

---

# EFFECTOS NO DESEADOS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Ana Collado

Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autónoma de Barcelona

---

**RESUMEN.** Un logro importante del presente siglo ha sido el aumento de la duración media de la vida de las personas. Ese factor, junto a la disminución de la fecundidad, origina un incremento considerable de la población anciana. Las personas cada vez viven más años (sobre todo las mujeres). Se plantea entonces en qué condiciones de salud se encuentran los varones y mujeres que alcanzan edades avanzadas. También se estudian las variables que inciden en la salud de los ancianos/as. Los factores ambientales, de comportamiento, estilos de vida, género, educación y socioeconómicos condicionan de manera notable el estado de salud de la población anciana. Se analizan los factores no deseados del proceso de envejecimiento en España. Los datos utilizados corresponden a la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*, publicada por el Instituto Nacional de Estadística en 1987. Esa encuesta se basa en una muestra de ámbito nacional, en la que se han entrevistado un total de 256.337 personas.

La evolución demográfica se ha caracterizado en las últimas décadas por un descenso prolongado de la fecundidad, así como por un alargamiento de la esperanza de vida. Esa evolución tiene como consecuencia una estructura de población cada vez más envejecida en la que el peso de las personas ancianas sobre la población total es cada vez mayor. España ha experimentado un proceso de envejecimiento progresivo desde principios de siglo. En 1900 la proporción de personas menores de quince años era del 33,5 por 100, un 61,5 por 100 de personas comprendidas entre las edades de quince y sesenta y cuatro años, y un 5,2 por 100 de personas mayores de sesenta y cinco

---

**Reis**

48/89 pp. 199-209

años. En 1986 esas proporciones han variado: 22,5 por 100 de niños/as, 65,3 por 100 de personas maduras, y 12,2 por 100 de viejos/as. Esa tendencia del envejecimiento de la población española no parece probable que se interrumpa en un futuro próximo, sino que seguirá en aumento.

Las proyecciones del Secretariado de la OCDE para el año 2020 calculan los mayores porcentajes de población anciana para los siguientes países: Suiza (24,4 por 100), República Federal de Alemania (21,7 por 100), Finlandia (21,7 por 100), Japón (20,9 por 100), Suecia (20,8 por 100), Luxemburgo (20,2 por 100), y Dinamarca (20,1 por 100). A España le correspondería, según esas mismas proyecciones, un 17,0 por 100 de efectivos de población de sesenta y cinco años y más (tabla 1). Dentro del conjunto de los

TABLA 1

*Proyección de la población de sesenta y cinco y más años*  
(En porcentajes del total de población)

<i>Países de la OCDE</i>	<i>AÑOS</i>				
	1980	1990	2000	2020	2030
Suecia ... ..	16,3	17,7	16,6	20,8	21,7
Alemania Occidental ... ..	15,5	15,5	17,1	21,7	25,8
Austria ... ..	15,5	14,6	14,9	19,4	22,8
Gran Bretaña ... ..	14,9	15,1	14,5	16,3	19,2
Noruega ... ..	14,8	16,2	15,2	18,2	20,7
Bélgica ... ..	14,4	14,2	14,7	17,7	20,8
Dinamarca ... ..	14,4	15,3	14,9	20,1	22,6
Francia ... ..	14,0	13,8	15,3	19,5	21,8
Suiza ... ..	13,8	14,8	16,7	24,4	27,3
Italia ... ..	13,5	13,8	15,3	19,4	21,9
Luxemburgo ... ..	13,5	14,6	16,7	20,2	22,4
Grecia ... ..	13,1	12,3	15,0	17,8	19,5
Finlandia ... ..	12,0	13,1	14,4	21,7	23,8
Países Bajos ... ..	11,5	12,7	13,5	18,9	23,0
Estados Unidos ... ..	11,3	12,2	12,2	16,2	19,5
<i>España</i> ... ..	10,9	12,7	14,4	17,0	19,6
Irlanda ... ..	10,7	11,3	11,1	12,6	14,7
Portugal ... ..	10,2	11,8	13,5	15,6	18,2
Islandia ... ..	9,9	10,3	10,8	14,3	18,1
Nueva Zelanda ... ..	9,7	10,8	11,1	15,3	19,4
Australia ... ..	9,6	11,1	11,7	15,4	18,2
Canadá ... ..	9,5	11,4	12,8	18,6	22,4
Japón ... ..	9,1	11,4	15,2	20,9	20,0
Turquía ... ..	4,7	4,0	5,0	7,0	8,9
Media de la OCDE ... ..	12,2	13,0	13,9	17,9	20,5

