

El sistema invisible de atención a la salud desde la bioética feminista

Laura F. Belli & Danila Suárez Tomé

1. Introducción: definición y caracterización del problema

La atención informal en salud (o cuidados informales en salud) se encuentra en el centro del debate sobre las políticas de bienestar en muchos países del mundo debido al aumento sostenido de la demanda. Se define como la prestación de cuidados de salud a personas que los necesitan por parte de familiares, amigos/as, vecinos/as y personas cercanas, que no reciben retribución económica por la asistencia que proveen (Matus-López, 2015; Raza-vi, 2007). Se trata de “cuidados de larga duración”, ya que se diferencian de los cuidados agudos y de las intervenciones sanitarias tradicionales: su finalidad no es curar o sanar una enfermedad, sino favorecer la mayor calidad de vida posible de la persona con una patología crónica, que la persona dependiente alcance y mantenga el mejor nivel de funcionamiento posible, ayudar a las personas a completar las tareas esenciales de la vida diaria, etc.

Aunque este sistema de cuidados no está formalmente reconocido como tal, se trata del principal prestador de salud en las sociedades contemporáneas y, en muchos casos, constituye la única fuente de provisión de atención para un gran número de personas (Matus-López, 2015; OMS, 2005). Por ello se habla de un “sistema invisible de atención a la salud”. Invisible debido a que esta falta de reconocimiento conlleva a que se trate de una serie de prácticas de cuidado no remuneradas y esto, a su vez, supone un obstáculo para su valoración social y reconocimiento como una porción absolutamente necesaria para el funcionamiento de los sistemas sanitarios actuales. Se desarrolla en el

ámbito doméstico, en el territorio puertas adentro de “lo privado”, y es por eso por lo que se lo toma como parte inherente de las actividades cotidianas del hogar, reforzando aún más su invisibilidad.

Estas prácticas han pasado a ocupar un rol central durante las últimas décadas (Wimo, *et. al.*, 2018; Cotlear, 2011). Esto se explica principalmente a través de tres factores: (1) el aumento de la demanda de cuidados (en gran parte por causa de una demanda no satisfecha por los servicios de salud); (2) el progresivo envejecimiento poblacional; y (3) el creciente número de personas con enfermedades crónicas y discapacidades (debido al aumento en la esperanza de vida al nacer en todo el mundo y los avances en el campo de la atención en salud).

En este artículo presentamos un estado de la cuestión sobre el problema de los cuidados informales de salud, lo caracterizamos como un sistema invisible de atención a la salud y mostramos por qué y cómo esta realidad afecta desproporcionadamente a las mujeres. Hacia el final, realizamos una serie de recomendaciones para la toma de decisiones en el contexto de diseño de políticas públicas, basadas en los criterios y herramientas de la bioética feminista y orientadas a proveer soluciones para el problema de los cuidados informales en salud.

2. El problema de los cuidados informales en salud

Hoy en día los sistemas sanitarios en aquellos países con modelos de atención pública o de seguridad social no logran dar respuesta a la demanda de atención (Matus-López, 2015; Razavi, 2007). Gran parte de las personas que requieren de cuidados constantes los reciben por fuera de los efectores (Matus-López, 2015; Huenchuan, 2013). Las familias —y principalmente las mujeres dentro de esas familias— constituyen el principal núcleo de prestación de cuidados en la mayoría de los países (Wimo, *et. al.*, 2018).

El envejecimiento de la población es una de las transformaciones sociales más significativas de este siglo ya que trae aparejadas consecuencias en casi todos los sectores de la sociedad,

como el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (donde se incluyen los cuidados en salud). Los cambios en el patrón epidemiológico a nivel mundial en las últimas décadas, en gran parte gracias a los avances tecnológicos en el campo de la salud, favorecen una mayor supervivencia de las personas con discapacidad y aquellas que sufren de enfermedades crónicas, dando lugar a un número cada vez mayor de pacientes que requieren de cuidados constantes en salud (Huenchuan, 2013; Palloni y McEniry, 2007).

A pesar de todo esto, los sistemas de salud no lograron adecuarse de manera efectiva a estas nuevas realidades. En nuestra región, las reformas de los servicios sanitarios a partir de la década del 90 del siglo XX (con la introducción de la competencia en la gestión de los seguros sociales y provisión de los servicios de salud y el aumento de la participación del sector privado) dieron lugar a sistemas de salud con diferentes modelos, con diversos roles de los subsectores público, de seguro social y privado, que se tradujeron en un desplazamiento de más cuidados (y más complejos) hacia el sistema informal (Mesa-Lago, 2005). Estos cambios convirtieron a los hogares particulares en el escenario principal de la atención sanitaria, lo que favoreció el escaso desarrollo de los servicios de atención social y una deficiente coordinación e integración sociosanitaria (Cotlear, 2011; Palloni y McEniry, 2007).

