servicios institucionales. Estas categorías emergen de los discursos de las participantes y evidencian cómo el cuidado se configura como una práctica intensiva, feminizada y atravesada por desigualdades territoriales.

133

Prácticas cotidianas de cuidado

Las seis participantes describieron rutinas de cuidado intensivas y prolongadas, caracterizadas por una dedicación prácticamente exclusiva a la persona con discapacidad y a las tareas domésticas. El cuidado incluye asistencia en higiene, alimentación, acompañamiento a consultas médicas, administración de medicamentos y supervisión constante. Estas prácticas evidencian que el cuidado no se reduce a acciones aisladas, sino que constituye una organización estructural del tiempo y de la vida cotidiana.

Desde una perspectiva teórica, el cuidado puede entenderse como una actividad social fundamental orientada a sostener la vida. Tronto (1993) lo define como “una actividad genérica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’” (p. 103). En los relatos de las entrevistadas, esta definición

se materializa en la multiplicidad de tareas que realizan diariamente, muchas veces sin interrupción.

Las entrevistadas señalaron que el cuidado ocupa la mayor parte del día. Una de ellas expresó: “me dedico solo a cuidarle, todo el día” (E3), mientras que otra afirmó: “todo yo sola, cocino, limpio y cuido” (E1). Estas narrativas evidencian una organización del tiempo centrada en la atención permanente, donde el descanso y el ocio resultan limitados. La dedicación exclusiva coincide con lo señalado por la CEPAL (2014), cuando sostiene que “son mayoritariamente las mujeres quienes proveen cuidados, sea de forma no remunerada en los hogares o remunerada en el ámbito laboral” (p. 8).

En este sentido, las prácticas cotidianas observadas reflejan la persistencia de la división sexual del trabajo, donde el cuidado es asignado socialmente a las mujeres. Federici (2012) advierte que “el trabajo doméstico no remunerado ha sido el pilar oculto sobre el cual se ha construido la acumulación capitalista” (p. 15). La experiencia de las entrevistadas muestra cómo este trabajo permanece invisibilizado, pese a su centralidad en la sostenibilidad familiar.

Asimismo, el cuidado no se restringe a la persona con discapacidad, sino que se articula con labores productivas y domésticas. Algunas mujeres combinan el cuidado con actividades agrícolas o trabajos informales para sostener económicamente el hogar, lo que amplía la carga diaria. Una entrevistada relató: “me levanto temprano, preparo todo y después voy a ver mis animales, pero siempre pendiente” (E4). Otra mencionó: “trabajo un poco, pero vuelvo rápido porque él necesita de mí” (E5).

Este fenómeno se vincula con lo que Batthyány (2015) denomina “doble jornada”, donde las mujeres asumen simultáneamente trabajo productivo y reproductivo, sin redistribución equitativa de responsabilidades (p. 10). La sobreposición de tareas genera una intensificación del tiempo de trabajo que no es reconocido ni compensado económicamente.

En relación con la discapacidad, las prácticas cotidianas también evidencian la falta de apoyos estructurales que permitan mayor autonomía. Desde el modelo social, la discapacidad no reside únicamente en la condición individual, sino en las barreras del entorno. Oliver (1990) afirma que “la discapacidad es el resultado de la organización social contemporánea que excluye a las personas con deficiencias” (p. 11). En los relatos, la necesidad de supervisión constante no solo responde a la condición de la persona cuidada, sino también a la ausencia de infraestructura accesible y servicios especializados cercanos.

Una entrevistada señaló: “no puedo dejarle con nadie porque no hay quien sepa cómo cuidarle” (E2), lo que evidencia la falta de redes formales de apoyo. Esta situación coincide con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que reconoce que la discapacidad “resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno” (Naciones Unidas, 2006, p. 1).

Las prácticas cotidianas de cuidado descritas por las participantes permiten observar que el cuidado en el entorno rural se configura como una actividad permanente, intensiva y feminizada, atravesada por desigualdades estructurales. Lejos de constituir una elección individual, estas prácticas responden a una organización social que deposita en las mujeres la responsabilidad principal de sostener la vida en contextos de precariedad territorial.

Barreras estructurales y sobrecarga

Se identificaron múltiples barreras que dificultan el ejercicio del cuidado en condiciones dignas. Entre ellas destacan las limitaciones económicas, la precariedad en infraestructura sanitaria, la distancia a los centros de atención especializada y la falta de transporte adecuado. Estas condiciones configuran un escenario donde el cuidado se realiza en un entorno de desigualdad territorial que intensifica la vulnerabilidad de las familias.

