

# *Desigualdades en salud y envejecimiento demográfico*

Gloria FERNÁNDEZ-MAYORALAS, Antonio ABELLÁN GARCÍA,  
Vicente RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ y Fermina ROJO PÉREZ

## 1. INTRODUCCIÓN

Tres son los grupos que, definidos por características meramente demográficas de edad y sexo, presentan unos comportamientos y necesidades en materia de salud diferenciados del conjunto de la población: los ancianos, las mujeres y los niños.

De ellos, los dos últimos son los que más han visto mejorar su estado de salud, traducido en una disminución drástica de la mortalidad específica, maternal e infantil, que ha situado a España en el grupo de países con tasas más bajas del mundo. Sin embargo, y a pesar de la reducción también de la mortalidad a edades superiores, los ancianos continúan presentando un deterioro de su salud biológica a medida que avanza su edad, asociándose igualmente un incremento de la incapacidad y la dependencia y una disminución de la movilidad. Además, este grupo demográfico adquiere un interés prioritario a tenor del intenso proceso de envejecimiento habido en España y en todas las sociedades desarrolladas.

En este sentido, el objetivo de este artículo es conocer algunos de los factores que influyen sobre el estado de salud de la población anciana en España.

Según la definición de la OMS, el término salud hace referencia a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente a la ausencia de enfermedad.

Esta definición tiene el mérito de entender la salud como un fenómeno multidimensional, es decir, resultado dinámico y variable de las influencias

globales de múltiples factores sociales, progresando desde el modelo médico tradicional, centrado en las patologías, hacia un concepto social, enfocado en la prevención, y aportando la noción de salud positiva como soporte argumental.

Existen dos enfoques principales, posiblemente complementarios, para encarar el problema de la evaluación del estado de salud. Según la procedencia de la información y el tipo de medida, los indicadores pueden basarse en las valoraciones «objetivas» desde el punto de vista de los «proveedores» (diagnósticos médicos), o bien en las valoraciones «subjetivas» derivadas de las percepciones de los «consumidores» (población analizada).

En lo que se refiere al objeto que se ha de medir, se contemplan indicadores basados en medidas tradicionales, donde la salud se define estrictamente como ausencia de enfermedad, e indicadores basados en medidas de salud positiva, evaluando el nivel de salud según la localización sobre el continuo de problemas denominado en inglés las «5 Ds: Death, Disease, Disability, Discomfort and Dissatisfaction», del cual, sólo el extremo de la muerte conduce a medidas objetivas y comparables.

En el momento actual, se observa una tendencia creciente al desarrollo de indicadores basados en medidas de salud positiva y, como consecuencia, de los que tienen en consideración las valoraciones personales (salud subjetiva) desde el punto de vista de los «consumidores». De hecho, muchas definiciones de salud, como la propia de la OMS, requieren que una persona se sienta saludable para ser clasificada como tal.

Esta tendencia es especialmente importante cuando se trata de evaluar el estado de salud de los diferentes grupos poblacionales definidos por sus características demográficas, socioeconómicas, etc., lo que sucede, de hecho, con la población anciana. Se trataría, en definitiva, de analizar el estado de salud que viene condicionado, de un lado, por la valoración de la propia situación sobre el continuo de salud, así como por el nivel de morbilidad percibida, y de otro, por las características demográficas y socioeconómicas de la población analizada.

Este nivel de salud subjetiva tiene la ventaja adicional de caracterizar el estado de salud de la población en general, tanto sana como enferma, en contraposición a la salud objetiva, referida a la población que accede de forma efectiva a los servicios sanitarios y que podríamos definir como «estado de enfermedad», valorado por el «proveedor» sanitario. Por otra parte, el estado de salud subjetivo actúa a modo de filtro que resume los factores de predisposición o actitudes ante la demanda y utilización de los servicios sanitarios.

Finalmente, hay un creciente reconocimiento de que la autopercepción de la salud es una variable importante en la explicación del estado general de salud, demostrándose su correlación significativa con las valoraciones médicas, si bien

parece que los ancianos tienden a informar de una buena salud más frecuentemente que otros grupos, lo que podría significar, o bien que sobreestiman favorablemente su salud, o bien que aquellos individuos en edades extremas son de hecho más sanos.

