

Feminización de las prácticas de cuidados en discapacidad. Experiencias desde el Trabajo Social en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan O. Tesone

Feminization of care practices for people with disabilities. Experiences from Social Work in the National Institute of psychophysical rehabilitation of the south Dr. Juan O. Tesone

Laura Yamile Furno

Licenciada en Servicio Social
(Universidad Nacional de Mar del Plata)

Profesora nivel Secundario y Superior
(Universidad Tecnológica Nacional)

Diplomada en Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (I.Na.Re.P.S.)

Investigadora

Correo: laurafurno1979@gmail.com

Mirian Leticia Agüero

Licenciada en Servicio Social
(Universidad Nacional de Mar del Plata,)

Especialista en Docencia Universitaria
(Universidad Nacional de Mar del Plata)

Doctoranda en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Rosario)

Diplomada en Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (I.Na.Re.P.S.)

Diplomada en Administración Pública
(Universidad Nacional de Mar del Plata)

Docente e investigadora
(Universidad Nacional de Mar del Plata)

Correo: letaguero@hotmail.com

Verónica Celeste Roncoli

Licenciada en Servicio Social
(Universidad Nacional de Mar del Plata,)

Profesora Universitaria para el Nivel Secundario y Superior
(Universidad FASTA)

Docente e Investigadora

Correo: veroncoli@gmail.com

Todas las autoras son egresadas de la Residencia de Trabajo Social en Salud del I.Na.Re.P.S., instructoras acreditadas por el Instituto Nacional de la Administración Pública y cumplen funciones de supervisión de residentes, dirección, codirección y jurado de tesis de grado.

Resumen

En el presente trabajo reflexionamos sobre las prácticas de cuidados que se brindan a personas con discapacidad usuarias del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan O. Tesone. Las analizamos desde una perspectiva situada, en clave de complejidad, interpelándolas como actividades del ámbito público, no sólo reservadas al espacio privado-familiar. Las mismas son desempeñadas en su mayoría por mujeres del núcleo familiar -rol históricamente naturalizado e invisibilizado- cuyo entramado requiere de miradas intersectoriales, problematizando también la responsabilidad de toda la sociedad y el Estado. Invitamos a desnaturalizar el cuidado como lo propio de las mujeres, teniendo en cuenta que las personas en situación de discapacidad requieren cuidados complejos y de larga data. Realizamos un análisis cuali cuantitativo de las prácticas de cuidado en la población que recibe atención en dicho instituto bajo las modalidades de internación y rehabilitación en domicilio. Consideramos necesario reflexionar sobre el rol que tenemos los profesionales de equipos de salud en rehabilitación, la sociedad y el Estado para que el sistema de cuidados sea un derecho en plena vigencia.

Palabras clave

Discapacidad, Cuidados, Feminización de prácticas de cuidados, Trabajo Social.



Abstract

In this paper we analyze the care practices provided to people with disabilities, users of the Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur Dr. Juan O. Tesone (National Institute of Psychophysical Rehabilitation of the South). We analyze them from a situated perspective, in the key of complexity, questioning them as activities in the public sphere, not only reserved to the private-family space. They are mostly carried out by women in the family nucleus -a role historically naturalized and invisibilized- whose framework requires intersectorial views, also problematizing the responsibility of the whole society and the State. We invite to denaturalize caregiving as a women's role, taking into account that people with disabilities require complex and long-standing care. We conducted a qualitative and quantitative analysis of the care practices of the population receiving care in this institute under the modalities of hospitalization and rehabilitation at home. We consider it necessary to reflect on the role of rehabilitation health team professionals, society and the State in order to make the care system a fully effective right..

Keywords

Disability, Care, Feminization of care practices, Social Work.



Introducción

El Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur *Dr. Juan Otimio Tesone* (en adelante, I.Na.Re.P.S.) es un efector del tercer nivel de atención del sistema público de salud, organismo monovalente incluido en el régimen de Hospitales Públicos Descentralizados de Autogestión, dependiente de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Política, Regulación e Institutos, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

Se encuentra ubicado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina, y brinda atención a personas con discapacidad motriz y visceral cardio-respiratoria de todas las edades. Se constituye como único Centro de Referencia en Rehabilitación Psicofísica en el ámbito de la Nación. Su misión institucional es la rehabilitación integral de la población mencionada; la promoción e implementación de programas de promoción, prevención, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad; y la capacitación del recurso humano (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, 2022).

