



INSTITUTO  
DE ENVEJECIMIENTO

HelpAge  
International

age helps

INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO UNIVERSIDAD JAVERIANA. BOGOTÁ  
HELPAJE AMÉRICA LATINA

## VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”<sup>1</sup>.

*Estudio realizado en Colombia. 2014 - 2015*

INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO UNIVERSIDAD JAVERIANA. BOGOTÁ  
HELPAJE AMÉRICA LATINA

Carlos A. Cano G. MD Geriatra  
Margarita R. Medina V. Economista Dra. Demografía  
Cecilia Hincapié C. Estadística

Bogotá marzo 2015

Editorial Javegraf Libro ISBN 978958716982-9

---

<sup>1</sup> Documento elaborado por Margarita R. Medina V. (Economista Dra. Demografía), Cecilia Hincapié C. (Estadística), investigadoras del Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana y Carlos A. Cano G., (Geriatra, Director Instituto de Envejecimiento), Bogotá marzo 2015.

# **VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE” A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO**

## **CONTENIDO**

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE” .....	2
A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. CONTENIDOS DEL ESTUDIO Y APLICACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO .....	6
2.1 Contenidos de la encuesta .....	6
2.2 Aplicación y coberturas de la prueba piloto.....	7
3. METODOLOGÍA PARA VALIDAR LA ENCUESTA “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE” CON BASE EN LA PRUEBA PILOTO .....	8
4. COMPARACIÓN DE RESPUESTAS CUANTITATIVAS Y RESPUESTAS CUALITATIVAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA .....	11
4.1 Objetivos referidos a la validación de la precisión de las respuestas de la encuesta según las calificaciones cuantitativas versus la narrativa de la entrevista .....	11
4.2 Coherencia, validez y pertinencia de las respuestas a las preguntas seleccionadas .	12
4.3 Respuestas cuantitativas obtenidas en la encuesta versus la narrativa de la entrevista .....	13
5. SENTIDO DE REALIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO: ANÁLISIS TRANSVERSAL. RECOMENDACIONES PARA AJUSTAR LA ENCUESTA .....	17
5.1 Sentido de realidad de la información referida a socio demografía de la población en estudio e implicaciones en la validación de la encuesta.....	18
5.2 Sentido de realidad de la información referida a salud física e implicaciones en la validación de la encuesta .....	21
5.3 Sentido de realidad de la información referida a servicios de salud e implicaciones en la validación de la encuesta .....	24
5.4 Comparación entre las dos rondas de Encuesta: Análisis transversal .....	26

6. CAPACIDAD DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA PARA CAPTAR LOS CAMBIOS EN EL TIEMPO: ANÁLISIS LONGITUDINAL .....	31
7. EVALUACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA ENCUESTA CON BASE EN LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO .....	40
BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	43
ANEXOS .....	46
ANEXO 1: Formulario encuesta “Envejecimiento saludable”. Instrumento para la prueba piloto aplicada en Colombia.....	46
ANEXO 2: Guía de entrevista cualitativa “Envejecimiento saludable”. Instrumento para la prueba piloto aplicada en Colombia. ....	52
ANEXO 3: Calificaciones de coherencia, validez y pertinencia para preguntas seleccionadas55	
ANEXO 4: Población en estudio: socio-demografía, condiciones de salud y experiencias con los servicios de salud: análisis transversal .....	58
ANEXO 5: Capacidad de las preguntas de la encuesta para captar los cambios en el tiempo: análisis longitudinal.....	88

## 1. INTRODUCCIÓN

Para orientar la acción de las políticas sobre vejez, así como los programas y atenciones en salud dirigidos a las personas mayores es necesario identificar condiciones y procesos de cambio que favorecen el envejecimiento saludable. A partir de las investigaciones y discusiones sobre el tema es evidente que hay vacíos en el conocimiento de los procesos de envejecimiento saludable, en particular en países de América Latina tema, y más aún en los países africanos (Almeida, O. P., et al. 2006; Britton, A., 2008; Bowling, A. 2005; Eisenberg, R. 2014; Kapteyn, A. 2010; Strawbridge, W. J. 1996; Von Faber, M. et al. 2001).

En este sentido, la investigación sobre las condiciones de vida en las que se desenvuelven los procesos de envejecimiento debe hacer énfasis en los cambios drásticos positivos y negativos que se dan en la salud de las personas mayores. La valoración de tales cambios requiere análisis longitudinales, bien sean prospectivos o retrospectivos, a partir de los cuales sea posible comparar condiciones de salud diferentes en el tiempo, y establecer en qué medida estas diferencias se asocian con el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de las personas mayores.

En ese orden de ideas, la ONG HelpAge está promoviendo en países latino americanos la realización de un estudio longitudinal sobre el tema, basado en dos rondas de encuesta. El objetivo general del estudio es valorar éxitos y fracasos de las intervenciones en salud, con énfasis en la influencia de los tratamientos no solo sobre la funcionalidad de las personas mayores, sino también en la superación de estados de fragilidad y los síntomas de la enfermedad. Se trata de identificar, en qué medida las mejoras en el estado de salud se puedan atribuir a tratamientos médicos recibidos en periodos recientes (HelpAge 2014).

En una primera etapa del proyecto, HelpAge y el Instituto de Envejecimiento de la Universidad Javeriana realizan la prueba piloto de la encuesta propuesta internacionalmente. Bajo un diseño de muestreo de casos implementado en dos rondas, la encuesta indaga por aspectos referidos a la situación de salud física (percepción del estado de salud con énfasis en enfermedades crónicas, tensión arterial, fragilidad - definida por mediciones de fuerza de agarre, velocidad de la marcha y circunferencia de la pantorrilla-, funcionalidad y estado nutricional), así como por el acceso y uso de los servicios de salud por parte de las personas mayores. A partir de comparar la información recolectada en una y otra ronda, se propone construir diferentes cohortes y comparar sus cambios en el tiempo. En Colombia, la prueba piloto se realizó en dos municipios, Bogotá y Tolú Viejo (corregimiento Caracol). Para la validación del cuestionario se realizaron entrevistas cualitativas a una sub muestra de personas que respondieron la encuesta, entrevistas en las que se explora la precisión de las respuestas a un grupo de preguntas seleccionadas referidas a: estado de salud física, aspectos de la funcionalidad, acceso y uso de servicios de salud.

Este informe sobre los resultados de la prueba piloto de la encuesta se basa en las dos rondas de la encuesta realizadas en los municipios mencionados. Los datos de la primera ronda se recogieron entre octubre y noviembre del año 2014, y la segunda ronda se recogió en febrero 2015. Se recolectaron 46 encuestas y 11 entrevistas cualitativas en el municipio de Tolú Viejo, y 42 encuestas y 11 entrevistas en la ciudad de Bogotá<sup>2</sup>. En total en la actualidad se cuenta con 86 encuestas y 22 entrevistas cualitativas. En la segunda ronda se obtuvieron coberturas óptimas con respecto a la primera ronda, cercanas al 98% tanto en la encuesta como en la entrevista.

En este documento, inicialmente se describen los contenidos de la encuesta y las estrategias adoptadas para captar los informantes participantes en la prueba piloto; igualmente, se presentan las coberturas de la segunda ronda de la encuesta con respecto a la primera (*capítulo 2*). A continuación, se exponen la metodología adoptada para validar la encuesta a partir de la prueba piloto, se describen los cinco criterios de validación aplicados (*capítulo 3*). Luego, se desarrolla cada uno de estos criterios, a saber:

A partir de comparar las respuestas cuantitativas (encuesta) y respuestas cualitativas (narrativa de la entrevista) se desarrollan dos estrategias para validar los contenidos de la encuesta: la una, las calificaciones de coherencia, validez y pertinencia para preguntas seleccionadas y la otra, el análisis de la correspondencia de las respuestas cuantitativas obtenidas en la encuesta versus la narrativa de la entrevista (*capítulo 4*). Por otra parte, la encuesta se valida a partir del sentido de realidad de los resultados de la prueba piloto, esto es, el análisis transversal al momento de la encuesta referido a la socio demografía de la población estudiada, las condiciones de salud y las experiencias con los servicios de salud (*capítulo 5*). Otra estrategia para evaluar la prueba piloto es la capacidad de las preguntas de la encuesta para captar los cambios en el tiempo de cohortes construidas a partir de comparar la información de las dos rondas de la encuesta (perspectiva longitudinal), (*capítulo 6*). Estas estrategias se complementan con la memoria del trabajo de campo, a partir de la cual se tienen observaciones referidas a los contenidos y a la aplicación del cuestionario (*capítulo 7*). Con base en todos estos análisis, después de desarrollar cada uno de los cinco criterios de validación se proponen recomendaciones para ajustar el cuestionario del estudio definitivo sobre “Envejecimiento Saludable”.

---

<sup>2</sup> En los anexos 1 y 2 de este documento se presentan los instrumentos aplicados, encuesta y guía de entrevista cualitativa respectivamente.

## 2. CONTENIDOS DEL ESTUDIO Y APLICACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO

### 2.1 Contenidos de la encuesta

La encuesta del estudio “Envejecimiento Saludable” tiene tres contenidos principales: i) la caracterización de la población incluye la composición por sexo y edad, la educación formal alcanzada, la nupcialidad y la actividad laboral acompañada de una medida de pobreza. ii) Se incluyen 5 aspectos referidos a salud física: percepción del estado de salud, niveles de tensión arterial, aspectos de la funcionalidad y la fragilidad y la valoración del estado nutricional. iii) En relación con las experiencias de las personas mayores con los servicios de salud se explora la percepción sobre el acceso a los servicios, el tratamiento de las enfermedades crónicas (acceso a servicios y a medicamentos), así como la percepción sobre costos y calidad de los servicios (cuadro 2.1).

CUADRO 2.1  
CONTENIDOS DEL ESTUDIO “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”

1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	1.1 Composición por sexo y edad 1.2 Educación 1.3 Nupcialidad 1.4 Actividad laboral y pobreza	
2. SALUD FÍSICA	2.1 Percepción del estado de salud	
	2.2 Niveles de tensión arterial	
	2.3 Funcionalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de equilibrio</li> <li>- Impacto de la salud física en la funcionalidad</li> <li>- Impacto de la salud mental en la funcionalidad</li> <li>- Necesidad de apoyo para AVD*</li> </ul>
	2.4 Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Circunferencia de la pantorrilla</li> <li>- Fuerza de agarre</li> <li>- Velocidad de la marcha</li> <li>- Niveles de fragilidad</li> </ul> <i>(según criterios anteriores)</i>
3. SERVICIOS DE SALUD	2.5 Estado nutricional	
	3.1 Cobertura del SGSSS	
	3.2 Percepción sobre acceso a los servicios	
	3.3 Atención de las enfermedades crónicas	
	3.4 Percepción sobre los costos de los servicios	
3.5 Percepción sobre la calidad de los servicios		

\*AVD: actividades de la vida diaria

FUENTE: Encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

## 2.2 Aplicación y coberturas de la prueba piloto

La prueba piloto del instrumento del estudio “Envejecimiento saludable” fue realizada en Colombia por el Instituto de Envejecimiento de la universidad Javeriana de Bogotá. La primera ronda de la encuesta se realizó en octubre 2014 y la segunda ronda en febrero 2015. En cada ronda se entrevistaron personas mayores (con 60 y más años de edad), residentes en hogares particulares en los municipios de Tolú Viejo (departamento de Sucre) y de Bogotá (ciudad capital).

Para la prueba piloto se realizó un muestreo empírico de casos captados por conveniencia, con tamaños de muestra definidos por el interés de contrastar una cultura altamente rural con una altamente urbana. En Bogotá, se captaron algunos casos que habían participado en la encuesta SABE Bogotá 2012 – Salud, bienestar y envejecimiento – (Instituto de Envejecimiento 2014), y otros casos en hogares geriátricos que funcionan como “Centros Día”, a los cuales regularmente asisten personas mayores en el marco de la oferta de servicios de la administración distrital. En la comunidad de Caracol los casos se captaron entre los participantes al programa de adulto mayor que implementa la Fundación Montes de María con el apoyo técnico y financiero de la ONG HelpAge.

Por otra parte, el tiempo de aplicación de la encuesta es un poco mayor a 20 minutos, en tanto que la entrevista tuvo una duración promedio cercana a 15 minutos (cuadro 2.2).

CUADRO 2.2  
TIEMPO DE APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS Y DE LAS ENTREVISTAS  
TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. PRIMERA RONDA 2014 Y SEGUNDA RONDA 2015

Instrumento	Primera ronda	Segunda ronda
Duración en minutos		
Encuestas	21,2	23,7
Entrevistas	12,4	19,4

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014, 2015.  
HELPAJE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana

## 2.3 Coberturas de la prueba piloto

En la comunidad de Caracol (corregimiento del municipio de Tolú Viejo, departamento Sucre) se realizaron 44 encuestas en la segunda ronda, de 46 captadas en la primera ronda; en esta segunda ronda hubo 2 encuestas faltantes porque una persona rehusó y otra estaba de viaje. En la comunidad se realizaron 11 entrevistas cualitativas en la segunda ronda, de las 13 realizadas en la primera ronda (cuadro 2.3).

En Bogotá, ciudad capital, en la segunda ronda se realizaron 43 encuestas de 48 captadas en la primera ronda. Las 6 encuestas faltantes se explican porque se presentaron 2 rechazos, 2 personas estaban fuera de la ciudad y fue imposible ubicar a 2 personas que cambiaron de residencia entre una y otra observación. En la ciudad, en la segunda ronda se realizaron 11 entrevistas de 12 captadas en la primera ronda (cuadro 2.3).

CUADRO 2.3  
COBERTURA SEGUNDA RONDA VERSUS PRIMERA RONDA.  
TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. PRIMERA RONDA 2014 Y SEGUNDA RONDA 2015

Municipio	Primera ronda		Segunda ronda		Cobertura (%)	
	Encuestas	Entrevistas	Encuestas	Entrevistas	Encuestas	Entrevistas
Bogotá	48	12	42	11	87,5	91,7
Tolú Viejo	46	12	44	11	95,7	91,7

FUENTE: Prueba piloto Encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015  
HelpAge, Instituto de Envejecimiento PUJ.

### 3. METODOLOGÍA PARA VALIDAR LA ENCUESTA “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE” CON BASE EN LA PRUEBA PILOTO

Para validar la encuesta “Envejecimiento Saludable” se adoptaron cinco criterios (cuadro 3.1). En primer lugar, para validar el instrumento es **la comparación entre la información de la encuesta** (datos cuantitativos) **con la información de la entrevista** (datos cualitativos). Para efectos, se comparan las respuestas cuantitativas y cualitativas de los casos que respondieron ambos instrumentos: 22 personas entrevistadas, 11 en Bogotá y 11 en Tolú Viejo<sup>3</sup>. La comparación de las respuestas cuantitativas y cualitativas se refiere a los siguientes temas de la encuesta: 2 preguntas referidas a salud física, 3 preguntas referidas a funcionalidad y 5 preguntas referidas a servicios de salud. A partir de esta comparación se desarrollaron dos criterios de validación:

**Uno**, para verificar la precisión de las respuestas de la encuesta la información se organizó en una matriz analítica en la que, para cada caso de la sub muestra participante en encuesta y en entrevista, se precisó para cada pregunta seleccionada tanto la calificación obtenida en la encuesta como la narrativa correspondiente lograda en la entrevista. La información así organizada permitió comparar los datos de un mismo informante (lectura horizontal), así como los datos de los distintos formantes (lectura vertical).

<sup>3</sup> Estos son los casos captados en la segunda ronda, que con respecto a la primera ronda representan unas coberturas algo superiores al 90% en cada uno de los 2 municipios, Bogotá y Tolú Viejo.



**Dos**, con base en comparar la información cuantitativa y cualitativa, para cada pregunta seleccionada se obtuvieron calificaciones (en una escala de 1 a 5) de la coherencia, la validez y la pertinencia de las respuestas, criterios entendidos en los siguientes términos: **coherencia** (*correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo*), **pertinencia** (*respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta*) y **validez** (*comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición*).

Por otra parte, se analiza el sentido de realidad de los resultados de la encuesta, y la capacidad de los resultados para valorar el envejecimiento saludable. A partir de estos análisis se valida el contenido del instrumento objeto de la prueba piloto. Con ello se desarrollan los otros criterios de validación:

**Tres**, a partir del análisis transversal al momento de la encuesta se discute el sentido de realidad de los resultados, lo cual se hace con el apoyo de otros estudios sobre los temas considerados y diferentes evidencias empíricas. Igualmente, se realiza un análisis comparativo de datos de las dos rondas referidos a estado de salud, funcionalidad y experiencias con los servicios de salud. Así, el sentido de realidad de los resultados es un criterio para validar la solidez de las preguntas de la encuesta, y en consecuencia se proponen recomendaciones para el formulario definitivo.

**Cuatro**, en un análisis longitudinal basado en comparar los resultados de las dos rondas de la encuesta, se construyen cohortes de personas mayores que vivieron fenómenos comunes y que a lo largo del tiempo observado tuvieron comportamientos estables o cambiantes. En este orden de ideas se valora la capacidad de la encuesta para captar los cambios en el tiempo, justamente, este es otro criterio de validación del instrumento y a partir de esta evaluación se sugieren modificaciones para el formulario definitivo.

El **quinto** criterio de validación de la encuesta se refiere a la memoria del trabajo de campo. Diferentes personas que aplicaron los instrumentos, expresaron sus apreciaciones con respecto a la comprensión de las preguntas, la precisión de las respuestas obtenidas y los métodos establecidos para recolectar la información. Esta narrativa arroja resultados complementarios a los otros criterios de validación mencionados, de tal manera que las recomendaciones referidas al ajuste del cuestionario definitivo se formulan considerando simultáneamente los distintos criterios de validación aplicados.