FUENTE: OCDE, *Le vieillissement démographique: Conséquences pour la politique sociale* (París: OCDE, 1988), p. 22.

países pertenecientes a la OCDE, Japón representaría el crecimiento más espectacular de población anciana, ya que pasaría de tener un 9,1 por 100 de la misma en 1980 a un 20 por 100 en el año 2020, debido en parte a su considerable longevidad.

Otra consecuencia del proceso de envejecimiento es el desequilibrio entre los varones y las mujeres debido a su diferencia de mortalidad, es decir, la sobremortalidad masculina, sobre todo en los grupos de edades más avanzadas. La mayor parte de la población anciana está constituida por mujeres. La diferencia redundaría en una evolución distinta de la esperanza de vida al nacer para los varones y las mujeres (tabla 2). En el período de 1950 a 1985, el aumento de la esperanza de vida es considerable. En 1950, en España la edad media al nacimiento era para los varones de sesenta años, y para las mujeres de sesenta y cuatro años; pasando a ser en 1985 de setenta y dos años para los varones y setenta y nueve años para las mujeres. España posee, pues, en la actualidad una esperanza de vida al nacer elevada. Dentro del conjunto de los países miembros de la Comunidad Económica Europea, en el período 1980-85, y en el caso de las mujeres, España ocupa el tercer lugar después de Francia (ochenta años) y Suecia (ochenta años); y en el caso de los varones, el segundo después de Suecia (setenta y tres años). Como consecuencia del alargamiento de la esperanza de vida las ganancias mayores se producen en las edades avanzadas (sesenta y cinco y más años). Son mayores para las mujeres, aunque las distancias entre varones y mujeres se acortan cada vez más.

Parte del aumento de la esperanza de vida es atribuible a la importante disminución de la mortalidad en las edades más tempranas de la vida, mortalidad que se ha conseguido, básicamente, gracias a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. Junto a la mayor duración de la vida media de la población se ha producido un cambio en la estructura de la morbilidad con una importancia proporcional mayor de las enfermedades crónicas. Esas enfermedades tienen causas múltiples, pero suelen ir unidas a las formas de vida de las personas y a factores típicamente sociales.

¿En qué situación se encuentran los ancianos/as en cuestiones de salud? ¿Qué limitaciones o discapacidades presenta esta población? ¿Cuál es la distribución de sus discapacidades y características? Para dar respuesta a esos interrogantes se puede utilizar la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*, publicada por el INE (en 1987). Esa encuesta, realizada durante el mes de febrero de 1986, es una muestra de ámbito nacional (a excepción de Ceuta y Melilla), siendo el universo de la misma la población de uno o más años de edad de ambos géneros que residen habitualmente en una vivienda familiar. La información se recoge en dos fases, cada una con un cuestionario distinto: un *cuestionario de hogar* en el que se detecta el número de personas con discapacidades, y un *cuestionario individual* en el que se investiga las deficiencias y minusvalías de las personas discapaces. El tamaño

TABLA 2

*Evolución de la esperanza de vida al nacer  
en los países de la Comunidad Europea*