Desde el enfoque de justicia social, Fraser (2013) sostiene que las desigualdades contemporáneas combinan problemas de redistribución material y de reconocimiento simbólico (p. 7). En los

relatos recogidos, ambas dimensiones se encuentran presentes: por un lado, la insuficiencia de recursos económicos para afrontar tratamientos; por otro, la naturalización social de que el cuidado sea responsabilidad exclusiva de las mujeres.

Varias entrevistadas señalaron que debieron abandonar oportunidades laborales o educativas debido a la dedicación exclusiva al cuidado. Una participante manifestó: “dejé mi trabajo porque no tenía con quién dejarle” (E4). Otra expresó: “quise estudiar, pero no pude seguir porque él me necesita” (E2). Estos testimonios evidencian cómo el cuidado opera como un factor estructural que restringe la autonomía económica y la proyección profesional.

Esta situación coincide con lo señalado por la CEPAL (2014), cuando afirma que “debido a las desigualdades sexo-género de la división social del trabajo, son mayoritariamente las mujeres quienes proveen cuidados” (p. 8). La salida forzada del mercado laboral no responde a una elección individual, sino a la ausencia de sistemas formales de apoyo que permitan la corresponsabilidad social del cuidado.

Asimismo, Coppens, Araujo Méndez y Ruffinelli (2024) evidencian que la falta de apoyos institucionales genera dependencia económica y limitaciones en el desarrollo personal de las cuidadoras. En sus palabras, “la dedicación exclusiva al cuidado las obliga a abandonar estudios o trabajos, limitando su desarrollo personal y profesional” (p. 1). Esta constatación empírica se replica en el contexto rural analizado, donde la falta de servicios especializados amplifica la carga femenina.

La sobrecarga física y emocional fue una constante en los relatos. Las mujeres describen jornadas extensas, escaso tiempo de descanso y preocupación permanente por la salud de la persona dependiente. Una entrevistada señaló: “es agotador, no hay descanso, siempre estoy pendiente” (E1). Otra afirmó: “si se enferma, yo no duermo” (E5). Estas expresiones reflejan una dimensión emocional del cuidado que suele permanecer invisibilizada.

Batthyány (2015) sostiene que el cuidado implica no solo tareas materiales, sino también una dimensión afectiva y moral que demanda tiempo y energía emocional (p. 10). La carga mental asociada a la vigilancia constante y la responsabilidad exclusiva profundiza el desgaste, generando lo que diversas autoras denominan “sobrecarga invisible”.

Además, el apoyo familiar, cuando existe, suele provenir de otras mujeres, lo que reproduce la feminización del cuidado. Una participante indicó: “me ayuda mi mamá cuando puede” (E3), mientras otra expresó: “mi hermana me da una mano a veces” (E4). La ausencia de corresponsabilidad masculina confirma la persistencia de la división sexual del trabajo, donde el cuidado es concebido como una extensión “natural” del rol femenino.

En esta línea, Federici (2012) advierte que el trabajo reproductivo ha sido históricamente naturalizado como parte de la identidad femenina, lo que permite su explotación sin reconocimiento económico (p. 15). Las experiencias relatadas muestran cómo esta naturalización continúa operando en contextos rurales, donde la escasa intervención estatal refuerza la privatización del cuidado.

137

Las barreras estructurales identificadas —económicas, territoriales y de género— no solo dificultan el acceso a servicios adecuados, sino que también consolidan un modelo de cuidado individualizado y feminizante. La sobrecarga experimentada por las entrevistadas revela que el cuidado, lejos de constituir una actividad neutral, se encuentra profundamente atravesado por desigualdades estructurales que limitan la autonomía y el bienestar de las mujeres cuidadoras.

Acceso a recursos y servicios institucionales

El análisis de las entrevistas nos muestra que el acceso a recursos y servicios institucionales constituye una de las principales tensiones en la experiencia cotidiana de las mujeres cuidadoras. Las participantes señalaron dificultades persistentes para acceder a atención médica especializada, estudios diagnósticos, medicamentos y apoyos económicos, especialmente debido a la distancia geográfica y los costos asociados.