CUADRO 3.1  
CINCO CRITERIOS PARA EVALUAR LA ENCUESTA “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”  
CON BASE EN LA PRUEBA PILOTO. EXPERIENCIA DE COLOMBIA

CRITERIO	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	
- COMPARACIÓN DE RESPUESTAS CUANTITATIVAS Y RESPUESTAS CUALITATIVAS	1.	<p><b>Calificaciones de “coherencia”, “pertinencia” y “suficiencia” para preguntas seleccionadas de la encuesta:</b></p> <p><b>Coherencia</b> (<i>correspondencia entre el dato cuantitativo y cualitativo</i>), <b>pertinencia</b> (<i>respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en la encuesta</i>) y <b>validez</b> (<i>comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición</i>).</p>
	2.	<p><b>Precisión de las respuestas de la encuesta según las calificaciones cuantitativas versus la narrativa de la entrevista:</b></p> <p>Para la sub-muestra participante en las entrevistas cualitativas, verificación de la precisión de las respuestas de la encuesta a partir de comparar la calificación obtenida en las preguntas seleccionadas, con la narrativa sobre el tema lograda en la entrevista a profundidad.</p>
- RESULTADOS DE LA ENCUESTA: SENTIDO DE REALIDAD Y UTILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA VALORAR LOS CAMBIOS. ANÁLISIS TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL	3.	<p><b>Resultados de la encuesta según el análisis transversal:</b></p> <p>Descripción y discusión del sentido de realidad de los resultados de la encuesta referidos a caracterización socio demográfica, condiciones de salud y experiencias con los servicios de salud (análisis de la primera ronda). Comparación de datos de las dos rondas referidos a estado de salud, funcionalidad y experiencias con los servicios de salud.</p>
	4.	<p><b>Resultados de la encuesta según el análisis longitudinal:</b></p> <p>Construcción de cohortes estables (que mantuvieron el mismo comportamiento entre las dos rondas) e inestables (que cambiaron de comportamiento entre la primera y la segunda ronda) con base en comparar las dos rondas de la encuesta. Caracterización de los grupos de cohortes según sus condiciones sociales de vida.</p>
- MEMORIA DE LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO	5.	<p><b>Evaluación de los contenidos de la encuesta según la experiencia del trabajo de campo:</b></p> <p>Evaluación de los contenidos de la encuesta por parte de las personas que participaron en el trabajo de campo, considerando:</p>

FUENTE: Encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015  
HelpAge, Instituto de Envejecimiento PUJ.

## 4. COMPARACIÓN DE RESPUESTAS CUANTITATIVAS Y RESPUESTAS CUALITATIVAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

### 4.1 Objetivos referidos a la validación de la encuesta según las calificaciones cuantitativas versus la narrativa de la entrevista

CUADRO 4.1  
VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”  
BASADA EN LA COMPARACIÓN DE DATOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

OBJETIVOS		OPERACIONALIZACIÓN
GENERALES	ESPECÍFICOS	Preguntas de la encuesta y la entrevista
Considerando la correspondencia entre las respuestas de la encuesta y las repuestas de la entrevista, validar la <b>información de la encuesta referida al estado de salud física</b> de las personas mayores.	<b>1. Percepción del estado de salud</b> Evaluar las preguntas de la encuesta referidas a percepción del estado de salud de las personas mayores, según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q1
	<b>1. Presencia de enfermedades crónicas</b> Validar la solidez de las preguntas de la encuesta referidas a la presencia de enfermedades crónicas según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q8a
Considerando la correspondencia entre las respuestas de la encuesta y las repuestas de la entrevista, validar la <b>información de la encuesta referida a la funcionalidad</b> de las personas mayores.	<b>2. Impacto de la salud física sobre la funcionalidad</b> Validar la solidez de la encuesta en los contenidos referidos a la influencia del estado de salud física en el desarrollo de las actividades diarias según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q2
	<b>3. Impacto de la salud mental sobre la funcionalidad</b> Validar la solidez de la encuesta en los contenidos referidos a la influencia del estado de salud mental en el desarrollo de las actividades diarias según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q3
	<b>4. Dependencia para realizar las actividades diarias</b> Validar la solidez de la encuesta en los contenidos referidos a la necesidad de apoyo y la dependencia de las personas mayores para realizar las actividades diarias según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q4
Considerando la correspondencia entre las respuestas de la encuesta y las repuestas de la entrevista, <b>valorar la información de la encuesta referida a los servicios de salud</b> a los que tienen acceso las personas mayores.	<b>5. Percepción sobre acceso y calidad de los servicios de salud</b> Validar la solidez de la encuesta en los contenidos referidos a percepción sobre acceso a los servicios para tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q9b, Q9c
	<b>6. Percepción sobre costos de los servicios de salud</b> Validar la solidez de la encuesta en los contenidos referidos a percepción sobre calidad y costos de los servicios de salud, según calificaciones de coherencia, validez y pertinencia de las respuestas, y según la narrativa de la entrevista.	Q6, Q7

FUENTE: Encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Para interpretar la respuesta cuantitativa a la luz de la respuesta cualitativa correspondiente en los temas seleccionados, se definieron objetivos referidos a la validación de la información sobre salud física, estado funcional y acceso a los servicios de salud, según se expone en el cuadro 4.1.

#### 4.2 Coherencia, validez y pertinencia de las respuestas a las preguntas seleccionadas

En la primera ronda, las calificaciones de “coherencia”, “validez” y “pertinencia” de las preguntas seleccionadas no arrojan diferenciales notables ni en el total de los casos, ni en cada uno de los municipios observados por separado, Bogotá y Tolú Viejo (cuadros 4.2, 4.3 y 4.4, anexo 3). Para todas las preguntas seleccionadas, la gran mayoría de informantes obtuvieron las máximas calificaciones en los tres criterios: en una escala de 1 a 5, la mayoría de las veces se calificó 5, y en pocos casos se calificó 4. Salvo raras excepciones, la mayoría de las veces se estableció que i) las respuestas a la encuesta fueron coherentes con las respuestas de la entrevista, ii) mediante la entrevista se estableció la validez de las respuestas a la encuesta, y iii) casi siempre las respuestas a la encuesta fueron pertinentes a la luz de la información cualitativa.

Para las calificaciones de coherencia, validez y pertinencia en la segunda ronda se tienen resultados un poco diferentes a los de la primera ronda, en pocos casos se obtuvo bajas calificaciones en la coherencia, pertinencia y validez de la información de la encuesta con respecto a la información de la entrevista (cuadros 4.5, 4.6 y 4.7, anexo 3).

Con calificaciones inferiores a 4, es decir, casos con calificaciones regulares o malas en los criterios mencionados. Los pocos casos con calificaciones de este tipo, principalmente se distribuyen en preguntas referidas a: “*percepción del estado de salud*”, “*presencia de enfermedades crónicas*”, “*dependencia para realizar las actividades diarias*” y “*percepción sobre los costos de los servicios de salud*”. Por qué los contenidos de estas preguntas “se prestan” para que haya discrepancias entre lo que se declara en la encuesta y lo que se declara en la entrevista?. Al comparar las fuentes cuantitativa y cualitativa se evidenció que estas preguntas pueden ser entendidas por los informantes desde distintos puntos de vista, o una misma persona puede tener diferentes experiencias en relación con el contenido de una misma pregunta. Es importante tener en cuenta esta evidencia al momento de ajustar la encuesta para el estudio definitivo.

Por el contrario, la información referida a “*impacto de la salud física en el desarrollo de las actividades diarias*” tiene las máximas calificaciones en los tres criterios, lo cual probablemente tiene que ver con la comprensión de la pregunta por parte de los informantes y la claridad con la que se formula la pregunta.

Es evidente que para la validación de la encuesta las calificaciones sobre coherencia, validez y pertinencia deben complementarse con la comparación entre las respuestas cuantitativas y cualitativas referidas las preguntas seleccionadas. Los resultados de la prueba piloto indican que las calificaciones obtenidas en una escala de uno a cinco en las preguntas seleccionadas son muy homogéneas en la gran mayoría de los casos. La gran mayoría de informantes obtuvo 4 ó 5 en la calificación de la coherencia, la pertinencia y la suficiencia de las repuestas, y por ello es interesante ahondar en las respuestas cualitativas, obtenidas en la entrevista. Igualmente, es interesante el contraste entre respuestas cuantitativas y cualitativas en las preguntas con casos excepcionales que obtuvieron calificaciones regulares o bajas (apartado 4.3 a continuación).

#### 4.3 Respuestas cuantitativas obtenidas en la encuesta versus la narrativa de la entrevista y la validación de la encuesta

Otro elemento para validar los contenidos de la encuesta es la comparación de respuestas cuantitativas y cualitativas (narrativa de la entrevista) correspondientes<sup>4</sup>, en el caso de las 7 preguntas seleccionadas, las cuales se refieren a:

- *Salud física*, Q1 (percepción estado de salud), Q2 (impacto de la salud física sobre la funcionalidad).

Es interesante observar la siguiente relación entre las respuestas cualitativas y las cuantitativas, las cuales se evidenciaron en parte de los casos analizados: *i)* los casos que en la entrevista declaran no tener o tener solamente un problema de salud, generalmente en la encuesta califican el estado salud como “bueno” o “muy bueno”. *ii)* Otros casos declaran dos o más problemas de salud y en la encuesta califican el estado de salud como “regular”, “malo” o “muy malo”. Es evidente que entre más problemas de salud se perciben (según la narrativa de la entrevista) la calificación del estado de salud en la encuesta es más baja, y viceversa. **Este orden de cosas permite concluir en los casos referidos, las respuestas de la encuesta sobre “percepción de salud” (pregunta Q1) se validan a partir de la información de la entrevista.**

Sin embargo, **se recomienda** que en la encuesta definitiva, complementariamente a la pregunta sobre “percepción del estado de salud”, se indague por los problemas de salud percibidos. Este complemento permitiría una mayor precisión en la

---

<sup>4</sup> Como se mencionó en la metodología (capítulo 3), los datos cualitativos (sub muestra participante en encuesta y en entrevista) se organizaron en una matriz analítica en la que se precisó tanto la calificación obtenida en la encuesta como la narrativa correspondiente lograda en la entrevista.

calificación que el informante da espontáneamente a su estado de salud<sup>5</sup>. Cuando se pregunta por la “percepción de estado de salud” en la entrevista cualitativa los informantes refieren los siguientes problemas de salud, para los cuales generalmente se ha recibido un diagnóstico médico anteriormente: “hipertensión arterial”, “problemas del corazón”, “infarto agudo”, “corazón grande”, “anginas de pecho”, “Chikungunya”, “artritis”, “hemoglobina baja”, “gripas fuertes y recurrentes” y problemas en el brazo o rodilla que tienen que ver con artritis. Es probable que la respuesta acerca de la percepción del estado de salud sea más precisa con la referencia directa a los problemas de salud percibidos y/o diagnosticados.

Por otra parte, cuando se indaga por el impacto de la salud física sobre la funcionalidad, en las narrativas de las entrevistas se distinguen dos orientaciones:

- En la primera, se evidencia que los problemas de salud se asocian con la pérdida de funcionalidad para desarrollar las actividades laborales que se habían venido realizando en años anteriores. Esta experiencia es más frecuente en los contextos rurales, donde se realizan actividades agropecuarias. Por ejemplo, se declara que la tensión arterial alta, la artritis o los problemas del corazón impiden hacer trabajos en agricultura como sembrar y cosechar, trasladarse a pie hasta la parcela, cargar agua, recolectar la leña.
- En la segunda, los problemas de salud física se asocian con la pérdida de funcionalidad para realizar actividades diarias en mayor o menor medida. Aunque en la encuesta no se incluyeron escalas para medir la funcionalidad tales como las escalas referidas a las AVD (actividades de la vida diaria), las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) (Instituto de Envejecimiento 2014), al hablar de funcionalidad los informantes con relativa frecuencia refieren las actividades incluidas en este tipo de escalas.

Dado que en las narrativas de las entrevistas los informantes asocian la funcionalidad con la capacidad para trabajar y con el desempeño de las AVD y las ABVD, **se recomienda** tener en cuenta estos criterios para la medición de la funcionalidad en la encuesta definitiva. De hecho, en la investigación sobre el tema las escalas de Lawton y Barthel referidas a al desempeño autónomo de las AVD y las ABVD (Instituto de Envejecimiento 2014). Puede pensarse que la capacidad de equilibrio incluida en la prueba piloto de la encuesta, no es suficiente como indicador de funcionalidad.

---

<sup>5</sup> En estudios sobre el tema se ha evidenciado que la respuesta espontánea acerca de la “percepción del estado de salud” está permeada por la tendencia subjetiva a magnificar lo positivo o lo negativo (Medina M. et al., 2014).

- *Experiencias con los servicios de salud*, Q5b (percepción acceso servicios de salud), Q6 (percepción calidad servicios de salud), Q7 (percepción costos servicios de salud).

En la prueba piloto, para los temas referidos a los servicios de salud (acceso, calidad, costos) se evidenció que la información de la encuesta es imprecisa a la luz de la entrevista cualitativa: dado que en los tres meses anteriores a la encuesta se generalmente se ha realizado más de una consulta, los informantes tienen distintas experiencias con los servicios de salud a los que asistieron, y en consecuencia la frecuencia de la consulta y la percepción sobre el acceso, la calidad y los costos del servicio suele variar en las diferentes consultas realizadas. Las respuestas cualitativas dejan ver claramente que en muchos casos no existe una única calificación para acceso, la calidad y los costos.

Además, hay que considerar que la aplicación de los resultados del estudio por parte de los servicios de salud exige precisar la valoración de los servicios para distintos tipos de consulta. Por todo esto, **se recomienda** que las preguntas sobre percepción del acceso, calidad y costo de los servicios se refieran a la última consulta realizada.

Ahora, algo específico referido a la “percepción sobre el acceso a los servicios de salud”. **Se recomienda** considerar alternativas de respuesta para distintas dimensiones del “acceso al servicio” mencionadas en las entrevistas cualitativas: i) el acceso geográfico se refirió tanto a las distancias como a la disponibilidad de los medios de transporte necesarios para llegar al servicio, ii) el acceso económico se refirió a los costos tanto de ciertos servicios y medicamentos (generalmente no disponibles en los servicios del SGSSS) como al costo del transporte para llegar hasta el servicio, iii) se declara problemas de acceso por parte de la institución (principalmente en casos en los que se requieren cirugías) y por parte del usuario (como falta de motivación para asistir a las citas y exámenes programados).

En un sentido similar, cuando se evalúa la calidad del servicio de salud, en la entrevista se relatan distintas dimensiones de la calidad: i) tratamiento por parte de los médicos y enfermeras, ii) relación con el personal administrativo del servicio, iii) organización locativa de los espacios (amplitud, aseo y ventilación, privacidad). Igualmente, valdría la pena considerar si en la encuesta definitiva se incluirían diferenciadamente estas distintas dimensiones de la calidad de los servicios.

- *Enfermedades crónicas*, Q9a (percepción enfermedades crónicas), Q9b (acceso a servicios salud seguimiento enfermedades crónicas), Q9c (acceso medicamentos enfermedades crónicas).

En la entrevista cualitativa los “problemas de la próstata”, “problemas de los riñones”, “problemas del corazón”, “problemas con el estómago y la digestión”, se declaran entre las enfermedades crónicas. **Se recomienda** considerar si en el cuestionario definitivo estas causas de enfermedad (con una formulación más precisa) se considerarían entre las alternativas de la pregunta sobre “percepción de enfermedades crónicas” (Q9a) <sup>6</sup>, lo cual correspondería a la desagregación de la alternativa “otros”.

Ahora bien en relación con el “seguimiento de las enfermedades crónicas”, en la narrativa de las entrevistas cualitativas se refieren experiencias muy variadas que indican que no hay un estandarización de la respuesta, es decir, que las respuestas se no se refieren a un mismo objeto de medición. Al respecto sobresalen las siguientes situaciones:

- i) En la encuesta se afirma que “sí” ha tenido “seguimiento de las enfermedades crónicas”, pero en la entrevista las declaraciones se refieren a los tratamientos que recibidos en la actualidad (al momento de la encuesta), los cuales no son precisamente para enfermedades crónicas, por ejemplo, Chikongunya, infecciones de distinto tipo, accidentes recientes.
- ii) Cuando la respuesta en la encuesta es “no” ha tenido “seguimiento de las enfermedades crónicas”, pero sin embargo en la narrativa de la entrevista se evidencia que sí ha habido seguimiento reciente en el servicio, el cual incluye consultas médicas, exámenes de laboratorio y/o suministro de medicamentos para este tipo de enfermedades.

Es evidente que en todos estos casos pudo haber falta de comprensión de las preguntas concernientes (Q9a y Q9b). En este sentido **se recomienda** enfatizar tanto en la formulación de la pregunta como en el manual de encuestas, que los datos deben referirse a las enfermedades crónicas incluidas en la pregunta anterior (Q9a), y no a otro tipo de enfermedades.

Por otra parte, igualmente se considera necesario hacer precisiones con respecto a los tipos de “acceso a servicios salud para el seguimiento enfermedades crónicas”:

---

<sup>6</sup> Hay que considerar que entre “problemas de los riñones”, “problemas del corazón” y “problemas del estómago y la digestión” puede haber enfermedades crónicas.



A partir de la narrativa de las entrevistas cualitativas se evidenció que en algunos casos el no acceso se debe a limitaciones por parte del usuario, y en otros casos a limitaciones por parte de los servicios mismos. Por ejemplo, los casos en los que el usuario no ha seguido las indicaciones de la institución para la programación de una cirugía, o para el cumplimiento de citas de control, o los casos en los que los servicios no han respondido a las demandas de los usuarios (en la programación de cirugías o en el suministro de medicamentos no incluidos en el POS).

Al respecto, **se recomienda** aclarar (en el manual de encuestas y/o en la formulación de la pregunta misma) los tipos de acceso que deben considerarse en las respuestas a la pregunta referida.

Finalmente, una aclaración referida al “acceso a medicamentos para enfermedades crónicas”: en algunos casos, la narrativa de la entrevista habla sobre el gasto privado en medicamentos que no cubre el SGSSS. Este mismo problema se refirió cuando se preguntó por “percepción de costos de los servicios de salud” (Q7). **Se recomienda** aclarar si ese tipo de experiencias se pueden considerar en las respuestas a estas dos preguntas, o en una sola de ellas.

