

Familia y bienestar en la salud: la experiencia de las madres del *baby boom* en España

MARÍA SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ*

RESUMEN*

Uno de los aspectos clave del proceso de envejecimiento tiene que ver con las familias que conviven y/o atienden a las personas en edades avanzadas. En España, donde buena parte de los mayores conviven con sus familiares o son atendidos directamente por ellos, el papel de la red familiar es determinante para una comprensión cabal del proceso de envejecimiento y de la salud autopercebida y objetiva de los mayores. Este artículo ofrece una panorámica general sobre cuál es el estado de salud de las madres del *baby boom*, que son hoy las protagonistas del proceso de envejecimiento de la sociedad española.

1. INTRODUCCIÓN

España es uno de los casos paradigmáticos de Estado de bienestar propio del sur de Europa,

* Universidad Carlos III de Madrid, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas (mariasan@clio.uc3m.es).

* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad-FEDER "Familia y envejecimiento en España" (CSO2014-53903-C3-3-R); y del proyecto "Población, familia y envejecimiento en el mundo contemporáneo: dimensiones de un proceso en marcha" (S2015/HUM-3321) cofinanciado por el Fondo Social Europeo. Versiones preliminares de este trabajo han sido presentadas en Corea del Sur (IUSSP), Chicago (SSHA) y en la Universidad de Umeå (Suecia), junto con David Reher, Miguel Requena y Alberto Sanz, a los que nuestro mi más profundo agradecimiento. También agradezco las útiles sugerencias recibidas por parte de Alfonso Notario, médico del Hospital Universitario de Leganés (España).

que se caracteriza por la presencia de lazos familiares fuertes, lo que sitúa a la familia en el centro de la atención sanitaria y protección social a los miembros dependientes del hogar (Reher, 1998; Fuentes y Callejo, 2011). Como otras sociedades del sur de Europa, la española ha presentado históricamente un perfil familiar, caracterizado por una mayor concentración doméstica, una mayor proporción de hogares numerosos, un número relativamente elevado de hogares complejos y una menor propensión de los ancianos a vivir solos (Requena, 2001). Y lo que tal vez es más importante, poderosas inercias históricas han hecho que la solidaridad familiar siga siendo reconocible tras haber experimentado el impacto de los procesos de modernización económica y social.

El reto que en la actualidad plantea el cuidado y la atención de los mayores es muy distinto a como fue en el pasado. Por un lado, el proceso de envejecimiento está dando lugar a un mayor número de personas necesitadas de cuidado durante un período más largo de sus vidas. Por otro lado, la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral plantea un reto para la eficacia y sostenibilidad del cuidado de los mayores, ya que cada vez menos mujeres, que son las que tradicionalmente se han hecho cargo de estas tareas, están disponibles para tomar responsabilidad completa de su cuidado. La intersección de estas dos dinámicas –aumento de la demanda de cuidado y disminución en las potenciales cui-

dadoras— es lo que se ha identificado como ‘crisis del cuidado’ (Hochschild, 1995). Como respuesta a esta crisis del cuidado, durante la última década ha habido toda una serie de reformas legales que han tratado de aliviar la carga que supone a las familias el envejecimiento de la población. Un momento decisivo fue la introducción en el año 2006 de la Ley de Dependencia española¹. Esta ley reconoció el cuidado de los ancianos como un derecho universal, garantizando una amplia cobertura de las necesidades crecientes de atención. La Ley de Dependencia representó un cambio de paradigma: “el supuesto abandono de que la familia era la principal proveedora de bienestar de los dependientes” (CES, 2011; Ibáñez y León, 2013). Sin embargo, la implementación de este sistema fue interrumpido por la crisis financiera de 2008. Como resultado de ello, la disposición actual de los servicios y prestaciones de transferencia de dinero en efectivo solo satisfacen una proporción limitada de la demanda de atención (Rodríguez y Marbán, 2013). La persistencia de la institución familiar como eje vertebrador del cuidado y de la atención a las personas mayores nos sitúa, por tanto, en la premisa de que a la familia le corresponde un papel importante de cara a la situación de la salud y del bienestar de los ancianos que ya están experimentando el envejecimiento de la población (Moor *et al.*, 2013; Reher, 2015; Sánchez-Domínguez y Serrano, 2015); en concreto, a las madres del *baby boom*, objeto de estudio de este artículo. Las madres del *baby boom* (mayores de 64 años en la actualidad), que en otro tiempo fueron las protagonistas de uno de los fenómenos demográficos sin precedentes en la historia demográfica del siglo XX en España, son hoy las protagonistas del proceso de envejecimiento de la sociedad española.

Recientes estudios han señalado que la familia es una fuente de apoyo que promueve tanto el bienestar subjetivo como el grado de satisfacción que manifiestan los mayores con respecto a sus vidas y previenen o mitigan los trastornos emocionales asociados a la vejez (García *et al.*, 2005; Zunzunegui *et al.*, 2001). Al hilo de estas investigaciones, este artículo se propone describir en qué medida la composición del grupo familiar, así como sus intervenciones, traducidas mayormente en contribución emocional, apoyo y cuidados, afectan a la calidad del

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

envejecimiento de las madres del *baby boom* en España. Para ello se ha empleado la salud auto-percibida, un indicador general subjetivo del estado de salud que refleja la percepción que tienen las personas sobre su bienestar físico, emocional, psicológico y sociocultural. También se suele emplear como indicador que mide el grado de satisfacción de las personas con los servicios públicos de atención y cuidado a los mayores (Girón, 2010). La pregunta de investigación concreta es: “¿qué tan importante es el cuidado de la familia y la ayuda que reciben las madres del *baby boom* para su salud autopercibida, o, dicho de otro modo, para el bienestar físico, mental o emocional de estas mujeres?”.

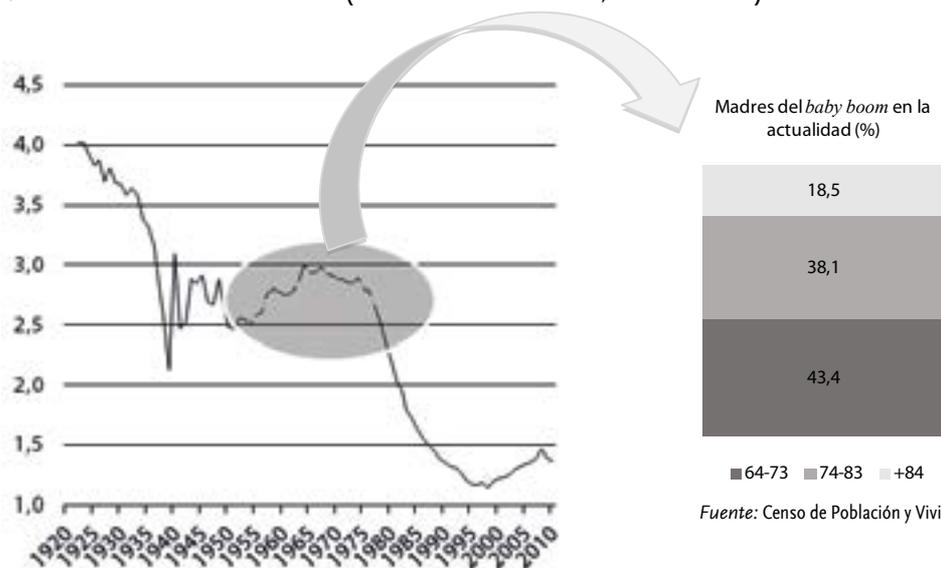
2. EL *BABY BOOM* EN ESPAÑA

España constituye un ejemplo interesante tanto por el contexto histórico como por el modo en que se produjo el *baby boom*. Si bien es cierto que la Segunda República Española (1931-1939) situó a España al mismo nivel que los países más equitativos en cuanto a la igualdad de género, la guerra y su desenlace alteraron el curso de los acontecimientos. La Constitución de 1931 representó un cambio importante en la situación de las mujeres. Desde el punto de vista de la familia, se introdujo una legislación liberal e igualitaria (matrimonio civil). La Guerra Civil puso fin a esta evolución, y la dictadura autoritaria a partir de 1939 impuso normas sociales, políticas y religiosas conservadoras muy estrictamente. Pese a todo ello, a partir de finales de los años cincuenta se produjo en España un proceso de cambio económico y social. En los años sesenta y setenta, aumentó la escolarización y el nivel de riqueza, iniciándose una aproximación a otros países avanzados de Europa. En 1975 España se encontraba preparada para la profunda transformación política y social que catalizó la muerte del dictador. Los años sesenta y primeros setenta, que constituyeron una fase de transición económica en el marco de un sistema político dictatorial, proporcionaron un telón de fondo muy interesante para el *baby boom* en España.

