



ESTUDIO DE SALUD, JUBILACION Y ENVEJECIMIENTO

Introducción

- ¿Serán los "baby boomers" (nacidos entre el 1948 y el 1953) la primera generación que recientemente tiene medios de vida más bajos que los de sus padres?
- ¿Sucederá la enormemente anticipada insolvencia de fondos del siglo 21 del Medicare y el Seguro Social?
- ¿Importará si sucede?
- ¿Están ahorrando las personas, especialmente la generación de "baby boomers", suficiente para sostenerse durante su jubilación?

Para ayudar a contestar éstas y otras preguntas similares, el Instituto Nacional del Envejecimiento está apoyando al Centro de Estudios de Investigación de la Universidad de Michigan a conducir un estudio sobre la Salud, Jubilación y el Envejecimiento. El estudio comenzó en el 1992 con entrevistas de personas entre las edades de 51 a 61 y sus parejas, y continuó en 1993 con entrevistas de personas mucho mayores (70 en adelante, y sus parejas). Y porque comprender los cambios es crítico para el éxito de éstos estudios, hemos hablado nuevamente con personas mas jóvenes en 1994 y en 1996, y con las mayores en el 1995.

Su participación es crítica para el éxito de ésta investigación. Su disposición para contestar preguntas acerca de su vida nos permitirá formar un cuadro más preciso sobre las situaciones diarias de los Americanos mayores y nos ayudará a

comprender que le sucede en realidad a las personas según envejecen. Con éste conocimiento, nuevas políticas acerca de la jubilación y el envejecimiento--basadas en experiencias verdaderas de personas reales--se podrían desarrollar si fuera necesario.

Queremos agradecerles el haber tomado parte en éstos estudios. Particularmente, necesitamos y agradecemos mucho su continua participación, ya que la información que ustedes nos facilitan sigue aumentando en valor según pasa el tiempo. Por ejemplo, con información de diferentes años para las mismas personas se nos hace posible comparar el efecto de la salud en el estado del trabajo al cumplir las personas los 62 años de edad (cuando son elegibles por primera vez para recibir beneficios del Seguro Social) con el efecto a la edad de 58 o 59, cuando no son elegibles para el Seguro Social. Podemos comparar el impacto de la salud que mejora o empeora en el estado del trabajo para aquéllos con pensiones privadas y aquéllos sin pensiones, aquéllos con ingresos altos o bajos, aquéllos que tienen padres o hijos dependientes y aquéllos que no tienen, etc.

Para mostrarles nuestra apreciación, y porque pensamos que están interesados, nos gustaría compartir con ustedes la historia de éstos estudios y decirles un poco mas acerca de ellos.

¿Porqué estudiar la salud, jubilación y el envejecimiento?

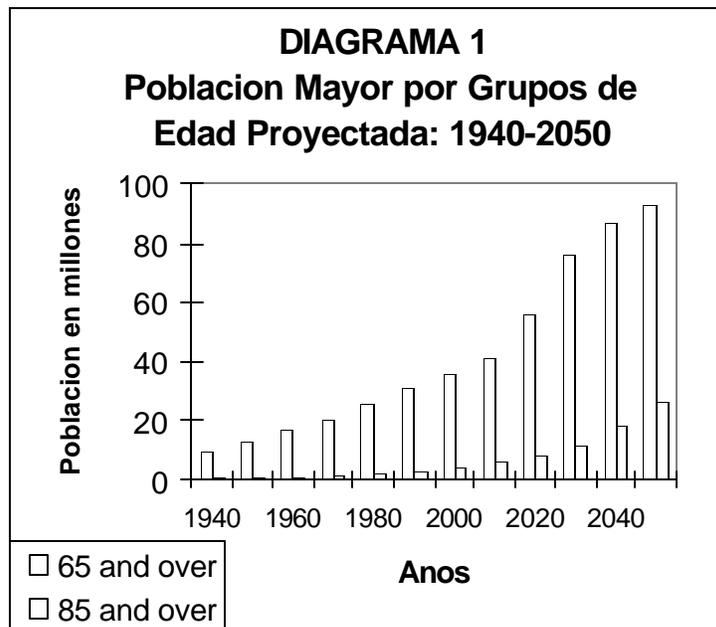
Los creadores de políticas, la comunidad científica, y los medios publicitarios todos tienden en acordar que la crisis presupuestaria que se aproxima sobre los programas del Medicare y el Seguro Social es uno de los problemas más importantes enfrentándose a los Estados Unidos. Pero mientras todos concuerdan que éstos son problemas mayores y que necesitamos entender mejor la economía y las consecuencias sociales de una población envejeciente, hay mucho desacuerdo sobre exactamente cual es el problema y cómo se puede resolver.

Entendiendo los factores de trabajo, pensión, salud, seguro y familia que afectan los Americanos mayores significará un debate nacional mejor-informado sobre éstos puntos.