<i>Países de la CEE</i>	AÑOS							
	1950		1960		1970		1980-85	
	<i>Mujeres</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Varones</i>
Suecia ... ..	72,9	70,6	75,3	71,5	76,5	70,7	79,7	72,9
Francia ... ..	68,5	62,9	73,6	66,9	75,9	68,3	79,7	71,5
<i>España</i> ... ..	64,3	59,8	72,1	67,4	76,2	70,4	78,6	72,5
Italia ... ..	67,2	63,8	72,3	67,2	74,9	69,0	78,1	71,4
Alemania Occidental ... ..	68,5	64,6	72,4	66,9	73,8	67,4	77,8	71,2
Gran Bretaña ... ..	71,2	66,2	73,7	67,9	75,0	68,7	77,5	71,6
Dinamarca ... ..	70,7	67,8	74,4	70,4	75,9	70,7	77,5	71,6
Bélgica ... ..	66,8	61,4	73,0	67,2	74,2	67,8	76,8	70,0
Luxemburgo ... ..	65,7	61,7	71,9	66,1	73,9	67,0	76,7	70,0
Grecia ... ..	66,7	63,4	70,4	67,3	73,6	70,1	76,4	72,2
Irlanda ... ..	67,1	64,5	71,9	68,1	73,5	68,8	75,6	70,1
Portugal ... ..	61,6	56,4	66,9	61,2	70,8	64,2	71,7	70,3

FUENTE: EUROSTAT. *Estadísticas demográficas* (Luxemburgo: Office des Publications Officielles des Communautés Européennes, 1988), pp. 68-69.

de la muestra es extenso, abarca a 74.166 hogares, lo que ha supuesto investigar a una población de 256.337 personas. Contiene la información más valiosa, publicada hasta la fecha, sobre el estado de salud de la población española y, en concreto, el número de personas con *discapacidades*, *deficiencias*, y *minusvalías*.

Se estudian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, utilizando la *Clasificación internacional de discapacidades, deficiencias y minusvalías* de la OMS. Los primeros factores de una enfermedad se les denomina *deficiencias*, es decir, «los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad a nivel de órgano o función propia de ese órgano, cualquiera que sea su causa; es decir, cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano». El segundo nivel lo forman las *discapacidades*: «las consecuencias que la enfermedad produce a nivel de la persona; o sea, limitación grave que afecte de forma permanente a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia». Por último, el tercer nivel lo constituyen las *minusvalías*, definidas como «las desventajas sociales en relación con el entorno, que puede padecer una persona como consecuencia de alguna discapacidad que le limite gravemente, o le impida el desempeño de la actividad que le es normal en función de su edad, sexo y otros factores socio-culturales». La *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*, del INE, posibilita la realización de un estudio sociológico sobre la percepción subjetiva del estado de salud y enfermedad. Permite medir no sólo los niveles reales de salud de la población española sino además la incidencia de los elementos de comportamiento y ambientales que condicionan la salud.

Los niveles de salud de la población anciana, como los del resto de la población, están condicionados por elementos de comportamiento y estilos de vida, y al mismo tiempo por factores ambientales. La salud y la enfermedad no se distribuyen en la población de manera homogénea. Variables como edad, género, clase social, educación, alimentación y hábitat ejercen una marcada influencia en las condiciones de salud y calidad de vida de las viejas/os. Existen, pues, diversas relaciones entre la estructura social de una sociedad dada y el grado de salud, bienestar y enfermedad de dicha población.

Algunas de esas relaciones son las siguientes. Primero, el riesgo de incapacidad y de enfermedad aumenta con la edad, que es un factor determinante e influye de manera decisiva en el padecimiento de las discapacidades. En segundo lugar, la condición socioeconómica, medida por el nivel de ingresos y el tipo de ocupación, condiciona el nivel de salud de las personas, así como la calidad de atención sanitaria a la que acceden. La atención sanitaria que se obtiene no es igual para todas las personas según la clase social de pertenencia. Este fenómeno es el que hace incrementar las desigualdades de salud de los diversos grupos sociales. El acceso y consumo de algunos bienes y servicios sanitarios (por ejemplo, odontología, cirugía estética, promoción de

---

salud) queda restringido a las personas de clases sociales elevadas. Pero las diferencias más importantes se producen en prevención y en información.