Volviendo atrás, en la década de 1930 la fecundidad era bastante alta, aunque comenzó a disminuir rápidamente (gráfico 1). “En el período alrededor y justo después de la Guerra Civil (1936-1945)” resultó muy difícil saber exacta-

GRÁFICO 1

EL BABY BOOM EN ESPAÑA (TASAS DE FECUNDIDAD, 1920-2010)



Fuente: Censo de Población y Viviendas 2011.

Fuente: Developed Countries Database, INED.

mente lo que estaba sucediendo con la fecundidad. Superado ese tumultuoso período, los nacimientos siguieron descendiendo hasta aproximadamente 1950, cuando se produjo un cambio de tendencia. Al principio, los aumentos en el número de nacidos fueron modestos, pero a finales de 1950, y especialmente en la década de 1960, se aceleró el *baby boom*. La fecundidad en España se mantuvo alta hasta 1977-1978, cuando el *baby boom* dio paso al *baby bust*.

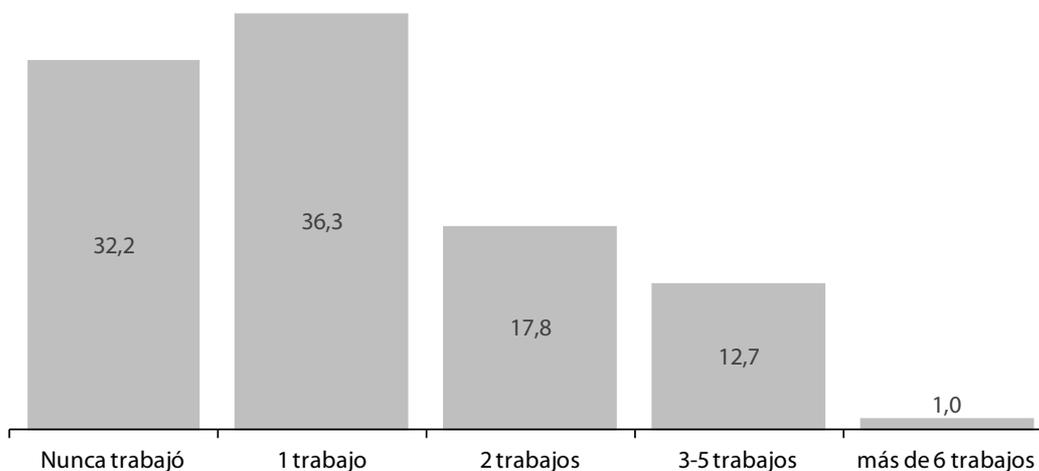
El *baby boom* se produjo como consecuencia del auge del matrimonio. Durante este período aumentó el número de parejas que se casaban a edades cada vez más tempranas. La combinación de una edad más temprana en el matrimonio, de una disminución en el celibato permanente y de una contracepción imperfecta (Reher *et al.*, 2013) "implica que una proporción más grande de la población está expuesta a la concepción durante más años" (van Bavel y Reher, 2013), y ello no solo porque las mujeres se casaban antes, sino también porque el número de años que eran sexualmente activas aumentó. El incremento en los matrimonios fue el producto de un optimismo vital generalizado durante este período. Había buenas razones para este optimismo.

Como ya se ha apuntado, a pesar de las dificultades de la posguerra, el desarrollo arrancó a finales de la década de 1950, con la posterior modernización y apertura de la economía y el creciente dinamismo de la sociedad. El período de 1955 y 1975 se caracteriza por una intensa transformación económica y social. A pesar del régimen político, eran tiempos buenos para formar una familia. Cuando se inició el *baby boom*, España seguía siendo un país en desarrollo y sumamente tradicional. Las mujeres raramente participaban en el mercado laboral (gráfico 2), excepto antes de su matrimonio o antes del nacimiento del primer hijo (Sánchez-Domínguez y Lundgren, 2015).

Las madres del *baby boom* también tenían un nivel de estudios bajo. La expansión educativa no se inició en España hasta mediados de la década de 1950, provocada por un creciente nivel de industrialización. El analfabetismo descendió del 23 por ciento en 1940 al 12 por ciento en 1970, y al mismo tiempo aumentaba la proporción de mujeres con títulos universitarios (Martínez, 2006; Bernardi y Requena, 2008). La expansión de la educación superior, sin embargo, solo llegó a las clases medias y trabajadoras en la década de 1970, cuando el *baby boom* prácti-

GRÁFICO 2

NÚMERO DE TRABAJOS EN LA VIDA DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM* (PORCENTAJE)



Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 3 (2010).

camente ya había llegado a su fin. Por lo tanto, la expansión del sistema educativo afectó principalmente a los *baby boomers*, no a sus madres. El fin de la dictadura (1975) trajo consigo la legalización de los métodos de control de la natalidad, así como la ley del divorcio en el año 1981, cuando las madres del *baby boom* ya habían finalizado su período reproductivo. Todos estos elementos acompañaron el fin del *baby boom* y el inicio del *baby bust*.

El periodo del *baby boom* español fue protagonizado por las mujeres nacidas entre 1920 y 1952. La mayor parte de la historia reproductiva de las mujeres que en la actualidad son mayores de 84 años se produjo entre los años 1935 y 1955, en la primera fase del *baby boom*; las mujeres de entre 74 y 83 años tuvieron sus vidas reproductivas en los años del auge de la fecundidad, entre 1950 y 1975; y, finalmente, las mujeres de 64 a 73 años son aquellas que participaron en la fase final del *baby boom* y fueron las pioneras del subsiguiente descenso de la fecundidad, con historias reproductivas que abarcan el período 1965-1990.

En la actualidad, las madres del *baby boom* representan el 21 por ciento de la población femenina total española (4,9 millones). Dentro

de este grupo, dos de cada diez mujeres son mayores de 84 años, cuatro de cada diez tienen entre 74 y 83 años, y dos de cada cinco, entre 64 y 73 años de edad (gráfico 1, panel derecho). Por tanto, esas madres ya forman parte de la población mayor española.

3. FUENTES DE DATOS Y CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM*

La fuente de datos principal para este estudio es la Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust*. La encuesta se llevó a cabo entre enero y abril del año 2012, con fecha de referencia de 1 de marzo de 2012². La muestra total, representativa a nivel nacional, se compone de un total de 1.021 entrevistas realizadas a mujeres mayores de 60 años de edad (64 en la actualidad). Esta encuesta se diseñó con el objetivo

² Esta encuesta se realizó dentro del proyecto "El *baby boom*: nuevas perspectivas y nuevos retos. Una iniciativa de investigación"(CSO2011-24625), dirigido por David Reher.

de recabar información sobre los diferentes factores que influyeron en las estrategias matrimoniales y reproductivas de las mujeres españolas durante el *baby boom*, pero también incluye toda una serie de aspectos relacionados con la situación actual de la mujer, en concreto, sobre su estado de salud y de bienestar. De este modo, la encuesta ofrece datos de carácter sociodemográfico (historia matrimonial y reproductiva), información sobre situación coresidencial, sobre el estado de salud de la mujer, sobre su experiencia laboral, y sobre ciertas actitudes y valores relacionados con la función asistencial de la familia.

Además, se emplean datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE, sus siglas en inglés), cuyo principal objeto de estudio es ahondar en las condiciones de vida de la población de edad avanzada en Europa. Esta encuesta se ha llevado a cabo en oleadas sucesivas (2004, 2006-2007, 2008-2009, 2011 y 2013) e incluye datos sobre un amplio elenco de países europeos (el número de países varía según la oleada). En cada uno de estos años, personas mayores de 50 años de edad fueron entrevistadas con el fin de conocer su estado de vida actual, su relación con la familia y la forma en que interactúan con ella. Estas oleadas también contienen una amplia información acerca de las principales características sociodemográficas de los entrevistados, su salud y su bienestar general. En este artículo se emplean datos tanto de la tercera como de la cuarta oleada (Börsch-Supan, 2010 y 2013). La tercera oleada, SHARELIFE (2008-2009), difiere de las otras oleadas en tanto que vincula los datos micro (individuales) sobre toda la vida de los encuestados con los datos macro (institucionales). Permite así evaluar el efecto total de las intervenciones del Estado de bienestar en la vida del individuo.

Las variables que constituyen la base descriptiva de este artículo son las que a continuación se detallan.

- La *salud autopercebida*. Esta variable es un registro subjetivo de la salud percibida de la mujer en los últimos doce meses. La pregunta en ambas fuentes de información es la siguiente: "En los últimos doce meses, ¿cómo definiría su estado de salud?". Las respuestas posibles son: "muy bueno", "bueno", "regular", "malo" o "muy malo". En función del ámbito de análisis, nacional o internacional, se manejan dos agrupacio-

nes diferentes. La descripción del estado de salud a nivel nacional se agrupa en cuatro categorías: "muy bueno", "bueno", "regular" y "malo" (esta última categoría engloba "malo" y "muy malo"). La comparativa internacional, con el fin de simplificar la interpretación, hace uso de una variable dicotómica: "salud autopercebida positiva" [SPP] ("muy buena/buena") y "salud autopercebida negativa" [SPN] ("regular/mala/muy mala").