## **5. SENTIDO DE REALIDAD DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO: ANÁLISIS TRANSVERSAL. RECOMENDACIONES PARA AJUSTAR LA ENCUESTA**

El sentido de realidad de los resultados de la prueba piloto de la encuesta es otra de las estrategias adoptadas para validar el instrumento. Con la información de la primera ronda de la encuesta se tienen datos acerca de la caracterización socio demográfica, las condiciones de salud y las experiencias con los servicios de salud<sup>7</sup>. En el anexo No.4 de este documento se presentan los análisis respectivos. Si los resultados tienen sentido de realidad, no solo por la evidencia empírica sino también a la luz de otras investigaciones y de las teorías sobre los temas considerados, se puede pensar que es conveniente mantener las preguntas inicialmente incluidas en el instrumento. A continuación, se discute la validez de los resultados obtenidos en la prueba piloto, es decir su fidelidad a la realidad, y a partir de esta discusión se identifican recomendaciones para precisar los contenidos del instrumento definitivo.

---

<sup>7</sup> Hay que tener en cuenta que la situación de la población al momento de la primera ronda de encuesta no debe ser muy distinta de su situación en la segunda ronda de encuesta, hubo un lapso de tres meses entre una y otra ronda. Los datos de la segunda ronda se analizan en el análisis longitudinal, referido al comportamiento de las cohortes entre una y otra ronda.

## 5.1 Sentido de realidad de la información referida a socio demografía de la población en estudio e implicaciones en la validación de la encuesta

Para caracterizar la población captada en la primera ronda del estudio, 94 personas con 60 y más años de edad residentes en Bogotá y en Tolú Viejo (departamento de Sucre), se considera la composición por sexo y edad, las condiciones de educación y nupcialidad, así como aspectos de la vida laboral y la pobreza (en el anexo 1 aparece el formulario aplicado). La información socio-demográfica obtenida es bastante consistente, más allá de las diferencias debidas a los tamaños de las muestras captadas en los subgrupos de edad y sexo (la muestra es mayoritariamente femenina y con predominio de la vejez tardía). Los diferenciales entre los dos municipios no están afectados por el tamaño de las muestras porque en uno y otro se tomaron muestras de igual tamaño.

Aunque se trata de un estudio de casos, 86 personas observadas en los dos municipios que participaron en las dos rondas, los diferenciales entre los **subgrupos de edad y sexo en los municipios estudiados** tienen validez empírica. Al respecto hay que tener en cuenta tres condicionante sobresalientes que marcan los diferenciales no solo en la caracterización de la población sino también en los distintos aspectos sobre estado salud incluidos en el estudio: i) los condicionantes de los contextos tan distintos de Bogotá y Tolú Viejo: Tolú Viejo, específicamente el corregimiento de Caracol, es un municipio con bajo desarrollo social y alta ruralidad, ubicado al interior de la Costa Atlántica del país, y estas condiciones determinan en buena parte las características de la población estudiada. Por el contrario, Bogotá, ciudad capital, es el área con el más alto nivel de urbanización y desarrollo social del país, donde es más alto el acceso a los beneficios de la modernización y a los programas de bienestar social que ofrece el Estado. ii) La vejez temprana (60 a 69 años) y la vejez tardía (70 y más años) son etapas vitales bien diferenciadas tanto en las condiciones sociales y de salud, distintos estudios sobre el tema corroboran este contraste (Instituto de Envejecimiento 2012, SDIS 2014). iii) Las brechas en los roles de género son evidentes no solo en condiciones sociales de la población sino también en distintos aspectos de salud (*gráfico 1.1.1, anexo 4*).

En conclusión, **es recomendable** que en el diseño metodológico del estudio definitivo se considere, bien un muestreo estadístico con representatividad por **grupos de sexo y edad**, mínimo agrupaciones en vejez temprana (60 a 69 años) y tardía (70 y más años de edad); o bien un muestreo de casos que incluya estos criterios de variabilidad. Claro está, no podría dejarse de lado una representatividad estadística o la variabilidad de una muestra empírica por contextos geográficos y culturales diferenciados, que implican distintos determinantes fuertes del estado de salud.

Ahora bien, veamos la validez empírica de los resultados referidos a la socio demografía de la población (*educación formal, conyugalidad, actividad laboral y pobreza*), y sus implicaciones en la validación de la encuesta:

Por una parte, las brechas de género y longevidad en las condiciones del **estado conyugal** entre los municipios resultaron bastante consistentes, de acuerdo con otros estudios sobre el tema (Instituto de Envejecimiento 2012). En Tolú Viejo es considerablemente mayor la nupcialidad total (gracias a la importancia de la “unión libre”, sobre todo entre los hombres). Aunque la “viudez” es similar en los dos municipios, la viudez es 3 veces mayor entre las mujeres en comparación con los hombres, y las mujeres tienen un poco más del doble de separaciones conyugales en comparación con los hombres; en vejez tardía es más alta la separación conyugal (*gráfico 1.3.1, anexo 4*). La situación psicosocial en la vejez está muy marcada por la nupcialidad, el estar soltero o unido, o el estar en estado de viudez influye de manera importante en los estados emocionales, el apoyo afectivo y las posibilidades de interacción social. Estos resultados permiten pensar en condiciones psicosociales relativamente favorables para la vejez temprana, los hombres y las personas mayores de Tolú Viejo. Indudablemente que en nuestra discusión sobre los diferentes temas referidos a salud, son interesantes las condiciones particulares de nupcialidad evidenciadas en los estratos de edad y sexo, y en los municipios. Precisamente, estos son los subgrupos de análisis considerados en los temas sobre salud que discutiremos más adelante. Es pertinente **recomendar** que la variable conyugalidad debe mantenerse en el cuestionario del estudio definitivo. En el diseño del plan de análisis del estudio definitivo, cabe pensar en formular hipótesis acerca de la influencia de la unión conyugal en el envejecimiento saludable, hipótesis en las que la vejez temprana, los hombres y la residencia en contextos de bajo desarrollo social y alta ruralidad, operarían como factores protectores en salud.

Por otra parte, los diferenciales referidos al alcance la **educación formal** resultaron bastante consistentes, de acuerdo con otros estudios sobre el tema (Instituto de Envejecimiento 2012), y de acuerdo con las evidencias empíricas. En Tolú Viejo es mayor el “analfabetismo”, y menor la proporción de personas en todos los niveles de educación formal, “primaria”, “secundaria” y “superior”, en tanto que en Bogotá es casi inexistente el analfabetismo, y en todos los niveles de educación formal hay mayores volúmenes de personas mayores. Igualmente, como era de esperarse, el alcance de la educación formal es mayor en la vejez temprana, en comparación con la vejez tardía, y contrariamente a lo esperado, no hay diferencias claras entre hombre y mujeres en el acceso a la educación formal (*gráfico 1.2.2, anexo 4*). En este sentido, los habitantes de Tolú Viejo, la vejez tardía y las mujeres mayores pueden considerarse grupos con más alta vulnerabilidad social, condición a tener en cuenta en las reflexiones acerca de las condiciones de salud. Dado que estas evidencias sobre acceso a la educación formal reflejan

condiciones de vida reales (independientemente de la distribución de la muestra), es necesario **recomendar** la medición del alcance de la educación formal en el estudio definitivo. Este indicador de calidad de vida se asocia estrechamente con el estado de salud y con las necesidades y el uso de servicios de salud (según veremos en nuestros análisis posteriores).

Otro ámbito de interés es la información sobre **actividad laboral y pobreza**. En este caso, para la reflexión acerca de su validez empírica de la información también se consideran los diferenciales entre los dos municipios, las brechas de género y las distancias entre vejez temprana (60 a 69 años) y tardía (70 y más años de edad). Es evidente que el contexto socio económico de Tolú Viejo favorece la vinculación laboral de las personas mayores hasta edades muy tardías, contrariamente a lo que ocurre en Bogotá. Como era de esperar, el trabajo es mayor en la vejez temprana (en comparación con la tardía,) y mayor entre los hombres (por contraste con las mujeres) (*gráfico 1.4.1, anexo 4*). Si consideramos marcos de acción de las políticas públicas para la vejez y el envejecimiento (OMS 2000) así como la legitimación de los derechos humanos para la vejez promovida por organismos internacionales (CEPAL 2004) y acogida por gobiernos locales en las políticas públicas sociales de vejez y envejecimiento (Ministerio de Salud 2014), es evidente la importancia positiva del trabajo en las personas mayores, no solo en la satisfacción consigo mismo y el buen estado de salud, sino también en condiciones materiales favorables. Sin embargo, el cuestionario de la prueba piloto aplicado en Bogotá y Tolú Viejo es limitado en la información sobre trabajo, y con base en los hallazgos preliminares **se recomienda** la importancia de incluir nuevas preguntas sobre actividad laboral referidas a remuneración, tiempo dedicado, sector de actividad, y posición ocupacional. Seguramente que el trabajo remunerado se vincula con la percepción y acceso económico a los servicios de salud, en tanto que la actividad laboral está condicionada por la presencia o no de estados de fragilidad y/o funcionalidad, entre otros factores. Es más, al indagar por la actividad laboral y la pertenencia al Sistema de Beneficiarios (SISBEN<sup>8</sup>), con este nuevo elemento se evidencian diferencias en las condiciones materiales de vida entre subgrupos de la población estudiada, y con ello es posible tener una medida aproximada a la pobreza.

Si se piensa que la **magnitud de la pobreza** en las personas mayores puede ser similar a la de otros grupos de edad, de hecho así se ha evidenciado en otros estudios sobre el tema (SDIS 2014), puede suponerse que en Colombia como mínimo una tercera parte de la población mayor puede estar afectada de manera importante por la situación de pobreza, Justamente, según la prueba piloto el 36% de las personas mayores encuestadas tienen carnet de SISBEN (*gráfico 1.4.2, anexo*

---

<sup>8</sup> Clasificación oficial que a partir de una encuesta poblacional identifica los hogares y las personas con mayor precariedad material, y focaliza la población prioritaria en el acceso a los programas de bienestar social de oferta estatal (DNP 2015).

4), el cual puede considerarse indicador de pobreza (según se mencionó arriba). Siendo así, **se recomienda** que en el instrumento definitivo se amplíe la medición de la pobreza considerando metodologías como NBI e IPM<sup>9</sup>. No solo en Colombia sino también en otros países latinoamericanos y más aún en países africanos en los que se realiza el estudio sobre Envejecimiento Saludable, puede ser importante ampliar las mediciones de pobreza.

Entonces, los resultados de la prueba piloto de la encuesta permiten concluir que la **socio demografía de la población** en estudio es un contenido indispensable en la encuesta. En el instrumento definitivo no solamente **se recomienda** mantener estas variables en el instrumento definitivo del estudio sobre “Envejecimiento Saludable”, sino que además deben ampliarse (en los aspectos referidos y los citados más adelante). A partir de esta caracterización socio demográfica se identifican subgrupos con condiciones sociales bien diferenciadas, que probablemente marcan distancias importantes en las condiciones de salud, así como en las experiencias con los servicios de salud; con base en la tradición teórica sobre el tema cabría de decir, seguramente, en lugar de probablemente (OMS 2015).

Finalmente, vale enfatizar que los resultados de nuestra prueba piloto indican que es muy importante mantener en el instrumento definitivo el contraste entre contextos geográficos con culturas y niveles de desarrollo bien diferenciados, como es el caso de Bogotá y Tolú Viejo. Según nuestros resultados es evidente que los contextos sociales así diferenciados se asocian con condiciones de salud muy distintas.

## 5.2 Sentido de realidad de la información referida a salud física e implicaciones en la validación de la encuesta

Es indudable la importancia de medir la **morbilidad sentida** en un estudio sobre “envejecimiento saludable”; no solo es importante valorar la población que percibe malestares y dolencias (implicados en un estado de salud percibido como “malo” o “regular”), sino también dimensionar la percepción del estado de salud entre

---

<sup>9</sup> La metodología NBI para la medición de la pobreza se basa en identificar 5 necesidades básicas insatisfechas, a saber: vivienda sin servicios públicos, vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, inasistencia escolar y alta dependencia económica en el hogar; si una persona reside en un hogar con al menos una de estas necesidades se clasifica en condición de “pobreza”, y si la persona reside en un hogar que tiene 2 o más de estas necesidades se clasifica en situación de “miseria” (Ministerio de Salud y Protección Social 2009). Por otra parte, la propuesta de IPM (método multidimensional para medición de la pobreza) desarrollada por el Departamento Nacional de Planeación para Colombia está conformada por 5 dimensiones y 15 variables, dimensiones tales como: condiciones locativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, trabajo, salud, servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda; se considera que una persona está en condición de pobreza si cuenta con privaciones en al menos 5 de las variables seleccionadas (33% del total de privaciones) (DNP 2011).

personas mayores que tienen compromiso de la funcionalidad o que tienen estados de debilidad (fragilidad) evidentes (lo cual puede hacerse con el cruce entre estas variables). El impacto de los servicios de salud en casos en los que además de la percepción de malestar y dolencias hay compromisos de fragilidad y funcionalidad, es muy distinto a los casos en los que no presentan tales estados.

Sin embargo, en la prueba piloto se encontró que la magnitud de personas mayores que **perciben que su salud es “mala” o “regular”** es relativamente alto (*gráfico 2.1.1, anexo 4*) en comparación con otros estudios sobre población mayor que igualmente miden la morbilidad sentida (Instituto de Envejecimiento 2012; SDIS 2014). A pesar de que es pequeña la muestra tomada en la prueba piloto, llama la atención que ni los diferenciales entre hombres y mujeres, ni los diferenciales entre vejez temprana y tardía coinciden con los hallazgos de otros estudios, en los que la morbilidad sentida es mayor en la vejez tardía y en las mujeres con 60 y más años. Si se tiene en cuenta el contraste entre respuestas cuantitativas (de la encuesta) y cualitativas (de la entrevista a profundidad) (apartado 4.3 de este documento), es evidente que en las respuestas cualitativas se expresan problemas de salud que no se captaron en la encuesta, sobre todo cuando la narrativa se refiere a causas específicas de enfermedad, las cuales influyen sobre la percepción general del estado de salud. En consecuencia, **se recomienda** considerar estrategias alternativas o complementarias para captar la información sobre morbilidad sentida, con las cuales obtener respuestas más precisas. Por ejemplo, preguntar por la percepción general del estado de salud después de haber preguntado por todas las causas de enfermedad; esta estrategia permitiría que la respuesta sobre percepción general de salud se exprese cuando el informante ya ha reflexionado sobre la presencia o no de otras enfermedades y sobre su experiencia con los servicios de salud.

Por otra parte, al indagar por la percepción de enfermedades crónicas se encontró que la **hipertensión arterial** es la causa más sentida en la población mayor encuestada (cerca de una tercera parte de esta población), con magnitudes mayores en Bogotá en comparación con en la comunidad de Caracol (Tolú Viejo). La percepción es considerablemente superior entre las mujeres y en la vejez tardía (en comparación con los hombres y la vejez temprana) (*gráfico 2.1.2, anexo 4*). Sin embargo, a partir de las mediciones de la tensión arterial realizadas en la prueba piloto se evidenciaron datos distintos que los captados a partir de la pregunta sobre percepción: i) el problema es aún mayor (que lo que los encuestados perciben), puesto que la gran mayoría de los casos presentan pre-hipertensión o son hipertensos (*gráfico 2.2.1, anexo 4*); puede pensarse que buena parte de los hipertensos (o pre-hipertensos) no han recibido el diagnóstico respectivo, lo cual puede indicar la acción limitada de los servicios de salud. ii) A partir de las mediciones realizadas en el trabajo de campo de la prueba piloto se estableció la mayor prevalencia de hipertensión arterial (o pre-hipertensión) en Tolú Viejo, y no en Bogotá como resulta a partir de la pregunta sobre percepción; puede pensarse

que el acceso limitado a los servicios de salud en la comunidad de Caracol puede asociarse con el desconocimiento del diagnóstico por parte de los encuestados.

Ante este orden de cosas, **se recomienda** resaltar la importancia de realizar mediciones de tensión arterial en el estudio definitivo. Esta recomendación cobra relevancia si se tiene en cuenta que la “hipertensión arterial” es el principal factor de riesgo para las enfermedades del corazón, que en Colombia son principales causas de mortalidad y morbilidad en la población mayor (SDIS 2014; Instituto de Envejecimiento 2015). Este orden de cosas representa un reto muy importante para los servicios de salud, no solo en cuanto a atención de la enfermedad, sino también en el fomento de la atención preventiva y la consulta por control de salud la cual puede favorecer el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Ahora bien, en la prueba piloto se midió el **estado funcional** por la capacidad de equilibrio con indicadores tomados de la escala de Berg (Wood-Dauphinee et al., 1997). Entre Bogotá y Tolú Viejo no se encontraron diferencias importantes en la medida de estado funcional definida por la capacidad de equilibrio, y según este indicador la funcionalidad es un poco mayor entre las mujeres (por contraste con los hombres). Con esta medida de equilibrio se tienen resultados consistentes en los diferenciales por edad, la funcionalidad es considerablemente mayor en la vejez tardía (70 y más años) en comparación con la vejez temprana (60 a 69 años) (*gráfico 2.3.1, anexo 4*), lo cual es explicable en buena parte por los cambios biológicos propios de la edad; los diferenciales por sexo y municipios no son notables. Sin embargo, **se recomienda** en el estudio definitivo incluir medidas de funcionalidad como son las escalas de Barthel para valorar capacidad de realizar las AVD (actividades de la vida diaria), y Lawton para medir capacidad de realizar las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria). Estas escalas han demostrado una alta eficiencia para medir la funcionalidad en la vejez, por ejemplo en estudios basados en datos de la encuesta SABE Bogotá 2012 (Cano et al., 2015).