Varias entrevistadas mencionaron que deben trasladarse a centros urbanos para obtener atención adecuada. Una de ellas afirmó: “tenemos que ir hasta la ciudad para los estudios, acá no hay” (E2), mientras que otra expresó: “el estudio es muy caro y no hay en hospital público” (E4). Estas declaraciones reflejan barreras territoriales y económicas que profundizan la desigualdad en contextos rurales.

Desde el modelo social de la discapacidad, la exclusión no se explica únicamente por la condición individual, sino por las barreras estructurales del entorno. Oliver (1990) sostiene que “la discapacidad es el resultado de la organización social contemporánea que excluye a las personas con deficiencias” (p. 11). En este caso, la ausencia de servicios especializados en la comunidad obliga a las familias a asumir costos adicionales y reorganizar su vida cotidiana en función de traslados y gestiones administrativas.

En el contexto paraguayo, Ruffinelli y García (2018) señalan que el desarrollo de políticas públicas en materia de discapacidad ha sido tardío y fragmentado, evidenciando una débil institucionalización del enfoque de derechos (p. 32). Esta situación se traduce, en la práctica, en la insuficiencia de sistemas integrales de protección social que respalden efectivamente a las familias cuidadoras.

Asimismo, la CEPAL (2014) advierte que las políticas de cuidado deben entenderse como una responsabilidad colectiva y no exclusivamente familiar. Según este organismo, el cuidado es un “bien público esencial para el funcionamiento de las sociedades” (p. 5). Sin embargo, en los relatos analizados, el cuidado aparece privatizado y sostenido casi exclusivamente por las mujeres del núcleo familiar.

Las entrevistadas también mencionaron el peso económico de los tratamientos y estudios especializados. Una participante expresó: “en la familia misma absorbemos los gastos de tratamiento y rehabilitación” (E5). Esta afirmación coincide con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), que advierte que el trabajo no remunerado de cuidado en salud implica una

transferencia invisible de costos desde el Estado hacia los hogares, afectando principalmente a las mujeres (pp. 18–19).

En la misma línea, el Informe Mundial sobre la Discapacidad destaca que “los sistemas de protección social insuficientes aumentan la carga económica sobre las familias” (OMS & Banco Mundial, 2011, p. 10). La falta de cobertura integral genera endeudamiento, dependencia económica y limitaciones en otras áreas del bienestar familiar.

Otro aspecto relevante es la ausencia de servicios de respiro o apoyos especializados que permitan redistribuir la carga del cuidado. El Grupo Impulsor Interinstitucional para la Política Pública de Cuidados en Paraguay define el cuidado como el “conjunto de actividades de atención y apoyo necesarias para el desarrollo y bienestar físico y emocional de las personas” (GIPC, 2017, p. 15). No obstante, las entrevistadas no identifican la existencia de mecanismos institucionales sistemáticos que les permitan ejercer este derecho en condiciones dignas.

Una participante manifestó: “si hubiera un lugar donde dejarle unas horas sería diferente” (E1), lo que evidencia la necesidad de servicios comunitarios accesibles. Esta demanda se vincula con lo planteado por Aguirre y Ferrari (2014), quienes sostienen que la transversalización de género en las políticas de cuidado implica reconocer y redistribuir las responsabilidades socialmente asignadas a las mujeres (p. 12).

El acceso limitado a recursos y servicios institucionales no solo incrementa la carga material del cuidado, sino que consolida su privatización y feminización. La ausencia de sistemas integrales de cuidado en el ámbito rural profundiza la desigualdad territorial y restringe la autonomía de las mujeres cuidadoras, reforzando un modelo donde el Estado cumple un rol subsidiario y fragmentado frente a una problemática estructural.

Discusión

Los resultados muestran que el cuidado de personas con discapacidad en el entorno rural se configura como una práctica intensiva, feminizada y estructuralmente precarizada. Lejos de constituir una elección individual, el cuidado aparece como una responsabilidad socialmente asignada a las mujeres, en consonancia con la persistencia de la división sexual del trabajo. Tal como advierte la CEPAL (2014), la organización social del cuidado en América Latina se sostiene sobre una distribución desigual de responsabilidades, donde las mujeres asumen mayoritariamente el trabajo no remunerado (p. 8). Los testimonios de las entrevistadas confirman esta afirmación, mostrando jornadas extensas, doble carga laboral y abandono de proyectos personales.