Dele una mirada al Diagrama 1, a la derecha, el cual contiene las proyecciones de la Agencia del Censo del futuro tamaño de la población de los Estados Unidos de personas de 65 años de edad y mayores y de 85 años de edad y mayores. Lo que es inmediatamente obvio es que el número (y la proporción) de personas mayores en los Estados Unidos va a explotar a mitad del siglo comenzando con el año milenio del 2000, especialmente aquéllos de 85 años de edad y mayores. Entre el 2000 y 2050, la población de personas de 65 de edad y mayores se va a triplicar, y entre los mismos años la población de personas de 85 de edad y mayores aumentará por un factor de mas de 6! En términos de porcentaje, la fracción de la población de 65 y mayores casi se duplicará, mientras que la fracción de 85 y mayores se cuadruplicará.

Que está causando éste crecimiento explosivo en el número de personas envejecientes en los Estados Unidos? ¿Son los Estados Unidos únicos? ¿Nos deberíamos preocupar?

¿Porqué éste crecimiento explosivo?



Existen dos razones mayores para explicar el crecimiento explosivo de la población envejeciente. Primero, tuvimos un gran aumento en el número de niños nacidos en los Estados Unidos entre 1946 y 1964--lo que usualmente llamamos la generación "baby boom". Este gran aumento en el número de bebés se ha encaminado gradualmente a través de la población. Para el año 2030 el cohorte completo de baby boom habrá cumplido la edad de 65 años, y el "baby boom" se convertirá en el "senior boom", marcado por un crecimiento enorme en el número de personas de 65+ años de edad. Para el año 2050, el baby boom resultará en un gran aumento en el número de personas de 85+ años de edad.

Además, y probablemente tan importante, ha habido un aumento constante en la tecnología médica, aumento en la educación, y cambios en los estilos de vida (fumar, ejercicio y dieta, etc.) lo cual significa que las personas están viviendo más años que antes. No hace mucho, era raro que una persona viviera hasta los 65 años de edad o más, ahora, sobre el 80% de la población sobrevive la edad de 65. Esa es la razón principal por la cual la proporción de personas de 85+ años de edad crece tan rápido--muchas más personas viven hasta

edades muy avanzadas, y éste patrón probablemente continuará.

Para reforzar éste caso, muchos investigadores de población creen que los números en el Diagrama 1, los cuales están basados en Son los Estados Unidos únicos?

Otros países se encuentran frente a la misma explosión de poblaciones envejecientes. De hecho, los países como Japón, Inglaterra, y Alemania están envejeciendo en una proporción más alta que los Estados Unidos. A la misma vez las personas mundialmente están viviendo más tiempo, los nacimientos están disminuyendo rápidamente en muchos países, incluyendo India, China y México en el mundo en desarrollo. En conjunto, la expectativa de vida más larga y la proporción de nacimientos disminuyendo significa que éstos otros países se van a encontrar rápidamente con una población envejeciente similar a la de los Estados Unidos en un futuro no muy distante.

¿Nos deberíamos preocupar?

El problema básico con la proporción creciente de personas mayores en los Estados Unidos y otros países es que existe el potencial de limitar el crecimiento, y aun causar un descenso, en los medios de vida. La forma más sencilla para ver esto es reconocer que todos en una población como la de los Estados Unidos tiene que "comer" para sobrevivir, pero sólo una parte de la población está disponible para trabajar a fin de producir "comida". Piense en "comer" no solo como consumo de comida, pero usando cosas generales como--carros, televisiones, ropa, comida, servicios médicos, películas, servicios bancarios, etc. Y piense en las personas en la categoría de "trabajador" como aquéllos entre las edades de, digamos, 18 y 65. No es que todas las personas entre esas edades trabajan, ya que algunas personas aún atienden la escuela mientras otros se retiran a las edades de 62, 60 y hasta 55--pero el número de personas entre 18 y 65 provee una

adivanzas sobre las tasas de supervivencia de la población entre ahora y el año 2050, son desestimados serios del crecimiento en hogares para el año 2050.

medida bastante buena de cómo muchas personas están disponibles a producir "comida" la cual toda la población tiene disponible para "comer". En términos de números, si definimos "comedores" como aquéllos que están viviendo pero no trabajan, habían más o menos 4 o 5 veces tantos trabajadores como comedores en 1950, pero para el 2050 esa proporción crítica será mas como 2 a 1. De éste modo habrán muchos menos trabajadores disponibles a producir "comida" relativo a la población que quiere "comer", y a menos que la productividad por trabajador aumente drásticamente, habrá una ración reducida de comida por persona disponible a consumirse.

Envejecimiento y Salud

Mientras todos comprendan que, como promedio, la salud posiblemente empeora a edades avanzadas, el patrón actual de salud y envejecimiento sorprenderá a muchos de ustedes. La Tabla 1 resume ciertos datos de problemas de salud reportados por varios tipos de respondedores. Problemas de salud incluyen presión alta o hipertensión, diabetes, cancer, bronquitis o enfisema, condiciones cardíacas. falla de corazón congestiva, y apoplejía (artritis, la cual es extremadamente común entre todos los grupos de edades no incluidos aquí). Dos grupos de respondedores se muestran en la tabla: uno de personas en los 50s y 60s (para ser exactos, entre 53 y 63), y la otra de personas en los 70s y 80s, y 90s (para ser exactos, personas mayores de la edad de 72).