3. El sexismo como soporte ideológico del sistema invisible de atención a la salud

Si bien cuando se habla en general de cuidados informales se hace referencia al apoyo ofrecido por diferentes miembros de la red familiar inmediata, no se debe perder de vista que la distribución del “rol de cuidador” no es homogénea: el perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa) y que convive con la persona a la que cuida (Jofré y Sanhueza, 2010).

Es correcto sostener que el sistema invisible de atención a la salud se encuentra feminizado y que ello es un producto directo de la configuración del sistema jerarquizado de género que rige en nuestras sociedades. Este sistema se caracteriza por distribuir de modo dicotómico atributos y rasgos a las personas de acuerdo con su sexo asignado al nacer (Maffia, 2003). En esta distribución, los varones son destinados de modo estereotipado al trabajo productivo y remunerado, mientras que las mujeres son destinadas al trabajo de cuidados no remunerado.

Esta distribución de atributos y roles no son meramente simbólicos, sino que tiene un carácter fundamentalmente material. La formación de las personas bajo estereotipos sexistas se realiza con la tendencia a que se cultiven ciertos atributos para cumplir determinados roles sociales que hacen a la continuidad de un sistema político y económico (Suárez Tomé, 2020). La educación sexista de las mujeres se encuentra ordenada en torno al eje de la reproducción, la domesticidad y el cuidado, bajo la idea errónea de que son “por naturaleza” más empáticas, caritativas y dedicadas que los varones, y se encuentran destinadas a la maternidad y al cuidado de los otros.

Aun cuando hoy en día la mayor parte de las mujeres se dedique, a la par que los varones, al trabajo productivo, y su presencia en el espacio público sea más amplia que nunca, el sustrato ideológico que la confina a la realización de tareas de cuidado permanece inmutable. Es por ello por lo que se habla de la existencia de una “doble jornada laboral”, en tanto las mujeres empleadas formal o informalmente siguen siendo las principales encargadas del trabajo doméstico y de cuidados en sus hogares (D’Alessandro, 2016).

Esto implica que se encuentra naturalizado en nuestras sociedades el hecho de que son las mujeres las encargadas de proveer el cuidado dentro del seno familiar. Con “cuidado” nos referimos específicamente a aquellas actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia propia y ajena. Estas actividades incluyen el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, el trabajo doméstico y la gestión general del cuidado dentro del hogar (Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014). Y a

esto se suma el hecho de que a menudo las mujeres asumen con frecuencia también el papel de cuidadoras secundarias: cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar o para llevar adelante tareas domésticas o cuidado de niños/as, suele recurrir a otra mujer de la familia.

En el caso específico de los cuidados informales en salud, debemos tener en cuenta que las mujeres que no pueden costear la contratación de una cuidadora formal (las cuales también son, en su mayoría, mujeres) se convierten casi de modo espontáneo en cuidadoras informales cuando se presenta la necesidad de que alguien cumpla ese rol, puesto que es socialmente esperable que lo hagan. Este hecho convierte al problema de los cuidados informales en salud, a la vez, en un problema de género y de desigualdad: de género dado que recae mayormente en las mujeres; de desigualdad porque las mujeres con menos recursos económicos son las que tienen más probabilidades de encarnar este rol de cuidadoras informales. Esta doble consideración del fenómeno requiere, por lo tanto, de una mirada interseccional que pueda dar cuenta que la feminización de los cuidados no afecta de manera homogénea a todas las mujeres, sino que el problema de género se encuentra intersectado, fundamentalmente, con el de clase y raza-etnia.

Todas las tareas de cuidados informales que recaen en las mujeres carecen no solo de remuneración, sino también de visibilidad y reconocimiento social. Es por ello por lo que fue necesario recurrir a un enfoque feminista interseccional para poder relevar este problema y mostrar la existencia misma de un sistema invisibilizado de atención en salud allí donde se cree que solo existe una buena predisposición femenina a cuidar de los demás. Esto se debe a que dichas tareas son consideradas como deberes que responden a relaciones afectivas y de parentesco, en tanto se desarrollan en el ámbito privado de lo doméstico, y aparecen como una extensión normalizada de los cuidados en general, y no como tareas especializadas que deberían ser abordadas desde políticas públicas y coordinadas con el sistema formal de salud, haciendo difícil su reconocimiento.

