

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 10.	 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias	
Michelle Sadler	
 CAPÍTULO 11.	 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos	
Báltica Cabieses	
 AUTORAS Y AUTORES	 285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

CAPÍTULO 9.

SOBRECARGA Y DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL CUIDADO INFORMAL DE LARGO PLAZO: UN FENÓMENO INVISIBILIZADO¹

Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo

Introducción

El proceso de envejecimiento es un fenómeno mundial que actualmente está afectando, en mayor o menor medida, no solamente a países desarrollados sino también en vías de desarrollo. De acuerdo a las estimaciones recientes de las Naciones Unidas (2019), el número de personas mayores de 60 años o más debería aumentar en casi un 50% entre 2017 y 2030 a nivel mundial. Además, en 2018, por primera vez en la historia, el número de personas de 65 años o más superó al número de niños menores de cinco años y se estima que en 2100 casi uno de cada cuatro individuos en el mundo tendría 65 años o más. Si bien actualmente los continentes más envejecidos son Europa y América del Norte, otras regiones también están pasando por un proceso de envejecimiento muy acelerado, incluyendo a América Latina y el Caribe, donde se pronostica un incremento en el número de personas de 65 años o más del 9% al 19% entre 2019 y 2050 (Naciones Unidas, 2019).

Este importante cambio demográfico se debe en gran medida al descenso de las tasas de mortalidad en la mayor parte del mundo, lo cual puede atribuirse tanto a los avances en las áreas de tecnología y medicina, como a la promoción de estilos de vida más saludables. Esto también queda reflejado en el aumento significativo del número de personas más mayores, siendo el grupo etario de 80 años o más el que se está expandiendo más rápido en la actualidad. Según las estimaciones de las Naciones Unidas (2019), el número de personas de 80 años o más se sextuplicaría entre 2019 y 2100.

¹ Fuentes de financiamiento: ANID – FONDECYT 1191726; ANID – Millennium Science Initiative Program – ICS2019_024 y ICS13_005.

Sin lugar a duda, dichos cambios demográficos ya están teniendo un impacto importante en diferentes ámbitos. El desarrollo económico y la participación laboral de los adultos mayores, los planes de pensiones, así como los sistemas de servicios socio-sanitarios son algunos de los sectores que se ven directa y fuertemente afectados por el envejecimiento de la población. Debido a lo anterior, varias organizaciones (Organización Mundial de la Salud, 2020; Naciones Unidas, 2019) han sugerido en sus últimos informes que los países deberían prepararse para este cambio demográfico, asegurando el bienestar de los adultos mayores, especialmente en relación a su acceso a servicios de atención socio-sanitaria y redes de apoyo formales e informales.

Si bien una mayor esperanza de vida debería verse como un gran logro, la rápida expansión del grupo etario de 80 años o más también supone un importante reto, ya que implica un incremento en la morbilidad y una disminución significativa de la capacidad funcional de las personas. Por lo tanto, se espera que en los próximos años el número de personas que padecen algún tipo de limitación funcional o discapacidad crónica también incremente, aumentando así la demanda de cuidados formales e informales de manera permanente (Nieto et al., 2018).

Tal y como indican los resultados recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), referentes a la capacidad funcional de los adultos mayores de 37 países diferentes, por lo general, los individuos tienen puntuaciones relativamente altas en edades avanzadas. Sin embargo, los resultados también muestran que a medida que va incrementando la edad, la capacidad de las personas mayores de satisfacer algunas de sus necesidades básicas disminuye. Esto especialmente concierne al género femenino, dado que a partir de los 80 años existe un número mayor de mujeres que pierden la capacidad funcional en comparación a los hombres (OMS, 2020).

Tomando como ejemplo a los Estados Unidos, una de las regiones más envejecidas del mundo, las estadísticas nacionales estimaron que la cantidad de personas que requerirían de servicio de cuidados de larga duración podría duplicarse entre 2000 y 2050, llegando a unas 27 millones de personas (Departamento de Salud y Servicios Humanos y Departamento de Trabajo de EE.UU., 2003). Debido a lo anterior, y para mantener la sostenibilidad de los sistemas de prestación de cuidados y de financiamiento, los gobiernos en diferentes partes del mundo han estado implementando reformas en materia de salud pública y cuidados de larga duración (Shiba, Kondo, N. & Kondo, K., 2016). No obstante, el rápido y continuo incremento en el número de personas con algún tipo de limitación funcional o discapacidad crónica hace que la oferta de cuidados