## 2. FUENTES Y METODOLOGÍA

La mayoría de los países de nuestro entorno utiliza encuestas de salud por entrevista, de ámbito nacional, periódicas o de carácter puntual. En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó en julio de 1987 la Encuesta Nacional de Salud (en adelante ENS), sobre una muestra de 40.000 individuos mayores de un año, dividida en dos cuestionarios, uno para la población infantil (hasta dieciséis años) y otro para la población adulta (de dieciséis y más años de edad). Este último contó con casi 30.000 entrevistados.

El ámbito geográfico comprendía el conjunto del territorio español (excepto Ceuta y Melilla), tomando cada provincia como una población independiente a efectos de selección muestral. El ámbito demográfico fue el conjunto de la población española no institucionalizada, estimada a 31 de diciembre de 1986.

Las variables que hemos utilizado se refieren a información sobre:

- Percepción del estado de salud, estableciendo tres categorías: Muy bueno-bueno, Regular y Malo-muy malo.
- Morbilidad crónica percibida o enfermedades declaradas por los entrevistados, agrupadas según la clasificación internacional de enfermedades de la OMS. Se creó además una nueva variable a partir de los que declararon alguna enfermedad o no. En el primer caso se consideraron como población «enferma», y «sana» en el segundo.
- Variables demográficas y socioeconómicas:
  - \* Edad, estableciéndose dos categorías a efectos de definir los sujetos de estudio: 16-64 años (24.672 entrevistados) y 65 y más años (4.958 entrevistados).
  - \* Sexo.
  - \* Tamaño del hábitat de residencia, categorizado en cuatro grupos: municipios de carácter rural (menos de 10.000 hbs.), municipios urbanos pequeños (de 10.000 a 49.999 hbs.), municipios urbanos intermedios (de 50.000 a 99.999 hbs.) y grandes municipios urbanos (con 100.000 y más hbs.).
  - \* Tamaño del hogar de residencia, clasificado en cuatro niveles: hogares de un miembro (viviendo solo), de dos miembros, de tres y cuatro miembros, y de 5 y más miembros.

- \* Nivel de instrucción: analfabetos, con estudios primarios incompletos, con estudios primarios completos, con estudios medios y con estudios superiores.
- \* Nivel de renta, con cuatro estratos: menos de 25.000 ptas/mes, de 25.000 a 49.999 ptas/mes, de 50.000 a 99.999 ptas/mes y 100.000 y más ptas/mes.

El estudio, de carácter retrospectivo, se basa en el análisis de las asociaciones existentes entre cada una de las variables demográficas y socioeconómicas seleccionadas con las variables de salud y morbilidad crónica percibidas, y de éstas entre sí, aplicando en cada relación el test de la ji cuadrado y aceptando un nivel de significación  $p \leq 0.05$ . En todos los casos la población control fue el conjunto de los entrevistados.

### 3. ENVEJECIMIENTO Y PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ANCIANA

En España, la estructura de la población en 1986 refleja la disminución del grupo de jóvenes desde 1970, al recoger los efectos del fuerte descenso de la fecundidad, mientras que el grupo de adultos mantiene una tendencia estable y los viejos refuerzan su posición en el conjunto de la pirámide.

Por otra parte, la esperanza de vida de la población mayor (sesenta y cinco y más años) se ha incrementado notablemente entre 1900 y 1981, pasando de 74,0 y 74,2 años para hombres y mujeres, respectivamente, en aquella fecha, a 80,1 y 83,2, de manera que el tiempo por vivir a partir de los sesenta y cinco años ha aumentado de catorce a veintiséis años en el mismo periodo de tiempo.

Es previsible un aumento de la población anciana hasta finales de siglo, para continuar con una fase de estancamiento hasta el año 2010, como consecuencia de las generaciones de reducido tamaño (afectadas por la epidemia de gripe de 1918 y por la Guerra Civil) que se incorporan a este proceso.

Los mayores contingentes de personas mayores residen en ciudades (más de 3 millones) frente a 1 millón que vive en municipios de tamaño intermedio (2.000 a 10.000 hbs.) y 600.000 en municipios pequeños (menos de 2.000 hbs.). Sin embargo, no hay que olvidar que la estructura de la población en el ámbito rural está más envejecida (19% de la población tiene sesenta y cinco y más años de edad). Y todo ello como consecuencia fundamental de los movimientos migratorios habidos en los años sesenta y setenta, que vaciaron de jóvenes extensas áreas rurales.

Como conjunto poblacional, y según los datos de la ENS, las personas mayores vendrían definidas por un perfil sociodemográfico claramente diferenciador del resto de la población.