Otro ámbito considerado en la prueba piloto de la encuesta es la medición de la **fragilidad**<sup>10</sup>. A partir de los resultados evidenciados e igualmente a partir de otros estudios sobre el tema (Samper R. et al, 2013; Fried L. et al., 2001), es evidente la importancia de medir la fragilidad de las personas mayores en el contexto de un estudio sobre Envejecimiento Saludable. En nuestra prueba de la encuesta se evidenció la importancia del problema: cerca de dos terceras partes de la población estudiada presenta algún nivel de fragilidad, con magnitudes considerablemente mayores en Tolú Viejo (en comparación con Bogotá) y un tanto mayores en la vejez tardía (70 y más años) en comparación con la vejez temprana (60 a 69 años) (*gráfico 2.4.4, anexo 4*). **Se recomienda** incluir la medición de la fragilidad en el estudio definitivo, como indicador trazador no solo de la condición

---

<sup>10</sup> Para clasificar la población estudiada en niveles de fragilidad definidos por la presencia o no de los tres criterios, “fuerza de agarre”, “velocidad de la marcha” y “circunferencia de la pantorrilla”, se definieron tres niveles: “frágil” (presencia de 2 ó 3 de las condiciones), “pre-frágil” (presencia de una condición) y “ausencia de fragilidad” (no tener ninguna de las tres condiciones).

de salud de la población mayor sino en general como indicador de condiciones de vida, puesto que la condición de fragilidad no solo afecta el desempeño cotidiano y la capacidad de trabajar, sino también un complejo de aspectos psicosociales que pueden estar implicados, además, la fragilidad también afecta la percepción general del estado de salud.

Otro indicador que complementa la caracterización de la salud física de las personas mayores es el **estado nutricional**. La magnitud del problema es considerable si se tiene en cuenta que la mitad de la población estudiada presenta "obesidad" y una tercera parte presenta "sobrepeso". Estas dos condiciones de "malnutrición" son mayores en Bogotá en comparación con Tolú Viejo, mayores en las mujeres en comparación con los hombres, y no hay diferenciales entre la vejez temprana (60 a 69 años) y tardía (70 y más años) (*gráfico 2.5.1, anexo 4*). En el estudio definitivo se **recomienda** mantener la medición antropométrica necesaria para valorar el estado nutricional de la población mayor, no solo por la magnitud extraordinaria del problema, sino también por las complejas implicaciones que tiene el estado nutricional en el envejecimiento saludable.

### 5.3 Sentido de realidad de la información referida a servicios de salud e implicaciones en la validación de la encuesta

Toda la población encuestada tiene acceso al SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), y como reflejo de la estratificación de la muestra la inmensa mayoría está afiliada al régimen subsidiado, condición de mayor magnitud en Tolú Viejo y un poco menor en Bogotá (*gráfico 3.3.1, anexo 4*). En el contexto de esta cobertura universal y considerando los objetivos del estudio sobre Envejecimiento Saludable, en la prueba piloto se evidenciaron los siguientes problemas referidos a la información sobre prácticas de la consulta, percepción sobre el acceso, la calidad y los costos de los servicios de salud:

- i) Con base en la prueba piloto se estableció que la gran mayoría de la población encuestada **asiste a un servicio de salud** en los tres meses anteriores a la encuesta, y que la asistencia es mayor en Tolú Viejo, en la vejez tardía y entre los hombres (*gráfico 3.2.1, anexo 4*). Sin embargo, más allá de esta generalidad de la práctica de la consulta sin especificación del motivo de la misma, **se recomienda** (para la encuesta definitiva) precisar la práctica de la consulta para problemas específicos de salud o causas de enfermedad determinadas, sobre todo si se tiene en cuenta que el interés es valorar el impacto de los servicios de salud en el envejecimiento saludable.



- ii) Con base en la prueba piloto se estableció que un poco más de la mitad de los encuestados **perciben dificultades para acceder a los servicios de salud**, el acceso se percibe más difícil en Bogotá en comparación con Tolú Viejo (*gráfico 3.2.4, anexo 4*). En un sentido similar, para establecer vínculos entre causas de morbilidad y la consulta a los servicios **se recomienda** (para la encuesta definitiva) valorar la percepción de acceso a consultas específicas según las causas de morbilidad percibida (enfermedades crónicas) y según problemas de salud como hipertensión arterial, compromiso de la funcionalidad, presencia de debilidad o fragilidad, malnutrición (determinados mediante mediciones físicas). Es igualmente importante diferenciar en las preguntas respectivas, el acceso económico, el acceso geográfico, el cultural y el definido por la receptividad por parte de la institución prestadora de los servicios. En distintas ocasiones los informantes preguntaron a qué tipo de acceso se refería la pregunta; es más, en la entrevista cualitativa se afirmó en repetidas ocasiones limitaciones referidas a tipos específicos de acceso, en ocasiones había barreras por parte de la institución, otras veces las limitaciones eran geográficas y en ocasiones económicas.
- iii) La **percepción sobre costos** de los servicios de salud en general es favorable según los resultados de la prueba piloto, la gran mayoría de la población afirma que “pudo asumir los costos”. En Tolú Viejo se encontraron con mayor frecuencia que los costos de los servicios se perciben como “bastante difícil/muy costoso” (*gráfico 3.4.1, anexo 4*). Sin embargo, al hacer una exploración más detallada en la entrevista cualitativa con frecuencia se encontró que el “el poder asumir los costos” generalmente aplica para los servicios del SGSSS, pero cuando se requieren otros servicios fuera del Sistema, en muchos casos los entrevistados no pueden pagarlos.
- iv) Aunque la **percepción sobre calidad** de los servicios de salud como “pobre” y “muy pobre” es infrecuente, hay magnitudes relativamente importantes que piensan que la calidad del servicio es “regular” (*gráfico 3.5.1 y 3.5.2, anexo 4*). De nuevo se observó que al comparar las respuestas cuantitativas y cualitativas, en repetidas ocasiones un mismo informante considera tiene diferentes experiencias con la calidad de los servicios, las cuales no se captan con una única pregunta que explícitamente considera una única experiencia.

En la prueba, para los cuatro temas referidos se evidenció que la información de la encuesta es imprecisa a la luz de la entrevista cualitativa: las narrativas evidencian que la práctica de la consulta y la percepción sobre el acceso, la calidad y los costos del servicio de salud varía según los tipos de consultas. Además, la aplicación de los

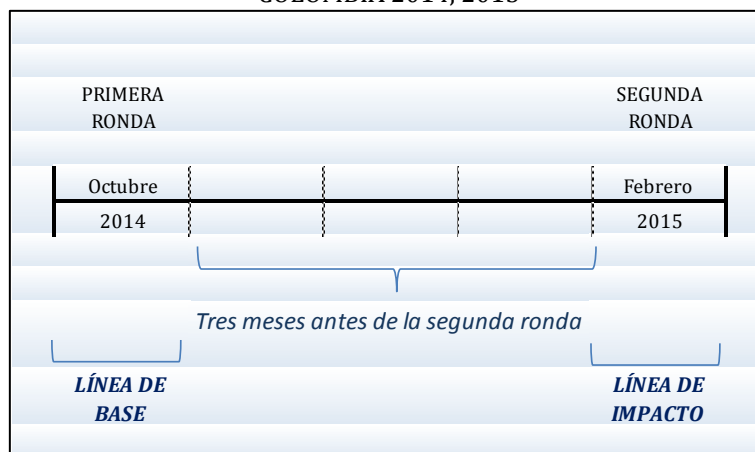
resultados del estudio por parte de los servicios de salud exige precisar la valoración de los servicios para distintos tipos de consulta. Más aún, la exigencia de esta precisión cobra mayor importancia cuando se trata del análisis longitudinal, según veremos más adelante (capítulo 6). Puede pensarse que sería favorable el costo beneficio de incluir preguntas adicionales sobre consultas a los servicios específicas para cada uno de los problemas de salud considerados en el estudio.

Por el contrario, los resultados de la prueba piloto confirman que es acertado indagar por **servicios de salud** específicos **para la atención de las enfermedades crónicas** (consultas para el seguimiento y acceso a medicamentos). Al respecto se encontró que la gran mayoría de las personas mayores presentan una enfermedad crónica (74 de las 94 encuestadas), y de todas ellas más de las tres cuartas partes tienen un seguimiento en un servicio de salud; el seguimiento es similar en Bogotá y en Tolú Viejo, mayor entre los hombres y en la vejez temprana (60 a 69 años). Igualmente, la gran mayoría de casos con enfermedades crónicas reciben medicamentos para este tipo de diagnósticos, variable en la que no se observan diferenciales entre los subgrupos estudiados (*gráficos 3.3.1 y 3.3.2, anexo 4*). Esta es una información útil para los servicios de salud, así como para el seguimiento de casos individuales, en particular los casos excepcionales que no reciben seguimiento ni medicamentos. (Recordemos que el seguimiento de casos particulares es uno de los objetivos del estudio propuesto por HelpAge).

#### **5.4 Comparación entre las dos rondas de la encuesta: análisis transversal**

En la comparación entre las dos rondas de la encuesta (análisis transversal) puede considerarse que la primera observación recolectada en el año 2014 es una línea de base, y que la segunda observación recolectada en el año 2015 es una línea de impacto porque capta algunos resultados de las intervenciones en salud realizadas en los 3 meses anteriores a la segunda ronda, así como los cambios en el estado de salud y el estado funcional (*gráfico 5.1*). Se trata de la comparación de dos cortes transversales en el tiempo, la primera y la segunda ronda, con lo cual se miden las tendencias de los indicadores seleccionados. Bajo esta orientación se desarrollan dos líneas de análisis. Por una parte, las tendencias de los siguientes indicadores: *i)* indicadores de salud como son la percepción del estado de salud y la percepción de enfermedades crónicas, *ii)* indicadores del estado funcional, el impacto de la salud física y mental sobre la funcionalidad, y la dependencia definida, *iii)* indicadores de la percepción del acceso, la calidad y costos de los servicios de salud. Por otra parte, se analizan las tendencias o cambios en la percepción del estado de salud según la funcionalidad, según la percepción de la calidad de los servicios de salud y según percepción de costos de los mismos servicios.

GRÁFICO 5.1  
COMPARACIÓN ENTRE LAS DOS RONDAS DE LA ENCUESTA. DATOS DE LA SECCIÓN SALUD.  
COLOMBIA 2014, 2015



FUENTE: Prueba de la encuesta “Envejecimiento saludable”. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

En este orden de ideas, veamos los cambios entre las dos rondas evidenciados en indicadores de tres dimensiones principales, salud, funcionalidad y servicios de salud, según se mencionó arriba (cuadro 5.1).

*i) Salud*

En la percepción del estado de salud no se evidencian cambios importantes en los puntajes obtenidos en la primera y la segunda ronda (Q1). En la percepción de enfermedades crónicas hay una disminución entre una y otra ronda (Q9a). Igualmente, entre las dos rondas se presentan disminuciones en el acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas (Q9c); puede pensarse que si la prevalencia baja entre una y otra ronda, un menor número de casos requieren este tipo de medicamentos (cuadro 5.1).

*ii) Funcionalidad*

Entre la 1° y la 2° ronda aumentan los casos con un nivel medio en el compromiso de la funcionalidad (de 17 a 30 casos), a costa de disminuciones en el número de casos funcionales (de 67 a 54 casos) (Q8). Cuál ha sido la influencia de la salud física y de la salud mental en la funcionalidad?. En general, la influencia de la salud mental en la funcionalidad es considerablemente menor en comparación con la influencia de la salud física, con las siguientes variaciones: i) entre una y otra ronda disminuye el número de casos en los que la salud física no ha limitado la funcionalidad, en parte a costa de aumentos en los casos con alta limitación (atribuida a la salud física) (Q2). ii) Y entre una y otra ronda se registra un pequeño incremento de los casos con en los que la salud mental no ha tenido impacto sobre la funcionalidad, paralelamente, disminuyen levemente los casos con “bastante limitación en la funcionalidad” atribuida a la salud mental (Q3) (cuadro 5.1).

**CUADRO 5.1**  
**COMPARACIÓN DE DATOS DE LA SECCIÓN SALUD**  
**TOTAL BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. RONDAS DE ENCUESTA 2014 Y 2015**

Pregunta	Descripción	Total respuestas	Ronda	Promedio	Puntajes					Rango
					< 2	2 - 3.9	4 - 5.9	6 - 7.9	8 - 10	
<b>Percepción del estado de salud</b>										
Q1	Percepción del estado de salud en los últimos 3 meses	86	1ª ronda	5,4	3	11	37	33	2	0 a 10
			2ª ronda	5,7	3	12	40	15	16	0 a 10
<b>Funcionalidad física</b>										
Q2	La salud física ha afectado/limitado la habilidad para desarrollar/realizar actividades usuales	86	1ª ronda	6,6	4	8	26	19	29	0 a 10
			2ª ronda	6,8	1	17	21	9	38	0 a 10
<b>Funcionalidad emocional/mental</b>										
Q3	La salud emocional ha afectado/limitado la habilidad para desarrollar/realizar actividades usuales	86	1ª ronda	7,2	4	9	14	14	45	0 a 10
			2ª ronda	7,9	0	10	13	8	55	3 a 10
<b>Dependencia definida</b>										
Q4	Ha necesitado/requerido algún apoyo de otra persona para realizar sus actividades diarias	86	1ª ronda	8,2	2	6	7	8	63	2 a 10
			2ª ronda	8,7	0	4	8	4	70	2 a 10
<b>Acceso a los servicios de salud</b>										
Q5a	Ha necesitado ir a un servicio de salud	86	1ª ronda		68	18				Si, No
			2ª ronda		60	26				Si, No
Q5b	Qué difícil o fail es acceder al servicio de salud	86	1ª ronda	5,1	10	19	21	27	9	0 a 10
			2ª ronda	6,8	1	19	17	9	40	0 a 10
<b>Calidad y costos de los servicios de salud</b>										
Q6	Calidad de los servicios de salud	86	1ª ronda	5,5	11	6	28	33	8	0 a 10
			2ª ronda	7,0	3	5	23	14	41	0 a 10
Q7	Qué tan fácil es asumir el costo de la atención en salud	86	1ª ronda	5,3	7	21	27	14	17	2 a 10
			2ª ronda	6,40	0	20	25	5	36	2 a 10
<b>Prueba funcional</b>										
Pregunta	Descripción	Total respuestas	Ronda	Moda	Puntajes				Rango	
					0	1	2	3		4
Q8	Prueba de equilibrio	86	1ª ronda	4	3	0	2	15	67	0 a 4
			2ª ronda	4	2	0	6	24	54	0 a 4
<b>Historia desalud, existencia de enfermedades crónicas</b>										
Pregunta	Descripción	Total respuestas	Ronda	Moda	Categorías de respuesta					
					No aplica	Si	No	No sabe		
Q9a	Padece una o varias enfermedades crónicas	86	1ª ronda	Si		67		16	3	
			2ª ronda	Si		61		23	2	
Q9b	Asistencia para el cuidado de enfermedades crónicas	86	1ª ronda	Si	16	57		13		
			2ª ronda	Si	25	51		10		
Q9c	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas	86	1ª ronda	Si	17	56		12	1	
			2ª ronda	Si	25	48		13		

FUENTE: Prueba de la encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

iii) *Servicios de salud*

Entre la primera y la segunda ronda aumenta el número de casos que no requieren consulta al servicio de salud, de 18 a 26 casos.

En la segunda ronda aumenta considerablemente el acceso a los servicios de salud, entre una y otra ronda la calificación promedio pasa de 5.1 a 6.8 y el número de casos que reportan “fácil” o “muy fácil acceso” sube de 36 a 49.

Tanto la percepción sobre la “buena calidad” como la percepción acerca de la facilidad para asumir los costos de los servicios también aumentan en la segunda ronda con respecto a la primera: en calidad la calificación promedio subió de 5,7 a

7, y el número de casos que perciben una “buena” o “excelente” calidad aumenta de 39 a 55. En cuanto a la percepción costos de los servicios la calificación promedio sube de 5,3 a 6,4, y aumenta de 31 a 39 el número de casos con respuestas “bastante fácil asumirlo” o “asumí sin ningún problema”.

**En conclusión, entre una y otra ronda de la encuesta, disminuye el número de casos que requieren consulta a los servicios de salud, aumenta la facilidad de acceso a los servicios, aumenta la percepción de buena calidad, así como la percepción sobre el acceso financiero efectivo.**

**Por otra parte**, siguiendo la perspectiva de la comparación entre las dos rondas de la encuesta (gráfico 5.1), es interesante analizar con mayor detalle los cambios evidenciados entre la primera y la segunda ronda referidos a la percepción del estado de salud según funcionalidad (dependencia definida, Q4) (cuadro 5.2), según percepción de la calidad de los servicios de salud (Q6) (cuadro 5.3) y según percepción de costos de los mismos servicios (Q7) (cuadro 5.4).

CUADRO 5.2  
DEPENDENCIA DEFINIDA SEGÚN PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO.

Percepción estado de salud*	Dependencia definida**					Total
	Muy dependiente	Bastante dependiente	Algo de limitación	Muy poca limitación	Nada de limitación	
Muy mala		1			2	3
Mala			2	2	7	11
Regular	1	1	4	5	26	37
Buena	1	3	1	1	27	33
Excelente		1			1	2
Total	2	6	7	8	63	86

**2014**

Percepción estado de salud*	Dependencia definida**					Total
	Muy dependiente	Bastante dependiente	Algo de limitación	Muy poca limitación	Nada de limitación	
Muy mala		1			2	3
Mala		2	1		9	12
Regular		1	5	4	30	40
Buena			2		13	15
Excelente					16	16
Total		4	8	4	70	86

**2015**

FUENTE: Encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

\* Estado de salud en los últimos 3 meses. \*\*En los 3 últimos meses ha necesitado/requerido algún apoyo de otra persona para realizar sus actividades diarias.

En la primera ronda de la encuesta (2014), la gran mayoría de las personas entrevistadas perciben que su estado de salud es “regular” o “bueno” y la inmensa mayoría declara no tener limitaciones para realizar las actividades diarias. No se registraron cambios importantes en estas magnitudes entre la primera y la segunda ronda (2015) (cuadro 5.2).