formales, muchas veces, sea incapaz de hacer frente a la demanda de cuidados de larga duración (Bruhn & Rebach, 2014). Eso también se explica por el hecho de que los sistemas de asistencia socio-sanitaria fueron diseñados principalmente para las fases agudas de cualquier enfermedad y por lo tanto no pueden satisfacer las necesidades de atención a largo plazo (Verbakel, Metzelthin & Kempen, 2018).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la gran mayoría de adultos mayores dependientes prefiere envejecer en casa, en un entorno que es familiar para ellos y rodeados de gente cercana (OMS, 2020). Asimismo, en los países con un gasto público bajo, muchas familias no pueden afrontar el costo económico que supone contratar servicios formales de cuidado para la persona dependiente, ya sea en su domicilio particular o en residencias y centros de salud especializados. En tales casos, los cuidados informales, proporcionados por algún miembro de la familia de forma no remunerada, surge como la 'solución' al problema. En los últimos años los cuidados informales se han expandido incluso en los países más desarrollados donde existe poca responsabilidad familiar e importante apoyo gubernamental en materia de dependencia (Verbakel et al., 2018; Verbeek-Oudijk, Woittiez, Eggink, & Putman, 2014). Por su parte, en los países en vías de desarrollo, por ejemplo, en América Latina, existe una larga tradición de cuidados informales, donde dicho rol casi siempre ha sido asumido de forma exclusiva por alguna mujer de la familia debido al predominio de los patrones culturales patriarcales en la región.

Considerando el impacto que tienen los cambios socio-culturales, económicos y políticos en las dinámicas de cuidados informales en los países latinoamericanos, este trabajo ofrece una reflexión crítica acerca de las necesidades actuales de los cuidadores informales de personas mayores en Chile, uno de los países con los índices más altos de envejecimiento en la región, desde una perspectiva de género. Es un tema que requiere de mayor atención tanto por parte de la investigación como de las políticas públicas, ya que de momento el foco principal ha sido la satisfacción de las necesidades de personas mayores dependientes, habiendo un déficit de consideración acerca de la calidad de vida y el bienestar del cuidador informal.

Perspectivas teóricas sobre el estrés del cuidador

Los cuidados informales de larga duración es una fuente importante de estrés continuo que puede impactar seriamente la salud del cuidador principal. El tiempo que el cuidador invierte diariamente en el cuidado de un tercero, las tareas que desempeña, la pérdida progresiva de la

funcionalidad de la persona dependiente, hacen que el cuidador informal tenga que enfrentar nuevas demandas físicas, psicológicas, sociales y económicas, incrementando gradualmente el estrés que experimenta. En ese sentido, una de las perspectivas teóricas más ampliamente utilizadas en el área de los cuidados informales es la del estrés transaccional desarrollada por Lazarus and Folkman (1984).

Los autores definieron el estrés como una relación entre la persona y el entorno que es significativo para esa persona, y que pone a prueba o excede los recursos de afrontamiento, siendo esta definición la base de la teoría del estrés y del afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Según estos autores, no es el individuo ni su entorno que por sí solos producen el estrés, sino más bien la compleja transacción bidireccional que se establece entre ambos. Además, la literatura que analiza a la teoría transaccional coincide en gran medida en que la percepción o la valoración que el individuo hace de la situación incide en sus emociones, así como en sus estrategias de afrontamiento. Por lo tanto, en términos generales, la teoría del estrés y del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) destaca que el proceso de estrés es un ciclo continuo de transacciones entre el individuo y el entorno, que se vive como una alteración del equilibrio y de los procesos adaptativos que se ponen en marcha para resolver este desajuste (Biggs, Brough & Drummond, 2017).

A la vista de la teoría del estrés y del afrontamiento, la (sobre)carga del cuidador informal se contempla como el principal factor estresante que se ve afectado por los antecedentes del cuidador y el contexto de los cuidados. La carga, a su vez, afecta de forma directa tales aspectos como la salud física y mental del cuidador, así como de forma indirecta a través de tensiones entre diferentes roles y las tensiones intrínsecas. El afrontamiento atenúa estas relaciones, permitiendo explicar las diferencias en los niveles de bienestar de los cuidadores que experimentan situaciones similares (Figueiredo, 2017). Sin embargo, las estrategias de afrontamiento del cuidador por sí solas no son lo suficientemente eficaces para combatir el estrés, ya que depende de la naturaleza de los factores estresantes y de los factores externos como el apoyo social (Folkman, 2008).