- La *contribución de la red familiar a la salud y al bienestar de las mujeres*. La pregunta es la siguiente: "En los últimos 10-15 años, ¿en qué medida considera que ha contribuido a su salud y bienestar general cualquiera de los miembros de su familia?". Las respuestas posibles son: "bastante", "poco" y "nada". Esta información se complementa con otra variable dicotómica que recoge si la persona se encuentra satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema.
- La *salud objetiva* se mide a través de los principales problemas de salud de las madres del *baby boom*.

Finalmente, se incluye información específica sobre la *situación coresidencial* de las madres del *baby boom* así como sobre su *nivel de estudios*, su *salud en la infancia* y la *región de residencia*. El nivel de estudios permite estimar si existe o no una situación de desventaja en cuanto a la salud percibida de estas mujeres.

La edad de las mujeres es un elemento clave a la hora de interpretar las distribuciones en función de su estado civil actual, de su nivel de estudios y de su situación de convivencia (cuadro 1). En cuanto al estado civil, tres de cada cinco mujeres de entre 64 y 73 años se encuentran casadas en el momento de la encuesta, mientras que el número de las mujeres viudas aumenta conforme lo hace la edad de las mujeres. El peso de las mujeres separadas y divorciadas es muy bajo, dado que el divorcio no fue aprobado en España hasta el año 1981 y solo las mujeres más jóvenes pudieron acceder a él (9 por ciento). En los niveles de educación también se ve cierto efecto de selección relacionado con la edad y con la expansión de la educación en España. El 70 por ciento de las mujeres más jóvenes no pasaba de los estudios primarios, cifra que aumenta nota-

CUADRO 1

ALGUNAS DISTRIBUCIONES BÁSICAS DE LA ENCUESTA ESPAÑOLA SOBRE EL *BABY BOOM* Y EL *BABY BUST*

<i>Edad</i>	64-73	74-83	84+	Total
Tamaño muestral	407	342	272	1021
%	39,9	33,5	26,6	100,0
Estado civil				
Soltera	7,6	5,8	5,9	6,6
Cohabitando	1,5	0,0	0,0	0,6
Casada	60,9	45,0	23,9	45,7
Separada/divorciada	9,1	3,2	1,1	5,0
Viuda	20,9	45,9	69,1	42,1
Educación				
Primaria o menos	70,0	84,8	87,4	79,6
Secundaria	20,8	10,9	9,6	14,5
Universidad	9,2	4,4	3,0	5,9
Situación coresidencial				
Vive en residencia	0,0	0,0	7,7	2,1
Vive sola	19,7	37,1	42,3	31,5
Vive con familiares	80,3	62,0	46,7	65,2
Vive con otras personas	0,0	0,9	3,3	1,2
Relación de parentesco				
Con ascendientes	4,6	1,9	0,0	3,0
Con su marido	53,3	57,1	37,4	51,6
Con hijos/nietos	35,4	34,3	44,2	36,7
Con otros parientes	6,7	6,7	18,4	8,8

Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

blemente en las mujeres que tienen más de 74 años en la actualidad. Paralelamente, se observa cierta expansión de la educación secundaria y universitaria entre las más jóvenes de ese colectivo, aunque siguen siendo una minoría. La situación coresidencial se relaciona claramente con el ciclo vital. A medida que aumenta la edad, lo hace también la propensión de las mujeres a vivir solas, en una residencia de mayores o con otras personas. Con el paso del tiempo, las mujeres van perdiendo a los familiares con los que convivían, en especial su pareja, y, por otro lado, las mejoras en la salud y en el sistema de pensiones les permiten mantener su autonomía a edades avanzadas. Esta situación contrasta claramente con las más jóvenes, las cuales conviven mayoritariamente con sus parejas, hijos o nietos y, en menor proporción, con sus padres (4,6 por ciento), seguramente como sus cuidadoras.

4. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL BIENESTAR DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM*

La vejez está generalmente asociada con el deterioro, la pasividad o la tristeza. No obstante, existen numerosas evidencias empíricas que contradicen las representaciones negativas asociadas a esta fase del ciclo vital. Los mayores tienen un alto nivel de satisfacción vital, bienestar y felicidad (Lacey y Ulbel, 2006). También poseen múltiples recursos y fortalezas personales, como la adaptabilidad al cambio y la capacidad de afrontar situaciones de pérdida de vínculos, fundamentalmente, por la muerte de los seres queridos, amigos o vecinos. La pérdida del cónyuge, si bien siempre dolorosa, lo es especialmente más en el caso de las madres del *baby*

boom, pues la mayoría de ellas ha convivido toda su vida con el que fue, en la mayor parte de los casos, su primer 'novio'. La pérdida de familiares y amigos a lo largo de la vejez podría traducirse en una vida social escasa y de apoyos familiares insuficientes, lo que podría derivar en situaciones de aislamiento social y soledad. Esta situación la experimentarían más las mujeres que los varones, dada su mayor longevidad. Los gráficos 3 y 4 revelan una realidad muy diferente. Primero, el gráfico 3 muestra el muy elevado nivel de satisfacción de las madres del *baby boom* con respecto a la contribución de su red de apoyo informal a su propio bienestar emocional y físico.

Destaca la importancia atribuida a la familia en cuanto proveedora de bienestar general y fuente de buena salud (90 por ciento). También hay un elevado grado de satisfacción en cuanto a la ayuda que reciben cuando tienen problemas (84 por ciento) y sobre el tiempo que pasan con su familia (78 por ciento), por lo que las situaciones de aislamiento personal y social quedarían descartadas cuando miramos a la realidad social de estas mujeres en España.

Segundo, el gráfico 4 muestra la relación entre la contribución de la familia a la salud y

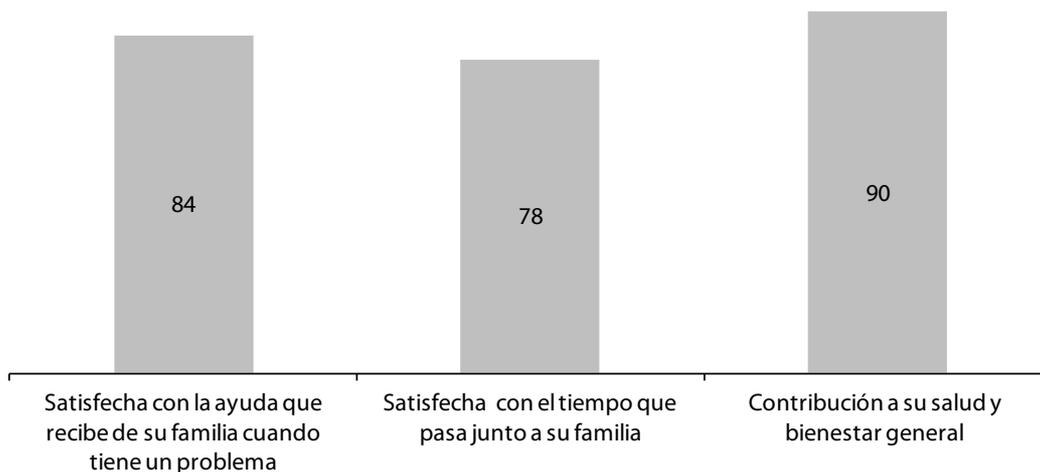
al bienestar de la mujer en función de su situación corresidencial actual. El mayor grado de satisfacción con la contribución de las relaciones familiares a la salud de las mayores españolas se encuentra entre las mujeres que conviven con sus familiares y que viven solas, seguido de aquellas mujeres que viven en residencias de mayores o con otras personas que no son familiares.

Este indicador nos está ofreciendo la constatación de la importancia de lo que venimos hablando hasta ahora: a la familia le corresponde un papel muy importante de cara a la forma en que se desarrolla el envejecimiento individual, puesto que los vínculos familiares son una fuente importante de bienestar emocional en la última etapa del ciclo vital.