Las modalidades de atención desarrolladas son: Internación Institucional, Tratamiento Ambulatorio y Atención Domiciliaria en Rehabilitación, siendo estos procesos dinámicos donde la persona puede ser derivada de una modalidad a otra, según cada situación en particular. En todos los casos el abordaje se realiza en Equipo Interdisciplinario. El mismo se compone por disciplinas y áreas especializadas en rehabilitación como Fisiatría, Enfermería, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Nutrición, Trabajo Social, Recreación y Deportes, Ortesis y Prótesis, Rehabilitación Profesional, entre otras, además de especialidades médicas.

En nuestra práctica profesional observamos un incremento de pacientes cada vez más jóvenes en situación de discapacidad provocado, por ejemplo, por enfermedades crónicas no transmisibles como accidentes cerebrovasculares, siniestros viales, entre otras. Esta apreciación coincide con los datos arrojados por el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad realizado por INDEC en la Argentina, en el año 2018, que concluye que la principal causa de discapacidad es la enfermedad y la segunda corresponde a los acci-

dentes –de tránsito, domésticos, laborales y deportivos, entre otros–. Con el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y el aumento de personas mayores aumenta la probabilidad de población con discapacidad y el crecimiento de las situaciones de dependencia, con el requerimiento de sistemas de apoyos cada vez más complejos que ello supone.

De acuerdo al estudio mencionado, el 10,2% de la población de 6 años y más tiene discapacidad en Argentina. Este dato es similar en todas las regiones del país.

A nivel mundial, el porcentaje de personas con discapacidad es de un 15%, según el Informe Mundial de Discapacidad elaborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2011, es decir mil millones de personas, y estos números van en aumento. Se estima que en 1 de cada 5 hogares encontramos alguna persona con discapacidad, por lo que, si en este análisis incluimos a los familiares y redes de apoyo más cercano, la población directamente afectada se multiplica.

Consideramos importante precisar la categoría personas con discapacidad que resulta medular en el presente trabajo. Para ello, tomamos en consideración la que propone la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley Nacional N° 26.378) que en su artículo 1 define a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (2008, art. 1). Además, en su Preámbulo afirma 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 que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (2008, inc. e).

Otro documento fundamental a considerar es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, que afirma que la discapacidad “es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores am-

bientales y personales).” (Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur, 2001:227).

Así, la discapacidad emerge de la interacción entre las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones para la realización de ciertas actividades y las restricciones para la participación, siempre atravesadas por factores personales y ambientales. En el contexto de nuestro escenario socio ocupacional, es pertinente aproximarnos a la definición de rehabilitación. La Organización Mundial de la Salud la define como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno” (s/f, párr. 1). Se trata de un proceso fundamental del proceso de atención, considerado global, continuo, que requiere de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, con participación activa de la persona en situación de discapacidad, su red primaria de cuidados, la sociedad civil y el Estado.

Acerca del concepto de Cuidados

Resulta fundamental desnaturalizar la noción de *cuidado* y analizarla a la luz de las discusiones teóricas vigentes. Como primera aproximación, el cuidado refiere a

(...) actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza, compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros) (Rodríguez Enríquez y Marzoneto, 2016:105).

El cuidado suele verse como una actividad fundamentalmente femenina, reservada al espacio privado, lugar donde la mujer está llamada a cumplir el rol central en su calidad de cuidadora. La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (en adelante, INDEC) afirma que las mujeres argenti-

nas dedican casi el doble del tiempo que los varones a las tareas de cuidados –alrededor de 6 horas diarias– que se suman a las demás actividades remuneradas o no remuneradas que realizan, con todos los impactos que ello supone.

Tal como sostiene Gallardo Fernández (2016):

El término cuidador hace referencia a cualquier persona que proporciona asistencia a alguien que tiene algún grado de dependencia. Los cuidadores formales son proveedores de cuidados que reciben una retribución económica por suministrar los cuidados. Están asociados a un sistema de servicio organizado como las organizaciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales locales, nacionales o internacionales u organizaciones con ánimo de lucro. Tienen cualificación profesional para la práctica de la asistencia y entre ellos se encuentran los profesionales sanitarios (...) Por su parte los cuidadores informales son aquellas personas que: dispensan cuidados sin percibir compensación económica por realizar esta tarea, no poseen formación formal para suministrar los cuidados ni tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que provocan la enfermedad/discapacidad (2016:9).