Se manifiesta un claro predominio de mujeres sobre hombres (con un índice de masculinidad del 68) y más acentuado en el caso de las viudas (48% del total) sobre los viudos (16%), como consecuencia de una mayor mortalidad masculina.

Además, el fracaso del sistema de escolarización en los años de infancia de esta generación (en torno a 1910-1920) ha derivado en una elevada tasa de analfabetismo (el 50% de los analfabetos españoles son mayores de sesenta y cinco años) y en altas proporciones de población anciana con estudios primarios sin completar.

Por otra parte, la mayoría de las personas con más de sesenta y cinco años son jubiladas y pensionistas, y sólo el 2,5% continúa en actividad, de tal forma que, prácticamente ninguna de las personas ancianas mantiene el nivel de ingresos anterior a la etapa de jubilación, llegando a descender hasta 2/3 de sus ingresos anteriores. Dicho de otra forma, el 50% de los españoles con ingresos inferiores a 25.000 ptas/mes son personas de sesenta y cinco y más años de edad.

Finalmente, casi la mitad de la población mayor vive en hogares con otra persona (normalmente su cónyuge, de edad semejante), y un 17% viven solos, cifra que aumenta entre los viejos viejos (75 y más años).

A pesar de los perfiles apuntados, el proceso de envejecimiento descrito se caracteriza por una marcada heterogeneidad, tanto en su plasmación espacial como socioeconómica, y por ello se debe considerar a los ancianos como un grupo demográfico lejano a la homogeneidad interna, en lo que se refiere a problemas, necesidades y comportamientos de salud.

#### 4. MORBILIDAD PERCIBIDA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDAD

Tradicionalmente se ha asociado vejez con ausencia de salud; ciertamente el riesgo de enfermedad y de incapacidad se incrementa con la edad, empezando a aparecer síntomas fisiológicos y aumentando la propensión a padecer enfermedades crónicas.

Según la ENS, 6 de cada 10 personas entrevistadas declararon haber padecido alguna enfermedad o dolencia crónica durante el último año anterior a la entrevista. Esta proporción se incrementa entre la población mayor hasta más del 80%.

Las enfermedades más declaradas por el conjunto de la población fueron las osteomusculares (28%), digestivas (27%), circulatorias (25%) y, en menor medida, mentales (12%), respiratorias (11%) y endocrinas (7%). En este sentido, se observaron diferencias estadísticas en la prevalencia de cada enfermedad por grupo de edad, de tal forma que los ancianos declararon más problemas

osateomusculares (55%), circulatorios (48%), respiratorios (17%) y endocrinos (16%) que los menores de sesenta y cinco años (22%, 20%, 10% y 5%, respectivamente).

Las enfermedades crónicas declaradas por la población difieren de los diagnósticos médicos objetivos. Utilizando los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, las enfermedades circulatorias tendrían una incidencia tres veces mayor en las personas mayores, seguidas por las del aparato digestivo y los tumores que casi duplican la media del resto de la población. Comparados con los datos de la ENS, la morbilidad percibida entre los ancianos se centra también en los problemas circulatorios, pero, principalmente, en los osteomusculares, de acuerdo con una sintomatología de trascendencia posiblemente mayor en cuanto a limitaciones sobre sus actividades cotidianas.

En la línea de otros estudios, en los que se evidencia que las mujeres (a pesar de tener una esperanza de vida más elevada) declaran padecer más problemas de salud que los varones en todas las edades, se observó un mayor predominio de enfermedad en la población femenina, en ambos subgrupos de edad, excepto en lo que se refiere a las enfermedades respiratorias y digestivas, de mayor prevalencia entre los varones con más de sesenta y cinco años (Fig. 1). Este tipo de problemas están asociados, de una parte, con unos hábitos de consumo de alcohol y tabaco, más arraigados entre los hombres que entre las mujeres, al menos hasta fechas recientes, y de otra, con unas condiciones de cronicidad que conllevan altas tasas de mortalidad.

En el mismo sentido, son las enfermedades digestivas (26% de la población) y respiratorias (11%), muy relacionadas con las condiciones medioambientales y de estilo de vida, las que presentan unas diferencias claras en cuanto a una mayor prevalencia conforme se incrementa el tamaño del municipio de residencia. No obstante, mientras que para los menores de sesenta y cinco años el hábitat menos «saludable» se corresponde con los grandes municipios urbanos (25% y 11%, para cada enfermedad), los mayores de sesenta y cinco años declaran estas enfermedades en mayor proporción en los municipios urbanos intermedios (40% y 22%, respectivamente).