El modelo teórico de Lazarus y Folkman (1984) permite comprender mejor la relación entre la carga percibida de los cuidadores informales de larga duración y su bienestar subjetivo. En particular, ha comprobado que la relación entre el cuidador y la persona cuidada, el apoyo social y diferentes tipos de afrontamiento desempeñan un papel importante en los niveles de bienestar del cuidador (Gangan, 2019). Sin embargo, dicho modelo no hace hincapié en el papel que juegan las características del

cuidador, como por ejemplo su género, situación socio-económica, o nivel educacional. En ese sentido, se hace necesario complementarlo con otras perspectivas teóricas que permitan entender cómo el estrés y las estrategias de afrontamiento podrían variar de acuerdo a factores socio-demográficos de la población.

La teoría del curso de vida (Elder, 1977) ayuda a comprender las diferentes trayectorias emprendidas por los individuos, tales como sus opciones de desarrollo profesional, o las decisiones asociadas a los cuidados informales. Todos los eventos que suceden a nivel individual o familiar pueden interpretarse mediante el análisis de las trayectorias de vida que se ven influidas por las condiciones histórico-sociales, culturales, políticas y económicas externas.

Como señalan Elder et al. (2003), el enfoque del curso de la vida puede entenderse mejor desagregando sus ideas generales en cinco principios que constituyen su marco teórico. En primer lugar, es importante considerar el desarrollo humano y el envejecimiento como un proceso continuo que implica el desempeño de múltiples roles a lo largo de las diferentes etapas de la vida. En segundo lugar, la agencia de las personas está limitada por las oportunidades que la sociedad les brinda. En el ámbito de los cuidados esto podría referirse al apoyo formal que la sociedad ofrece a la persona dependiente y a su familia. En tercer lugar, las circunstancias geográficas e históricas determinan en gran medida los acontecimientos en los que participan las personas a lo largo de su vida. Por ejemplo, la percepción de la responsabilidad de cuidados puede ser muy diferente en dos momentos históricos y geográficos: mientras que en los países más desarrollados y con mayor apoyo gubernamental los cuidados se perciben como una responsabilidad comunitaria, en los países con un régimen de bienestar familiarista son las familias, principalmente las mujeres, quienes comúnmente asumen dicha responsabilidad. Asimismo, el momento en que se producen algunos acontecimientos (como la paternidad temprana, la discapacidad, etc.) también puede implicar numerosas ventajas y desventajas que afectan al proceso individual de toma de decisiones. Finalmente, el último principio se refiere a la importancia de las redes sociales en las que participan las personas. En otras palabras, muchas decisiones individuales están condicionadas por las relaciones con otras personas. Por ejemplo, asumir el rol de cuidador/a informal puede considerarse una decisión conjunta de la pareja o de los hermanos, más que una elección individual.

Un aspecto fundamental que hay que tener en cuenta en la perspectiva del curso de vida se refiere a las diferencias de género, marcadas por las normas y roles históricamente asignados a los hombres y a las

mujeres. Dichas diferencias de género son aún más marcadas entre los segmentos de población de mayor edad, donde los roles de género están más arraigados y tienen una trayectoria más larga. A modo de ejemplo, utilizando una perspectiva comparativa del curso de la vida, Worts, Corna, Sacker, McMunn y McDonough (2016) demostraron no solo que las trayectorias laborales de los adultos mayores estaban sesgadas por el género, sino también que se veían muy afectadas por las políticas de cuidado anteriores y actuales, que diferían según el régimen de bienestar presente en las sociedades.

Debido a lo anterior, considerando el contexto socio-cultural, político, económico e histórico de las sociedades, se podría argumentar que, en los países en vías de desarrollo con gasto social público bajo, las responsabilidades de cuidados informales suelen caer sobre los hombros de las familias, especialmente sobre las mujeres de mayor edad, que asumen el rol de cuidados como una condición 'natural' de su género.

Género y cuidados informales

Los cuidados informales desde la perspectiva de género difícilmente podrían explicarse sin hacer referencia a la división sexual del trabajo que marca los vínculos sociales entre hombres y mujeres, produciendo relaciones basadas en el patriarcado (Hirata, Kergoat, del Conicet & Zykbergberg-Hocquard, 1997), donde prevalece una distribución desigual del trabajo y de las tareas domésticas. Tal y como indican Bruhn y Rebach (2014), tras la Segunda Guerra Mundial, las políticas sociales animaban a las mujeres a incorporarse al mercado laboral, sin embargo, sin olvidar la obligación de cumplir con sus responsabilidades familiares y domésticas. Es precisamente en esa época cuando comienza la compleja tarea del género femenino de compaginar trabajo y responsabilidades familiares al mismo tiempo, lo que se conoce en la historia de la organización familiar como el modelo de doble proveedor/mujer cuidadora.