La sociedad invisibiliza las tareas de cuidados realizadas en el entorno familiar. Estas tareas, sumadas a las desarrolladas en el mercado de trabajo, resultan en una doble y a veces triple jornada laboral, generando sobrecarga en quienes la realizan.

Si bien el trabajo de cuidados es central para el sostenimiento de la vida, y de la propia economía, en nuestra sociedad contemporánea las tareas que dicho trabajo terminan siendo subvaloradas e invisibilizadas, altamente feminizadas y, en muchos casos, no remuneradas (Tajer, 2021:6).

Lo antedicho lo observamos a diario en nuestra intervención profesional, en la atención de personas con discapacidad en modalidad de internación y de rehabilitación en domicilio.

En los últimos años, con los aportes de la perspectiva de género, nos es posible profundizar el análisis de estas situaciones y re-plantear posibles y superadoras estrategias de intervención.

Cuidados en discapacidad y género

Si planteamos que a la luz de los avances en los estudios de género nos es posible re-pensar intervenciones en tanto modos de ver, analizar y actuar con las realidades con las que trabajamos en materia de cuidados, debemos también reconocer el carácter central que la categoría de *interseccionalidad* cobra en este sentido.

A modo de breve aproximación, el concepto de interseccionalidad fue utilizado por Kimberlé Crenshaw en 1989 para señalar las distintas formas en las que la raza/etnia-género-clase interactúan y cómo se generan las múltiples dimensiones y opresiones que conforman las trayectorias de las mujeres negras. Este concepto no es sólo una categoría teórica, sino que implica visibilizar cómo el género se entrama con otras categorías y en razón de lo cual la magnitud y las formas en que las desigualdades afectan a las mujeres y diversidades necesitan de iniciativas que tengan en cuenta estas diferencias para ser eficaces.

Así, resulta necesario reconocer puntos de intersección entre las tareas de cuidado en discapacidad y el género. Cabe problematizar qué mandatos subyacen respecto a las personas que cuidan, quienes –tal como sostenemos a lo largo de este trabajo– son en su gran mayoría mujeres. “Se configura así un entramado de invisibles singularidades entre quienes cuidan y quienes son cuidados y cuidadas. Ambos términos de la relación resultan, por tanto, invisibilizados en su existencia y subjetividad: las mujeres y les discapacidades” (Angelino, 2014:41)

Quienes ejercen las tareas de cuidados suelen ser mujeres condicionadas por otros atravesamientos como clase social, educación, acceso al empleo y desarrollo personal, profesional, etc. Estas mujeres desempeñan diversos roles en las distintas tramas familiares: madres, parejas, ex-parejas, hermanas, abuelas, hijas, tías, nietas, amigas, a quienes se les adjudica el mandato familiar y social de cuidar.

Asimismo, son mujeres que, en caso de no poder desarrollar las tareas de cuidado, demandan o resignan las mismas a otras mujeres del

plano familiar, social o contratadas para tal fin. Se producen también fenómenos migratorios donde las mujeres se trasladan de sus lugares de residencia para brindar cuidados a otros, con todo lo que ello significa en la configuración de su vida cotidiana y sus proyectos personales. “Si los cuidados y la discapacidad son relación en construcción permanente, lo son también en conflicto incesante” (Angelino, 2014:21).

En esta línea, se consideran cuidados de larga duración aquellos que se desarrollan por más de tres meses de manera sostenida. Si analizamos el campo de la discapacidad, podemos observar que los cuidados –con la complejidad que suponen– suelen proporcionarse por un largo período, en muchos casos durante toda la vida. Así,

(...) los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados agudos y de las tradicionales intervenciones sanitarias en que su finalidad no es curar o sanar una enfermedad, sus objetivos se centran en favorecer la mayor calidad de vida posible. Minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental. Favorecer que la persona dependiente alcance y mantenga un nivel de funcionamiento lo más óptimo posible. Permitir vivir lo más independientemente posible. Ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida diaria. Mantener al máximo los limitados niveles de función, salud, y bienestar mental y social (Gallardo Fernández, 2016:6).

Profundizando estas afirmaciones, nos interesa recuperar algunos fragmentos de relatos escuchados en las entrevistas a mujeres que cuidan a personas con discapacidad que reciben atención en I.Na.Re.P.S. En ellos se destacan vivencias similares como: cambios significativos en la vida cotidiana, familiar, laboral, económica; pérdida de espacios personales y sociales; distintos niveles de agotamiento ante los cuidados de larga duración; la reproducción de mandatos en función de los lugares ocupados en la trama familiar; entre otros.