Por su parte, el tamaño del hogar en que se vive mostró diferencias estadísticas en la prevalencia de problemas osteomusculares y mentales, enfermedades que pueden incidir de forma más evidente sobre las limitaciones de actividad de la vida diaria y que requieren, por tanto, un apoyo familiar y social. En este sentido, la tendencia general es a percibir menos los problemas de este tipo conforme se incrementa el número de miembros de la familia. Así, si el 28% de la población declaraba enfermedades osteomusculares, el porcentaje sube a un 59% cuando los ancianos viven solos, y por un 50% de los ancianos que viven

en familias de cinco y más miembros (las proporciones para los menores de sesenta y cinco años oscilan entre un 30% y un 19%, respectivamente). En lo que se refiere a las enfermedades mentales, con una prevalencia del 12% en el conjunto de la población, fueron declaradas por un 17% de los ancianos que vivían solos y un 13% de los ancianos que viven en hogares formados de muchos miembros (14% y 11%, respectivamente, de las declaraciones de la población menor de sesenta y cinco años).

En cualquier caso, la morbilidad percibida aparece asociada a las características económicas y culturales de la población, medidas por sus niveles de renta e instrucción.

Así, las enfermedades de mayor declaración por la población en su conjunto (osteomusculares, digestivas, circulatorias, mentales y respiratorias) presentan diferencias estadísticas significativas en su prevalencia según estas variables, de tal forma que, cuanto mayor es el nivel de instrucción y renta de los entrevistados, se observa una menor propensión de la población a percibir enfermedades de todo tipo (Fig. 2).

## 5. ESTADO DE SALUD SUBJETIVO

Del conjunto de la población entrevistada el 67% declaró que su salud era buena o muy buena, el 24% regular y sólo un 8% mala o muy mala.

Esta percepción del propio estado de salud se matiza primeramente por la edad, con diferencias significativas entre los mayores y menores de sesenta y cinco años. No llega al 40% de los ancianos los que consideran su salud como muy buena-buena (73% en el caso de los menores de sesenta y cinco años), con cerca del 19% que se autoconsideran con un estado de salud malo-muy malo (tres veces superior a los menores de sesenta y cinco años), concentrándose fundamentalmente en la categoría de regular (41%).

La variable enfermedad introduce, lógicamente, variaciones en las valoraciones del estado de salud subjetivo (Fig. 3). Si el 67% del conjunto de la población consideraba tener una salud muy buena-buena, la proporción desciende al 52% cuando se trata de población que declara algún tipo de problema crónico (población «enferma»). Las diferencias, no obstante, son más acusadas entre la población con menos de sesenta y cinco años (73 y 58%, respectivamente), que entre la población de edad avanzada (39% los aparentemente «sanos» y 31% los que se valoran como «enfermos»).

No todas las enfermedades, sin embargo, inciden de igual manera en la percepción de salud por parte de la población. Entre las declaradas más frecuen-

temente, las de tipo mental son las que conllevan a valoraciones más pesimistas, en ambos grupos de edad. Entre los ancianos, después de las mentales aparecen las respiratorias, las digestivas, las circulatorias, y sólo, finalmente, las osteomusculares, posiblemente, porque los síntomas de estas últimas quizás sean vistos por la población mayor (e incluso por sus médicos) como normales o esperados en la vejez. Entre los menores de sesenta y cinco años, son las osteomusculares las que más condicionan un peor estado de salud percibido, seguidas de las respiratorias, circulatorias y digestivas.

La variable sexo introduce una nueva matización en la salud subjetiva, con diferencias apreciables hacia percepciones más negativas entre las mujeres que entre los varones, para ambos grupos de edad (Fig. 4).

Por su parte, el tamaño del hábitat de residencia no ofrece diferencias significativas en la percepción de la salud entre los entrevistados, a la luz del análisis de los datos utilizados. No obstante, existe evidencia bibliográfica de que los ancianos rurales tienen un estado de salud más pobre que sus congéneres urbanos.

Sin embargo, la variable referida al tamaño del hogar ofrece diferencias estadísticamente significativas, aunque pequeñas, en cuanto a las valoraciones subjetivas de la población, observándose una percepción más negativa de la propia salud entre aquéllos que viven solos o en hogares pequeños (dos miembros), lo que podría estar relacionado con el sentimiento de soledad: ésta parece influir más sobre la salud en la población vieja, ofreciendo percepciones más pesimistas (Fig. 4).