**CUADRO 5.3**  
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO.**

**2014**

Percepción estado de salud*	Calidad de los servicios de salud**					Total
	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Excelente	
Muy mala			2		1	3
Mala	2	2	5	1	1	11
Regular	7	3	11	14	2	37
Buena	2	1	10	17	3	33
Excelente				1	1	2
Total	11	6	28	33	8	86

**2015**

Percepción estado de salud*	Calidad de los servicios de salud**					Total
	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Excelente	
Muy mala	1	1		1		3
Mala		1	5	1	5	12
Regular	2	2	11	6	19	40
Buena		1	3	5	6	15
Excelente			4	1	11	16
Total	3	5	23	14	41	86

FUENTE: Encuesta "Envejecimiento saludable" 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

\* Estado de salud en los últimos 3 meses. \*\*Calidad de los servicios de salud en los últimos 3 meses.

**CUADRO 5.4**  
**ACCESO FINANCIERO SEGÚN PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO.**

**2014**

Percepción estado de salud*	Acceso financiero y peso del costo**					Total
	No lo pude asumir	Bastante difícil/muy costoso	Algo difícil	Bastante fácil	Asumí sin ningún problema	
Muy mala		1		1	1	3
Mala	2	6	2	1		11
Regular	3	10	12	5	7	37
Buena	2	4	12	7	8	33
Excelente			1		1	2
Total	7	21	27	14	17	86

**2015**

Percepción estado de salud*	Acceso financiero y peso del costo**					Total
	No lo pude asumir	Bastante difícil/muy costoso	Algo difícil	Bastante fácil	Asumí sin ningún problema	
Muy mala		2			1	3
Mala		5	3		4	12
Regular		8	15	3	14	40
Buena		3	6	1	5	15
Excelente		2	1	1	12	16
Total	0	20	25	5	36	86

FUENTE: Encuesta "Envejecimiento saludable" 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

\* Estado de salud en los últimos 3 meses. \*\*Qué tan fácil es asumir el costo de la atención en salud en los últimos 3 meses.

En las dos observaciones se evidencia que la gran mayoría de los entrevistados perciben el estado de salud como “regular” o “bueno”, e igualmente, la gran mayoría considera que la calidad de los servicios de salud es “buena o “excelente”. Sin embargo, entre la primera y la segunda ronda de la encuesta se registra un aumento leve en el número de casos con estas dos mismas condiciones: perciben su estado de salud como regular o bueno y paralelamente consideran que la calidad de los servicios de salud es buena (cuadro 5.3).

En la primera ronda, la gran mayoría de la población considera que el acceso financiero es dificultoso y entre estos casos predomina la percepción buena y regular del estado de salud. Sin embargo, en la segunda ronda los casos con estas dos características disminuyen levemente y paralelamente aumentan los casos que asumen sin problema los costos de los servicios y que perciben que su estado de salud es “excelente” (cuadro 5.4).

En conclusión, entre una y otra ronda de la encuesta no hay cambios importantes en la caracterización predominante: i) la gran mayoría de las personas entrevistadas perciben que su estado de salud es “regular” o “bueno” y la inmensa mayoría declara no tener limitaciones para realizar las actividades diarias. ii) La gran mayoría de los entrevistados perciben el estado de salud como “regular” o “bueno”, e igualmente, la gran mayoría considera que la calidad de los servicios de salud es “buena o “excelente”. Una tendencia algo diferente se observa entre las dos rondas con respecto a la percepción sobre costos de los servicios de salud: el número de casos que perciben su estado de salud como “bueno” o “regular” y que tienen acceso financiero a los servicios disminuye levemente y paralelamente aumenta el número de casos que asumen sin problema los costos de los servicios y que paralelamente perciben que su estado de salud es “excelente”.

## 6. COHORTES CON ENJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN ESTADOS DE SALUD Y EXPERIENCIAS CON LOS SERVICIOS DE SALUD: ANÁLISIS LONGITUDINAL

El análisis longitudinal basado en comparar la segunda con la primera ronda de la encuesta<sup>11</sup> consiste en la construcción de cohortes de personas mayores que entre las dos rondas tuvieron comportamientos estables o inestables, definidos por siete dimensiones del estado de salud física: percepción de la salud, nivel de la tensión arterial, funcionalidad, fragilidad, estado nutricional, asistencia a servicios de salud y acceso a medicamentos para personas con enfermedades crónicas.

Con el análisis longitudinal se busca responder al objetivo general del estudio, referido a valorar éxitos y fracasos de las intervenciones en salud, con énfasis en la

---

<sup>11</sup> Como se mencionó, en Colombia (Bogotá y Tolú Viejo), la primera ronda se realizó en octubre 2014 y la segunda ronda se realizó en febrero 2015; en cada una de estas rondas se preguntó por la situación en los tres meses anteriores a la encuesta.

influencia de los servicios de salud, no solo en la funcionalidad de las personas mayores sino también en la superación de estados de fragilidad y los síntomas de la enfermedad. Se trata de identificar, en qué medida las mejoras en el estado de salud se puedan atribuir a tratamientos médicos recibidos en periodos recientes. A partir del análisis longitudinal se busca identificar las cohortes que finalmente logran procesos de envejecimiento saludable dado por los indicadores del estado de salud y la experiencia con los servicios de salud (HelpAge 2014).

Así las cosas, bajo un enfoque longitudinal retrospectivo, en este análisis se observan los cambios positivos y negativos que se dan en la salud de las personas mayores, evidenciados en las dos rondas de la encuesta. Específicamente, se trata de explorar en qué medida estas diferencias se asocian con el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de las personas mayores.

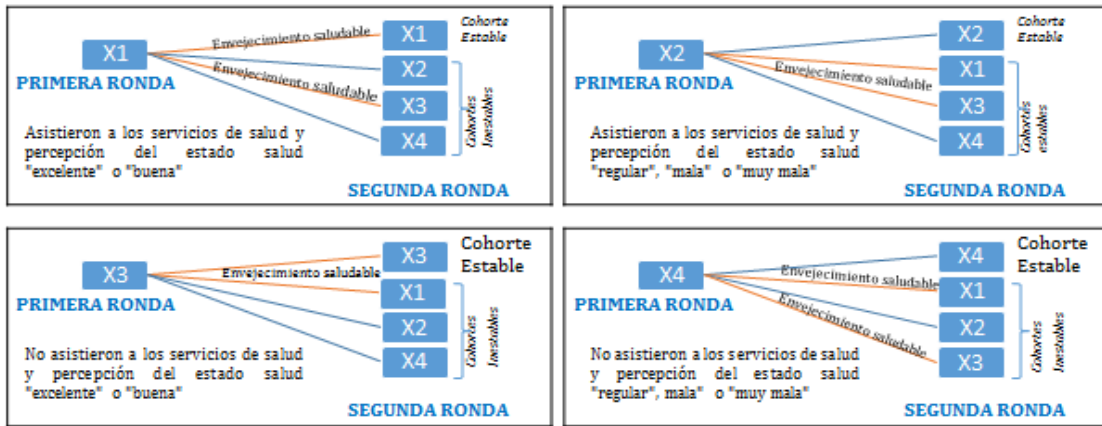
Para valorar el envejecimiento saludable se consideran siete criterios: *uno*, los cambios en la percepción del estado de salud asociado a la asistencia a los servicios de salud; *dos*, cambios en los niveles de tensión arterial según asistencia a los servicios de salud, *tres*, compromiso del estado funcional según asistencia a los servicios de salud; *cuatro*, cambios en la situación de fragilidad según asistencia a los servicios de salud; *cinco*, cambios en el estado nutricional según asistencia a los servicios de salud; estos cinco primeros asociados a las condiciones de salud; por último, *seis y siete*, en las personas que presentan enfermedades crónicas, los cambios en la percepción del estado de salud asociado tanto a la asistencia a servicios de salud y el acceso a medicamentos específicos para el tratamiento de estas enfermedades. Adicionalmente, los resultados detallados de estos análisis se presentan en el anexo No.5 de este documento.

(gráficos xx y xxx, anexo 5)

## **6.1 Cohortes según percepción del estado de salud y experiencias con los servicios de salud**



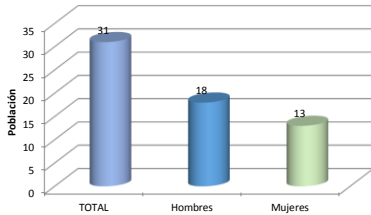
**ESTADO DE SALUD Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: COHORTES DE PERSONAS MAYORES DEFINIDAS POR EL COMPORTAMIENTO ENTRE LAS DOS RONDAS DE LA ENCUESTA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD**



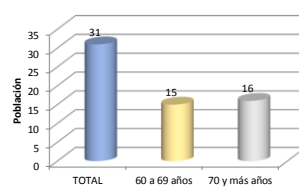
FUENTE: Prueba piloto de la encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015 Helpage, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS UBICADAS EN COHORTES QUE PRESENTARON ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015\***

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



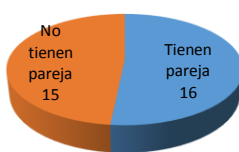
POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR GRUPOS DE EDAD. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN. BOGOTÁ. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. TOLÚ VIEJO. 2015

TOTAL CASOS	Años promedio de educación Formal
31	4.71

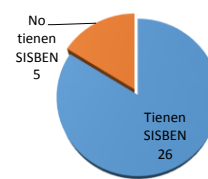
POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN SI TIENEN O NO UNA PAREJA. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2015



POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR ACTIVIDAD LABORAL. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2015

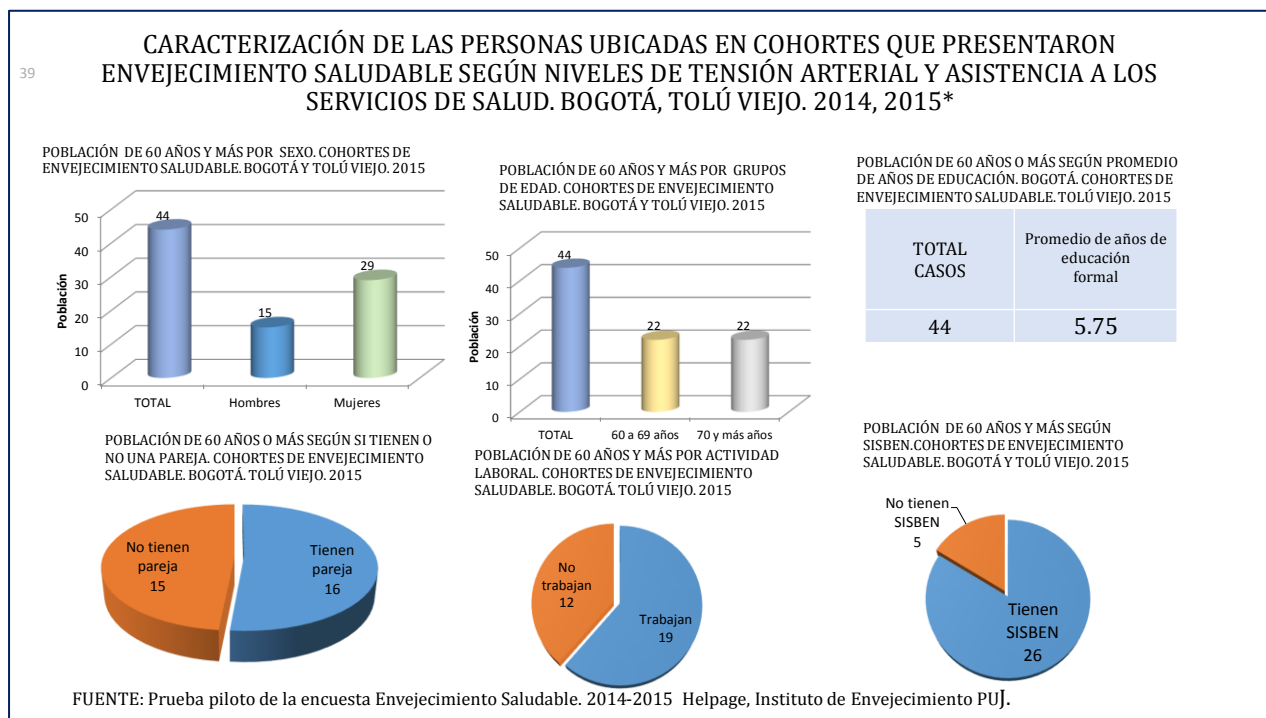
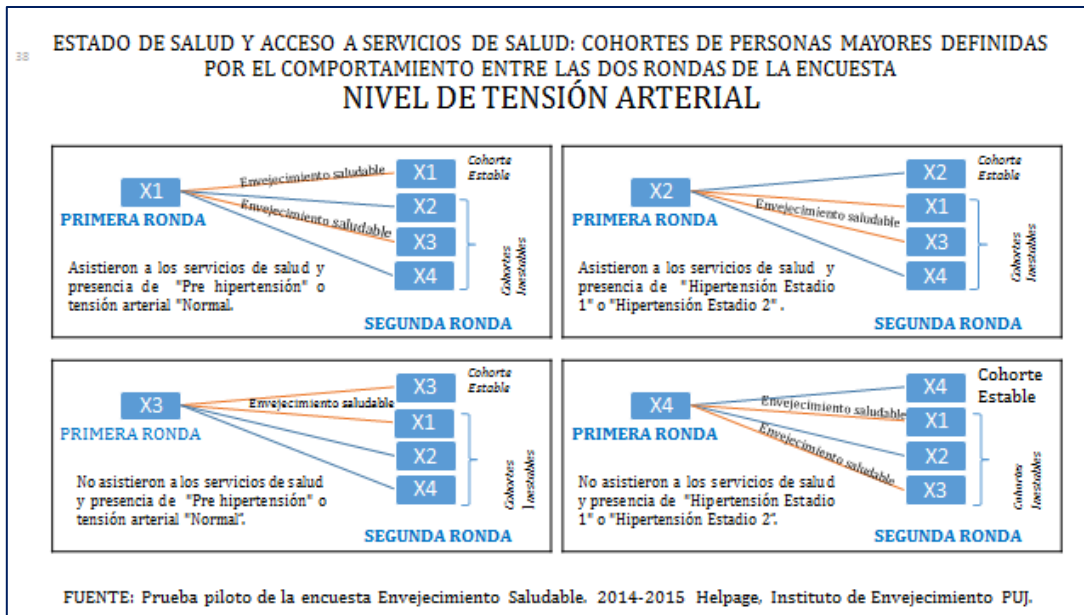


POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN SISBEN. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015

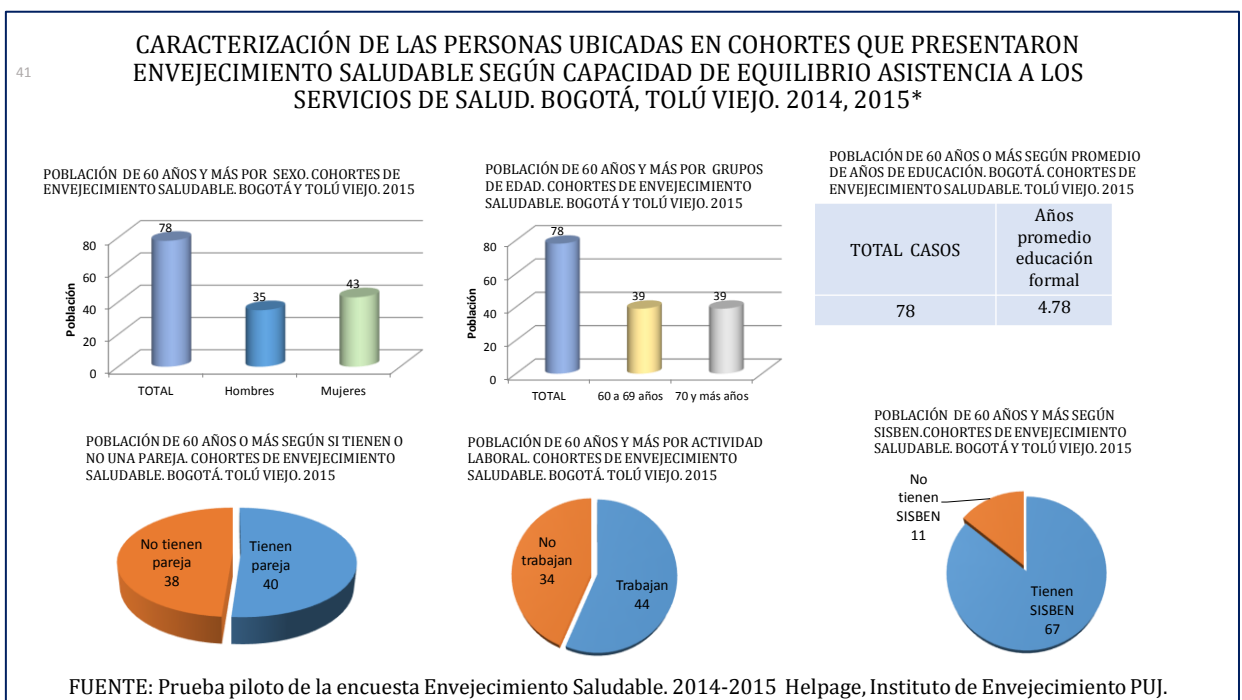
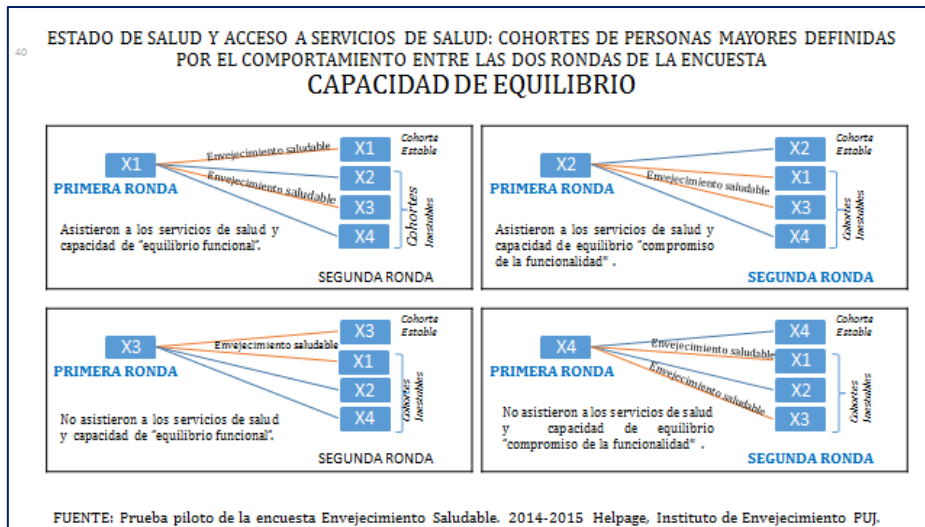


FUENTE: Prueba piloto de la encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015 Helpage, Instituto de Envejecimiento PUJ.