TABLA 1

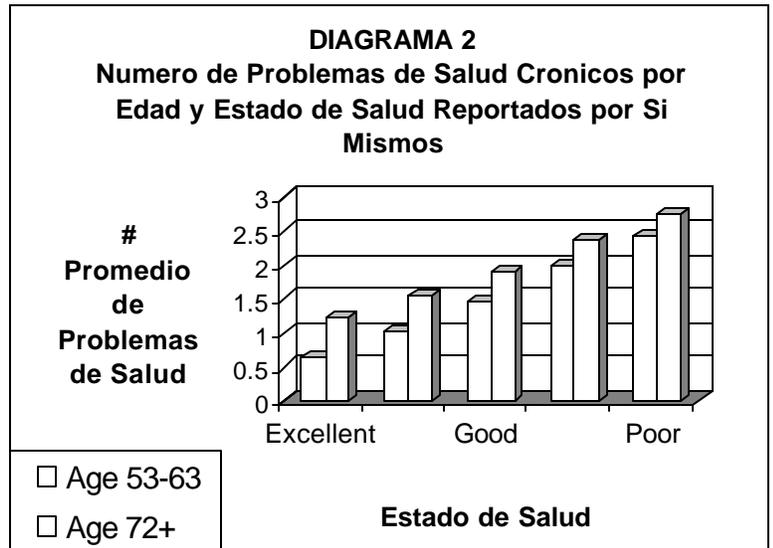
Porciento del espécimen con un Número Diferente de Problemas Salud		
Número de	Responde-	Respondedores en

Problemas de Salud	dores en los 50s & 60s	los 70s, 80s, & 90s
0	45.0%	33.1%
1	35.0%	30.0%
2	14.7%	22.5%
3	4.4%	10.6%
4	0.9%	3.3%
5	0.0%	0.5%
6	0.0%	0.1%
Total	100.0%	100.0%

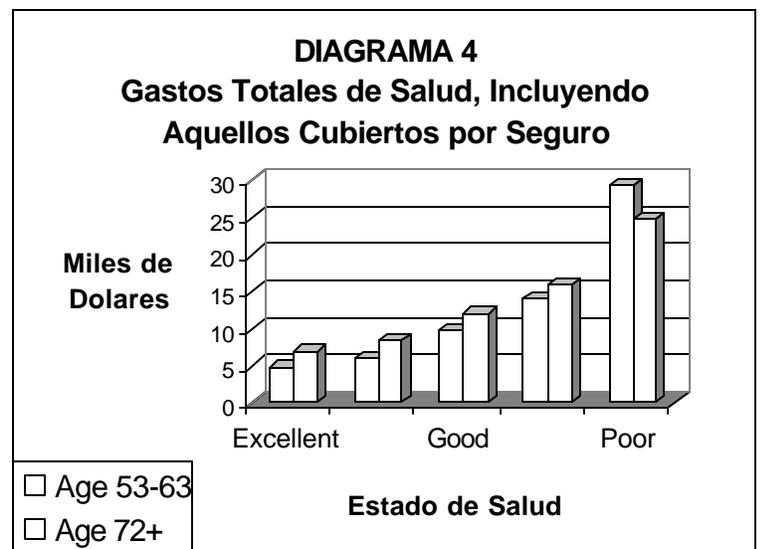
Mientras, como promedio, las familias mayores indudablemente tienen más problemas de salud que los más jóvenes, hogares de personas pre-jubiladas, las diferencias no son tan dramáticas. Por ejemplo, mientras el 45% de familias más jóvenes no reportan problemas de salud de cualquier tipo, completamente 33% de las familias mayores tampoco reportan problemas de salud. Y mientras el 35% de familias jóvenes reportan haber tenido uno de los seis problemas de salud enumerados, sólo como el 30% de las familias mayores también reportan un sólo problema de salud. En resumen, según envejecen las personas desarrollan más problemas de salud, pero la población mayor es notablemente saludable, y no es mucho menos saludable que la población de 20 años menores.