La variable de nivel de renta introduce diferencias más estimables en el estado de salud subjetivo. A medida que se incrementan los ingresos económicos mejora la percepción del estado general de salud, duplicándose casi la proporción de los que se consideran muy bien-bien desde el nivel más bajo de la escala (menos de 25.000 ptas/mes, un 47%) hasta los que reciben más de 100.000 ptas/mes (80%). Las diferencias son mayores entre la población con más de sesenta y cinco años (30% y 65%, respectivamente) que entre la población menor de esa edad (60% y 80% para los extremos de la escala), de tal forma que es un factor determinante más severo sobre la salud subjetiva la escasez de medios económicos que la de padecer enfermedades (Fig. 4).

En la misma línea, la variable nivel de instrucción aparece también estrechamente asociada a diferentes valoraciones del propio estado de salud, agudizándose aún más las diferencias. Un 38% de la población analfabeta considera su salud muy buena-buena frente a un 83% de la que tiene estudios superiores. Estas proporciones difieren, asimismo, si consideramos la población con menos de sesenta y cinco años, analfabeta (47%) o con estudios superiores (84%) y la población anciana (28% y 63%, respectivamente) (Fig. 4).

Como síntesis del impacto de las circunstancias socioeconómicas sobre la salud percibida (Fig. 5), se observa que las peores valoraciones se producen entre los analfabetos o con bajo nivel de instrucción y entre los que tienen una renta inferior a 25.000 ptas/mes, presentando escasa incidencia relativa la propia morbilidad percibida, el tamaño del hogar, el sexo y, sobre todo, el tamaño del municipio de residencia.

## 6. CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento de la población española es rápido, alcanza cifras importantes y se presenta como irreversible en las próximas décadas. Ello introduce una nueva dimensión en la valoración de las desigualdades en salud, ya que los ancianos sufren un progresivo y claro decremento en su acceso a los recursos económicos y sociales.

Es cierto que el grupo de población anciana presenta, en su conjunto, unos rasgos definitorios que le distinguen del resto de la población: edad avanzada, predominancia del sexo femenino, núcleos familiares unipersonales, renta reducida y bajo nivel de instrucción, rasgos que deterioran además la visión subjetiva de la salud en este conjunto demográfico.

El estudio de la morbilidad y el estado de salud percibidos por los ancianos nos acerca a la variedad y diversidad de un sector de la población tradicionalmente considerado como homogéneo. Sexo, tamaño del hogar, nivel de renta y, sobre todo, nivel de estudios, son variables que introducen diferencias significativas en la morbilidad percibida y, en definitiva, en la valoración del propio estado de salud por parte de esta población, con respecto a otros grupos demográficos y en relación con sus desigualdades internas derivadas, básicamente, de factores socioeconómicos.

De todo ello se deduce que las personas de sesenta y cinco y más años son seguros potenciales demandantes de servicios sanitarios, incluso independientemente de las circunstancias concretas de su nivel de salud, y que para determinar además el grado de satisfacción de las necesidades de esta población (*objetivo de toda política social*), han de valorarse los aspectos de la salud subjetiva o percibida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A. (1991): «El envejecimiento de la población española», en *Envejecimiento, edad y empleo en Europa. Situación actual y perspectivas*. M.<sup>º</sup> de Economía y Hacienda, Madrid, pp. XI-LIII.