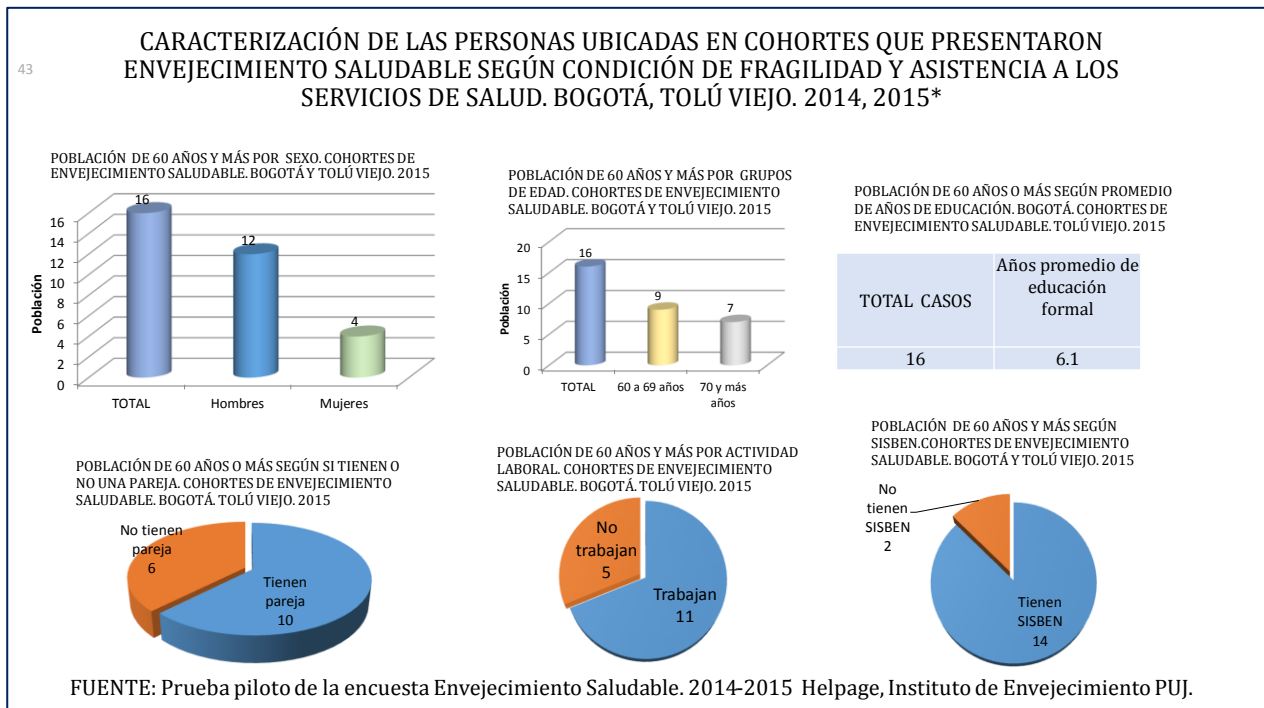
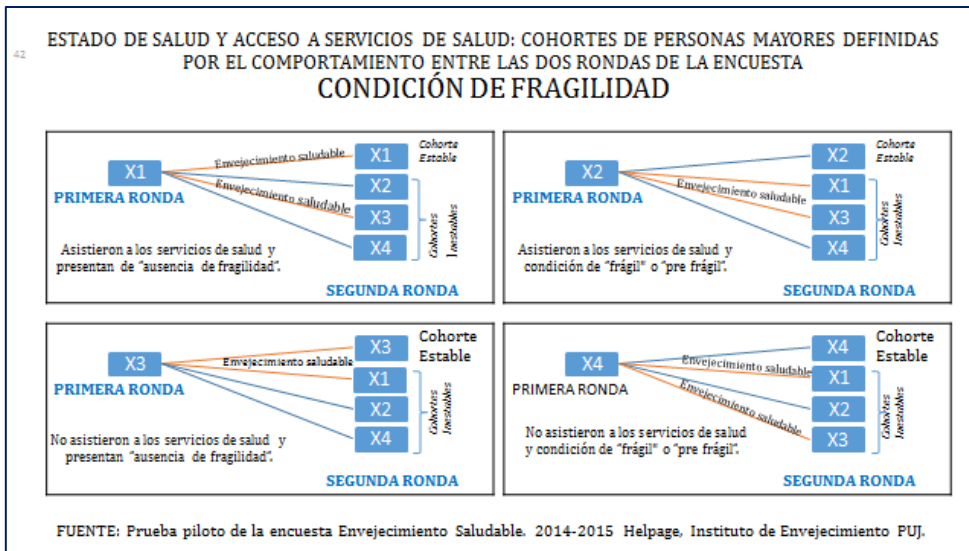
**6.2 Cohortes según nivel de tensión arterial y experiencias con los servicios de salud**



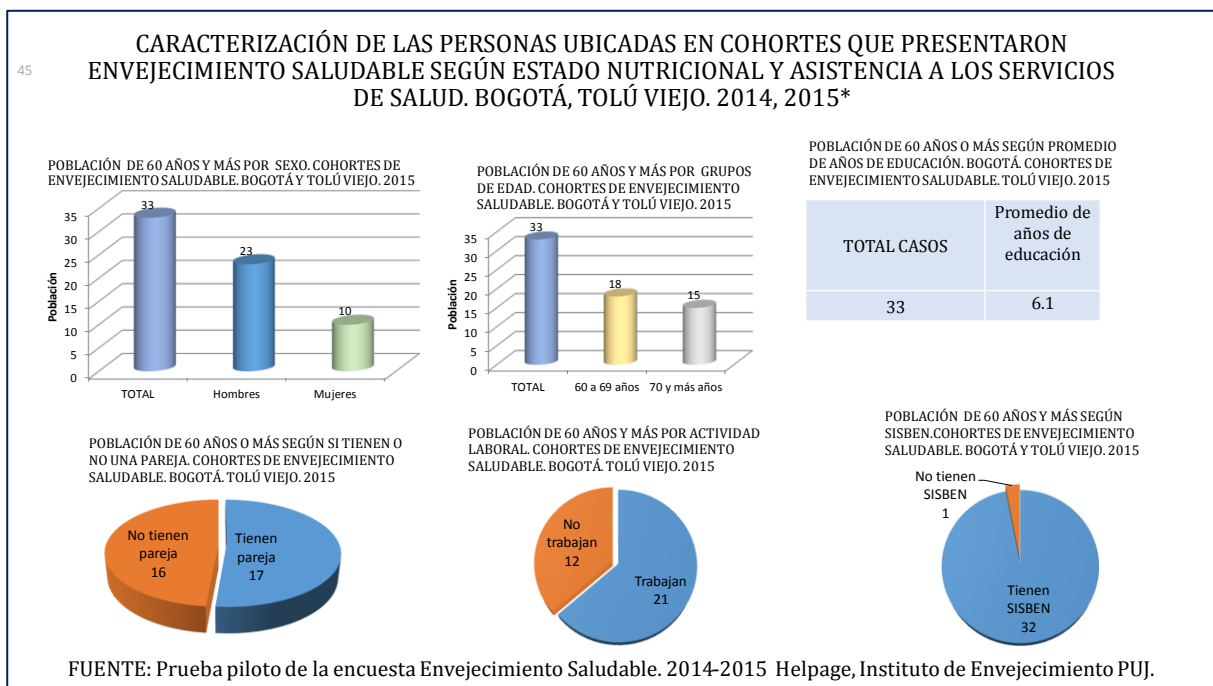
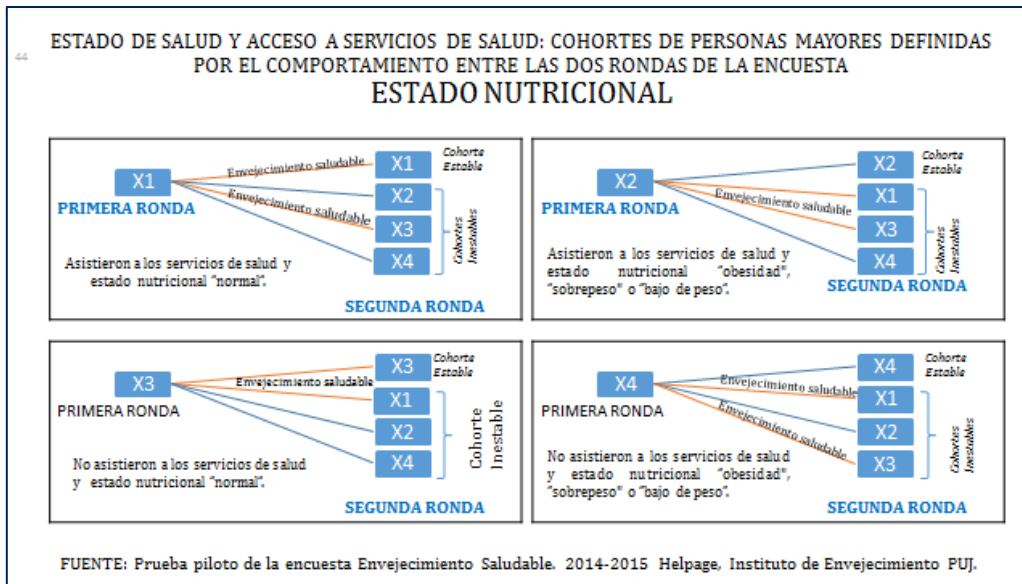
## 6.3 Cohortes según capacidad de equilibrio y experiencias con los servicios de salud



## 6.4 Cohortes según condición de fragilidad y experiencias con los servicios de salud

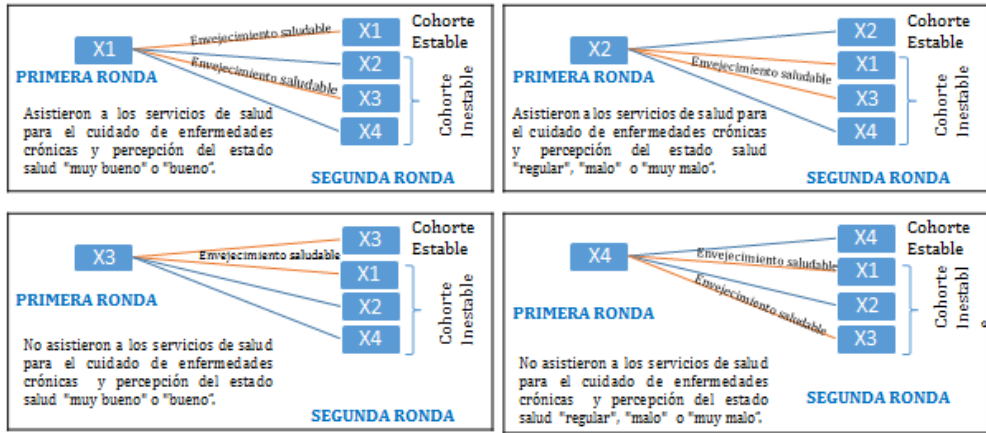


## 6.5 Cohortes según estado nutricional y experiencias con los servicios de salud



## 6.6 Cohortes según acceso a servicios para el cuidado de enfermedades crónicas y experiencias con los servicios de salud

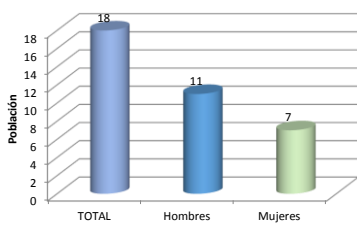
ESTADO DE SALUD Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: COHORTES DE PERSONAS MAYORES DEFINIDAS POR EL COMPORTAMIENTO ENTRE LAS DOS RONDAS DE LA ENCUESTA  
**ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD PARA EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**



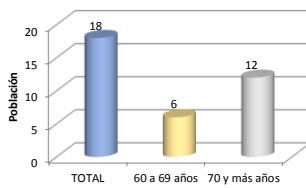
FUENTE: Prueba piloto de la encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015 Helpage, Instituto de.

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS UBICADAS EN COHORTES QUE PRESENTARON ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ASISTENCIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015\***

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR GRUPOS DE EDAD. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



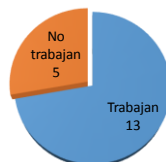
POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN. BOGOTÁ. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. TOLÚ VIEJO. 2015

	Años promedio de educación formal
TOTAL	2.9
18	

POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN SI TIENEN O NO UNA PAREJA. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2015



POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR ACTIVIDAD LABORAL. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2015

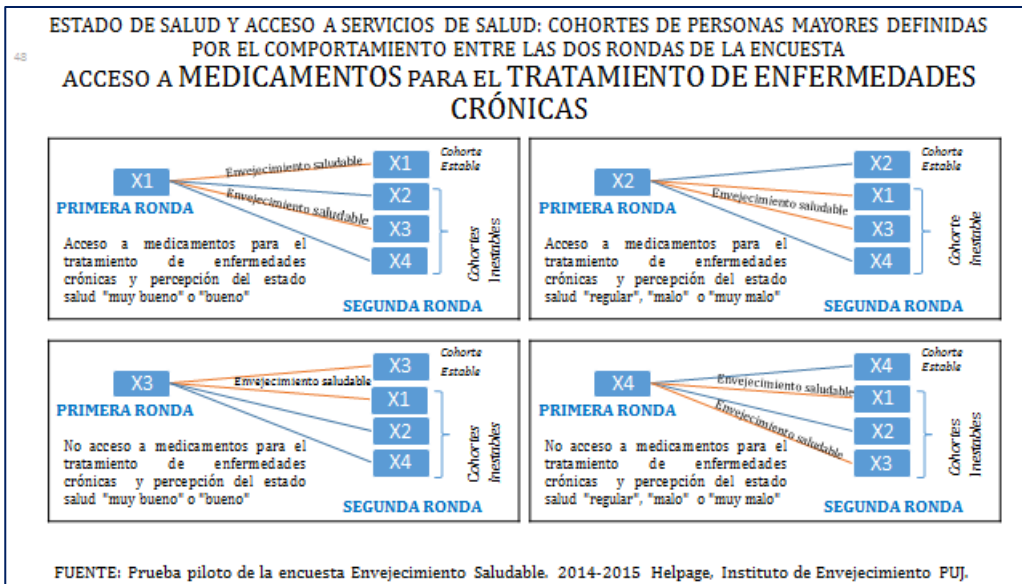


POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN SISBEN. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



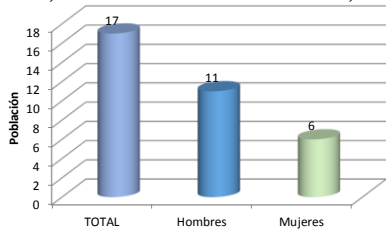
FUENTE: Prueba piloto de la encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015 Helpage, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**6.7 Cohortes según medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y experiencias con los servicios de salud**

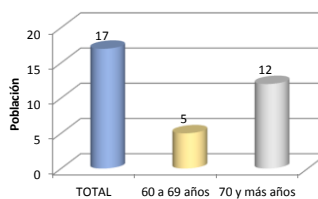


49 CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS UBICADAS EN COHORTES QUE PRESENTARON ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015\*

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



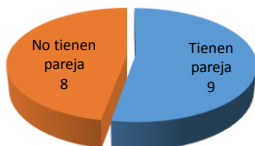
POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR GRUPOS DE EDAD. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



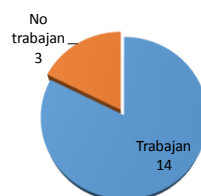
POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN PROMEDIO DE AÑOS DE EDUCACIÓN. BOGOTÁ. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. TOLÚ VIEJO. 2015

TOTAL CASOS	Años promedio de educación formal
17	3.1

POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS SEGÚN SI TIENEN O NO UNA PAREJA. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2015



POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR ACTIVIDAD LABORAL. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2015



POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN SISBEN. COHORTES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2015



FUENTE: Prueba piloto de la encuesta Envejecimiento Saludable. 2014-2015 Helpage, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**Ahora bien**, a continuación, a partir del análisis longitudinal referido **se recomiendan** distintos elementos para el ajuste del cuestionario que se aplicaría en el estudio definitivo, ajustes referidos a la inclusión o exclusión de preguntas, al fraseo de las mismas, a la modificación de las alternativas de respuesta, y en algunos casos a la redefinición del método para captar las respuestas. La ventaja de desarrollar el análisis longitudinal con los resultados de la prueba piloto está en poder establecer con precisión la utilidad de cada una de las preguntas que se incluirán en la encuesta definitiva.

Cuando en la entrevista cualitativa se aplican las preguntas sobre percepción del estado de salud, funcionalidad, dependencia por compromiso funcional, asistencia a servicios de salud, percepción de calidad, costos y acceso a los servicios de salud, las personas dan explicaciones adicionales que no quedan incorporadas en la encuesta, puesto que en el formulario no hay un diseño previo para consignar esta información.