Salud y el Uso de Servicios Médicos

Los Diagramas 2, 3 y 4 relatan un estado de salud total a la presencia de problemas específicos de salud, y gastos médicos. Aquí nos encontramos agrupando personas por su estado



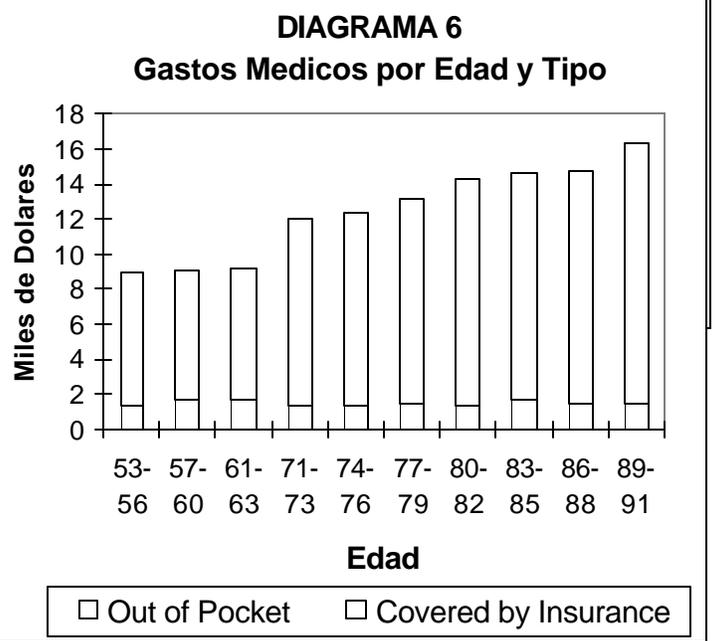
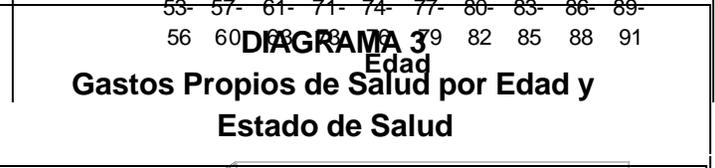
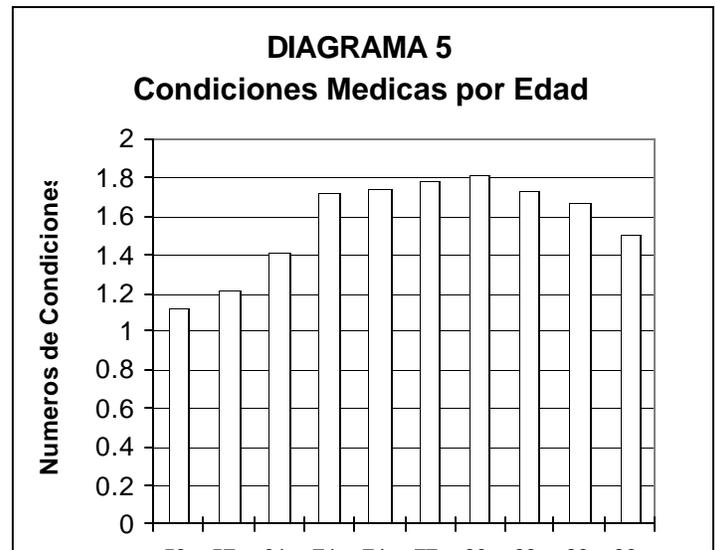
total de salud: excelente, muy bueno, bueno, razonable, o pobre. Para cada uno de los grupos tabulamos el número total de problemas de salud (fuera de un total de siete condiciones médicas), como también el total de dos años de gastos propios (aquéllos no cubiertos por el seguro médico) y dos años de gastos médicos totales incluyendo aquéllos cubiertos por seguro médico. Mostramos diagramas para respondedores en sus 50s y 60s, como también para aquéllos en sus 70s, 80s y 90s.



Ninguno de los modelos son inesperados. En términos de números de problemas de salud específicos, los respondedores en sus 50s y 60s que reportan estar en salud pobre tienen literalmente 4 veces más problemas de salud como los respondedores que reportan estar en salud excelente. Las diferencias no son tan extremas para respondedores en sus 70s, 80s, y 90s, aunque aquéllos con salud pobre tienen dos veces más problemas de salud que aquéllos en salud excelente. Interesantemente, no existe mucha diferencia entre los respondedores en sus 50s y 60s y aquéllos en sus 70s, 80s, y 90s en el número de problemas de salud reportados para aquéllos en salud razonable o pobre.

En términos de gastos, gastos propios casi se duplican según nos movemos de aquéllos en salud excelente a aquéllos en salud pobre. Los números son casi los mismos para respondedores en sus 50s y 60s, y aquéllos en sus 70s, 80s, y 90s. Para gastos totales incluyendo aquéllos cubiertos por seguros médicos, existe una diferencia enorme entre aquéllos en salud pobre y aquéllos en salud buena o excelente--para personas en sus 50s y 60s, aquéllos en salud pobre tienen casi \$30,000 en gastos para el período de 2 años cubierto por ésta data, mientras que aquéllos en salud excelente gastan un poco menos de \$5,000. Las diferencias son muy vastas pero no tan extremas para respondedores en sus 70s, 80s, y 90s; gastos para aquéllos en salud pobre son casi 4 veces mayores que para aquéllos en salud excelente.