- Abellán, A.; Fernández-Mayoralas, G.; Rodríguez, V., y Rojo, F. (1990): «El envejecimiento de la población española y sus características sociosanitarias», *Estudios Geográficos*, n.º 199-200, pp. 241-257.
- Andrews, F.M. (1981): «Social indicators and health-for-all», *Social Science & Medicine*, n.º 15C, pp. 219-223.
- Bazo, M.T. (1990): *La sociedad anciana*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, Madrid, serie Monografías, n.º 113.
- Davies, A.M. (1985): «Epidemiology and the Challenge of Ageing». *International Journal of Epidemiology*, n.º 14, pp. 9-19.
- Gee, E.M., and Kimball, M.M. (1987): *Women and Aging*. Toronto, Butterworth.
- Hansluwka, H.E. (1985): «Measuring the health of populations, indicators and interpretations». *Social Science & Medicine*, n.º 20, pp. 1207-1224.
- Joseph, A.E., and Phillips, D.R. (1984): *Accessibility and Utilization. Geographical Perspectives on Health Care Delivery*, London, Harper & Row.
- Lassey, M.L.; Lassey, W.R.; Carlson, J.E., and Sargent, M. (1985): «Health Maintenance Antecedents Among Older Citizens in Rural and Urban Communities». *Journal of Rural Studies*, n.º 1, pp. 185-191.
- Linn, B.S., and Linn, M.W. (1980): «Objective and self-assessed health in the old and very old», *Social Science & Medicine*, n.º 14A, pp. 311-315.
- Organización Mundial de la Salud (1983): *Basic Documents*. WHO, Geneva, 33rd edition (incluye las enmiendas adoptadas hasta febrero de 1983).
- Rodríguez, V., y Rojo, F. (1989): *Tipología del envejecimiento de la población española*. Documentos de Trabajo del Departamento de Geografía Humana y Regional, CSIC, Madrid, n.º 2.
- Rojo, F., y Fernández-Mayoralas, G. (1992): «Condiciones sociosanitarias de las personas de edad en España». En Abellán, A. (ed.), *Una España que envejece*. Universidad Hispanoamericana Santa María de la Rábida, Huelva.
- San Martín, H.; Carrasco, J.L.; Yuste, J., et al. (1986): *Salud, Sociedad y Enfermedad*. Editorial Ciencia 3, Madrid.
- Tinker, A. (1984): *The elderly in modern society*. Longman, London.
- Verbrugge, L.M. (1976): «Sex Differentials in Morbidity and Mortality in the United States», *Social Biology*, n.º 23, pp. 276-296.
- Wilkin, D., and Hughes, B. (1986): «The elderly and the health services». En: Phillipson, Ch., and Walker, A., *Ageing and Social Policy*. Gower, Aldershot.

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es conocer el estado de salud de las personas de edad en España en relación a los menores de sesenta y cinco años y analizar los factores que influyen sobre la valoración que la población vieja hace de su propio estado de salud. Se observan diferencias estadísticas en cuanto al estado de salud y morbilidad percibidos por la población según su edad, pero también según sexo, tamaño del hogar, renta y, sobre todo, nivel de instrucción. Ambos hechos nos conducen a concluir, de un lado, que los ancianos padecen como colectivo desigualdades en su nivel de salud con respecto a otros grupos demográficos definidos por la edad y, de otro, que la población anciana, debido a sus propias características socioeconómicas internas, presenta una destacable heterogeneidad en lo que se refiere a problemas y necesidades.

*Palabras clave:* Gerontología social, envejecimiento, España, estado de salud, salud percibida, morbilidad percibida, desigualdades en salud, factores socioeconómicos.

## ABSTRACT

The aims of this paper are to know the state of health of the elderly in relation to under 65's and to analyse the factors influencing the evaluation of the retired population's own health, in Spain. Statistical differences were observed in perceived health status and morbidity according to age, but also in relation with gender, household size, income and, moreover, academic level. Both facts lead to the conclusion that, on one hand, the elderly as a group suffer health inequalities with regard to other demographic groups defined by age and that, on the other hand, the elderly, due to their own internal socioeconomic characteristics, show an outstanding heterogeneity in reference to health needs and problems.

*Key Words:* Social Gerontology, ageing, health inequalities, socio-demographic characteristics, perceived morbidity, subjective health status, Spain.