Desde la ética del cuidado, Tronto (1993) plantea que el cuidado es una actividad indispensable para la sostenibilidad de la vida (p. 103). Sin embargo, en el contexto analizado, esta actividad esencial permanece invisibilizada y desprovista de reconocimiento económico y político. La experiencia de las mujeres entrevistadas refleja lo que Federici (2012) denomina la explotación histórica del trabajo reproductivo femenino, naturalizado como parte de la identidad de género (p. 15). Esta naturalización contribuye a que la sobrecarga física y emocional no sea reconocida como un problema público, sino como una responsabilidad privada.

Los hallazgos también confirman la existencia de desigualdades territoriales que profundizan la vulnerabilidad. La ausencia de servicios especializados en la comunidad, los costos de traslado y la insuficiencia de infraestructura sanitaria evidencian que la discapacidad no puede analizarse únicamente desde la condición individual. En línea con el modelo social, Oliver (1990) sostiene que la discapacidad surge de la interacción entre la persona y un entorno excluyente (p. 11). En este estudio, las barreras territoriales y económicas operan como factores que amplifican la dependencia y trasladan la carga al ámbito doméstico.

Asimismo, la investigación revela que las injusticias experimentadas por las mujeres cuidadoras combinan dimensiones materiales y simbólicas. Fraser (2013) señala que las desigualdades

contemporáneas requieren analizar simultáneamente la redistribución económica y el reconocimiento cultural (p. 7). En este caso, la falta de ingresos propios y la interrupción de trayectorias educativas se articulan con la desvalorización social del cuidado, consolidando una forma de exclusión estructural.

En relación con el acceso a servicios, los hallazgos coinciden con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011), quienes advierten que “los sistemas de protección social insuficientes aumentan la carga económica sobre las familias” (p. 10). En el contexto analizado, esta afirmación se traduce en la necesidad de que los hogares asuman directamente los costos de estudios diagnósticos, medicamentos, transporte y tratamientos especializados. Las entrevistadas manifestaron reiteradamente que los gastos deben ser cubiertos con recursos propios.

Esta transferencia de responsabilidades sugiere un proceso de privatización del cuidado, donde el Estado adopta un rol subsidiario y fragmentado frente a necesidades que deberían abordarse desde un enfoque de derechos. El Informe Mundial sobre la Discapacidad subraya que la falta de cobertura integral no solo afecta el bienestar inmediato, sino que profundiza ciclos de pobreza y exclusión (OMS & Banco Mundial, 2011, p. 10). En zonas rurales, esta dinámica se intensifica debido a las barreras geográficas y a la limitada oferta de servicios especializados.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) sostiene que el trabajo no remunerado de cuidado en salud constituye una forma de “transferencia invisible” de costos desde el sistema público hacia los hogares, afectando de manera desproporcionada a las mujeres. Esta transferencia no se limita al plano económico, sino que incluye tiempo, energía física y carga emocional. Cuando las entrevistadas describen traslados frecuentes, espera en hospitales o acompañamiento permanente a tratamientos, están evidenciando una ampliación del trabajo de cuidado que excede el ámbito doméstico e invade la esfera pública sin reconocimiento institucional.

Desde la economía feminista, este fenómeno puede entenderse como una externalización de costos sociales hacia el ámbito familiar. Federici (2012) advierte que el sistema económico se sostiene sobre el trabajo reproductivo no remunerado, que permite abaratar los costos del Estado y del mercado (p. 15). En el caso analizado, la insuficiencia de servicios públicos obliga a las familias a compensar las carencias institucionales mediante trabajo femenino intensificado.

A su vez, la CEPAL (2014) plantea que el cuidado debe ser reconocido como un bien público y no como una responsabilidad privada (p. 5). Sin embargo, los hallazgos muestran que en el entorno rural el cuidado continúa siendo gestionado en el ámbito doméstico, reproduciendo desigualdades territoriales. La ausencia de centros especializados cercanos, servicios de respiro o subsidios económicos estructurados confirma que el acceso a derechos depende, en gran medida, de la capacidad económica familiar.

Esta situación genera un efecto acumulativo: el gasto constante reduce la posibilidad de ahorro, limita la inserción laboral femenina y consolida la dependencia económica. De este modo, la precariedad en el acceso a servicios no solo afecta a la persona con discapacidad, sino que impacta directamente en la autonomía y el proyecto de vida de las mujeres cuidadoras. En términos de Fraser (2013), se configura una injusticia que combina redistribución insuficiente y falta de reconocimiento (p. 7), reproduciendo desigualdades de género y territorio de manera estructural.