Hubo un cambio en mi vida porque yo trabajaba y ahora no puedo trabajar o tengo que dejarles mi hijo a mis hijas también.

Duele un poco, pero tenés que asumirlo y seguir adelante porque él nos necesita a nosotros.
Fue un giro, un cambio de vida.
Perdí mis espacios personales, no hay momentos en los que me encuentre sola, siempre estoy acompañando, cuidando.
Para mí, para mí es mucha carga.

Ante estos sentires, atravesamientos, adecuaciones y reproducciones, cabe reflexionar: ¿cómo acompañamos desde el Trabajo Social y desde el equipo de salud estos procesos?, ¿qué estrategias construimos con les usuaries, con sus cuidadoras, con la sociedad civil y con el Estado para visibilizar las desigualdades, alivianar las cargas y proveer mayores oportunidades para todes?

Relevamiento de datos sobre cuidadores y género en I.Na. Re.P.S.

En el presente apartado se detalla la información recabada a partir del análisis de las historias clínicas de pacientes atendidas en las modalidades de internación y rehabilitación en domicilio. El período de estudio fue el primer semestre del presente año (enero-junio 2022). En dicho relevamiento se identificaron les principales cuidadores en el proceso de rehabilitación.

Internación

De un total de 83 personas internadas para tratamiento de rehabilitación integral en el período mencionado, les principales cuidadores fueron 63 mujeres y 20 varones.

Estas cifras arrojan que un 76% corresponde a cuidados feminizados, mientras que el 24% restante fue desarrollado por varones¹.

Cabe destacar que en este último caso también aparecen figuras femeninas complementando las tareas de cuidado desarrolladas por los varones. Es decir que los varones cuidadores requieren apoyo para

.....

1 Ver Anexo. Internación. Gráfico 1

realizar las tareas de cuidados y en todos los casos dicho apoyo lo proveen mujeres.

En relación a los vínculos prevalentes, las madres y las parejas mujeres fueron quienes se ocuparon de proveer cuidados de manera mayoritaria (22 en cada caso), seguido por hijas (9) y hermanas (7). En menor medida, aparecen también figuras como ex pareja (1), hija de ex pareja (1) y nuera (1) asumiendo funciones de cuidados de los pacientes².

En el caso de los cuidadores varones, los principales roles fueron desempeñados por parejas (9) e hijos (6), seguido de hermanos (3). En menor medida han participado de los cuidados amigos (1) y padres (1)³.

Rehabilitación en Domicilio:

Durante el período estudiado, recibieron rehabilitación en domicilio un total de 23 pacientes, de los cuales 16 (dieciséis) contaron como principal figura que ejerció las tareas de cuidados a una o más mujeres. Sólo 3 (tres) pacientes tuvieron como principal cuidador a una figura masculina. Cabe aclarar que otros 3 (tres) pacientes se encontraban institucionalizados en residencia de tercer nivel (congregación religiosa) –donde su personal de asistencia es femenino– y la paciente restante no contaba con figuras de apoyo que brinde cuidados en la ciudad, siendo asistida por apoyos provenientes de su red sanitaria-institucional.

Esto representa un 83% de mujeres a cargo de dispensar cuidados a pacientes bajo modalidad de rehabilitación en domicilio, un 13% llevado adelante por varones, y la paciente sin figura de cuidados ocupando un 4% de la muestra⁴.

Respecto a los vínculos femeninos prevalentes aparecen mayoritariamente las parejas e hijas en algunos casos de manera exclusiva y en otros compartiendo las tareas de cuidados (8 hijas y 5 parejas).

.....

2 Ver Anexo. Internación. Gráfico 2.

3 Ver Anexo. Internación. Gráfico 3

4 Ver Anexo. Rehabilitación en domicilio. Gráfico 4

Lo mismo sucede en el caso de madres y hermanas de personas con discapacidad (4 madres y 3 hermanas). En menor medida aparecen los vínculos de nuera (2) y una nieta⁵.

En cuanto a los vínculos en las tareas de cuidados ejercidas por el género masculino encontramos sólo un marido y dos hijos como principales referentes en los tres casos mencionados.