En el mismo sentido, considerando el objetivo general del estudio, según el cual interesa evidenciar la asociación entre indicadores del estado de salud e indicadores de los servicios de salud para valorar el éxito o fracaso de las intervenciones en salud en el proceso de envejecimiento, se **recomienda**:

*Para cada uno de los criterios o condiciones con los que se valora el estado de salud (percepción de salud, presencia de crónicas, tensión arterial, funcionalidad, fragilidad, malnutrición) se podrían incluir preguntas específicas sobre la asistencia y el acceso a los servicios de salud; así, se podrían vincular servicios específicos para cada condición con el estado específico de la condición misma.*

De hecho, al diseñar el plan de análisis para la construcción de cohortes basada en la comparación de la primera con la segunda ronda de encuesta, se advierte la importancia de tener información sobre servicios de salud específicos para cada condición de salud considerada, por ejemplo: i) servicios de salud específicos para control de la tensión arterial con estado de la “tensión arterial”, ii) servicios específicos para nutrición con “estado nutricional”, iii) consultas de salud relacionadas con el compromiso de la funcionalidad con el “estado funcional”, etc.

Otra alternativa en este orden de ideas, eventualmente se podría considerar la posibilidad de ampliar la encuesta de los temas referidos a salud y a servicios de salud con preguntas aclaratorias y complementarias como las incluidas en la entrevista cualitativa.

## **7. EVALUACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA ENCUESTA CON BASE EN LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO**

Algunas de las entrevistadoras que participaron en la aplicación de la prueba piloto escribieron una memoria acerca de su experiencia. En esta memoria se destacan observaciones útiles para el ajuste del instrumento referidas a la formulación de las preguntas y a la aplicación del cuestionario. Otro aspecto muy importante se refiere a la asociación entre acceso a servicios de salud y los distintos indicadores del estado de salud física.

- ***Aspectos referidos a la formulación de las preguntas***



## Sección B: datos personales

- **Pregunta 7**, referida a “nivel educativo”, “ninguno” debe estar como primera alternativa, antes de “preescolar”.
- **Pregunta 8**, hace falta “unión libre”, y los códigos 1 y 2 en una sola alternativa llamada “unión libre”.
- **Pregunta 9**, se considera importante complementar la información sobre trabajo. Es necesario que para las personas que no trabajan, preguntar, “*por qué no trabaja?*”. Para las personas que trabajan preguntar si tienen trabajo remunerado o no remunerado y la regularidad con la que se hace dicha actividad. No solo para identificar las condiciones materiales de vida de la población, sino también como un factor altamente asociado con el estado de salud y con los servicios de salud, es muy importante indagar por los aspectos de la actividad laboral referidos.

## Sección C: salud

- **Q2 y Q3**: habría que distinguir si la respuesta se refiere a lo que piensa el informante, o a lo que el informante piensa de otras personas o de su entorno social.
- **Q2 y Q3**: eliminar “*si afectado evaluar el grado de limitación*” y “*si hay limitación...*”, puesto que si no ha habido afectación igual se formula la pregunta y se marca la alternativa “nada de limitación”.
- **Q3**: el fraseo “emocional/mental” no es comprensible ni posibilita una estandarización de las respuestas.
- **Q5a**: Aclarar los distintos tipos de acceso a los servicios de salud (geográfico, cultural, económico e institucional) en manuales y en encuesta. Justamente, porque existen distintos tipos de acceso, cuando se aplica la encuesta los informantes refieren por lo general un único tipo de acceso y en la entrevista cualitativa se declaran nuevos problemas de acceso a los servicios que no se captan en la encuesta.
- **Q9a**: en las entrevistas cualitativas aparecen causas de enfermedad crónica que no se declaran en la encuesta, por ejemplo: “*problemas del corazón*”, “*pérdida excesiva de memoria*”, “*dolores en las diferentes partes del cuerpo*”, “*hernia abdominal*”, “*problemas de la próstata*”, “*problemas del colon*”. Después de hacer la poscodificación manual y establecer la frecuencia de las diferencias respuestas en la alternativa “otra”, se puede establecer las nuevas categorías que habría que incluir”. Además de mantener la alternativa “7. Otras\_\_\_\_\_”, es necesario pre-codificar las alternativas de respuesta más frecuentes reportadas en la entrevista.
- **Q9b**: se incluyen dos preguntas y una única posibilidad de respuesta. Es más, la respuesta se refiere a más de un evento de enfermedad, con lo cual se pierde precisión en la información puesto que no se sabe a cuál evento de enfermedad se refiere.

- **Q9c:** en la formulación de la pregunta, “*en caso de que tenga*”, debería decir “*en caso de que tenga una o más enfermedades crónicas...*”. Además, como se tiene una respuesta dicotómica, “*sí*”, “*no*”, no se sabe a cuál enfermedad crónica se refiere la respuesta. Es necesario construir una alternativa de respuesta para cada tipo de enfermedad y para cada alternativa se debe considerar la respuesta, “*sí*”, “*no*”. Es más, importante reflexionar la importancia de distinguir si la respuesta afirmativa (“*sí*”) o negativa (“*no*”) se refiere específicamente a: “*tratamiento*”, o a “*medicamentos*”, o a “*apoyo*” (y a qué tipo de apoyo). Cada una de estas alternativas tiene significados muy distintos en cuanto a la valoración de la prestación de servicios de salud (esta es la sección de la encuesta “*Contacto con los servicios*”).

- ***Aspectos referidos a la aplicación del cuestionario***

- Anotar el tiempo de aplicación en cada sección es dispendioso, no se logra anotar el dato con precisión, y además se amplía el tiempo de recolección.

- **Q1, Q2, Q3, Q4, Q5b, Q6, Q7:** en el momento de aplicar el instrumento, no es funcional la regla (de 0 a 10 cm.) para señalar con el dedo la intensidad del evento que se quiere medir. Buena parte de los encuestados no entienden el manejo de esta regla, principalmente en alta ruralidad y estratos bajos urbanos. Al momento de la recolección del dato es necesario leer las alternativas de respuesta para facilitar la comprensión por parte del informante.

Se recomienda para cada una de estas preguntas, diseñar la escala de intensidad y pre-codificar cada una de las cinco alternativas referidas.

- ***Aspectos referidos a la asociación entre acceso a los servicios de salud e indicadores de salud física***

Cuando se aplican las preguntas sobre percepción del estado de salud, funcionalidad, dependencia por compromiso funcional, asistencia a servicios de salud, percepción de calidad, costos y acceso a los servicios de salud, las personas dan explicaciones adicionales que no quedan incorporadas en la encuesta, puesto que no hay un diseño previo para consignar esta información.

En el mismo sentido, considerando el objetivo general del estudio, según el cual interesa evidenciar la asociación entre indicadores del estado de salud e indicadores de los servicios de salud para valorar el éxito o fracaso de las intervenciones en salud en el proceso de envejecimiento, se considera:

Para cada uno de los criterios o condiciones con los que se valora el estado de salud (percepción de salud, presencia de crónicas, tensión arterial, funcionalidad, fragilidad, malnutrición) se podrían incluir preguntas específicas sobre la asistencia y el acceso a los servicios de salud; así, se podrían vincular servicios específicos para cada condición específica de salud. Esta recomendación es muy importante no solo a la luz del objetivo general del estudio, valorar el envejecimiento saludable, sino también en el contexto del análisis longitudinal. La capacidad del instrumento para medir los cambios en el tiempo (perspectiva longitudinal) se relaciona con la asociación entre indicadores del estado de salud y el acceso a los servicios de salud. En este sentido es indispensable que especifiquen los servicios específicos a cada condición de salud.

Otra alternativa en este orden de ideas, eventualmente se podría considerar la posibilidad de ampliar la encuesta de los temas referidos a salud y a servicios de salud con preguntas aclaratorias y complementarias como las incluidas en la entrevista cualitativa.

- ***Otras consideraciones***

- No resultó funcional asignar las calificaciones de “coherencia”, “pertinencia” y “suficiencia” en el momento de la entrevista porque el entrevistador se distrae, tiene su atención en la revisión de la encuesta y la conducción de la entrevista. A partir de las transcripciones de las entrevistas se logran muchos elementos para reflexionar sobre el ajuste de la encuesta.

- Aclarar si la población objeto de estudio debe ser residente en hogares particulares exclusivamente. En Bogotá, se captaron 4 habitantes de calle.

## **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

Almeida, O. P., Norman, P., Hankey, G., Jamrozik, K. & Flicker, L. Successful mental health aging: results from a longitudinal study of older Australian men. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 27-35 (2006).

Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A. & Marmot, M. G. Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society* 56, 1098-1105 (2008).

Bowling, A. & Dieppe, P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ* 331, 1548-1551 (2005).

Cano C. et al., (2014). Evaluación de factores que afectan la funcionalidad en personas con 60 y más años de edad en Bogotá. Instituto de Envejecimiento. Facultad de Medicina. Universidad Javeriana. Bogotá. Artículo en preparación.

Cruz-Jentoff <http://www.bing.com/images/search?q=CRUZ-JENTOF+sarcopenia&qv=CRUZ-JENTOF+sarcopenia&FORM=IGRE> (2014)

Departamento Nacional de Planeación DNP (2015) Sistema de Beneficiarios SISBEN [en línea] [https://wssisbenconsulta.sisben.gov.co/DNP\\_SisbenConsulta/DNP\\_SISBEN\\_Consulta.aspx](https://wssisbenconsulta.sisben.gov.co/DNP_SisbenConsulta/DNP_SISBEN_Consulta.aspx)

Departamento Nacional de Planeación (2011) Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) Colombia 1997-2008 y meta del PND para 2014. Dirección de Desarrollo Social Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida. [en línea] <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20%28IPM-Colombia%29%201997-2008.pdf>

Fried L. et al., Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* (2001).

Eisenberg, R. *Big Ideas For Successful Aging In America*, <<http://www.forbes.com/sites/nextavenue/2014/05/07/3-big-ideas-for-successful-aging-in-america/>> (2014).

HelpAge. Pfizer concept note: Measuring Healthy Ageing. Documento interno de trabajo (2014).

HelpAge. *Global AgeWatch Index 2013*, <<http://www.HelpAge.org/global-agewatch/>> (2014).

Instituto de Envejecimiento (2015). Envejecimiento demográfico, derechos humanos y protección social de la vejez. Colombia. 1951-2020. Focalización de la política nacional de envejecimiento y vejez. Facultad de Medicina Universidad Javeriana. Estudio en curso.

Instituto de Envejecimiento. Encuesta SABE Bogotá 2012. CD interactivo sobre metodología y resultados de la encuesta. Universidad Javeriana. Bogotá. (2014).

Kapteyn, A. What can we learn from (and about) global aging? *Demography* 47 Suppl, S191-S209 (2010).

Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2014-2024. Segundo borrador de consulta y consolidación, enero 2015.

Ministerio de Protección Social (2009) MINPROTECCIÓN SOCIAL (2009) Inequidades sociales de la infancia y la adolescencia en Colombia. Línea de base 2005. Margarita R. Medina V. Directora General del Estudio. Imprenta Nacional. Bogotá.

Organización Mundial de la Salud OMS (2015) [en línea] [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

SAMPER R. et al., (2013) Frailty and Sarcopenia in Colombia: Results from the SABE Bogotá Study. Instituto de Envejecimiento Facultad de Medicina Universidad Javeriana. INÉDITO.

Secretaría Distrital de Integración Social SDIS (2014) Actualización y complementación de la línea de base de la política pública social de vejez y envejecimiento . Editorial

Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J. & Kaplan, G. A. Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology* 144, 135-141 (1996).

Von Faber, M. *et al.* Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine* 161, 2694-2700 (2001).

Wood-Dauphinee S, Berg K, Bravo G, Williams JI. The balance scale: Responding to clinically meaningful changes. *Canadian Journal of Rehabilitation*. 1997; 10:35-50

## **ANEXOS**

**ANEXO 1: Formulario encuesta “Envejecimiento saludable”. Instrumento para la prueba piloto aplicada en Colombia.**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO  
HELP AGE**

**ENCUESTA ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

**BOGOTÁ Y MONTES DE MARÍA**

**BOGOTÁ, 2014-2015**

## SECCIÓN A. IDENTIFICACIÓN

**tiempo:**

Cuestionario No.

- 1 Departamento
- 2 Municipio
- 3 Estrato según recibo de la luz
- 4 Dirección de la vivienda \_\_\_\_\_
- 5 Barrio/Vereda
- 6 Localidad/Comuna
- 7 No. Teléfono fijo del hogar de residencia
- 8 No. Teléfono celular de la persona encuestada
- 9 Nombre del entrevistado \_\_\_\_\_  

Nombre(s)
Apellidos
- 10 Correo electrónico del entrevistado \_\_\_\_\_
- Personas de contacto
- 11 Persona 1: Nombre(s) y apellidos \_\_\_\_\_  
Dirección (incluya el municipio) \_\_\_\_\_ Teléfono
- 12 Persona 2: Nombre(s) y apellidos \_\_\_\_\_  
Dirección (incluya el municipio) \_\_\_\_\_ Teléfono

	1	2	3																		
Visitas del entrevistador	1	2	3																		
Fecha	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Día	Mes	Año	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Día	Mes	Año	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> <td style="width: 33%;"><input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Día	Mes	Año
<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																			
Día	Mes	Año																			
<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																			
Día	Mes	Año																			
<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																			
Día	Mes	Año																			
13 Nombre del entrevistador																					
Hora de comienzo	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																		
Hora de finalización	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																		
Duración (minutos)	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																		
Resultado*	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>																		

- \*Código de resultados**
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 1 E.C. con el entrevistado      | <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 3 Entrevista aplazada       | <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 6 Nunca se encontró a la persona en su hogar |
| <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 2 E.I. (anote en observaciones) | <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 4 Ausente temporal          | <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 7 Otros (anote en observaciones)             |
|   | <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> 5 Se negó a dar información |  |
- E.C. : entrevista completa      E.I. : entrevista incompleta

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SECCIÓN B. DATOS PERSONALES		tiempo:																																														
<b>1 Sexo del entrevistado:</b> <i>Marque sin preguntar</i> <input type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 2 Mujer		<b>2 ¿Cuántos años cumplidos tiene....?</b> Años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 998 N.S. <input type="checkbox"/> 999 N.R.																																														
<b>3 ¿Qué servicio de salud utiliza?</b> <input type="checkbox"/> 1 Salud prepagada <input type="checkbox"/> 1 EPS <input type="checkbox"/> 1 Otro		<b>4 Régimen de afiliación al SGSS</b> <input type="checkbox"/> 1 Contributivo <input type="checkbox"/> 2 Subsidiado (Sisbén) <input type="checkbox"/> 98 N.S. <input type="checkbox"/> 3 Vinculado <input type="checkbox"/> 4 No asegurado <input type="checkbox"/> 99 N.R.																																														
<b>5 ¿Tiene carné o certificado del Sisbén?</b> <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No tiene		<b>6 ¿Sabe leer y escribir?</b> <input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 8 N.S. <input type="checkbox"/> 9 N.R.																																														
<b>7 ¿Cuál fue el último nivel y año de estudios que.... aprobó?</b> <i>Anote el código del último nivel aprobado y escriba el último año aprobado en este nivel</i>																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th>Nivel</th> <th>Último año aprobado</th> <th></th> <th>SUPERIOR</th> <th>Último año aprobado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01 Preescolar</td> <td>(De 01 a 03)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 07 Técnica profesional</td> <td>(De 01 a 02)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 02 Básica primaria</td> <td>(De 01 a 05)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 08 Tecnológica</td> <td>(De 01 a 03)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 03 Básica secundaria (Bachillerato básico)</td> <td>(De 06 a 09)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 09 Profesional</td> <td>(De 01 a 06)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04 Media académica (Bachillerato clásico)</td> <td>(De 10 a 11)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>POSTGRADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05 Media técnica (Bachillerato técnico)</td> <td>(De 10 a 11)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 10 Especialización</td> <td>(De 01 a 02)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06 Normalista</td> <td>(De 10 a 13)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 11 Maestría</td> <td>(De 01 a 03)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 12 Doctorado</td> <td>(De 01 a 06)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 13 Ninguno</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				Nivel	Último año aprobado		SUPERIOR	Último año aprobado	<input type="checkbox"/> 01 Preescolar	(De 01 a 03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 07 Técnica profesional	(De 01 a 02)	<input type="checkbox"/> 02 Básica primaria	(De 01 a 05)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 08 Tecnológica	(De 01 a 03)	<input type="checkbox"/> 03 Básica secundaria (Bachillerato básico)	(De 06 a 09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 09 Profesional	(De 01 a 06)	<input type="checkbox"/> 04 Media académica (Bachillerato clásico)	(De 10 a 11)	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO		<input type="checkbox"/> 05 Media técnica (Bachillerato técnico)	(De 10 a 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 Especialización	(De 01 a 02)	<input type="checkbox"/> 06 Normalista	(De 10 a 13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11 Maestría	(De 01 a 03)				<input type="checkbox"/> 12 Doctorado	(De 01 a 06)				<input type="checkbox"/> 13 Ninguno	0
Nivel	Último año aprobado		SUPERIOR	Último año aprobado																																												
<input type="checkbox"/> 01 Preescolar	(De 01 a 03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 07 Técnica profesional	(De 01 a 02)																																												
<input type="checkbox"/> 02 Básica primaria	(De 01 a 05)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 08 Tecnológica	(De 01 a 03)																																												
<input type="checkbox"/> 03 Básica secundaria (Bachillerato básico)	(De 06 a 09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 09 Profesional	(De 01 a 06)																																												
<input type="checkbox"/> 04 Media académica (Bachillerato clásico)	(De 10 a 11)	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO																																													
<input type="checkbox"/> 05 Media técnica (Bachillerato técnico)	(De 10 a 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 Especialización	(De 01 a 02)																																												
<input type="checkbox"/> 06 Normalista	(De 10 a 13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11 Maestría	(De 01 a 03)																																												
			<input type="checkbox"/> 12 Doctorado	(De 01 a 06)																																												
			<input type="checkbox"/> 13 Ninguno	0																																												
<b>8 ¿Cuál es su estado conyugal actual?</b> <input type="checkbox"/> 1 No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="checkbox"/> 3 Está viudo(a) <input type="checkbox"/> 5 Está soltero(a) <input type="checkbox"/> 2 No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="checkbox"/> 4 Está separado(a) o divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 Está casado(a)																																																
<b>9 ¿Trabaja actualmente?</b> <input type="checkbox"/> 1 SI <i>Considere como trabajo el remunerado y no remunerado, así como el trabajo permanente y temporal</i> <input type="checkbox"/> 2 NO																																																