Cabe preguntarse si estos vínculos familiares fuertes son una peculiaridad del caso español o si, por el contrario, es una realidad generalizada en las mayores que residen en los países de nuestro entorno europeo. Con el fin de esclarecer este interrogante hemos recurrido a los datos de la cuarta oleada de SHARE (2011) (gráfico 5). Esta encuesta preguntó a los mayores europeos sobre si habían recibido ayuda por parte de su red informal cuando tuvieron un problema de salud,

GRÁFICO 3

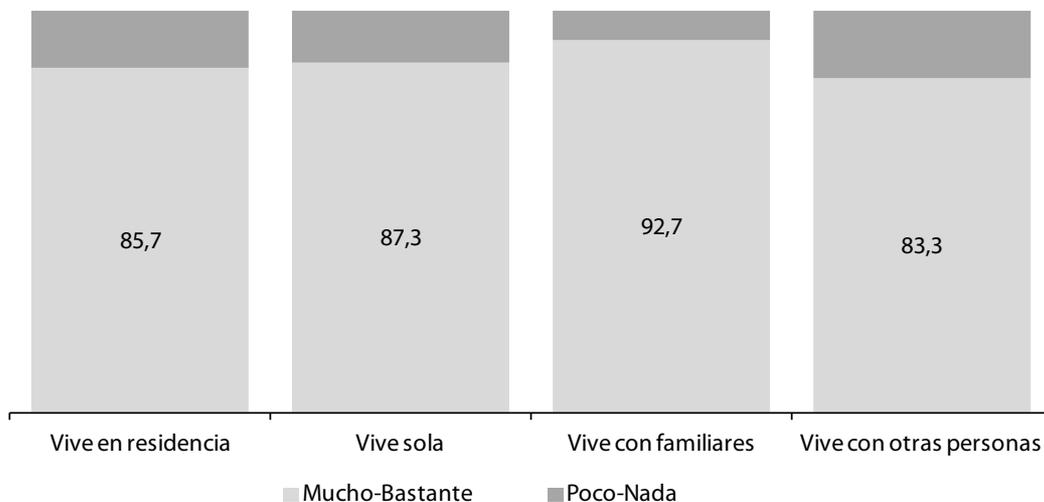
EL VALOR DE LA FAMILIA PARA LAS MADRES DEL *BABY BOOM*: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARAN ESTAR "MUY SATISFECHAS" CON RESPECTO A LA CONTRIBUCIÓN DE SU FAMILIA AL BIENESTAR DE ELLAS (PORCENTAJE)



Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

GRÁFICO 4

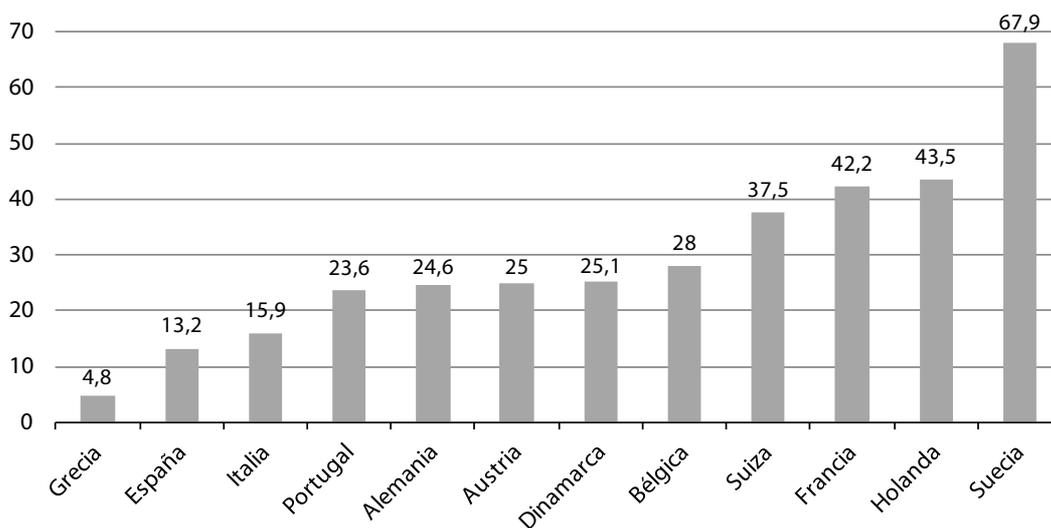
EL VALOR DE LA FAMILIA PARA LAS MADRES DEL *BABY BOOM*: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARAN ESTAR MUY/BASTANTE O POCO/NADA SATISFECHAS CON RESPECTO A LA CONTRIBUCIÓN DE SU FAMILIA AL BIENESTAR DE ELLAS, EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CORRESPONDIENTE



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 5

PORCENTAJES DE MUJERES NACIDAS ANTES DE 1957 QUE NO RECIBIERON AYUDA (MONETARIA O DE CUIDADOS) POR PARTE DE SU FAMILIA O AMIGOS CUANDO TUVIERON UN PROBLEMA DE SALUD



Nota: El gráfico se ha construido a partir de la información proporcionada por las mujeres europeas nacidas antes de 1957.

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 4 (2011).

ya fuera ayuda monetaria o ayuda en forma de cuidados y atención. En general, podríamos decir que conforme avanzamos desde el sur europeo hacia los países nórdicos, el porcentaje de mujeres mayores que nunca han recibido ayuda de su red informal aumenta considerablemente. Siete de cada diez mujeres suecas afirmaban no haber recibido nunca ayuda, frente a una de cada diez mujeres españolas. Grecia, Italia y Portugal son, junto con España, los países europeos en los que el papel de la familia destaca por su centralidad en cuanto a la provisión de cuidados informales a las mujeres mayores. En el otro extremo se sitúan Suecia, Holanda, Francia y Suiza, que son los países europeos en los que la presencia de la red familiar se disipa en lo concerniente al cuidado de los mayores. El resto de países europeos se sitúa en posiciones intermedias, con porcentajes que oscilan entre el 25 por ciento y el 28 por ciento de mujeres que nunca recibieron ayuda familiar en caso de enfermedad.

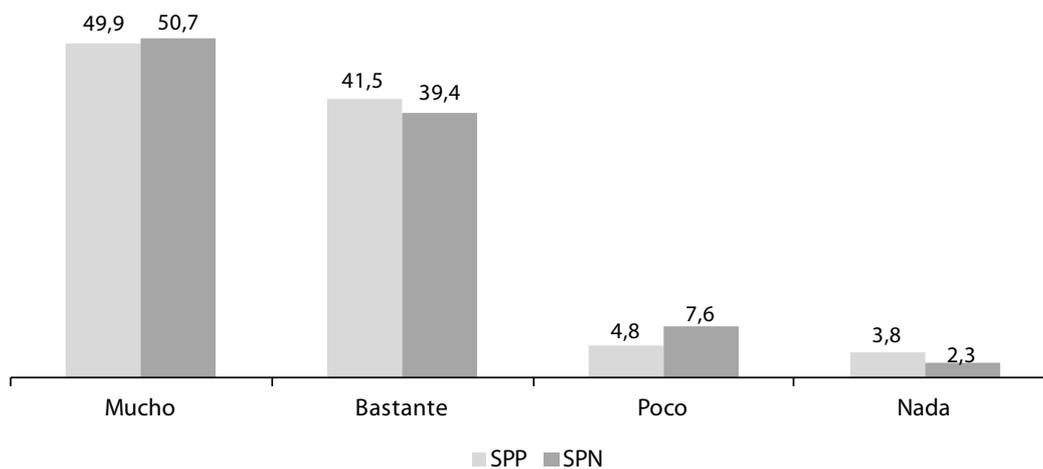
Estos datos ofrecen información sobre los diferentes Estados de bienestar que existen en Europa. Los países del sur de Europa tienen Estados de bienestar “familistas”, en referencia a la centralidad que la institución familiar tiene en la

estructura social y en los mecanismos de protección social (Pérez-Díaz *et al.*, 2010). Esta centralidad conlleva un bajo nivel de provisión pública de servicios de atención de los mayores y la existencia de unas normas culturales en virtud de las cuales se espera que sean las propias familias las que satisfagan estas necesidades básicas de los mayores (Moreno y Bruquetas, 2011). Suecia, que representa el modelo nórdico de Estado de bienestar, cuenta con una amplia provisión pública para el cuidado de mayores y con una política de subsidios de impuestos muy generosa (Fahlén, Hobson y Sánchez-Domínguez, 2015). Esta es la razón subyacente a la baja incidencia de la ayuda recibida por parte de la familia. En el norte europeo, el Estado, y no la familia, es quien satisface las necesidades de atención y cuidado de los mayores.

La centralidad de la red familiar de cuidado y atención de los mayores es un componente esencial de la salud autopercebida de las madres del *baby boom* en España. El gráfico 6 muestra que, independientemente de cuál sea el estado de salud autopercebido de las mujeres, la familia es una fuente de bienestar para ellas. Tanto si la salud subjetiva es positiva como negativa, el

GRÁFICO 6

EL VALOR DE LA FAMILIA PARA LAS MADRES DEL *BABY BOOM*: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARAN ESTAR MUY/BASTANTE O POCO/NADA SATISFECHAS CON RESPECTO A LA CONTRIBUCIÓN DE SU FAMILIA AL BIENESTAR DE ELLAS, EN FUNCIÓN DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA.