Dicho modelo sigue presente en la actualidad, y a pesar de la cada vez mayor participación de los hombres en las tareas domésticas y de cuidados, las mujeres siguen teniendo que hacer frente a más horas de trabajo no remunerado en la casa (Mortimer & Shanahan, 2007; Vives, Gray, González & Molina, 2018). Por lo tanto, ellas son más propensas a ser cuidadoras principales, dedicando más horas al cuidado de sus familiares enfermos y ayudándoles con las actividades de la vida diaria, preparación de comidas y las tareas domésticas. Esto, sin lugar a dudas, tiene un impacto significativo en el estado de salud física y mental de las mujeres. Según los resultados de una revisión sistemática reciente acerca

del impacto de cuidados informales sobre la salud de los cuidadores, la intensidad de los efectos de cuidados informales difiere mucho según el género: son especialmente las mujeres y las personas que prestan cuidados intensivos las que suelen sufrir los efectos más negativos sobre su salud, como consecuencia de la prestación de cuidados informales (Bom, Bakx, Schut & van Doorslaer, 2019).

Esto concuerda con los resultados de diferentes estudios internacionales (Lin, Fee & Wu, 2012; Navaie-Waliser, Spriggs & Feldman, 2002; Willert & Minnotte, 2019), según los cuales las mujeres cuidadoras presentan un peor estado de salud mental en comparación a los cuidadores hombres. Este patrón se debe en gran parte a que las mujeres que asumen el rol de cuidadoras suelen dejar su trabajo remunerado, reduciendo así su círculo social, pasan menos tiempo con amigos, y a menudo sustituyen su tiempo libre por actividades relacionadas con cuidados. Asimismo, la carga de cuidados percibida suele asociarse con sentimientos de vergüenza, resentimiento, pérdida de control, y la mala comunicación (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). De este modo, las mujeres cuidadoras informales presentan mayores niveles de estrés y ansiedad, soledad y depresión (Willert & Minnotte, 2019).

Los estudios internacionales también han mostrado que las mujeres que asumen la carga de cuidados de larga duración presentan un estado de salud física peor que el de cuidadores varones. Las mujeres cuidadoras han mostrado mayores niveles de fatiga crónica, problemas estomacales, así como cambio de peso más frecuente (Navaie-Waliser et al., 2002). Un estudio reciente llevado a cabo en España mostró que las mujeres tenían peor calidad de vida relacionada con la salud en comparación a los hombres, especialmente en la dimensión dolor/malestar (del Río Lozano et al., 2017). Del mismo modo, otro estudio español demostró que los cuidados informales suponían mayores riesgos para las mujeres que para los hombres debido a la carga más elevada que asumen las mujeres. Sin embargo, al incrementar la carga de cuidados de los hombres, las desigualdades observadas en las condiciones de salud disminuían notoriamente (Larrañaga et al., 2008).

Estas importantes diferencias en las condiciones de salud de los cuidadores informales de acuerdo al género podrían explicarse en gran medida por las distintas formas de asumir y realizar la tarea de cuidados. Las mujeres que asumen el cargo de cuidadoras son menos propensas a recurrir a otras fuentes de apoyo ya sea formal o informal, y cuando lo hacen esto ocurre mucho más tarde en comparación a los cuidadores hombres (Navaie-Waliser et al., 2002; Yee & Schulz, 2000). Además, la

evidencia empírica muestra que las mujeres suelen desempeñar tareas de cuidados más pesadas (por ejemplo, bañar, asear, vestir, entre otras) (Navaie-Waliser et al., 2002).

Las responsabilidades de cuidados informales de larga duración también ponen en riesgo a las mujeres de experimentar mayores niveles de pobreza en la vejez. Las estimaciones sugieren que una persona que deja el mercado laboral para asumir el rol de cuidador(a) informal pierde a lo largo de su vida más de 115.000 dólares en sueldo, alrededor de 138.000 dólares en la seguridad social y 50.000 dólares en el fondo de pensiones. De esta forma, las mujeres pierden más de 300.000 dólares en ingresos y prestaciones a lo largo de sus vidas (Lee, Tang, Kim & Albert, 2015). La revisión sistemática de 35 estudios llevada a cabo por Lilly, Laporte y Coyte (2007) sugiere que las mujeres cuidadoras en diferentes países tienen más probabilidades que los cuidadores hombres de estar fuera del mercado laboral, de trabajar menos horas en un empleo remunerado o de ajustar sus horarios de trabajo para adaptarse a sus responsabilidades como cuidadoras informales. El impacto negativo de los cuidados de larga duración suele ser más significativo entre las cuidadoras de bajos ingresos, donde las mujeres suelen destinar un mayor porcentaje de sus ingresos en los gastos relacionados con los cuidados, y proporcionar más horas de cuidados semanales. Algunos autores (Lee et al., 2015; Villalobos Dintrans, 2019) lo denominan un círculo vicioso, en el sentido de que las mujeres con bajos ingresos tienden a desempeñar el rol de cuidadoras con recursos económicos limitados, aumentando a la vez su carga financiera por la reducción de horas de trabajo o la jubilación anticipada, experimentando así resultados más negativos. Por lo tanto, las cuidadoras informales mujeres presentan una mayor probabilidad de caer en la pobreza y requerir de ayudas sociales en las etapas posteriores de la vida.