Curiosamente, las diferencias en edad no están cerca del todo a ser tan extremas a las diferencias de estados de salud reportados por si mismos. Los Diagramas 5 y 6 demuestran el número promedio de problemas de salud, y el promedio de gastos (ambos de bolsillo y total, incluyendo aquéllos cubiertos por seguro médico) para respondedores en tres grupos de edades en



sus 50s y 60s, y en siete grupos de edades mas en los 70s, 80s, y 90s. Aunque está suficientemente claro que la edad avanzada resulta en ambos mas problemas de salud y mas gastos de salud total (pero no mas gastos propios), las diferencias son mucho mas pequeñas que aquéllos asociados con diferencias en reportes de estado de salud por si mismos. Interesantemente, el promedio de número

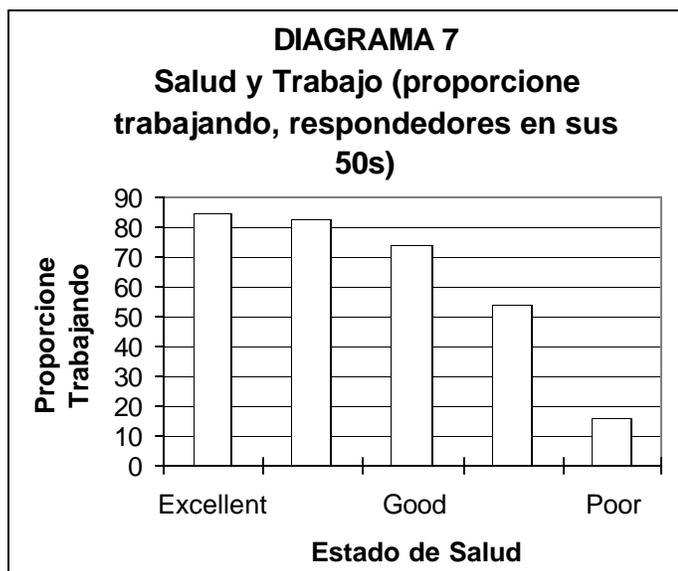
de problemas de salud actualmente se reduce un poco según los respondedores llegan a sus 80s y comienzos de los 90s comparado a aquéllos en sus

También merece tomar en cuenta que los gastos médicos propios son menores para personas en sus 70s y 80s que para aquéllos en sus 50s, probablemente porque virtualmente todos en sus 70s y 80s están cubiertos por Medicare, mientras que aun hay números substanciales de personas en sus 50s que no están cubiertos por seguro médico.

Gastos médicos totales, incluyendo aquéllos cubiertos por seguro médico, aumentan substancialmente con edad, desde alrededor de \$9,000 de respondedores en sus 50s y comienzos de los 60s (nuevamente, sobre un período aproximadamente de dos años), a entre \$12,000-\$16,000 para respondedores en sus 70s y 80s.

Salud y Trabajo

Los reportes de respondedores de su estado total de salud--excelente, muy bueno, bueno, razonable, y pobre--aparentan ser el predictor del estado de trabajo para aquéllos en sus 50s. Por ejemplo, de aquéllos que no son elegibles para beneficios de Seguro Social, 85% de aquéllos en salud excelente estaban trabajando, comparado con solo 16% de aquéllos en salud pobre (Diagrama 7).



70s, probablemente porque muchas personas con problemas de salud substanciales no sobreviven sus 80s.

Como se esperaría, la proporción de aquéllos entre 51 y 61 que trabajaban en 1992 declinaron ambos en 1994 y 1996, mientras que la proporción de los jubilados aumentó substancialmente. De aquéllos en salud excelente, la proporción trabajando bajó de 87% a 75% entre 1992 y 1996, mientras que para aquéllos en salud pobre la proporción trabajando bajó de 23% a 13%. La proporción de jubilados aumentó de 11% a 26% para el grupo en salud excelente, y de 15% a 35% para el grupo en salud pobre.

Cambios en el estado de salud tienen efectos poderosos en el estado de trabajo, y algunos de esos efectos son sorprendentes. Por ejemplo, aquéllos cuya salud empeoró considerablemente muestran niveles mucho más bajos de actividad de trabajo que aquéllos cuya salud siempre ha sido pobre, mientras que aquéllos cuya salud mejoró considerablemente muestran niveles más altos de actividad de trabajo que aquéllos cuya salud siempre ha sido buena.

La mayoría de los cambios de salud son adversos. Sobre un tercero de aquéllos en salud razonable en 1994 reportaron en 1996 que su salud había empeorado, mientras que sólo como el 13% reportaron que su salud había mejorado (el otro 50% no reportó cambios en su salud). Los hallazgos son similares para aquéllos en salud pobre en 1994, donde sobre el 50% reportaron en 1996 que su salud había empeorado comparado a solamente como el 12% quienes dijeron que su salud había mejorado.

Todos los resultados descritos anteriormente para la relación entre salud y trabajo indican la importancia de poder medir cambios a través del tiempo para los mismos respondedores

para poder alcanzar un entendimiento real de las dinámicas de trabajo, jubilación, y el proceso del envejecimiento.