Nota: SPP: “salud autopercebida positiva” (muy bueno/bueno); SPN: “salud autopercebida negativa” (regular/malo/muy malo).

Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

50 por ciento de las mujeres afirman que la familia tiene un efecto fundamental sobre su salud, y el 40 por ciento que ese efecto es bastante positivo. Entre las mujeres para las que la familia es poco o nada importante, el 8 por ciento y el 3 por ciento consideran que su salud no es buena, respectivamente.

5. LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES DEL BABY BOOM: SALUD AUTOPERCIBIDA Y SALUD OBJETIVA

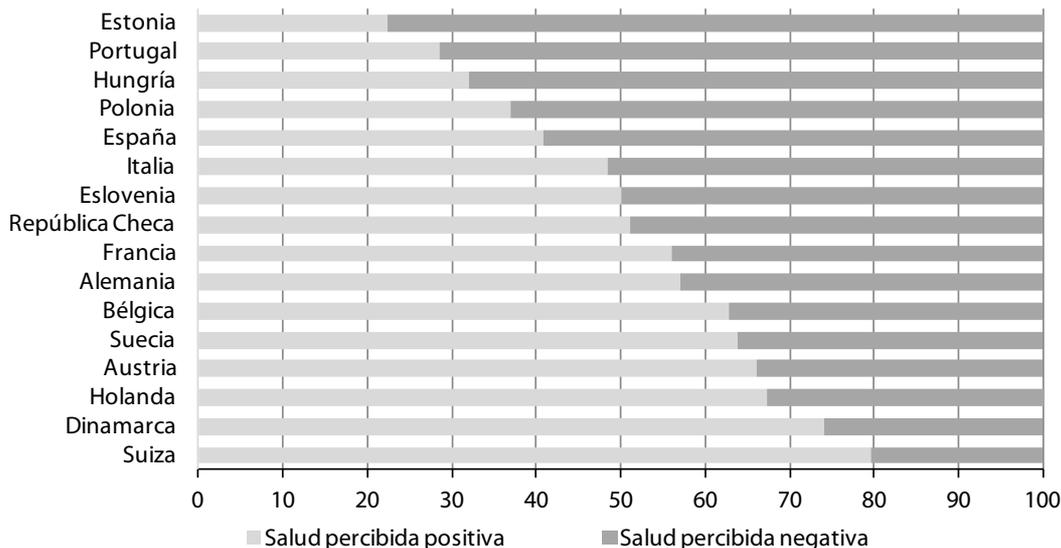
La salud autopercebida es un indicador relevante a la hora de estimar el grado de éxito con el que una sociedad afronta el envejecimiento de su población. La Organización Mundial de la Salud entiende la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, y la define como un continuo biológico, psicológico y social, lo que implica también valoraciones subjetivas de la salud, el bienestar mental y las relaciones sociales. En consecuencia, la salud subjetiva es un aspecto importante en el diagnóstico clínico

de las personas mayores sanas y enfermas, o en las personas mayores con limitaciones funcionales (Dominick *et al.*, 2002; Cipher y Clifford, 2004; Gabriel y Bowling, 2004). Este indicador es también relevante para la vida independiente de las personas mayores, así como para su situación médica objetiva, como veremos más adelante (Pinquart, 2001). Por otra parte, la salud subjetiva es un predictor significativo para la depresión, la hospitalización y la mortalidad en las personas mayores.

El gráfico 7 ofrece una primera aproximación a la salud percibida de las mayores españolas en comparación con las europeas. En general, la salud percibida en Europa es positiva: alrededor de cuatro de cada ocho mujeres califican su salud como “excelente” (5 por ciento total de Europa), “muy buena” (13 por ciento) o “buena” (34 por ciento). Sin embargo, cuando descendemos a nivel de país, las diferencias emergen. Las ancianas que encabezan el *ranking* de mejor salud autopercebida en el continente europeo son las que proceden de Europa central (Suiza: 80 por ciento), Holanda, Austria, Bélgica, Alemania y Francia (con porcentajes que oscilan entre el 56 por ciento y el 67 por ciento) y de los

GRÁFICO 7

SALUD AUTOPERCIBIDA ENTRE LAS MUJERES MAYORES EN EUROPA (2011)



Nota: El gráfico se ha construido a partir de la información proporcionada por las mujeres europeas nacidas antes de 1957.

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 4 (2011).

países escandinavos (Dinamarca: 74 por ciento, y Suecia: 64 por ciento). Por el contrario, las mujeres que en mayor proporción consideran mala su salud son las oriundas de los países mediterráneos, junto con las residentes en los nuevos Estados miembros de la Unión Europea.

España, junto con Italia y Portugal, muestra un bajo índice de salud positiva, en comparación con otros países del norte de Europa (Portugal: 29 por ciento, España: 41 por ciento, e Italia: 48 por ciento). Las mujeres que mayor desventaja comparativa tienen en la salud percibida son las que pertenecen a los Estados miembros que ingresaron en la Unión Europea entre el año 2004 y 2006, con valores que oscilan entre el 22 por ciento (Estonia) y el 51 por ciento (República Checa). No es este el lugar más adecuado, ni se dispone aquí de espacio suficiente, para discutir estos cuatro patrones. No obstante, conviene subrayar que en la base de estas diferencias descansa la importancia y el desarrollo diferencial de los Estados de bienestar en Europa, a los que ya hemos hecho mención en líneas anteriores.

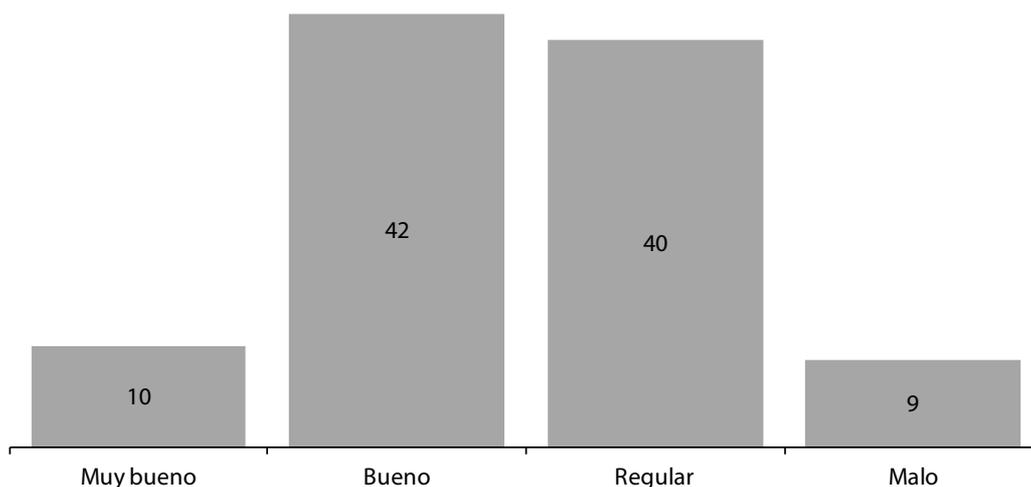
Parte de la explicación de por qué España ocupa una posición relativamente baja se rela-

ciona con la alta proporción de mujeres que manifiestan tener una salud que ni es buena ni es mala, sino "regular" (gráfico 8). Como veremos, esta percepción está relacionada con los problemas de salud objetivos de las mayores españolas.

Cuando se pregunta a las mujeres entrevistadas sobre la percepción de su estado de salud, se aprecia que la distribución se divide más o menos en dos partes bastante igualadas. Aproximadamente la mitad de las mujeres piensan que su estado de salud es muy bueno (10 por ciento) o bueno (42 por ciento) (SPP), mientras que la otra mitad considera su estado de salud como regular (40 por ciento) o malo (8 por ciento) (SPN). Ello se debe al efecto de selección de la edad ya apuntado. Conforme avanza su edad, menor es el grado de satisfacción que muestran las mujeres con respecto a su estado de salud. Estas diferencias podrían explicarse por una mayor proporción de viudas entre las mujeres.