Cuidados informales en América Latina y Chile

Tal y como se ha mencionado anteriormente, América Latina está pasando por una serie de cambios socio-demográficos importantes. La población en muchos países de esta región está envejeciendo a un ritmo acelerado, lo cual implica un aumento significativo de las personas dependientes en un futuro cercano, de esta forma poniendo presión en la demanda de servicios de cuidados. Esta presión afectará no solamente a servicios de salud y de cuidados formales (hospitales, centros de día, residencias de larga duración), sino sobre todo a las familias latinas, ya que muchos países latinoamericanos se caracterizan por tener un gasto público muy bajo, promoviendo así un modelo familiarista (Fernández & Herrera, 2020).

Si bien todavía hay países en una etapa de transición demográfica incipiente, con altas tasas de fecundidad y baja esperanza de vida (por ejemplo, Guatemala, Bolivia), otros países ya están experimentando un descenso notorio en la fecundidad (Paraguay, Honduras), en combinación con un importante aumento en la esperanza de vida (Argentina, Brasil, Uruguay, México). A la vez, un número de países en la región (Chile, Cuba, Costa Rica) ya no alcanza la fecundidad de reemplazo y, además, presenta la esperanza de vida igual a la de los países más desarrollados (CEPAL, 2009).

El caso de Chile puede considerarse de especial interés. Según los datos estadísticos de diferentes organismos internacionales (CELADE, 2002; CEPAL, 2009), la tasa de crecimiento de la población en Chile era inferior al 1% hace diez años y se pronostica que para el año 2030 casi 25% de la población chilena tendría 60 años o más, posicionando al país como el más envejecido de toda Sudamérica (CEPAL, 2009). Además, ya en el año 2009 casi 25% de la población de 60 años o más en Chile presentaba algún tipo de dependencia, de los cuales más de la mitad tenían dependencia severa (SENAMA, 2009). Considerando el rápido crecimiento del grupo de personas de 80 años o más en Chile y la prevalencia de la dependencia en ese grupo etario, la demanda de cuidados informales de larga duración debería incrementar de forma drástica en los próximos años.

Estas tendencias ponen especial presión sobre las mujeres chilenas, que por un lado se han ido insertado cada vez en mayor medida en los sistemas educativo y laboral del país, pero, por otro lado, siguen ejerciendo los roles tradicionales de género de tareas domésticas y cuidados informales de forma desproporcional en comparación a los hombres, asumiendo de esta manera la doble carga. Según Reyes (2018), la brecha de género existente en el trabajo doméstico y de cuidados informales en Chile tiende a ser independiente de la situación laboral de las mujeres y de sus ingresos. Asimismo, de acuerdo a los resultados de la encuesta de uso del tiempo (ENUT, 2015), la cantidad de horas que las mujeres chilenas dedican a diario al trabajo no remunerado es más del doble en comparación a los hombres chilenos, lo cual ocurre en todos los grupos de edad. En lo referente a cuidados informales concretamente, son los grupos etarios más jóvenes (de 25 a 29 años) los que presentan mayor brecha por género (33 horas entre las mujeres frente a 11,2 horas entre los hombres); y los grupos más mayores (de 55 a 59 años), donde las mujeres dedican 2,4 veces más del tiempo en comparación a los hombres chilenos.

En cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores informales en Chile, la encuesta CASEN (2013) mostró que más del 87% de los cuidadores eran mujeres, de alrededor de 51 años en promedio.

Con respecto a su nivel educativo, el 39,4% contaba con la educación básica, mientras que el 49,4% tenía educación media, mostrando así que los cuidados informales son desempeñados principalmente por personas de bajo nivel educativo, que suelen contar con trabajos más precarios. Es de esperarse, entonces, que las personas de quintiles de ingresos más bajos –especialmente las mujeres– renuncien a sus trabajos para asumir la carga de cuidadoras informales, ya que además no suelen poseer suficientes recursos para contratar el servicio de cuidados formales. Es decir, las mujeres chilenas de niveles socio-económicos más bajos son las más impactadas por la demanda de cuidados existente en el país, limitando sus oportunidades de generar ingresos y contribuir al sistema previsional (Leiva et al., 2020; Villalobos Dintrans, 2019).