**FIG. 1 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD**  
% sobre cada grupo de edad y sexo

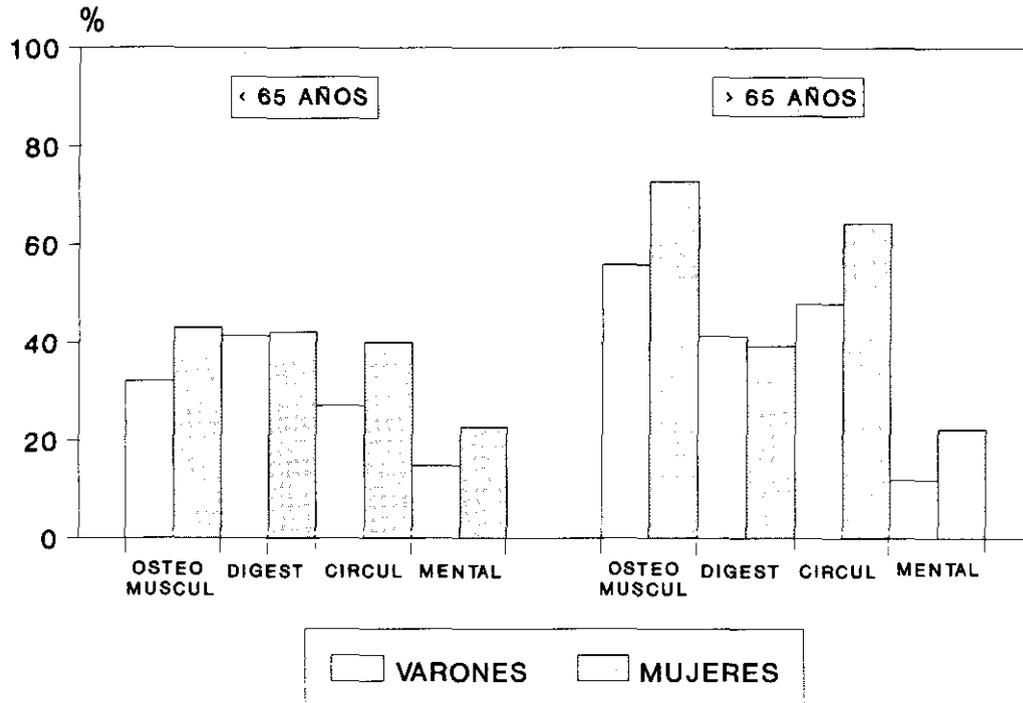
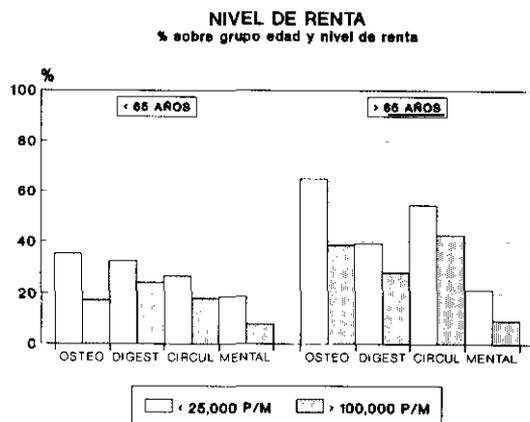
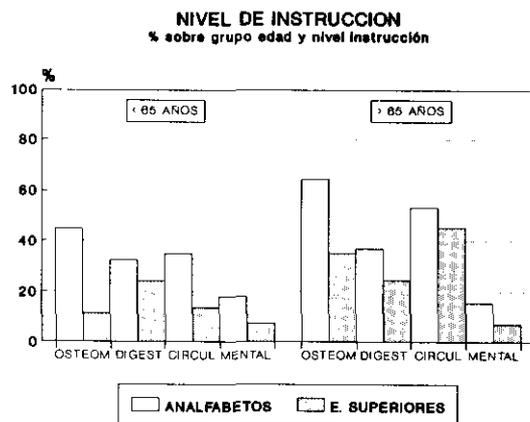