El HRA es el primer estudio de investigación en los últimos 20 años que examina la relación entre la salud, los cambios de salud, red de ayuda familiar, y las características de trabajo y finanzas de las personas que se acercan a la edad de la jubilación. Su mayor fuente de fondos monetarios es el Instituto Nacional de Envejecimiento (NIA), cual es parte de los Institutos Nacionales de Salud. Los científicos médicos y sociales (economistas, demógrafos, doctores médicos, gerontólogos, sociólogos, y sicólogos) de universidades a través de la nación, como también los investigadores de varias agencias gubernamentales, se han unido en la planificación e implementación del estudio. Los representantes de la Asociación Americana de Personas Jubiladas (AARP) también han contribuido a su desarrollo.

Según muchos de ustedes recordarán, las entrevistas de la primera fase de ésta investigación comenzó en Abril de 1992. Casi 70,000 familias fueron contactadas para identificar personas nacidas entre 1931 y 1941, por lo tanto de edades de 51-61, junto con sus esposos o esposas si estaban casados. Ya cuando terminaron las entrevistas en Marzo del 1993, sobre 12,600 personas viviendo en sobre 7,700 hogares habían sido seleccionadas y entrevistadas. Este grupo de respondedores fueron nuevamente entrevistados en 1994, y otra vez en 1996, para ver cómo las cosas habían cambiado a través del tiempo. Una segunda fase del estudio comenzó en 1993, donde entrevistamos sobre 8,000 personas nacidas en 1923 o antes, por lo tanto de 70 años de edad o mayores, o casados con alguien en ese grupo de edad. Estos respondedores se entrevistaron nuevamente en 1995, para observar cambios--un aspecto críticamente importante para éstos estudios.

¿Quién está Conduciendo el Estudio HRA?

Desarrollos Recientes y Planes Futuros

El estudio de Salud, Jubilación y Envejecimiento va a hablar con respondedores nuevos en 1998, además de entrevistar de nuevo a los respondedores originales. El estudio de 1998 va a agregar participantes nuevos nacidos entre 1942 y 1947, por lo tanto de las edades de 51-56, para permitirnos a continuar estudiando a personas en sus primeros cincuentas (el grupo original será entre 57 y 67 para el 1998). También planeamos llenar el grupo de edad que no se cubrió por ninguno de los estudios originales--aquéllos nacidos entre 1924 y 1930, por lo tanto edades de 68-74 en 1998.

Al extender el estudio de ésta manera, podremos comparar el comportamiento de las personas de 51-56 años de edad de hoy día con el comportamiento de aquéllos que fueron inicialmente entrevistados a la misma edad y que son ahora mayores. Ésto nos permitirá ver cómo cualquier cambio en políticas gubernamentales acerca del Seguro Social y/o el cuidado de salud afecta el comportamiento de las personas en diferentes circunstancias y grupos de edad, ambos antes y después del cambio. Este tipo de investigación y análisis en progreso es necesario para explorar la conexión entre políticas públicas y el comportamiento individual para comprender el proceso de jubilación.

Si está interesado en aprender más acerca de HRA, hemos incluido una "hoja de hechos" que provee algunos resultados adicionales. También sería un placer para nosotros el que ustedes nos escriban o visiten nuestra red de información:

<http://www.umich.edu/~hrswww/>

¿Que hemos aprendido del Estudio de Salud, Jubilación y Envejecimiento?

Decisiones de Jubilación En General

- Decisiones de jubilación temprana son fuertemente influenciadas por ambos el estado físico y mental de la salud. Más de la mitad de los hombres y una tercera parte de las mujeres que dejan de trabajar antes de alcanzar la edad de jubilación temprana del Seguro Social de 62 reportan que la salud les limita la capacidad para trabajar.
- Como 3 de cada 4 trabajadores mayores indican que preferirían reducir las horas gradualmente a jubilarse abruptamente, sin embargo el patrón más común de jubilación es de trabajo de tiempo completo a jubilación completa. Las investigaciones sugieren que esto puede que se deba a la falta de flexibilidad de horas de trabajo, lo que se entiende para algunos tipos de trabajos, pero en otros trabajos puede ser el resultado de las actitudes de los empleadores en acomodar a los trabajadores mayores que desean trabajar a tiempo medio.
- En 1992 57% de los respondedores, sin considerar su estado civil, estaban trabajando y 10% estaban jubilados. En 1996 sólo un poco más de la mitad de respondedores estaban trabajando y la porción de personas jubiladas casi se triplicó.
- Mientras que el seguro de salud en el trabajo actual aumenta las oportunidades para que los Hispanos y las mujeres de la raza blanca continúen trabajando a tiempo completo pasados los 62, es el seguro de incapacidad el que aumenta la probabilidad

de que las mujeres de la raza negra continúen trabajando.