4. El impacto en la salud de las cuidadoras

Las cuidadoras informales son un grupo social invisible también desde la mirada de la salud. El reconocimiento del impacto en el bienestar de quienes llevan adelante estas tareas a menudo se pasa por alto. Ofician de enfermeras/terapistas improvisadas, sostén psico-emocional, son gestoras de trámites y actúan como defensoras de la persona que tienen a cargo frente a situaciones en que se les niega o incumple algún derecho en salud. Todas estas situaciones son de difícil manejo y están obligadas a sortearlas, la mayor parte de las veces sin asistencia, aunque no estén capacitadas o formadas para hacerlo.

Es frecuente que la cuidadora informal asuma dicho rol de un momento para el otro, lo que no le permite reflexionar ni cuestionarse acerca de lo que sabe, lo que desconoce o el costo que tendrá para su vida ocupar ese lugar. La urgencia impide que ella reflexione sobre si realmente desea asumir ese rol; la realidad, muchas veces, no le presenta otra alternativa. Con el paso del tiempo van apareciendo las exigencias del rol de cuidar, exigencias que debe enfrentar con pocas o a veces ninguna habilidad, pero que le obligan a asumir cada vez más deberes y, sin darse cuenta, a perder poco a poco el derecho a cuidar su propia salud.

Este estado constante y prolongado de toma de decisiones, de interrupciones en el sueño, poco descanso, disminución o anulación de su actividad social y agotamiento emocional (especialmente si se encuentran a cargo de una persona no autoválida que requiere de cuidados 24 horas al día) tienen un impacto negativo sobre su salud que ha sido reconocido por los estudios sobre cuidado informal. Se lo denomina “síndrome del cuidador”¹ (o síndrome del cuidador agotado; *Informal Caregiver Burnout* en inglés) e incluye el conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, y los problemas laborales, familiares y económicos que enfrentan las cuidadoras (Bom, *et. al.*, 2018; Ávila y Vergara, 2014; Fukahori, *et. al.*, 2015).

1 A pesar de enunciarse en masculino, el síndrome afecta principalmente a mujeres.

Este síndrome suele estar asociado también a mayores niveles de depresión y/o ansiedad, y al descuido de la salud propia. Todas estas problemáticas asociadas a la tarea están documentadas (Bom *et. al.*, 2018; Schmitz y Westphal, 2015; Sherwood, *et. al.*, 2005), aunque aún no son ampliamente reconocidas formalmente.

4.1. Sobrecarga de las cuidadoras informales

Los primeros estudios sobre la sobrecarga de las cuidadoras informales se realizaron entre las décadas de 1960 y 1970. Ellos permitieron detectar la carga que suponen las tareas informales del cuidado, y a partir de ese momento se comenzó a investigar sobre la relación entre carga familiar, actitudes sociales e intervenciones terapéuticas, con el énfasis puesto en marcar las diferencias entre la carga subjetiva y la objetiva (Flyckt, *et. al.*, 2015). En la década de 1980, se desarrollaron instrumentos para valorar la carga asociada a quien lleva adelante las tareas de cuidado, lo que permitió comenzar a cuantificar la incidencia de estos problemas y medir el impacto que diferentes intervenciones podrían tener tanto en la salud de quienes cuida, como de quienes son cuidados/as. Finalmente, desde la década de 1990, comenzaron a explorarse las relaciones entre la sobrecarga y las características personales de las cuidadoras, con el fin de establecer qué mecanismos pueden activarse para aliviar esta sobrecarga (Gérain y Zech, 2019).

Este cambio de perspectiva en el análisis permitió identificar los factores principales de los que depende el grado de sobrecarga de las cuidadoras informales (y que dan lugar a las manifestaciones negativas para su salud). Los factores para considerar, entre otros, son la necesidad de:

- Actividades recreativas: disponibilidad de tiempo libre y posibilidad de llevar a cabo actividades relacionadas con el ocio.
- Descanso y sueño: cantidad de horas de sueño ininterrumpidas / de calidad.
- Movimiento: dolores corporales como resultado de permanecer en un mismo lugar, mover y levantar a la persona a su cuidado, falta de ejercicio físico.