Si bien la percepción de la salud es una variable de opinión, lo cierto es que tiene una altísima correspondencia con la realidad objetiva de estas mujeres. El gráfico 9 muestra la relación entre salud autopercebida y número de problemas de salud. Las mujeres con una peor

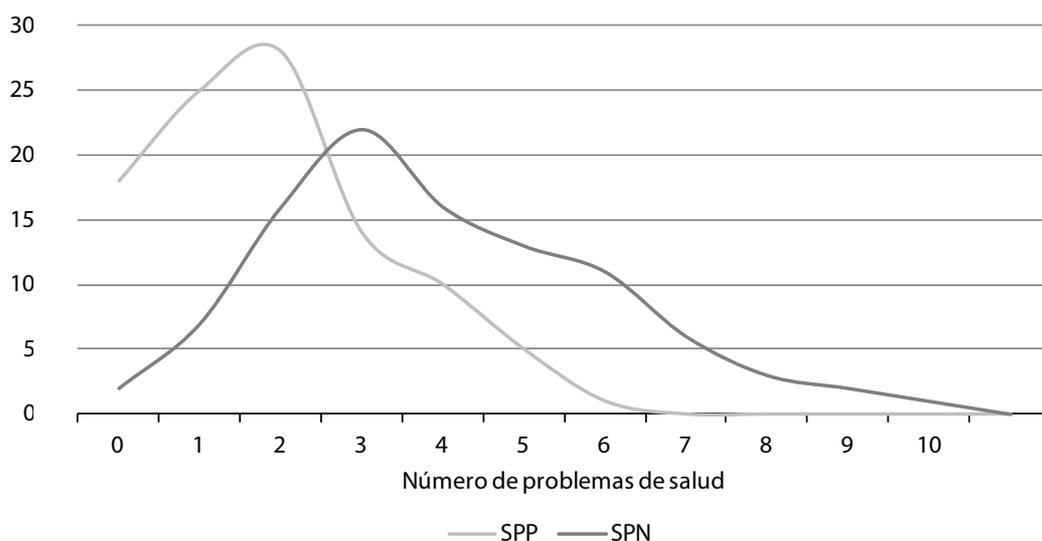
GRÁFICO 8

SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM*

Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 9

SALUD AUTOPERCIBIDA Y NÚMERO DE PROBLEMAS DE SALUD



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

percepción de su estado de salud actual muestran claramente un mayor número de problemas de salud (el número medio de problemas de salud para las que tienen peor salud es de 4). Por el contrario, entre las mujeres con mejor salud (número medio de problemas de salud: 1,94) la salud autopercebida es más positiva. La distribución del número de problemas se corresponde muy bien con la percepción del estado de salud de las mujeres, por lo que cabe afirmar que ambas variables son muy similares, e incluso intercambiables, y apuntan claramente en una misma dirección en cuanto a su interpretación.

Una parte de este estudio presta atención a la influencia de problemas de salud concretos sobre el estado de salud de las mujeres (gráfico 10). En este sentido, según la encuesta, los principales problemas de salud que afectan a estas mujeres son, en primer lugar, la osteoartritis (68 por ciento de las mujeres la padecieron en el último año), seguida, a cierta distancia, por la hipertensión (45 por ciento) y el colesterol (29 por ciento), ambas enfermedades relacionadas, a su vez, con las cardiovasculares. En cuarto al orden de importancia, llama la atención una serie de problemas con un peso menor, pero relevante, pues afectan a más de un 15 por ciento de las entrevistadas,

como los problemas oculares (21 por ciento), la diabetes (19 por ciento), la incontinencia (19 por ciento), las cefaleas (18 por ciento) y la depresión (17 por ciento). Con la excepción de la osteoartritis, que produce dolores poliarticulares que en ocasiones pueden ser discapacitantes para quien los padece, los siguientes siete principales problemas de salud no son discapacitantes per se de la actividad física o emocional (salvo la depresión) en la vida de las mujeres (sin tener en cuenta los estadios evolutivos de dichas patologías). Esta es la razón explicativa de la relación inversa entre problema de salud (salud objetiva) y salud autopercebida positiva (gráficos 10 y 11). Es decir, los principales problemas de salud suelen asociarse con un estado positivo de salud autopercebida.

Los problemas digestivos y las enfermedades reumáticas son las principales causas de la mala percepción de la salud femenina. Ambos grupos de enfermedades tienen una incidencia continua sobre la salud de las mujeres y su vida cotidiana, por lo que se entiende bien su influencia en la percepción de una mala salud. Después, otros problemas, como las enfermedades cardiovasculares, la depresión, las enfermedades de la sangre y la hipertensión, también inciden negativamente en la percepción de la salud. Se

GRÁFICO 10

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD (PORCENTAJE)

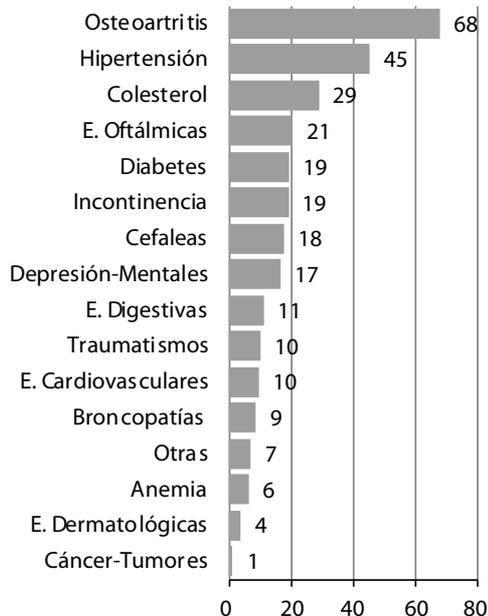
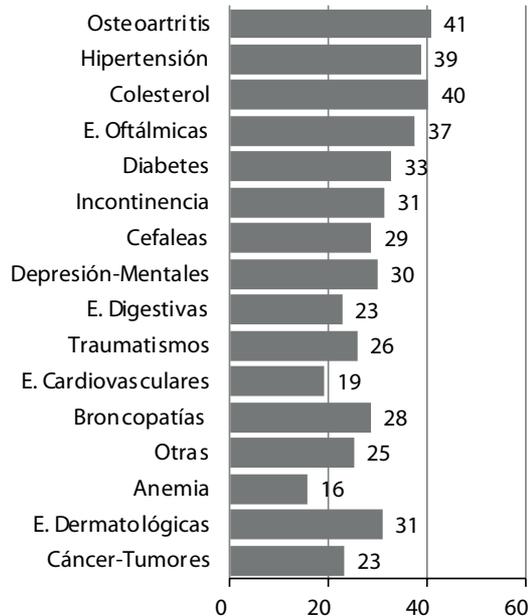


GRÁFICO 11

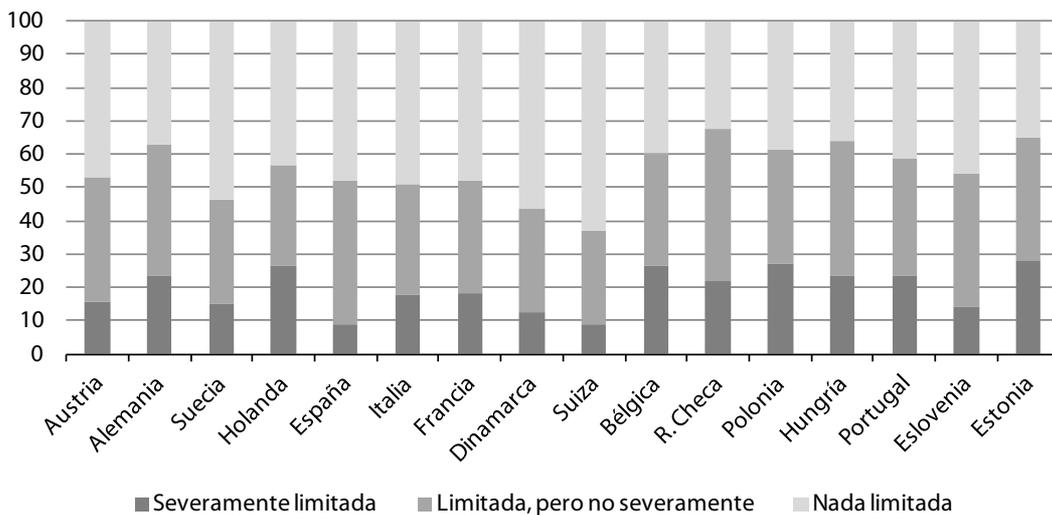
SALUD PERCIBIDA POSITIVA EN FUNCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD (PORCENTAJE)



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 12

SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS MADRES DEL BABY BOOM



Nota: El gráfico se ha construido a partir de la información proporcionada por las mujeres europeas nacidas antes de 1957.

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 4 (2011).

trata, en buena medida, de problemas de salud relacionados entre sí y que exigen cierto control y atención continuos por parte de los pacientes, lo que posiblemente explica su carga negativa para la percepción de la salud de las mujeres mayores.

El buen estado de salud autopercibido por parte de las mayores españolas, independientemente de la enfermedad que padezcan, queda confirmado en el gráfico 12. España es uno de los países europeos, junto con los países escandinavos y Suiza, que registran menores proporciones de mujeres “gravemente limitadas” o “limitadas” en su vida diaria por cuestiones relacionadas con la salud.