- Como el 20% de respondedores reportaron una incapacidad para trabajar cuando fueron entrevistados en 1992, comparado al 24% en 1994. Del grupo inicial, como cuatro quintos continuaron incapacitados en 1994, mientras que un 8% adicional reportó una incapacidad nueva.

Salud y Seguro de Salud

- Como el 90% de respondedores de la raza blanca tenían seguro médico en cada uno de las tres fechas del estudio (1992, 1994, y 1996), y el 82% siempre están cubiertos; solamente 4% nunca han sido cubiertos, y como el 15% han estado cubiertos durante una de las fechas, pero no en todas.
- Las minorías tienen protección substancialmente menor que los de la raza blanca. Como 6% de la raza negra y 17% de los hispanos nunca han sido protegidos por seguro médico, mientras que 25% de la raza negra y 30% de los hispanos están protegidos algunas veces pero no siempre.
- La clase trabajadora pobre es menos probable de tener seguro médico que otras. Como dos en cada tres trabajadores a tiempo completo con pago bajo carecen de protección de salud médica provistas por los empleadores, y cerca de una tercera parte carece de protección de seguro médico alguno.

Ingreso y Opulencia

- Pensiones públicas y privadas constituyen abruptamente dos terceras partes del ingreso total de respondedores de la edad de 70 en adelante en 1992. El Seguro Social provee la mayor parte de sus

ingresos totales, aumentando en importancia relativa al envejecer.

- En la cuarta parte más baja de los recipientes de ingreso, dos terceras partes de las familias no están cubiertas por una pensión. Alrededor del 95% de las familias en la cuarta parte más alta están cubiertos por una pensión, y sobre un cuarto tenían más de una pensión.
- Mientras los beneficios del Seguro Social representan casi la mitad del ingreso total de ambos respondedores mayores solteros y casados (edad 70+), las pensiones privadas comprenden menos del 24 por ciento del ingreso total.
- La mayoría del ingreso de los respondedores en sus primeros 50s resulta del trabajo--algunos \$40,000 de aproximadamente \$48,000, como promedio. Para respondedores en los 70s y mayores, las ganancias de trabajo comprenden un 15% de su ingreso para aquéllos entre 70 y 74, y fluctúan del 5% a esencialmente cero para aquéllos en grupos de edad mayores.
- El ingreso está desigualmente distribuído entre los hogares en las edades de 70 y mayores excepto para el Seguro Social. Ingreso de pago se recibe sólo por el 10% de arriba de la distribución de ingresos, ingresos de intereses y dividendos es efectivamente cero excepto para el 25% de arriba, y el ingreso de pensión se recibe por la mitad de arriba de la distribución de ingreso.
- Los bienes se distribuyen con igualdad mucho menor que el ingreso, como se sabe. Para hogares en la clasificación entre 51-61 años de edad, mientras la ganancia neta

u opulencia como promedio es alrededor de \$250,000, una familia en la distribución media de opulencia (con tantas familias más pobres que ricas llamado la familia típica) tiene alrededor de \$100,000 de opulencia (alrededor de dos años de ingresos para la familia promedio) y solo como \$40,000 de opulencia (bruscamente un año de ingresos), sin contar el capital de propiedad.

Los de la raza negra, hispanos, y mujeres solteras tienen mucha menos opulencia--especialmente sin contar con capital de propiedad--que otras familias.

- Típicamente las familias hispanas y de raza negra tienen alrededor de \$30,000 en opulencia total comparado a más de \$125,000 de otros, y solo alrededor de \$5,000 en opulencia sin el capital de propiedad, comparado al \$50,000 de otros.
- La mujer soltera típica en el grupo de edad de 51-61 tiene alrededor de \$40,000 del total neto de ganancia, comparado a casi \$150,000 de familias típicas casadas, y solo alrededor de \$8,000 en ganancia neta menos el capital de propiedad comparado a más de \$60,000 para familias de parejas casadas.

Las diferencias en la opulencia son marcadas más entre la edad de 70 y mayor que los de 51-61 años de edad.

- La familia típica de raza negra e hispanos en el grupo de edad de 70+ esencialmente no tiene bienes ningunos aparte del capital de propiedad, mientras que para otras familias las posesiones aparte de capital de

propiedad fluctúan entre \$40,000 en los grupos de edad de 70-74 para abajo hasta

- La mujer soltera típica tiene entre \$5,000-\$8,000 de bienes aparte del capital de propiedad, dependiendo en la edad, comparado entre \$20,000-\$55,000 para la familia de parejas típicas.

Aunque existen muchas familias en éstos grupos de edad con muy pocas cantidades de bienes y por lo tanto sin un cojín financiero para protección en eventos adversos, existen muchas familias mayores con bienes substanciales.