- Seguridad: la falta de conocimientos y/o habilidades para cuidar causa ansiedad y/o depresión.
- Comunicación/sociabilización: la dedicación casi exclusiva al cuidado de la persona dependiente tiene como resultado la disminución (o eliminación) de los espacios de relaciones sociales, así como también alteraciones en la vida sexoafectiva.
- Autorrealización: tipo de reconocimiento que recibe por su tarea (si acaso alguno).
- Autocuidado: tiempo que dedica al cuidado personal, a alimentarse e hidratarse.

Es por ello por lo que resulta central resaltar la importancia de las necesidades en atención en salud de estas cuidadoras, ya que, al priorizar los cuidados a la persona enferma, pueden llegar a convertirse en lo que se conoce como “la paciente oculta” (Roche, 2009). Por supuesto, no todas las situaciones son idénticas. La sobrecarga de tareas varía de persona en persona y tiene que ver con una serie de factores que no deben ser ignorados al momento de analizar este problema:

- Las características y situación de la/s persona/s dependiente/s que tienen bajo su cuidado.
- La edad de quien provee los cuidados
- La estructura y el apoyo de la familia
- Las características personales, sociales y laborales de cada cuidadora
- La calidad y el tipo de relación afectiva existente entre la persona cuidada y la cuidadora
- El apoyo externo que se recibe (o si acaso no recibe apoyo alguno)
- La duración de la dedicación al cuidado de la persona dependiente

Si bien estos factores no agotan la multiplicidad de particularidades para tener en cuenta a la hora de analizar este problema, ofrecen un marco suficiente para la toma de decisiones en torno a la reducción de los impactos negativos en salud de las personas que llevan adelante estas tareas de modo informal.

4.2. Cuatro fases del impacto en salud de las cuidadoras

Se han descrito cuatro fases que las cuidadoras informales atraviesan en su experiencia a cargo de una persona enferma (Paniagua Fernández, 2015). La primera de estas fases se relaciona con una situación de estrés por sobrecarga: la situación la somete en un primer momento a un sobreesfuerzo físico al que se enfrenta en la mayoría de los casos sin herramientas y sin ayuda del entorno más cercano; dedica todo su tiempo al cuidado de la persona enferma, lo que resulta en una situación de agotamiento crónico que repercute en ella y en la calidad del cuidado que propensa. La segunda fase se corresponde con el estrés afectivo: la carencia de apoyo, afecto, comprensión y reconocimiento de su tarea por parte del entorno más cercano dificulta continuar con la tarea. La tercera se manifiesta en el abandono del cuidado personal: se comienzan a notar las consecuencias de una atención centrada exclusivamente en la persona cuidada, lo que conlleva a un elevado coste físico y psíquico. Finalmente, la última fase se produce con la muerte de la persona a cargo (o el fin de las tareas de cuidado si se traslada a la persona a un centro de salud), lo que produce un vacío en la cuidadora cuya vida se había estructurado en torno de ese rol casi con exclusividad.

El cuerpo de bibliografía disponible que describe las consecuencias del cuidado para estas cuidadoras es extenso (Rodríguez-González y Rodríguez-Míguez, 2020; Pinguart, *et. al.*, 2003; Del-Pino-Casado, *et. al.*, 2019). Sin embargo, poco se ha avanzado en mejorar sus condiciones de salud. Esto tiene que ver con la mirada social que existe sobre estas mujeres y los estereotipos de género: se entiende que quien asume la responsabilidad del cuidado informal en el hogar lo hace por un compromiso mediado por la relación afectiva que lo une a la persona cuidada, por lo cual se trata de “una elección” que realiza por cuestiones afectivas. Sumado a esto, la atribución tradicional de la figura femenina a los roles de cuidado hace que pocas veces se cuestione la habilidad de estas cuidadoras para llevar adelante esas tareas, su deseo o disposición para asumir tal responsabilidad y también logra que se enmascare la ausencia de opciones de cuidado a cargo de profesionales, que deberían estar garantizadas dentro de los sistemas de salud.

5. Recomendaciones para la toma de decisiones

5.1. Contexto de aplicación

El esbozo de propuesta que presentamos a continuación se ha elaborado tomando en cuenta el contexto específico de la Argentina, por lo cual las recomendaciones se realizan pensando en el estado actual de las políticas sanitarias vigentes en relación con esta temática. No obstante, si se realizan los ajustes necesarios, esta propuesta se puede tomar de modelo para diferentes países de la región.