FIG. 2 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD



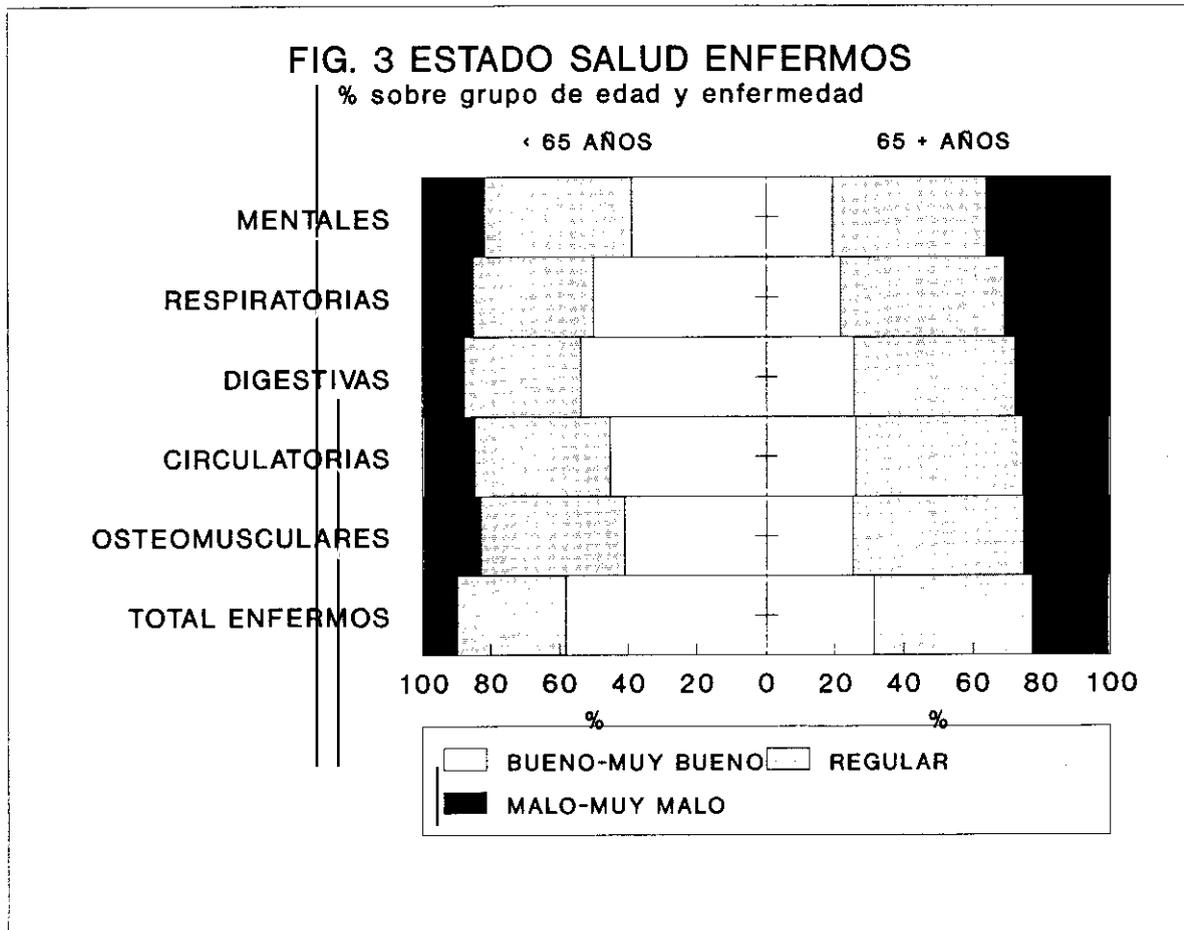
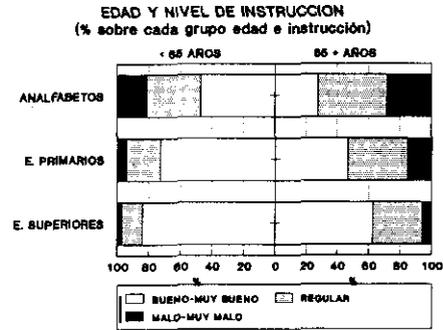
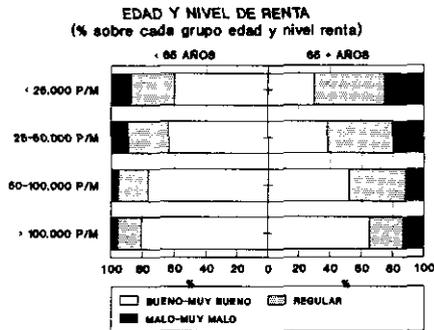
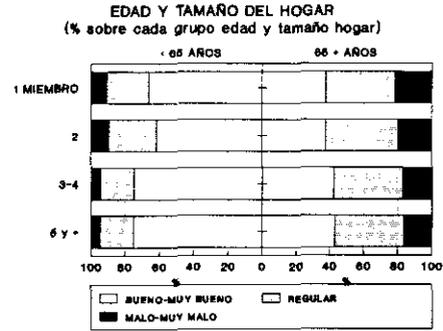
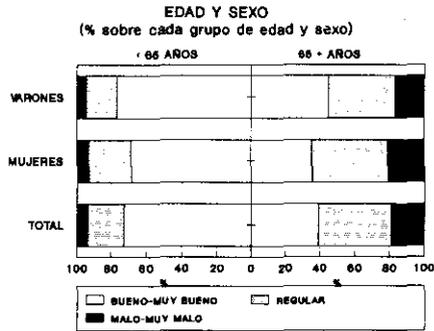


FIG. 4 PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD  
GRANDES GRUPOS DE EDAD



**FIG. 5 PERCEPCION DEL ESTADO SALUD SEGUN CATEGORIAS SOCIODEMOGRAFICAS. ANCIANOS**