Estas cifras demuestran que “los hogares latinoamericanos no han avanzado significativamente en la democratización de los espacios privados debido a la modernidad” (Rossel, 2016, p. 42), situando a la mujer en una gran desventaja en lo referente a la carga de trabajo total. Así pues, si los países como Chile con un pronóstico del aumento significativo en las tasas de dependencia no desarrollan políticas públicas que introduzcan cambios sustantivos en lo referente a la demanda de cuidados de larga duración, las mujeres serían las más propensas a sufrir de la sobrecarga del trabajo remunerado y no remunerado. Por lo tanto, existe una necesidad inminente de ‘desfamiliarización’ de servicios de cuidado de larga duración en Chile, que actualmente ponen en riesgo el bienestar físico, social, psicológico y económico de las mujeres que asumen el rol de cuidadoras informales de forma inevitable por falta de recursos y de políticas públicas que perciban la responsabilidad de cuidados como una responsabilidad conjunta entre el estado, la comunidad y la familia (Fernández & Herrera, 2020).

Implicancias para las políticas públicas en Chile

La revisión de los cambios socio-demográficos que están ocurriendo en toda América Latina, y en especial en algunos países como Chile con un proceso de envejecimiento muy acelerado, pone de relieve la necesidad de hablar de la oferta y la demanda de los cuidados a largo plazo y sus implicancias para las políticas públicas. No obstante, al discutir el crecimiento de la población dependiente, muchos estudios se enfocan solamente en la demanda de los cuidados, invisibilizando de cierta forma la oferta existente. Es decir, se ha hecho poco hincapié en la falta de oferta de cuidados formales y cómo esa falta ha sido cubierta por los cuidadores informales, creando una importante desigualdad de género que impacta todos los ámbitos de bienestar de las mujeres que habitualmente asumen este rol (Rossel, 2016).

Asimismo, otro cambio socio-económico importante que está ocurriendo actualmente en países como Chile es la continua incorporación de la mujer en el mercado laboral. Este hecho, sin lugar a dudas, también reduce la disponibilidad de las mujeres para ser las cuidadoras informales, y las sociedades modernas se ven urgidas a buscar nuevas formas de organizar el cuidado. De este modo, es posible anticipar un claro desajuste entre la demanda y la oferta tanto formal como informal de cuidados (Rossel, 2016), un fenómeno que tiene que ser abordado de forma urgente por las políticas públicas del país. Dado que el sistema de cuidados informales se vuelve cada vez más insostenible, es necesario desarrollar políticas públicas que no solamente apoyen a las familias en el cuidado de la persona dependiente, sino que con el tiempo vayan sustituyendo los cuidados informales por los formales.

Así pues, se hace inevitable invertir en el crecimiento de servicios de cuidado formal en Chile. Esto incluye la creación de más servicios que alivien la carga de cuidadores informales, como por ejemplo centros de cuidado de día, o ayuda formal a domicilio. Asimismo, hacen falta más instituciones y residencias que proporcionen cuidados de larga duración a adultos mayores dependientes, a un costo accesible para las familias de bajos recursos, ya que tal y como se mencionó anteriormente, la gran mayoría de cuidadores son mujeres de quintiles de ingresos más bajos. Esto, sin lugar a dudas, tendría un impacto importante en la promoción de igualdad de género en el país, en cuanto a mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, lo cual a la vez permitiría reducir la probabilidad de que ellas caigan en la pobreza a edades más avanzadas.

Siguiendo la misma línea argumental, dado que la gran mayoría de cuidados informales se dan en los quintiles de ingresos más bajos (Fernández & Herrera, 2020; Villalobos Dintrans, 2019), es necesario desarrollar políticas que promuevan el apoyo de servicios de cuidados de base comunitaria, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2019). En ese sentido, hace falta adoptar una perspectiva que se enfoque en la evaluación de necesidades locales específicas de cada comuna. Esto incluye estimar el número de trabajadores de la salud y de asistencia social necesario a nivel comunal según los índices de dependencia, así como crear nuevas oportunidades de voluntariado o de prácticas universitarias capaces de apoyar en las comunas más necesitadas en términos de cuidados informales. En otras palabras, hace falta desarrollar e involucrar en mayor medida a los servicios comunitarios locales, fortaleciendo la perspectiva de cuidados como una responsabilidad compartida entre las familias, las comunidades y el Estado.