Como se mencionó, el problema de los cuidados informales en salud es mundial y, en mayor o menor medida, afecta a las cuidadoras de todo el mundo. Teniendo en cuenta la bibliografía disponible, así como las particularidades de nuestra realidad local, sugerimos una serie de medidas dirigidas a tres aspectos que consideramos fundamentales: la recolección y actualización de datos disponibles, el fortalecimiento de la articulación y apoyo del sistema de salud para estos casos, y la preparación y apoyo a las cuidadoras informales.

5.2. Sugerencias en relación con los datos disponibles

A pesar de su rol central, los cuidados informales en salud siguen quedando al margen de las políticas sanitarias. No se cuenta con información actualizada y específica. Se recomienda sistematizar la información sobre el cuidado informal que se recoge en diversas encuestas (de salud, laborales y de otro tipo) y analizar la información obtenida con un enfoque de género e interseccional.

En la Argentina, los últimos datos disponibles para medir el alcance de los cuidados informales en salud se corresponden con la denominada Encuesta de Uso del Tiempo (EUT), que es el módulo sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo relevado por la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU). Estos datos fueron recolectados por el INDEC durante el 3er trimestre de 2013 (D'Alessandro *et. al.*, 2020).

A más de un lustro de ese informe, sumado a la pandemia de la COVID-19, que incrementó las horas dedicadas a los cuidados

de los/as niños/as y adolescentes, así como la asistencia a personas mayores, es menester contar con datos actualizados que permitan dar cuenta de la magnitud del problema. Incluir de manera específica preguntas dirigidas a medir los cuidados informales en salud en los modelos de análisis estadísticos permitirá identificar y cuantificar el aporte de este sector al sostenimiento del sistema de salud, en particular, y de la economía, en general.

5.3. Sugerencias para el sistema de salud

Las políticas de salud deben comenzar por reconocer este problema, visibilizando y revalorizando el sistema informal de cuidados. Es necesario comenzar por reconocer a las cuidadoras informales como agentes de salud. De este modo se puede pensar cómo mejorar la articulación entre los servicios públicos y el ámbito privado (Fujisawa y Colombo, 2009). Aunque este sistema de cuidados no está formalmente caracterizado como tal, se trata, ni más ni menos, del principal “prestador de salud” en las sociedades contemporáneas y, en muchos casos, constituye la única fuente de provisión de cuidados para un gran número de personas (Mesa-Lago, 2005). Por ello se habla de un “sistema invisible de atención a la salud”. Invisible debido a que la falta de reconocimiento conlleva a que se trate de una serie de prácticas de cuidado no remuneradas y esto, a su vez, supone un obstáculo para su valoración social y reconocimiento como una porción absolutamente necesaria para el funcionamiento de los sistemas sanitarios actuales.

La atención en salud de las personas con discapacidades debe estar orientada también a las necesidades de las cuidadoras. Esto puede lograrse a través de la confección de guías y protocolos de atención (para facilitar el manejo de problemas), mediante espacios de formación en habilidades de cuidado y estrategias de afrontamiento, articulando intervenciones para identificar y atender las necesidades derivadas de la situación de cuidar y diseñando las políticas de cuidados para que se adapten a las necesidades de los diferentes perfiles de cuidadoras. Las políticas de apoyo a cuidadoras deben tener como eje transversal la reducción de las desigualdades y el fomento de la equidad.

5.4. Sugerencias para el apoyo de las cuidadoras

La literatura disponible señala los llamados “servicios de respiro” como una de las intervenciones con mayor impacto positivo en la salud de las cuidadoras informales (Martínez, *et. al.*, 2001). Se trata de servicios de apoyo formales destinados a aliviar la carga de estas personas, con el fin de que puedan disponer de tiempo para dedicarse a otras actividades u obligaciones. Usualmente estos servicios son de tres tipos: (1) servicio de ayuda domiciliaria (SAD); (2) centros de día; y (3) internación nocturna o periódica en centros especializados en cuidados.

Atendiendo a las obligaciones por parte de los Estados hacia estos grupos vulnerados, se recomienda que se articulen intervenciones para acompañar sus tareas a través de programas de formación en cuidados especialmente diseñados para ofrecer herramientas básicas para lidiar con situaciones sanitarias o psicoemocionales que se presentan en estas situaciones. Estas intervenciones se dirigen a mejorar o incrementar las habilidades de las cuidadoras y contribuyen a disminuir la carga y el malestar de quien cuida, así como a mejorar la calidad de los cuidados que reciben las personas dependientes.