En tercer lugar, hay que resaltar que el nivel cultural y la educación formal de las personas se convierte en un factor crucial y discriminatorio de su estado de salud. Los seres humanos con un nivel cultural más elevado saben utilizar mejor los servicios sanitarios, y conocen mejor cómo prevenir la enfermedad. En la bibliografía se ha detectado a menudo que un factor importante en la salud de las personas es el nivel educativo de la madre. Cuarto, los factores socioeconómicos y culturales no sólo influyen en el volumen de personas con alguna limitación, sino que, además, pueden repercutir en el tipo de enfermedad. Es importante establecer las variables que repercuten más directamente en la definición de la salud partiendo de la calidad de vida, y en qué medida esas variables (socioeconómicas, culturales, de hábitat) pueden afectar y/o diferenciar a la población anciana.

Los primeros resultados obtenidos apuntan hacia una confirmación de las cuatro relaciones. Es necesario, sin embargo, realizar un análisis más detallado y profundo de las variables que inciden en la salud de las personas para obtener conclusiones firmes. En la distribución de las discapacidades, deficiencias y minusvalías (DDM) en la población anciana, lo primero y más significativo que se observa son las diferencias en la distribución de las enfermedades según el género. Las mujeres presentan siempre unas tasas más elevadas de DDM. El índice de discapacidades por persona discapaz para los varones mayores de sesenta y cuatro años es de 2,67, y el de las mujeres es de 2,88. De ello se deduce que las mujeres, aunque vivan más años que los varones, viven en condiciones peores y están más enfermas. Este resultado lleva, a su vez, a la formulación de otras dos hipótesis.

La primera sugiere que el hecho de que las mujeres padezcan más discapacidades que los varones puede ser consecuencia de un efecto de estructura de la población. La proporción de mujeres que superan los sesenta y cinco años es superior a la de los varones, con lo que la superioridad numérica de las mismas puede producir un mayor número de mujeres discapaces. Hay que tener en cuenta, a su vez, que a edades más avanzadas se corresponde un número mayor de discapacidades padecidas. Para solucionar ese sesgo se podría realizar una estandarización de las tasas de DDM eliminando así el efecto de la estructura por edades de la población. Dado que la Encuesta no utiliza los datos de personas hospitalizadas, la segunda hipótesis supone que los varones son hospitalizados con mayor frecuencia que las mujeres, repercutiendo en el cómputo de las discapacidades, siendo inferior en los varones que en las mujeres.

La *ratio* de DDM aumenta con la *edad*, lo cual es lógico. En las edades más avanzadas se padecen más enfermedades en comparación con las edades jóvenes y adultas. El número de discapacidades por varón discapaz en el grupo de cero a seis años es de 1,6; de seis a sesenta y cuatro años es 2,0, y en el

de los ancianos, 2,7. La trayectoria del índice en el caso de las mujeres es similar: 1,5 en el grupo de las niñas, 2,1 en el grupo de las de seis a sesenta y cuatro años, y 2,9 en las mujeres ancianas.

Respecto de los *tipos de discapacidades*, las tasas superiores se refieren a las que se relacionan con la movilidad de las personas: andar, correr, salir de casa, subir escaleras. En casi todos los tipos de discapacidades (excepto en ver, hablar y andar) las tasas de las mujeres son superiores a las de los varones. Igualmente sucede a nivel de las minusvalías que la enfermedad produce a nivel social en las personas. Las *minusvalías* de movilidad (incapacidad de la persona para desplazarse en su entorno sin la ayuda de otras personas) junto con las de ocupación (incapacidad de la persona para emplear su tiempo en la forma usual que corresponde a su género, edad y cultura) son las más altas para las mujeres ancianas, mientras que las más elevadas para los varones son las minusvalías de ocupación.