En conjunto, los resultados permiten afirmar que el cuidado en contextos rurales no solo está feminizado, sino territorialmente desigual y escasamente institucionalizado. La ausencia de políticas públicas integrales perpetúa un modelo donde el cuidado es asumido como deber moral femenino, sin mecanismos efectivos de corresponsabilidad social.

Conclusiones

La investigación permitió observar que el cuidado de personas con discapacidad en el ámbito rural constituye una práctica intensiva, permanente y estructuralmente desigual. Las mujeres cuidadoras asumen jornadas extendidas que combinan trabajo doméstico, productivo y de atención especializada, configurando una sobrecarga física y emocional sostenida en el tiempo.

Los hallazgos confirman que la feminización del cuidado no responde únicamente a decisiones individuales, sino a una organización social que asigna esta responsabilidad a las mujeres en el marco de la división sexual del trabajo. Asimismo, las desigualdades territoriales amplifican las barreras de acceso a servicios de salud y apoyos institucionales, reforzando la privatización del cuidado y la dependencia económica.

Desde una perspectiva de derechos, el cuidado debe entenderse como una responsabilidad colectiva y una función social esencial para la sostenibilidad de la vida. La ausencia de sistemas integrales de cuidado en el ámbito rural evidencia una brecha entre los compromisos normativos asumidos por el Estado y su implementación efectiva.

En términos de implicancias para políticas públicas, los resultados sugieren la necesidad de:

- Diseñar e implementar un sistema integral de cuidados con enfoque territorial, que garantice acceso equitativo a servicios especializados en zonas rurales.
- Incorporar mecanismos de corresponsabilidad social que redistribuyan el cuidado entre Estado, mercado, comunidad y familias.
- Crear servicios de respiro y apoyos comunitarios que reduzcan la sobrecarga femenina.
- Establecer subsidios o transferencias económicas dirigidas a hogares con personas con discapacidad.
- Transversalizar la perspectiva de género en la planificación de políticas de discapacidad y desarrollo rural.

Avanzar hacia un modelo de cuidado basado en derechos implica reconocer su valor económico y social, redistribuir responsabilidades y garantizar condiciones dignas tanto para las personas con discapacidad como para quienes ejercen su cuidado. Solo mediante políticas públicas integrales, sostenibles y con enfoque interseccional será posible transformar la actual organización desigual del cuidado en contextos rurales.

Referencias

- Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay*. ONU Mujeres; Cooperación Alemana.
- Batthyány, K. (2015). *Política nacional de cuidados en el Paraguay*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Carosio, A. (2016). Contribuciones del pensamiento feminista al pensamiento social. *Revista Latinoamericana de Investigación Crítica*, 3(5), 243–256.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *Sobre el cuidado y las políticas de cuidado*. <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes*. Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas.
- Coppens, M. P., Araujo Méndez, Y. N., & Ruffinelli, R. (2024). Tareas de cuidado de madres cuidadoras de niños con discapacidad severa atendidos en un centro de rehabilitación, año 2022. *Revista Kera Yvoty: Reflexiones sobre la cuestión social*, 9(2), 1–13. <https://doi.org/10.54549/ky.2024.9.e5023>

- Federici, S. (2012). *Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños.
- Fraser, N. (2013). *Fortunes of feminism: From state-managed capitalism to neoliberal crisis*. Verso.
- Grupo Impulsor Interinstitucional para la construcción participativa de una Política Pública de Cuidados. (2017). *La importancia de conocer la política nacional de cuidados*.
<https://mujer.gov.py/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan.
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*.
- Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: Una mirada desde la igualdad de género*.
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía: Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Traficantes de Sueños.
- Ruffinelli, R., & García, S. (2018). Políticas públicas y discapacidad en el Paraguay: Origen y evolución 1970 al 2006. *Revista Kera Yvoty*, 3, 29–37. <https://doi.org/10.54549/ky.3.2018.29>
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Sobre las autoras:

Rosa Ruffinelli: Doctora en Educación Superior por la Universidad Nacional de Asunción, magíster en Trabajo Social y licenciada en Trabajo Social por la misma casa de estudios. Es docente investigadora a tiempo completo de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNA, donde coordina la línea "Poblaciones en condiciones de desigualdad social", e integra el Sistema Nacional de Investigadores (SISNI) en el área de Ciencias Sociales y Humanidades.

Leticia Esther Fariña Benítez: Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Sociales.