Otra opción son las prestaciones económicas para cuidados. Consisten en políticas basadas en apoyo monetario (usualmente mensual) dirigidos a las personas dependientes o a sus familias para que satisfagan las necesidades de cuidados de manera directa o a través de la contratación de servicios externos (Colombo *et. al.* 2011; OECD, 2011)

6. Conclusiones

El sistema informal de cuidados en salud es un pilar fundamental sobre el que descansan los sistemas de salud en casi todo el mundo. La falta de protección, formación, apoyo y el impacto negativo en la salud de quienes llevan adelante estos cuidados no puede seguir siendo desatendido. Este sistema debe estar bajo la mira de todos los Estados que procuran avanzar en una agenda de políticas públicas que promueva la igualdad de género. Los

esfuerzos deben orientarse para lograr una correcta articulación con el sistema formal de recursos sanitarios de modo que ambos se retroalimenten. Es fundamental contar con programas y políticas públicas consensuados previamente, para el caso de que sean necesarios. El presente documento está pensado para colaborar con dicho proceso.

Bibliografía

- Ávila J., Vergara M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*, 14(3), 417-29.
- Bom J., Bakx P., Schut F., van Doorslaer E. (2018). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *Gerontologist*, 59(5), e629-e642.
- Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies.
- Cotlear D. (2011). Population aging: Is Latin America ready? World Bank.
- D'Alessandro, M. (2016). *Economía feminista: Cómo construir una sociedad igualitaria (sin perder el glamour)*. Sudamericana.
- D'Alessandro, M. et.al. (2020). Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al Producto Interno Bruto. Ministerio de Economía. Recuperado el 9-2-2021 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf
- Del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardosa, M., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 14(5), e0217648.
- Flyckt, L., Fatouros-Bergman, H., & Koernig, T. (2015). Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *The International journal of social psychiatry*, 61(7), 684-692.
- Fujisawa R., Colombo F. (2009). The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand, *OECD Health Working Papers*, No. 4.
- Fukahori R., Sakai T., Sato K. (2015). The effects of incidence of care needs in households on employment, subjective health, and life satisfaction among middle-aged family members. *Scott J Polit Econ*, 62(5), 518-45.
- Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving, *Frontiers in psychology*, 10, 1748.

- Huenchuan S. (2013). *Ageing, solidarity and social protection in latin America and the caribbean: time for progress towards equality*. Santiago: ECLAC
- Jofré V., Sanhueza O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc Enferm*, 16(3), 11-20.
- Maffia, D. (2003). Contra las dicotomías: Feminismo y epistemología crítica. Recuperado el 9-2-2021 de <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Contra-las-dicotom%C3%ADas.-Feminismo-y-epistemolog%C3%ADa-cr%C3%ADtica.pdf>
- Martinez M., Villalban C., García M. (2001) Programas de respiro para cuidadores familiares, *Psychosocial Intervention*, 10(1), 7-22.
- Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América latina, *Salud Colectiva*; 11(4), 485-496.
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL.
- OECD (2011). *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. OECD Publishing.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas*. Ediciones de la OMS.
- Palloni A., Mceniry M. (2007). Aging and health status of elderly in latin America and the caribbean: Preliminary findings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(3), 263-285.
- Paniagua Fernández R. (2015). Las personas mayores en la familia, integración y colaboración. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 50, 157-172.
- Pinquart M., Sörensen S. (2003) Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis, *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(2), 112-128.
- Razavi S. (2007). The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options. UNRISD.
- Roche V. (2009). The hidden patient: addressing the caregiver. *Am J Med Sci*, 337(3): 199-204.
- Rodríguez Enríquez, C. y Pautassi, L. (2014). *La organización social del cuidado de niños y niñas. Elementos para la construcción de una agenda de*

cuidados en Argentina. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género - ELA.

Rodríguez-González A., Rodríguez-Míguez E. (2020). A meta-analysis of the association between caregiver burden and the dependent's illness, *Journal of Women & Aging*, 32(2), 220-235.

Schmitz H., Westphal M. (2015). Short- and medium-term effects of informal care provision on female caregivers' health. *J Health Econ*, 42, 174-85.

Sherwood P., Given C., Given B., von Eye A. (2005). Caregiver Burden and Depressive Symptoms Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients. *J Aging Health*, 17(2), 125-47.

Suárez Tomé, D. (2020). 'Lo personal es político' en contexto. *Intervenciones feministas para la igualdad y la justicia*. Jusbaire.

Wimo A., Gauthier S., Prince M. (2018). *Global estimates of informal care Alzheimer's Disease*. Alzheimer's Disease International (ADI).