A medida que los adultos envejecen, su salud funcional puede plantear ciertos problemas en la vida cotidiana. Problemas relacionados con la flexibilidad de la cadera y el equilibrio pueden hacer que sea difícil, por ejemplo, entrar y salir de la bañera. Algunos mayores también pierden fuerza a medida que envejecen, lo que les puede dificultar el levantar peso, como las bolsas del supermercado. Incluso una persona con una buena salud subjetiva y objetiva buena podría sufrir problemas de salud funcional, entendida esta como la capacidad de realizar

de un modo autónomo todas las actividades de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, ir al baño, el aseo y la alimentación). El gráfico 12 muestra que en España la salud de este tipo es muy robusta, pues solo un 9% de las mujeres declararon estar muy seriamente limitadas en su actividad cotidiana. En suma, cabe afirmar que la salud subjetiva, la salud objetiva y salud funcional coinciden, lo que da cuenta del buen estado de salud de las madres del *baby boom*.

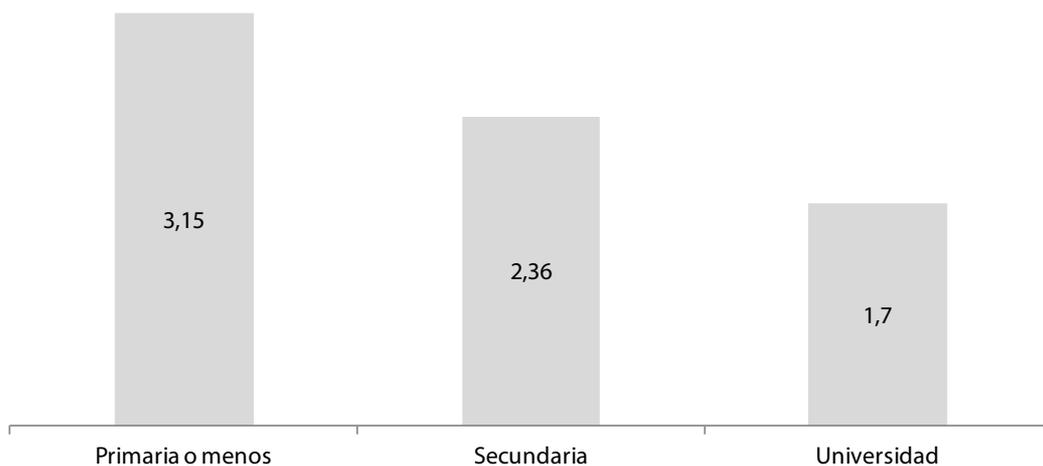
5.1. Predictores objetivos de la salud

La necesidad y la demanda de evidencias que informen y apoyen el proceso de elaboración de políticas públicas de cuidado y atención a los mayores en España requiere una exploración sobre cuáles son los principales determinantes sociales, o predictores objetivos, de la salud. Aquí se destacan tres aspectos clave de la vida y de las circunstancias de las madres del *baby boom* que influyen sobre su salud: el nivel educativo, la salud en la infancia y la región de residencia.

El nivel educativo pone de manifiesto el carácter protector que la formación y la educa-

GRÁFICO 13

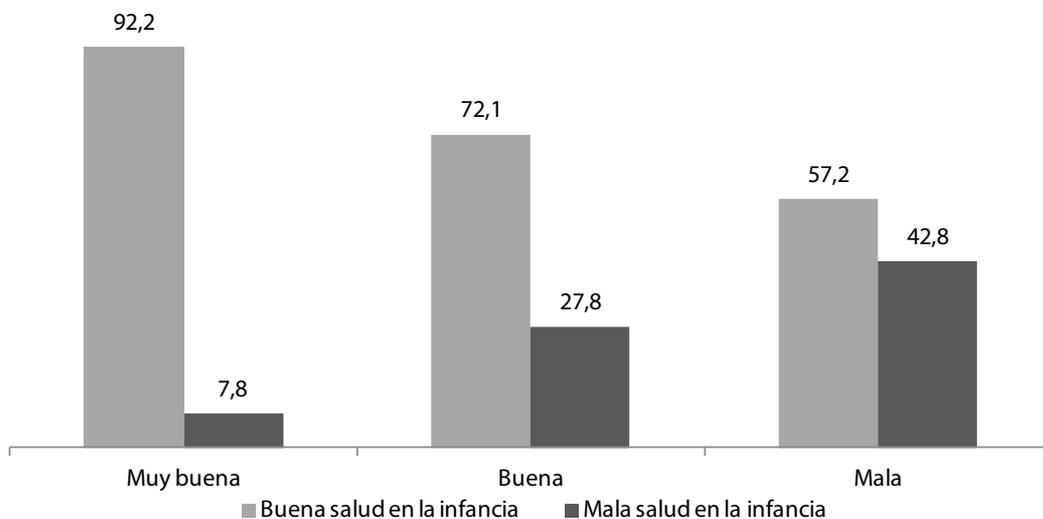
MEDIA DE PROBLEMAS DE SALUD, EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

GRÁFICO 14

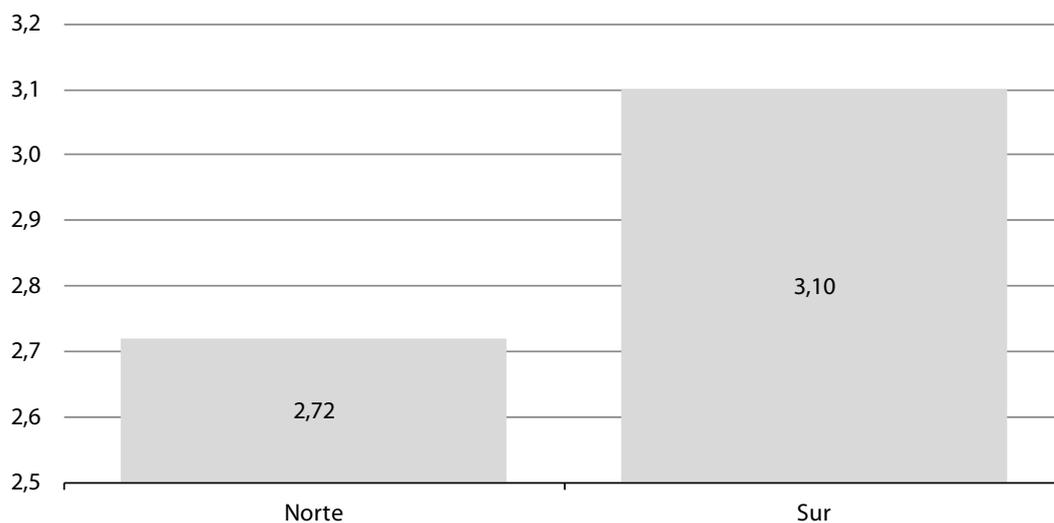
SALUD AUTOPERCIBIDA, EN FUNCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 15

NÚMERO MEDIO DE PROBLEMAS DE SALUD, EN FUNCIÓN DE LA REGIÓN DE RESIDENCIA



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

ción tienen sobre la salud de las madres del *baby boom*. El nivel de salud subjetiva empeora claramente para las mujeres con menor nivel educativo (gráfico 13). Aunque no se incluyen en este trabajo, los datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (2011) muestran que la relación positiva entre el nivel de estudios y la buena salud es especialmente importante en aquellos países, como España, donde la expansión educativa se ha producido recientemente. Por el contrario, en países como Suecia, donde el nivel educativo de las mujeres aumentó hace ya varias décadas, el efecto de la educación sobre la salud es menos evidente.

Los primeros años de vida constituyen otro factor importante a la hora de determinar el buen estado de salud de una sociedad concreta. Haber pasado por situaciones de pobreza social y económica durante la infancia, como es el caso de las madres del *baby boom* que vivieron sus primeros años de vida durante la Guerra Civil y la posguerra, es determinante en la salud adulta de estas mujeres. Una forma de aproximarnos a esta realidad es por medio del análisis de la salud en su infancia en relación a la salud percibida en el momento actual. El gráfico 14 ilustra la existencia de una clara relación positiva entre estas dos variables, en tanto que las diferencias observadas muestran que las mujeres que actualmente declaran tener mejor salud son las que, en su infancia, también tuvieron una incidencia menor de enfermedades.

Por último, España se ha caracterizado, sobre todo en el pasado, por la existencia de diferencias económicas y sociales de cierta importancia entre el norte y sur peninsular. Los resultados muestran que las mujeres mayores que viven en el norte del país presentan un menor número de problemas de salud cuando se las compara con las mujeres que viven en el sur. Este resultado tiene que ser tomado con cautela. Una correcta interpretación de esta dimensión de la salud requiere un análisis multivariado más complejo que el sencillo ejercicio bivariado presentado aquí y que explore con mayor detalle las explicaciones que se puedan encontrar detrás de este patrón.