- Entre familias en el grupo de edad de 51-61, el 10% más rico tiene un capital neto de \$520,000. El 10% más rico de la raza negra e hispanos tienen un capital neto de por lo menos \$200,000 mientras que el 10% más rico de mujeres solteras tienen un capital neto de por lo menos \$268,000.
- Entre familias en el grupo de edad de 70 y mayores, el 10% más rico tiene un capital neto desde un poco más de \$460,000 a un poco menos de \$250,000, dependiendo en la edad del grupo. El 10% más rico de la raza negra e hispanos tienen un capital neto desde por lo menos \$75,000 a por lo menos \$180,000, dependiendo en la edad del grupo. Y el 10% más rico de mujeres solteras tiene un capital neto desde por lo menos \$295,000 a por lo menos \$188,000, dependiendo en la edad del grupo.
- Para familias de 70 y mayores, existen grandes diferencias por edad de grupo. Los promedios de capital neto sobre \$200,000 para aquéllos 70-74, un poco más de \$175,000 para aquéllos de 75-79, como \$140,000 para aquéllos de 80-84, y

alrededor de \$10,000 en el grupo de edades de 85 y mayores.

un poco sobre \$100,000 para aquéllos 85 y mayores. Diferencias similares se exhiben para el valor neto menos el capital de propiedad.

No está claro en los datos disponibles el porqué existen éstas diferencias. Puede ser como resultado del hecho que las familias mayores están utilizando sus bienes para mantener sus tipos de vida. Alternativamente, pueden ser como resultado de diferencias en ingresos a través de sus vidas--en los Estados Unidos, tanto como en otros países, las personas de 70 años de edad tienen ahorros de por vida muchos más altos que las personas de 90 años de edad, y éstas diferencias se traducen en diferencias de opulencia acumulada.

Salud y Opulencia

Uno de los resultados más sorprendentes de los datos es la fuerte relación entre la salud, opulencia e ingreso. Particularmente, parece ser que el estado de salud de ambos en una pareja es igualmente relacionado al ingreso y la opulencia. Por ejemplo:

- El valor neto promedio u opulencia de los hogares donde ambos el esposo y la esposa se encuentran en salud excelente es más de diez veces mayor que el de hogares donde ambos se encuentran en salud pobre.
- El ingreso promedio de familias donde ambos esposos se encuentran en salud excelente es cuatro veces mayor que el de familias donde ambos se encuentran en salud pobre.
- Mientras que no está completamente claro si ingresos más altos u opulencia conlleva a más cuidado de salud y por lo tanto mejor

salud, o si la mejor salud conlleva a más esfuerzo en el trabajo y por lo tanto más ganancias y ahorros-- aparentemente la conexión de salud al esfuerzo de trabajo es

Aquéllos con necesidades mayores de cuidado de salud usualmente tienen menos recursos financieros. Sin embargo, tienen aproximadamente el mismo número de hijos que los respondedores más saludables, y cuando no hay un cónyuge, los hijos proveen tiempo para ayudar. Entre aquéllos con limitaciones de salud, alrededor del 66 por ciento reciben ayuda personal, y según aumenta el número de limitaciones, la probabilidad de recibir cuidado aumenta.

- Familias y parientes proveen casi dos terceras partes de ayuda recibida por la comunidad de envejecientes y sólo el 7% es cuidado pagado solamente. Los hijos raramente le prestan ayuda financiera a sus padres.
- Ayuda para el tiempo es el tipo más común de ayuda recibida por los envejecientes. De los envejecientes solteros, alrededor de la mitad reciben ayuda en tiempo de los hijos, y el 15% viven con sus hijos. Los hispanos son más propensos a ayudar a sus padres dándoles dinero y dedicándoles tiempo que otros grupos étnicos.

Sobre una tercera parte de respondedores frágiles que no están casados de las edades de 70+ no reciben ayuda. En parejas casadas casi el 40% de la ayuda viene del cónyuge y en 42 por ciento de los casos no reciben ayuda alguna.

- La mayoría de los respondedores de parejas casadas en el grupo de edad de 51-61 tienen padres aún vivos, hijos y nietos. Más de la mitad de los respondedores transfieren dinero a sus

más fuerte que la conexión de opulencia a mejor cuidado de salud a mejor salud.

Estructura Familiar y Transferencia Intergeneracional

hijos, pero la transferencia contraria de dinero de sus hijos es muy escasa--sólo alrededor de 5% de los padres reciben transferencias de sus hijos.

- Sobre el 25% de respondedoras femeninas proveen 100 horas de cuidado para sus nietos por año, y el cuidado de nietos para un número considerable de respondedores es equivalente a un trabajo a tiempo medio. Las mujeres son dos veces y media más propensas a proveer cuidado a nietos que los hombres. Las abuelas solteras proveen el cuidado mayor, como promedio 20 horas a la semana.
- El estado económico influye en quien da y recibe transferencias. Los padres que creen que sus hijos están mejor financieramente que ellos son menos probables de dar transferencias que otros padres, y los hijos en éstas situaciones son más propensos a dar transferencias a sus padres. Pero la dirección dominante de transferencias es de padres a hijos sin importar las diferencias en estado económico.
- Para más información acerca de el estudio, visite nuestra red de información:

<http://www.umich.edu/~hrswww/>