De igual manera, se hace cada vez más importante fortalecer el apoyo psicológico a las cuidadoras informales. El número de horas y los esfuerzos que las mujeres destinan exclusivamente al cuidado de la persona mayor dependiente y el poco apoyo familiar, comunitario y estatal que reciben actualmente, tienen un impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud de las cuidadoras principales. Tal y como sugieren los resultados de un estudio reciente llevado a cabo en Chile, es necesario aumentar las redes de apoyo de los cuidadores informales, fortaleciendo los mecanismos de afrontamiento enfocados en lo emocional, lo que mostró tener un impacto positivo en el bienestar de los cuidadores informales (León-Campos, Chonchol, & Miranda-Castillo, 2018). Por lo tanto, es necesario fortalecer los servicios de salud mental para las cuidadoras informales con el fin de aliviar su carga emocional. La mejora en las condiciones de salud de las cuidadoras principales a la vez tendría un impacto positivo en la calidad de cuidados proporcionados a personas mayores dependientes (Villalobos Dintrans, 2019).

Por último, con el fin de hacer frente a las nuevas tendencias socio-demográficas, un aspecto fundamental es aplazar la situación de dependencia en adulto mayor mediante el desarrollo de políticas de envejecimiento activo. En un país como Chile que está envejeciendo a un ritmo muy acelerado, “prevenir y revertir la dependencia debe ser prioritario en la agenda pública” (Leiva et al., 2020, p. 801). Las políticas deberían considerar la promoción de la participación de los adultos mayores en diferentes ámbitos socio-culturales, económicos y de salud, incluyendo la participación en el mercado laboral de acuerdo a las necesidades del adulto mayor, participación en diferentes iniciativas sociales (por ejemplo, voluntariado, transmisión de conocimientos a generaciones más jóvenes), accesibilidad y usabilidad de las nuevas tecnologías para facilitar las tareas cotidianas, fomento de la actividad física, promoción de la atención preventiva de la salud, entre otros. El envejecimiento activo se refiere a un concepto multidimensional, por lo tanto, las políticas públicas han de optimizar las oportunidades del bienestar del adulto mayor en diferentes ámbitos de forma íntegra para que más personas puedan llegar a edades avanzadas siendo autovalentes.

Conclusiones

El acelerado envejecimiento de la población en varios países latinoamericanos como Chile, así como los cambios en la estructura y dinámicas familiares tales como la continua incorporación de la mujer en la fuerza laboral, ponen de relieve la importancia decisiva de abordar la problemática del desajuste entre la demanda y la oferta de cuidados de

personas mayores dependientes. Frente a este nuevo panorama socio-demográfico, es inaceptable que los cuidados informales no remunerados, asumidos en su gran mayoría por las mujeres de estratos socio-económicos más bajos, sea la principal respuesta al insostenible incremento de la demanda de cuidados de larga duración. Como consecuencia de la falta de políticas adecuadas, se produce una importante brecha de género en diferentes ámbitos, desfavoreciendo a la mujer en la participación de actividades remuneradas, su acumulación de ahorros a largo plazo, sobrecarga diaria, y su estado de salud física y mental.

La falta de responsabilidad compartida de los cuidados informales en los hogares de las familias chilenas incide en el deterioro de la salud física y mental de las cuidadoras informales, impactando negativamente en su calidad de vida. En ese sentido, al desarrollar nuevas políticas públicas que aborden el tema de cuidados, es imprescindible considerar el bienestar no solamente del adulto mayor dependiente sino también de su cuidador principal. En particular, son muy necesarias las políticas que faciliten el apoyo comunitario a los cuidadores informales, con especial énfasis en servicios de salud mental para aliviar su carga emocional. Eso tiene que ir en paralelo al desarrollo de más servicios de cuidado formales que sean accesibles a familias de todos los niveles socio-económicos. Del mismo modo, las tendencias regionales sugieren adoptar una visión preventiva, situando la promoción del envejecimiento activo en la vanguardia de la agenda de políticas públicas, con el fin de reducir y de aplazar el declive funcional de los adultos mayores.

Este escenario también ofrece una oportunidad para las futuras investigaciones en el campo de cuidados informales. Son varias las líneas de investigación que deberían ser abordadas en mayor profundidad para poder contribuir al complicado *trade-off* entre la demanda y la oferta de cuidados en Chile. Entre ellas, evaluar los efectos de los niveles de estrés sobre la salud de los cuidadores informales, desde un enfoque de género, y en comparación con la población global. Asimismo, es importante investigar qué tipo de apoyo social (por ejemplo, emocional, cognitivo, instrumental, material) incide de forma más positiva en el bienestar de los cuidadores informales para poder orientar las políticas públicas en la región.