6. A MODO DE SÍNTESIS

En este artículo se ha analizado el papel que la red familiar tiene como fuente de bienes-

tar físico, emocional y mental para las mujeres que experimentaron el fenómeno del *baby boom* en España y que, dada su edad, son un claro exponente del proceso de envejecimiento de la sociedad española en la actualidad. La centralidad otorgada a la familia en este artículo se debe a las características intrínsecas de la propia sociedad española. El Estado de bienestar en España se ha construido alrededor de la premisa de que la familia es la institución central en el cuidado y la protección social de sus miembros dependientes. A la familia le corresponde, y le corresponderá, un papel determinante de cara a la situación de la salud y del bienestar de los mayores. Una y otro dependen en buena medida, tanto en su vertiente subjetiva como objetiva, de la relevancia que la familia tiene para la mujer mayor; en el caso de España, donde la mayor parte de las mujeres viven con sus familiares o dependen de la ayuda de estos para llevar adelante su vida cotidiana, conviene tener muy en cuenta estas características familiares a la hora de diseñar políticas de intervención pública que tengan por objeto a este colectivo de la población. En este sentido, las variables descritas aquí pueden ayudar a explicar cómo se está produciendo el proceso de envejecimiento y cuál es la situación de las madres del *baby boom* en relación a su salud tanto subjetiva como objetiva.

La salud y el bienestar de las mujeres mayores pueden verse afectados en el corto y medio plazo dependiendo de la intensidad de la red de contactos, del nivel de estudios, de si residen en el norte o en el sur del país, o de si padecieron enfermedades en su infancia. Estos y otros elementos intervienen en la percepción que las personas mayores tienen sobre su estado de salud y sobre cómo valoran los problemas que afectan a su vida cotidiana.

Al analizar la relación de la situación de bienestar de las mujeres mayores y el papel que estas atribuyen a la familia, los resultados han confirmado ampliamente esta premisa: las madres del *baby boom* confieren una importancia fundamental a la red familiar como garante de su bienestar, tanto subjetivo como objetivo, en la vejez. Las mujeres mayores españolas muestran claramente una predilección por la existencia y frecuencia de contactos familiares y los consideran importantes. Los problemas de salud y la salud autopercebida asociada a estos problemas ponen de manifiesto la importancia que la familia tiene como factor de protección o disminu-

ción de los síntomas asociados a esos problemas. Las enfermedades que limitan las actividades de las mujeres y que requieren un constante seguimiento se perciben como las que más negativamente influyen en la salud de las mujeres y su bienestar. A la luz de los resultados obtenidos, cabe afirmar que la salud autopercibida tiene una clara relación con el número de problemas de salud, y ambas variables proporcionan información valiosa para estudiar la salud y el bienestar de las personas mayores en relación a la centralidad de la familia.

El nivel educativo aparece como un factor fuertemente explicativo de protección para una buena salud. Las mujeres con menor nivel educativo presentan un mayor número de problemas de salud, mientras que las que tienen mayor nivel de estudios gozan de mejor salud. Ello podría estar relacionado con una mayor intensidad de contactos familiares y una mejor valoración de la relevancia que estos tienen para su situación de bienestar. Sin duda, el nivel educativo favorece el mantenimiento de unas relaciones familiares que se convierten en elemento de protección y bienestar para las mujeres mayores. Por otro lado, la salud en la infancia parece funcionar como una protección genético-hereditaria importante a la hora de disminuir los problemas de salud en la actualidad. Los resultados regionales, según los cuales las mujeres del norte del país tienen una mejor salud que las mujeres que residen en el sur de España, sugieren la necesidad de incluir comparaciones entre distintas sociedades acerca del papel de la familia y de otras variables sobre el bienestar y la salud de las personas mayores a nivel territorial.

BIBLIOGRAFÍA

BERNARDI, F., y M. REQUENA (2008), "El sistema educativo", en REQUENA, M., y J. J. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ (eds.), *Tres décadas de cambio social en España*, Madrid, Alianza: 241-264.

BÖRSCH-SUPAN, A. (2010), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3 – SHARELIFE*, Release version: 1.0.0. SHARE-ERIC, Data set (DOI: 10.6103/SHARE.w3.100).

— (2013), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4*, Release

version: 1.1.1. SHARE-ERIC, Data set (DOI: 10.6103/SHARE,w4.111).

CES (2011), *Tercer informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*, Madrid, CES.

CIPHER, D. J., y P. A. CLIFFORD (2004), "Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: Toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8): 741-748.

DOMINICK, K. L.; AHERN, F. M.; GOLD, C. H., y D. A. HELLER (2002), "Health-related quality of life among older adults with activity-limiting health conditions", *Journal of Mental Health and Aging*, 9(1): 43-54.

FAHLÉN, S.; HOBSON, B., y M. SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ (2015), "What do private markets in domestic services do? Widening the gap in inequalities in Spain and Sweden", presentado en la Reunión Internacional RC19, Bath, septiembre.

FUENTES, F. J. M., y M. B. CALLEJO (2011), *Inmigración y Estado de bienestar en España*, Barcelona, Obra Social, Fundación la Caixa.

GABRIEL, Z., y A. BOWLING (2004), "Quality of life from the perspectives of older people", *Ageing and Society*, 24(05): 675-691.

GARCÍA, E.; BANEGAS, J.; PÉREZ-REGADERA, A.; CABRERA, R., y F. RODRÍGUEZ-ARCALEJO (2005), "Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain", *Quality of Life Research*, 14(2): 511-520.

GIRÓN DAVIÑA, P. (2010), *Los determinantes de la salud percibida en España*, (<http://eprints.ucm.es/11024/>).

HOSCHSCHILD, A. R. (1995), "The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care", *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2(3): 331-346.

IBÁÑEZ, Z., y M. LEÓN (2013), "Resisting the crisis at what cost? *Migrant care workers in private households*", en ANDERSON, B., e I. SHUTES (eds.), *Migration and care labour: Theory, policy and politics*, Londres, Palgrave Macmillan: 110-129.

LACEY, H. P.; SMITH, D. M., y P. A. UBEL (2006), "Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan", *Journal of Happiness Studies*, 7(2): 167-182.

MARTÍNEZ PASTOR, J. I. (2006), "La homogenia educativa de las nuevas mujeres españolas", *Revista Internacional de Sociología*, 64(43): 69-94.

MOOR, N.; DE GRAAF, P. M., y A. KOMSTER (2013), "Family, welfare state generosity and the vulnerability of older adults: A cross-national study", *Journal of Aging Studies*, 27: 347-357.

MORENO FUENTES, F. J., y C. M. BRUQUETAS (2011), *Inmigración y Estado de Bienestar en España*, Barcelona, Obra Social La Caixa.

NETUVELI, G.; WIGGINS, R. D.; HILDORN, Z.; MONTDOMERY, S. M., y D. BLANE (2006), "Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1)", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4): 357-363.

PÉREZ-DÍAZ, V.; CHULIÁ, E.; LÓPEZ NOVO, J. P., y B. ÁLVAREZ-MIRANDA (2010), "Catholicism, social values and the welfare system in Spain", *ASP Research Paper*, 102(b) (<http://asp-research.com/sites/default/files/pdf/Asp102.pdf>).

PINQUART, M. (2001), "Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis", *Psychology and Aging*, 16(3): 414-426.

REHER, D. S. (1998), "Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts", *Population and Development Review*, 24(2): 203-234.

— (2015), "Baby booms, busts, and population ageing in the developed world", *Population studies*, 69(sup1): S57-S68.

REHER, D.; REQUENA, M.; SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., y A. SANZ-GIMENO (2013), "Reproductive behavior during the baby boom in Spain", presentado en la XXVII IUSSP, Bussan, agosto.

REQUENA, M. (2001), "Los hogares en Europa, con especial referencia a España", en INE, *Condiciones de vida en España y en Europa. Estudio basado en el Panel de Hogares de la Unión Europea* (PHOGUE). Años 1994 y 1995, Madrid, INE: 31-74.

RODRÍGUEZ CABRERO, G., y V. MARBÁN (2013), "Long-term care in Spain: Between family care

tradition and the public recognition of social risk", en RANCIA C., y E. PAVOLI (eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe*, Nueva York, Springer Science and Business Media: 201-220.

SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., y A. S. LUNDGREN (2015), "The marriage boom: Spanish and Swedish women making sense of marriage during the marriage boom", *The History of the Family*, 20(1): 69-85.

SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., e I. SERRANO (2015), "The Spanish welfare state and the financial crisis: a step backward for gender equality", presentado en el European Consortium for Gender and Politics, Uppsala University, Suecia, junio.

VAN BAVEL, J., y D. REHER (2013), "The baby boom and its causes: What we know and what we need to know", *Population and Development Review*, 39(2): 257-288.

ZUNZUNEGUI, M. V.; BELAND, F., y A. OTERO (2001), "Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain", *International Journal of Epidemiology*, 30(5): 1090-1099.