Aportes desde el Trabajo Social y los Equipos de Rehabilitación

A modo de cierre o quizás de apertura a nuevos interrogantes, proponemos a continuación algunos aportes a considerar en el ejercicio profesional con la convicción de revisar las propias prácticas a la luz de los avances teóricos y socio-políticos actuales.

En primer lugar, consideramos de suma importancia visibilizar el trabajo invisible del cuidado a través del análisis singular de las situaciones familiares con las que intervenimos, reconociendo condiciones materiales de existencia y condiciones estructurales de configuración de roles a lo largo de su trayectoria vital/familiar.

En esta línea, resulta pertinente profundizar en el conocimiento de las redes sociales significativas de la persona con discapacidad. El objetivo es identificar posibles apoyos que contribuyan al sistema de cuidados trabajando en pos de la redistribución de estas tareas que, como vimos, recaen en vínculos familiares femeninos respondiendo a estereotipos y mandatos de género.

En la atención diaria de las personas con discapacidad y sus referentes significativos observamos el progresivo agotamiento que se produce en las mujeres que cuidan. Esto se evidencia en el deterioro de su salud física y mental, así como en la sumatoria de responsabilidades y tareas que se traduce en una sobrecarga mental, operativa, provocando la pérdida de espacios y proyectos personales.

En lo que respecta a la revisión de la propia práctica, también proponemos incorporar en los registros de la intervención e informes sociales nuevas categorías discursivas que reemplacen algunas natu-

.....

5 Ver Anexo. Rehabilitación en domicilio. Gráfico 5

realizadas y que aluden a mandatos de género. A modo de ejemplo, mencionamos la categoría de *ama de casa*, que suele utilizarse para describir las tareas que realizan las mujeres dentro del hogar, invisibilizando la trama compleja de responsabilidades y tareas que lleva adelante. En los registros de intervención profesional podríamos enunciarlo como “mujer que lleva adelante el trabajo dentro del hogar, de manera no registrada ni remunerada, sobrecargada en las prácticas de cuidado, expresando agotamiento y fragilización de los vínculos”. En este sentido, y en el análisis de las dinámicas propias de la intervención, proponemos sostener la vigilancia ética y epistemológica en estas temáticas evitando la adjudicación de tareas de cuidado/indicaciones a ciertas figuras de la escena familiar/social basadas en mandatos cultural e históricamente construidos.

Tener en cuenta estos aspectos e incorporarlos en la práctica disciplinar e interdisciplinaria nos acerca a posibilidades de comprender y analizar la trama compleja de la discapacidad y el impacto de la misma en las configuraciones familiares/sociales, dando lugar a debates interdisciplinarios para el abordaje de las problemáticas. Para ello, resulta inherente incorporar la perspectiva de género en el tratamiento de las personas con discapacidad en su proceso de rehabilitación.

Se trata de pensar la discapacidad y los cuidados como problemas sociales y políticos que abren una nueva significación a la cuestión de la vulnerabilidad humana. Pero esto no está exento de controversia. A saber, si la vulnerabilidad y la dependencia no son un tema menor y se sitúan en el centro de la existencia humana ¿por qué se ignora y se oculta? La invisibilización de los cuidados contribuye a esta negación persistente, de manera que mantenerlos en la esfera privada evita tener que preguntarse públicamente sobre su calidad, su distribución, su abundancia. (Paperman, 2011, en Angelino, 2014:16).

Como mencionamos al inicio del trabajo, los cuidados en discapacidad son procesos complejos, dinámicos, atravesados por múltiples factores y problemáticas que no pueden quedar sólo bajo la responsabilidad familiar o social primaria de las personas en situación de discapacidad, sino que se deben implementar políticas públicas que

garanticen el derecho al cuidado en condiciones dignas, tanto para las usuaries como para sus grupos de referencia.

Si bien podemos reconocer que durante el año 2020 se comenzó a poner en agenda pública estas temáticas a partir de la creación del Plan Nacional de Igualdad en la Diversidad, el cual incluye la Campaña Nacional *Cuidar en Igualdad. Necesidad, Derecho, Trabajo*, la generación de la Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado –con participación de la Agencia Nacional de Discapacidad– y la creación de la Comisión redactora de un anteproyecto de ley para un Sistema Integral de Cuidados con Perspectiva de Género y Diversidad, consideramos que es el inicio de un camino por recorrer que contemple la multiplicidad de intersecciones entre las categorías género y cuidados, particularmente también en el campo de la discapacidad.