Referencias bibliográficas

- Biggs, A., Brough, P. & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 351-364.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F. & van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e629-e642.
- Bruhn, J. G., & Rebach, H. M. (2014). *The sociology of caregiving*. Springer.
- CASEN (Caracterización Socioeconómica Nacional) (2013). Presentación Resultados Encuesta Casen 2013.
- CELADE (Centro Latinoamericano & de Demografía) (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.
- _____. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA.
- Del Río Lozano, M., del Mar García-Calvente, M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M. & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research*, 26(12), 3227-3238.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos y Departamento de Trabajo de EE.UU. (2003). *The future supply of long-term care workers in relation to the aging baby boom generation: Report to Congress*. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation.
- Elder Jr, G. H. (1977). Family history and the life course. *Journal of Family History*, 2(4), 279-304.
- Elder, G. H., Johnson, M. K. & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In *Handbook of the life course* (pp. 3-19). Springer, Boston, MA.
- ENUT (Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo) (2015). Santiago, Chile.
- Fernández, M. B., & Herrera, M. S. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(1), 30-36.
- Figueiredo D. (2017) Caregiving and Carer Stress. In: Pachana N.A. (Eds.), *Encyclopedia of Geropsychology*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_351
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (p. 460). New York: Springer Publishing Company.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14.
- Gangan, N. V. (2019). Testing a modified model of stress process for understanding quality of life among informal caregivers and assessing their formal service use.
- Hirata, H., Kergoat, D., del Conicet, P. & Zybergberg-Hocquard, M. H. (1997). *La división sexual del trabajo: permanencia y cambio*. Asociación Trabajo y Sociedad.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J. & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 443-450.

- Lee, Y., Tang, F., Kim, K. H. & Albert, S. M. (2015). The vicious cycle of parental caregiving and financial well-being: A longitudinal study of women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(3), 425-431.
- Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., ... & Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(6), 799-809.
- León-Campos, M. O., Chonchol, A. S. & Miranda-Castillo, C. (2018). Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 73-80.
- Lilly, M. B., Laporte, A. & Coyte, P. C. (2007). Labor market work and home care's unpaid caregivers: a systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 641-690.
- Lin, I. F., Fee, H. R. & Wu, H. S. (2012). Negative and positive caregiving experiences: A closer look at the intersection of gender and relationship. *Family relations*, 61(2), 343-358.
- Mortimer, J. T. & Shanahan, M. J. (Eds.). (2007). *Handbook of the life course*. Springer Science & Business Media.
- Naciones Unidas (2019). *World population prospects 2019: Highlights*. New York (US): United Nations Department for Economic and Social Affairs.
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. & Feldman, P. H. (2002). Informal caregiving: differential experiences by gender. *Medical care*, 1249-1259.
- Nieto Rojas, I., Alarcón Escalonilla, A. I., Almenara Rescalvo, C., Mota Santana, R., Valiente Maresca, P. & Orueta Sánchez, R. (2018). Declive funcional: incidencia y valor de varias reglas de predicción en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3), 137-143.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services*. Geneva.
- _____. (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*.
- Reyes, J. (2018). *The second half of the gender revolution: individual and national determinants of couples' division of domestic labour. The case of Chilean couples and International Comparisons* (doctoral thesis). Pontifical Catholic University of Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Rossel, C. (2016). *Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas*. Serie Asuntos de Género N° 135. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- SENAMA (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago, Chile.
- Shiba, K., Kondo, N. & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of epidemiology*, 26(12), 622-628.
- Verbakel, E., Metzelthin, S. F. & Kempen, G. I. (2018). Caregiving to older adults: Determinants of informal caregivers' subjective well-being and formal and informal support as alleviating conditions. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(6), 1099-1111.
- Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I. B., Eggink, E. & Putman, L. S. (2014). *Who cares in Europe?: A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Villalobos Dintrans, P. (2019). Informal caregivers in Chile: the equity dimension of an invisible burden. *Health policy and planning*, 34(10), 792-799.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J. & Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Vives, A., Gray, N., González, F. & Molina, A. (2018). Gender and Ageing at Work in Chile: Employment, Working Conditions, Work-Life Balance and Health of Men and Women in an Ageing Workforce. *Annals of work exposures and health*, 62(4), 475-489.
- Willert, B. & Minnotte, K. L. (2019). Informal caregiving and strains: Exploring the impacts of gender, race, and income. *Applied Research in Quality of Life*, 1-22.
- Worts, D., Corna, L., Sacker, A., McMunn, A. & McDonough, P. (2016). Understanding older adults' labour market trajectories: A comparative gendered life course perspective. *Longitudinal and Life Course Studies*, 7(4), 347-367.
- Yee, J. L. & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164.