La distribución de las *deficiencias* según el tamaño del municipio de residencia se presenta de forma heterogénea entre el conjunto de población de seis a sesenta y cuatro años y los de sesenta y cinco y más años. En el primer grupo de población, el perfil de la distribución del total de deficiencias según el tamaño del municipio de residencia, es máximo en los municipios de hasta 2.000 habitantes, decrece hasta alcanzar el mínimo en los municipios de 50.001 a medio millón de habitantes, y vuelve a elevarse en las grandes ciudades, aunque sin llegar a alcanzar el nivel máximo. Una explicación es que las personas incapacitadas son las que mayoritariamente se quedan a residir en el campo, existiendo, al mismo tiempo, menos posibilidades de control sanitario, tanto en la prevención como en la curación de las deficiencias. Por otro lado, residir en las grandes urbes supone riesgos mayores en relación con el grado de contaminación, así como la exposición a accidentes que afectan directamente al número y clase de deficiencias padecidas.

Respecto de la población anciana, y según el tamaño del municipio de residencia, no existen grandes diferencias en el padecimiento de discapacidades. Las disparidades anteriores, en función de la dimensión del municipio de residencia, son en este caso casi nulas. Una posible hipótesis explicativa de dicha homogeneización a nivel municipal es la «emigración» de una proporción considerable de viejos/as de las zonas más despobladas hacia las áreas con mejor infraestructura sanitaria.

Según la clasificación de las distintas deficiencias, son las físicas las que predominan en todos los estratos urbanos, sobre todo las del aparato locomotor. Destacan también, entre las ancianas/os, las deficiencias que corresponden al apartado «ninguna en especial», que en el resto de los grupos de edad son poco apreciables. Se debe a problemas de diagnóstico y a una definición incorrecta de las deficiencias.

Las variables de tipo socioeconómico, como la educación recibida, ocupación e ingresos familiares, poseen un papel importante en la distribución de

DDM en la población. ¿De qué manera la intervención de las variables socio-económicas se podría catalogar de determinista en el caso de padecer alguna limitación o discapacidad? Los datos muestran una relación inversa entre el padecimiento de enfermedades y las variables de educación, ocupación e ingresos. Estas variables parecen influir de manera significativa en la variación de las tasas de personas con discapacidades. A una mayor educación formal recibida, al desempeño de una ocupación más valorada socialmente, y a un nivel más elevado de ingresos mensuales familiares, las tasas disminuyen. Las personas de sesenta y cinco y más años que padecen alguna discapacidad y cuyas familias tienen ingresos mensuales superiores a las 300.000 pesetas son el 0,09 por 100. Ese porcentaje sigue ascendiendo hasta alcanzar su máximo en las familias cuyos ingresos mensuales se encuentran entre las 30.001 y 50.000 pesetas, donde se sitúan nada menos que el 34 por 100 de las personas mayores de sesenta y cuatro años que padecen alguna discapacidad. Esa misma relación se establece con la variable nivel de estudios: el 0,9 por 100 de las personas ancianas con estudios universitarios padecen alguna discapacidad, mientras que los ancianos/as sin estudios son el 50 por 100.

La calidad de vida y condiciones de salud de la población anciana mantienen un peso progresivo sobre la población total, además de las repercusiones sobre la estructura social y, en especial, sobre la atención sanitaria. Su discusión sugiere tres relaciones. Primera, considerando los aspectos demográficos, la discusión gira en torno a la distribución espacial desigual de la población anciana. ¿Qué elementos influyen en la distribución de la población anciana en el futuro? La evolución de las migraciones interiores son un determinante en dicho proceso. Pero ¿en qué medida pueden influir las esperadas inmigraciones futuras de ancianos/as de otros países de la Comunidad Económica Europea?

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que en el presente siglo se ha alcanzado un logro importante: la vida de las personas se ha alargado de manera considerable. A principios del siglo xx, en España la esperanza de vida oscilaba alrededor de los cuarenta años, siendo en 1980-85 de setenta y dos años para los varones y setenta y nueve años para las mujeres. Una proporción cada vez mayor de personas alcanzan edades avanzadas, sobre todo las mujeres. Sin embargo, ¿en qué estado de salud se viven esas edades? Cada vez se viven más años, pero ¿sanos o enfermos? En cuanto a la distribución de discapacidades, en el grupo de población anciana, de cada 1.000 varones, 508 padecen alguna discapacidad, y son 602 las mujeres que sufren alguna discapacidad. En el grupo de edades comprendidas entre los seis y sesenta y cuatro años, las personas con discapacidades se reducen a 90 en el caso de los varones y a 92 en las mujeres. La cuestión, pues, no sólo es añadir *más años a la vida*, sino sobre todo *más vida a los años*. La preocupación es no sólo por el límite biológico de la edad, sino por conseguir al mismo tiempo una mayor calidad