En esta línea, adherimos a lo expresado por las colegas Danel y González cuando afirman que:

(...) nos parece clave pensar estrategias y políticas de cuidados para las personas con discapacidad, dado que en determinados momentos de la vida y debido a la heterogeneidad de la población con discapacidad las necesidades y el derecho al cuidado serán diferentes. La puesta en agenda de la categoría cuidado, en clave de autonomía, se imponen necesarios para el desarrollo de políticas sociales con enfoque de derechos como en el marco de estrategias de intervención profesional (Danel y González, 2016:10).

Queda mucho por revisar, por construir y reconstruir, no sólo desde la mirada disciplinar, sino de las ciencias sociales en su conjunto, con la participación ineludible de las propias personas con discapacidad como voceras centrales de los cambios por venir.

Referencias bibliográficas

Angelino, María Alfonsina (2014). *Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad*. Paraná, Argentina, Fundación la HENDIJA.

Danel, Paula Mara y González Monge, Liliana (2016). Discapacidad, enfoque de derechos y cuidados: ¿semantizaciones patriarcales? *II Simposio de Discapacidad - UNQUI*. Buenos Aires, Argentina, Universidad Nacional de Quilmes. Recuperado de: https://www.academia.edu/34542083/Discapacidad_enfoque_de_derechos_y_cuidados_semantizaciones_patriarcales

Gallardo Fernández, María del Castillo (2016). Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. En: D. C. Muñoz, E. Raya Díez, N. Caparrós Civera y C. G. Monterde (Coords.) *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social*. La Rioja, Argentina, UNIRIOJA. Recuperado de: <https://www.google.com/search?q=Evoluci%C3%B3n+de+los+cuidados+de+larga+duraci%C3%B3n+y+el+impacto+en+los+cuidadores+informales&coq=Evoluci%C3%B3n+de+los+cuidados+de+larga+duraci%C3%B3n+y+el+impacto+en+los+cuidadores+informales&aqs=chrome..69i57.477j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Instituto Nacional de Estadística y Censos I.N.D.E.C. (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos 2018*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos I.N.D.E.C. (2022). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021: resultados definitivos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (I.Na.Re.P.S.) (2022). Página web oficial. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/inareps>

Ley N° 24901. Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad (1997). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20tendr%C3%A1n,su%20rehabilitaci%C3%B3n%20e%20inserci%C3%B3n%20social.>

Ley 26.378. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo (2008). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (2020). Hablemos de cuidados. Notiones básicas hacia una política integral de cuidados con perspectiva de géneros. Argentina. Presidencia de la Nación. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mesa-interministerial-de-politicas-de-cuidado.pdf>

Organización Mundial de la Salud (s/f). *Rehabilitación*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial (2011) *Informe Mundial sobre la discapacidad*. Ginebra, Suiza, Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Suiza, Ediciones de la OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento, UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Internacional del Trabajo (2018) *Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y Desafíos*. Parte I. Buenos Aires, Argentina. Edición en español. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--americas/--ro-lima/--ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_635285.pdf

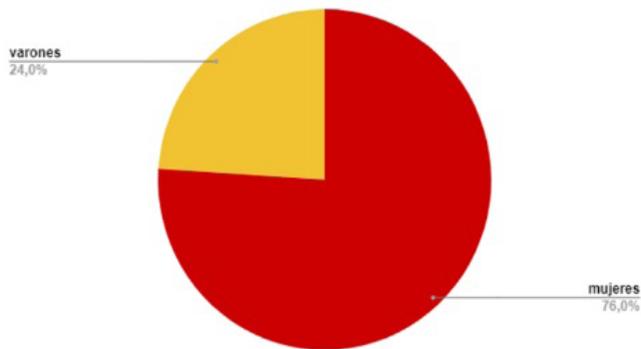
Rodríguez Enríquez, Corina, y Marzonetto, Gabriela (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8). Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/949/946>

Tajer, Débora (2021). Cuidados generizados en salud. *Symploké estudios de género*, 2. Recuperado de: <http://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeEGN2.pdf>

Anexo: Gráficos “Cuidados en discapacidad por modalidad de atención”