de vida de las personas que llegan a viejos/as. ¿Hasta qué punto el problema de la vejez no es el problema de la patologización de la edad? En todo caso, ¿pueden las necesidades de salud de las personas de edad avanzada ser asumidas por el sistema sanitario actual?

En la sociedad se produce un doble proceso de cambio. De un lado, existe un cambio individual y, de otro, una transformación de las organizaciones y de las estructuras sociales. Se sucede el envejecimiento de las personas, pero, a su vez, se originan cambios en la sociedad cuando esas personas pasan por las instituciones sociales (socialización, ocupación de un puesto de trabajo, jubilación y muerte). En gerontología, el problema característico es que las instituciones sociales no se adaptan al cambio de los/as individuos. Las organizaciones sociales (de todo tipo) no se acomodan al mismo ritmo al incremento de las personas ancianas. Los procesos de cambio no son sólo cuantitativos (hay más personas que llegan a viejos/as), sino que, además, son cualitativos (personas con más poder económico y político, con otra experiencia de vida, una capacidad mayor de ser independientes). Los dos temas, el del cambio a nivel individual y el de la sociedad, deben ser tratados de manera conjunta. Los viejos/as del futuro (las generaciones actuales de jóvenes-adultos) no van a ser exactamente como los viejos/as de ahora. Los jóvenes envejecerán de forma diferenciada de como lo han hecho los que ya han llegado a viejos/as. Se trata, de una parte, de generaciones o cohortes con «actitudes vitales» y «vivencias históricas» distintas. Los ancianos/as de ahora son de la generación que todavía vivieron la guerra civil; los viejos/as del futuro son los que en su niñez vivieron la transición democrática, la generación de la televisión, de la imagen, de la informática. Habría que desmitificar la idea de que la situación de los viejos/as actuales es una característica permanente e inherente del proceso de envejecer y del envejecimiento.

Por otra parte, la población anciana se está «constituyendo en un mercado». El envejecimiento conduce a un cambio en las pautas de consumo, tanto por lo que se refiere al ocio como viviendas, salud y educación. El impacto de la población anciana sobre la estructura del consumo es relativamente moderado, aunque la demanda de ciertos bienes y servicios se está modificando de manera significativa (tipos especiales de viviendas, calefacción, ocio y medicamentos).

Conviene, pues, desmitificar la relación entre enfermedad y envejecimiento. Existe un envejecimiento fisiológico que habría que diferenciar de toda una serie de patologías unidas a las condiciones ambientales de la vejez, en muchos casos deficientes. Los cambios producidos en las pautas de comportamiento de los ancianos/as reflejan dicha diferenciación. Los viejos/as consideran sus enfermedades no como inevitables, sino como curables, fenómeno que supone un incremento de la demanda y consumo de los bienes y servicios sanitarios.

La preocupación por el bienestar de la colectividad desde ámbitos diver-

---

sos, tanto políticos, económicos como sociales, lleva a que la salud y la calidad de vida de la población tenga cada vez una importancia mayor en nuestra sociedad. Con el incremento progresivo de la población anciana, la salud de las viejas/os cobra un interés especial, así como también un incremento de recursos y costes sociales. El progreso de que las personas no se mueran (hasta una edad más tardía) supone un incremento considerable de DDM, entre otros efectos no deseados.

## BIBLIOGRAFIA

- ALONSO CABALLERO, Jordi, y Josep Maria ANTÓ BOQUÉ (1988): «Desigualtats de salut a Barcelona», en *Gaceta Sanitaria*, 4, vol. 2, pp. 9-12.
- ARBELO CURBELO, Antonio (1988): *Envejecimiento y muerte fisiológicos* (Madrid), 63 pp.
- ARBELO CURBELO, Antonio; Gerardo HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, y Antonio ARBELO LÓPEZ DE LETONA (1989): *Demografía sanitaria de la ancianidad* (Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo), 418 pp.
- ABELLÁN GARCÍA, Antonio (1989): «El envejecimiento de la población: Tendencias e implicaciones», en *II Jornadas sobre Población Española* (Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears), 103 pp.
- BAZO, María Teresa (1990): *La sociedad anciana* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI).
- CABRÉ, Anna (1979): «Reflexions sobre la població a Catalunya fins a l'any 2000», en Anna Cabré, Jaume Fonolleda *et al.*, *Catalunya cap a l'any 2000* (Barcelona: Fundació Jaume Bofill, Blume), pp. 9-36.
- CABRÉ, Anna, y Jaume CANELA (1988): «Demografía del envejecimiento a Catalunya», en *Metge y Societat*, 4, p. 17.
- CRUZ CANTERO, Pepa, y Rosa COBO (1990): *Situación social de los viejos en España* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas), Col. Estudio y Encuestas, 2).
- DÍAZ CASANOVA, Máximo (1989): «Envejecimiento de la población y conflicto entre generaciones», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 45, pp. 85-113.
- DÍEZ NICOLÁS, Juan (1985): «Tendencias en la ancianidad», en Juan Díez Nicolás y Jesus M. de Miguel, *Políticas de población* (Madrid: Espasa-Calpe), pp. 181-203.
- DURÁN, María Angeles (1983): *Desigualdad social y enfermedad* (Madrid: Tecnos), 180 pp.
- (1988): *De puertas adentro* (Madrid: Instituto de la Mujer), 469 pp.
- FARRÉ, Mireia (1989): *Factors demogràfics del envelliment a Catalunya* (Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics), 20 pp., mimeo.
- GUILLÉN, Mauro (1990): *Estructura social y salud* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas), 190 pp., mimeo.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1985): *Censo de la población de 1981: Características de la población*, I, vol. I (Madrid: INE).
- (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías* (Madrid: INE), 2 vols., 805 pp.
- (1989): *Padrón municipal de habitantes de 1986: Características de la población*, I (Madrid: INE).
- LASLETT, Peter (1985): «Societal Development and Aging», en Robert H. Binstock y Ethel Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (Nueva York: Van Nostrand Reinhold Company), pp. 199-230.
- MARTÍN PALACIOS, E. (1990): «Los costes de la ancianidad», en *El Médico*, 349, pp. 40-46.
- MARTÍNEZ, Rosa, *et al.* (1989): *Nuestros mayores: Perfil sociosanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid* (Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Salud), 175 pp.

- MENDIZABAL, Enric (1987): *Un exemple de sobre-envelliment: La població de la muntanya catalana* (Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics), 20 pp., mimeo.
- MIGUEL, Jesús M. de (1985): *La salud pública del futuro* (Barcelona: Ariel), 275 pp.
- (1989): *Sociología de la vejez* (Universidad de Alicante), 11 pp., mimeo.
- MIRANDA LÓPEZ, María Jesús (1985): *Análisis sociológico del internamiento de ancianos* (Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología), 149 pp.
- OCDE (1986): *Les conditions de vie dans les pays de l'OCDE* (París: OCDE), 169 pp.
- (1987): *La santé: Financement et prestations* (París: OCDE), 104 pp.
- (1988): *Le vieillissement démographique: Conséquences pour la politique sociale* (París: OCDE), 98 pp.
- RODRÍGUEZ, Josep A. (1987): *Salud y sociedad: Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español* (Madrid: Tecnos), 253 pp.
- SALCEDO, Juan (ed.) (1980): «Trabajos sobre sociología de la población en España», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 10.
- STOREY GIBSON, Mary Jo (1985): *Older Women Around the World* (Washington, DC: International Federation on Ageing), 58 pp.

---

# TEXTOS CLASICOS