Internación: Gráfico 1

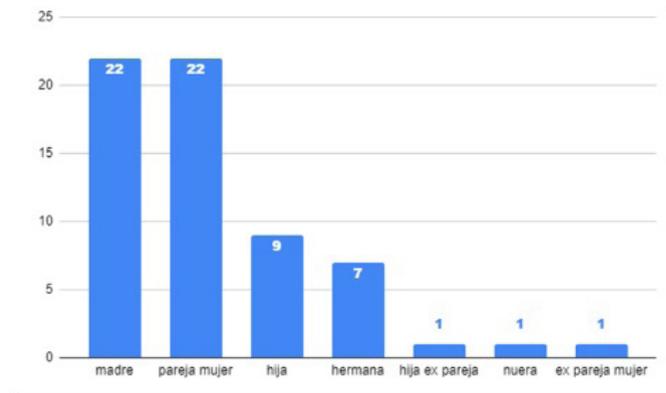
Cuidadores de personas con discapacidad, sector internación, según sexo.
Período Enero-Junio 2022



Fuente: Elaboración propia I.Na.Re.P.S.

Gráfico 2

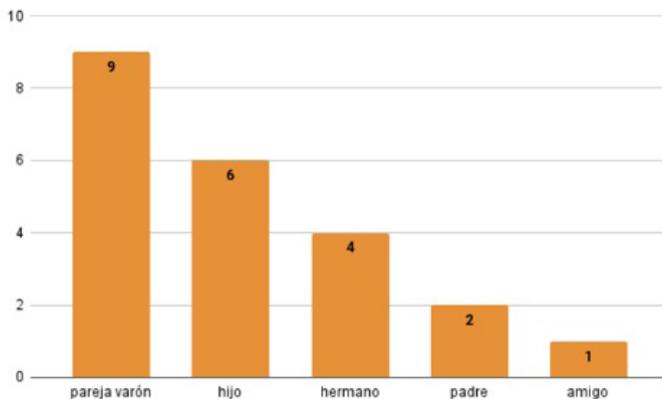
Cuidadoras mujeres de personas con discapacidad, sector internación, según vínculo.
Período Enero-Junio 2022.



Fuente: Elaboración propia. I.Na.Re.P.S.

Gráfico 3

Cuidadores varones de personas con discapacidad, sector internación, según vínculo.
Período Enero-Junio 2022.

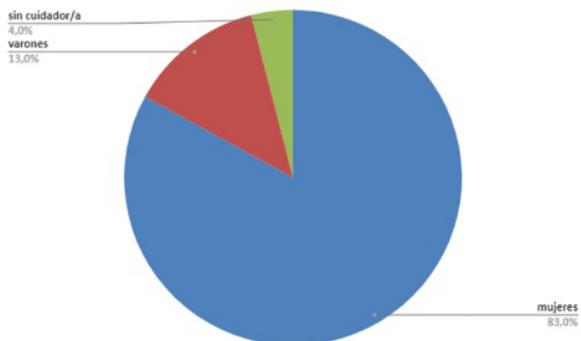


Fuente: Elaboración propia. I.Na.Re.P.S.

Rehabilitación en Domicilio:

Gráfico 4

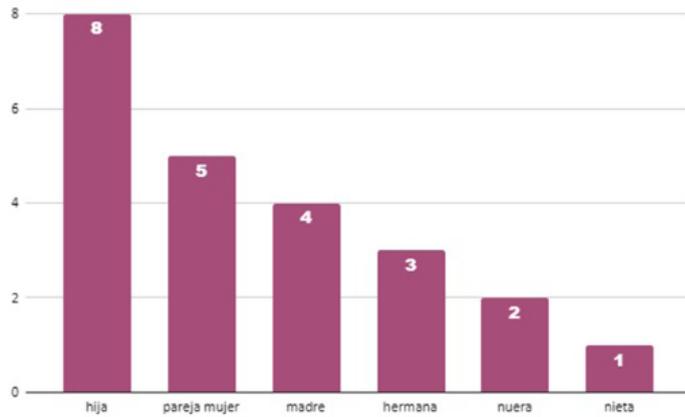
Cuidadores de personas con discapacidad, sector rehabilitación en domicilio, según sexo.
Período Enero-Junio 2022



Fuente: Elaboración propia. I.Na.Re.P.S.

Gráfico 5

Cuidadoras mujeres de personas con discapacidad, sector rehabilitación en domicilio, según vínculo.
Período Enero-Junio 2022.



Fuente: Elaboración propia. I.Na.Re.P.S.

Recibido: 22/07/2022

Aceptado: 02/11/2022