Sección C - SALUD - Helpage original					
<b>SECCIÓN C Preguntas básicas</b>			<b>Tiempo de administración sección A (Q1 a Q7):</b>		
Salud					
<b>Q1</b>	En general como califican su salud en los últimos 3 meses?				<b>Respuesta (cm)</b>
	0☹		5😊		☺10
Guía	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Excelente
Entrevista: (1) Razones para esta puntuación, (2) variación durante este periodo.					
<b>Funcionalidad Física</b>					
<b>Q2</b>	En los últimos 3 meses, su salud física ha afectado/limitado su habilidad para desarrollar/realizar sus actividades usuales (como actividades sociales, de trabajo, diarias)? (Si afectado, evaluar el grado de limitación)				<b>Respuesta (cm)</b>
	0☹		5😊		☺10
Guía	No pude hacer ninguna actividad	Bastante limitación	Algo de limitación	Muy poca limitación	Nada de limitación
Entrevista: (1) entendimiento de la pregunta, (2) tipos de limitación, (3) calidad; (4) impacto en el estado emocional.					
<b>Funcionalidad Emocional/mental</b>					
<b>Q3</b>	En los últimos 3 meses, su salud emocional/mental ha afectado su habilidad para realizar/developar sus actividades usuales (sociales, de trabajo, diarias)? (Si hay limitación, analizar con Entrevistado el grado)				<b>Respuesta (cm)</b>
	0☹		5😊		☺10
Guía	No pude hacer ninguna actividad	Bastante limitación	Algo de limitación	Muy poca limitación	Nada de limitación
Entrevista: (1) entendimiento de la pregunta, (2) tipos de limitación, (3) calidad; (4) impacto en el estado emocional.					
<b>Dependencia definida</b>					
<b>Q4</b>	En los 3 últimos meses, ha necesitado/requerido algún apoyo de otra persona (familiar o amigo u otro) para realizar sus actividades diarias?				<b>Respuesta (cm)</b>
	0☹		5😊		☺10
Guía	Muy dependiente	Bastante dependiente	Algo dependiente	Poco dependiente	Nada dependiente
Entrevista: (1) entendimiento de la pregunta, (2) razones para la necesidad, (3) ayuda recibida.					
<b>Acceso</b>					
<b>Q5 a)</b>	En los últimos 3 meses, ha necesitado ir a un servicio de salud? [ ] Si [ ] No				
<b>Q5 b)</b>	En su experiencia, Que difícil o fácil es accede al servicio de salud?				<b>Respuesta (cm)</b>
	0☹		5😊		☺10
Guía	Nada accesible	Bastante difícil	Alguna dificultad	Bastante fácil	Muy fácil acceso
Entrevista: (1) Por qué?, (2) Análisis de problemas					

Calidad		
<b>Q6</b>	Como califican la calidad de los servicios de salud en los últimos 3 meses?	<b>Respuesta (cm)</b>
	0 😞	5 😊
	<hr/>	
Guía	Muy pobre	Pobre
	Regular	Buena
	Excelente	
Entrevista: (1) Por qué? (2) Qué significa la calidad?, (3) Expectativas		
Acceso financiero y peso del costo		
<b>Q7</b>	En los últimos 3 meses, qué fácil es asumir el costo de la atención en salud? Qué tan asequible es?	<b>Respuesta (cm)</b>
	0 😞	5 😊
	<hr/>	
Guía	No lo pude asumir	bastante difícil/muy
	Algo difícil, más o menos	Bastante fácil asumirlo
	Asumí sin ningún	
Entrevista: (1) Por qué?, (2) Entendimiento más profundo de los costos		
Prueba funcional - Pruebas extraída de las escalas de Berg		Tiempo:
<b>Q8 (Opción1)</b>	<b>Sentado a de pie</b>	<b>Respuesta(0-4)</b>
	<b>Instrucciones: Por favor póngase de pie. Intente no usar sus manos para apoyarse.</b>	
	4 ( ) Capaz de ponerse de pie sin utilizar las manos o estabilizarse independientemente.	
	3 ( ) Capaz de levantarse de forma independiente usando las manos.	
	2 ( ) Capaz de ponerse de pie usando las manos luego de varios intentos.	
	1 ( ) Necesita ayuda mínima para ponerse de pie o estabilizarse.	
	0 ( ) Necesita ayuda moderada o máxima para ponerse de pie.	
Sección - Comparación entre los eventos de salud, las respuestas encontradas y los marcadores		
Historia de salud, existencia de enfermedades crónicas		Tiempo de administración Q9:
<b>Q9a</b>	Ud tiene/padece de una o varias enfermedades crónicas? (se puede proponer ejemplos y nombres)	
	<b>Si [ ] No [ ] No sé [ ]</b>	
	<u>El entrevistado/a menciona el nombre, el entrevistador tiquea</u>	
	(1) Presión arterial alta	(4) Artritis/trosis
	(2) Diabetes	(5) Catarata
	(3) Demencia	(6) Cáncer
		(7) Otras
Entrevista: Historia de enfermedad		
Contacto con servicios		
<b>Q9b</b>	En caso de que tenga una o varias enfermedad(es) crónica(s), ha ido al centro/hospital de salud para seguimiento o ha venido alguien del servicio de salud a su casa?	
	<b>Si [ ] No [ ]</b>	
Entrevista: Por qué si por qué no?		
<b>Q9c</b>	En caso de que tenga, recibe regularmente tratamiento/medicamentos o el apoyo/cuidado que Ud. requiere para su condición?	
	<b>Si [ ] No [ ]</b>	
Entrevista: Por qué si por qué no?		

**SECCIÓN D: ANTROPOMETRIA** **tiempo:**

<b>1 Toma de presión arterial (Persona sentada)</b> Presión arterial <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2 Medición de la estatura</b> (Para medir su estatura, necesito que se quite los zapatos, ponga los pies y talones juntos. párese tocando la pared con la espalda y la cabeza, y mire hacia adelante. Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm      No puede pararse <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

**3 Peso (Persona de pie)**  
 Peso    .  kg      No puede pararse

**4 Circunferencia pantorrilla (Persona de pie)**  
  .  cm      No puede pararse        Posición \_\_\_\_\_

**5 Voy a usar esta aparato (MUÉSTRELO). Se llama Dinamómetro y se utiliza para probar la fuerza de la mano.**  
 Esta prueba sólo la puedo hacer si Usted no ha tenido ninguna cirugía en la mano en los últimos tres meses.  
 Con su brazo más fuerte, ponga el codo sobre la mesa y la palma de la mano hacia arriba.  
 Tome las dos piezas de metal juntas así (HAGA LA DEMOSTRACIÓN). Dígame si tengo que ajustar el aparato a su tamaño.  
 Cuando le avise, apriete tan fuerte como pueda. Las dos piezas de metal no se moverán, pero yo podré leer con cuánta fuerza puede Usted apretar.  
 Voy a hacer la prueba tres veces. Si siente algún dolor o molestia, me avisa para detenerme.

<p><b>Primera vez:</b></p> <input type="checkbox"/> 1 Trató pero no pudo <input type="checkbox"/> 2 No se intentó por seguridad <input type="checkbox"/> 3 Incapacitado <input type="checkbox"/> 4 Rehusó hacerlo <input type="checkbox"/> 5 Completó la prueba Resultado de medición <input type="text"/> <input type="text"/> Kg.  Apunte la mano usada	<p><b>Segunda vez:</b></p> <input type="checkbox"/> 1 Trató pero no pudo <input type="checkbox"/> 2 No se intentó por seguridad <input type="checkbox"/> 3 Incapacitado <input type="checkbox"/> 4 Rehusó hacerlo <input type="checkbox"/> 5 Completó la prueba Resultado de medición <input type="text"/> <input type="text"/> Kg.  <input type="checkbox"/> 1 Derecha <input type="checkbox"/> 2 Izquierda	<p><b>Tercera vez:</b></p> <input type="checkbox"/> 1 Trató pero no pudo <input type="checkbox"/> 2 No se intentó por seguridad <input type="checkbox"/> 3 Incapacitado <input type="checkbox"/> 4 Rehusó hacerlo <input type="checkbox"/> 5 Completó la prueba Resultado de medición <input type="text"/> <input type="text"/> Kg.
--	---	--

**SECCIÓN E: VELOCIDAD DE LA MARCHA** **tiempo:**

**1 Vamos a hacer la siguiente prueba de velocidad al caminar:**

- 1 Medir tres metros y 40 cm
- 2 Solicitar a la persona que camine los 3.4 metros
- 3 Cronometrar el tiempo que emplea en el desplazamiento de los últimos 2.4 metros
- 4 Registrar el tiempo en segundos
- 5 Se deben realizar dos mediciones

<p><b>a. Primera medición</b></p> <input type="checkbox"/> 1 Trató pero no pudo <input type="checkbox"/> 2 No se intentó por seguridad <input type="checkbox"/> 3 Incapacitado <input type="checkbox"/> 4 Rehusó hacerlo <input type="checkbox"/> 5 Completó la prueba Tiempo requerido para recorrer la distancia <input type="text"/> <input type="text"/> segundos <input type="text"/> <input type="text"/> milésimas	<p><b>b. Segunda medición</b></p> <input type="checkbox"/> 1 Trató pero no pudo <input type="checkbox"/> 2 No se intentó por seguridad <input type="checkbox"/> 3 Incapacitado <input type="checkbox"/> 4 Rehusó hacerlo <input type="checkbox"/> 5 Completó la prueba Tiempo requerido para recorrer la distancia <input type="text"/> <input type="text"/> segundos <input type="text"/> <input type="text"/> milésimas
--	--

## ANEXO 2: Guía de entrevista cualitativa “Envejecimiento saludable”. Instrumento para la prueba piloto aplicada en Colombia.

### “Medición de impactos en salud”

(POL614 Borrador 4 de jul. 2014, con ajuste PUJ 22 sep. 2015)

El objetivo de la entrevista cualitativa es de comparar y analizar la coherencia, validez y pertinencia de la información recolectada con el nuevo cuestionario de impactos en salud.

Por lo que las preguntas guías de la entrevista debería permitir, más que analizar información en profundidad o recabar nueva información, validar y mejorar las preguntas del cuestionario cuantitativo. Aunque no se rechazar la posibilidad de tener un instrumento siempre complementario del cuestionario cuantitativo en el futuro, en este momento su utilidad es circunstancial para la investigación sobre el nuevo instrumento de HelpAge.

Conforme a lo hablado con los coordinadores nacionales e investigadores, se aplicará la guía de entrevista a uno de cada 3 o 4 participantes de la encuesta cuantitativa.

Para que las respuestas de la entrevista cualitativa no estén influenciadas por las respuestas del cuestionario cuantitativo, ni alargar la aplicación de este, el instrumento cualitativo se aplicará después del cuantitativo. Una vez el encuestador termine la encuesta, deberá hacer a otro informante la entrevista cualitativa, y luego, sí aplicar la entrevista cualitativa al anterior informante.

Las preguntas de la guía cualitativa siguen la lógica de las preguntas del cuestionario. Habrá que recordar a la persona entrevistada cuál ha sido su respuesta en el cuestionario para que la comente.

**Coherencia:** en qué medida, la respuesta cualitativa confronta la respuesta cuantitativa (calificar de 1 a 5).

**Validez:** la respuesta cuantitativa ha sido dada sobre un buen entendimiento (o comprensión) de la pregunta, y sobre el análisis necesario para dar la respuesta. (calificar de 1 a 5)

**Pertinencia:** la respuesta cuantitativa es racional y responde a las circunstancias mencionadas en la misma. (calificar de 1 a 5)

Entonces, la entrevista cualitativa debe permitir valorar las respuestas y preguntas del cuestionario (encuesta cuantitativa). Se puede utilizar una escala de Likert como se verá a continuación.

Nombre entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

<p><b>MEDICIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Coherencia:</b> en qué medida, la respuesta cualitativa confronta la respuesta cuantitativa</li> <li>• <b>Validez:</b> la respuesta cuantitativa ha sido dada sobre un buen entendimiento (o comprensión) de la pregunta, y sobre el análisis necesario para dar la respuesta</li> <li>• <b>Pertinencia:</b> la respuesta cuantitativa es racional y responde a las circunstancias mencionadas en la misma</li> </ul> <p>1= Nada 2= Algo 3= Regular 4= Bueno 5= Excelente</p>	
<p><b>Q1: Percepción del estado de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porqué respondió como lo hizo?</li> <li>○ Cuáles fueron las razones por responder como lo hizo?</li> <li>○ <i>Cruce con la información de la encuesta: existían enfermedades antes de los 3 meses?</i></li> <li>○ <i>Aparecieron nuevos problemas de salud? Crónicos? Agudos?</i></li> <li>○ <i>Relación al tiempo: Se han agudizado estos problemas o ha habido mejoría?</i></li> </ul>	<p><b>Q1:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q2: Impacto de la salud física sobre actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuáles fueron las razones por responder como lo hizo?</li> <li>○ Analizar con el entrevistado las limitaciones eventuales: hay limitaciones? Qué tipo de limitaciones? Como impiden las actividades y qué tipo de actividades?</li> <li>○ Cuál es la evolución en el tiempo: había antes, durante un episodio, permanente....</li> <li>○ Qué impacto emocional? Qué impacto sobre la calidad de vida?</li> </ul>	<p><b>Q2:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q3: Impacto de la salud mental sobre actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cuáles fueron las razones por responder como lo hizo?</li> <li>○ Analizar con el entrevistado las limitaciones eventuales: hay limitaciones? Qué tipo de limitaciones? Como impiden las actividades y qué tipo de actividades?</li> <li>○ Cuál es la evolución en el tiempo: había antes, durante un episodio, permanente....</li> <li>○ Qué impacto emocional? Qué impacto sobre la calidad de vida?</li> </ul>	<p><b>Q3:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q4: Necesidades de apoyos y dependencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hay necesidad de apoyo? Como analiza este tema la persona?</li> <li>○ Si hay necesidad, para qué actividad y por qué</li> </ul>	<p><b>Q4:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>

Nombre entrevistado(a)	Municipio
<p><b>Q5: Percepción sobre acceso a servicios de salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Calidad de la respuesta: la respuesta se refiere a la experiencia personal?, o a la experiencia de otra persona? (en este caso narrar la experiencia de la otra persona). La respuesta se basó en un análisis colectivo?</li> <li>○ Porqué respondió como lo hizo?</li> <li>○ Qué tipo de problemas se encuentran en el acceso (si hay dificultades)? Qué expectativas se tenía y se tiene?</li> </ul>	<p><b>Q5:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q6: Percepción sobre calidad de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porqué respondió como lo hizo?</li> <li>○ Cuáles fueron las experiencias o análisis que motivaron la respuesta?</li> <li>○ Qué significa calidad?</li> <li>○ Cuáles fueron sus expectativas sobre la calidad de la atención?</li> </ul>	<p><b>Q6:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q7: impacto financiero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porqué contestó como lo hizo? Cuales han sido las experiencias o análisis que motivaron la respuesta?</li> <li>○ Qué tipo de costos y de qué orden son?</li> <li>○ Como se cubre y quien paga cada uno de los tipos de costos? Rol de los seguros en el cubrir los costos?</li> </ul>	<p><b>Q7:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p>En caso de que haya enfermedades crónicas:</p> <p><b>Q8a: Existencia de enfermedades crónicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qué tipo de enfermedades sabe que tiene? Cómo empezó?</li> <li>○ Hace cuánto tiempo?</li> <li>○ Qué otras enfermedades piensa que podría tener?</li> <li>○ Buscó diagnóstico en un servicio de salud?</li> <li>○ Quién diagnostica?</li> <li>○Cuál es la evolución de las eventuales enfermedades existentes?</li> </ul>	<p><b>Q8a:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q8b: Seguimiento a las enfermedades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quién hace el seguimiento?, dónde?, cómo?, cada cuánto tiempo?</li> <li>○ Por qué se hace, o por qué no se hace el seguimiento?</li> <li>○ Quién decide sobre el seguimiento de los tratamientos?</li> </ul>	<p><b>Q8b:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>
<p><b>Q8c: Tratamientos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se recibe el tratamiento adecuado? De dónde? Costo?</li> <li>○ Se recibe el apoyo necesario? De dónde o de quién?</li> <li>○ Si no se recibe tratamiento o/y apoyo, por qué?</li> </ul>	<p><b>Q8c:</b></p> <p><b>Coherencia</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Validez</b> 1 2 3 4 5</p> <p><b>Pertinencia</b> 1 2 3 4 5</p>

### ANEXO 3: Calificaciones de coherencia, validez y pertinencia para preguntas seleccionadas

CUADRO 4.2 COHERENCIA, VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS SELECCIONADAS. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014. PRIMERA RONDA DE LA ENCUESTA

DIMENSIÓN	OBJETO DE VALIDACIÓN		COHERENCIA					VALIDEZ					PERTINENCIA					Total informantes
	No. Pregunta	CONTENIDO	Correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo					comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición					Respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Estado de salud física	Q1	Percepción del estado de salud	0	0	0	0	23	0	0	0	2	21	0	0	0	2	21	23
	Q9a	Presencia de enfermedades crónicas	0	0	0	1	22	0	0	0	3	20	0	0	1	1	21	23
Aspectos de la funcionalidad	Q2	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	2	0	1	20	0	0	0	2	21	0	0	0	1	22	23
	Q3	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	0	2	21	0	0	0	4	19	0	0	0	1	22	23
	Q4	Dependencia para realizar actividades diarias	0	0	0	0	23	0	0	0	3	20	0	0	0	2	21	23
Servicios de salud	Q5	Percepción sobre acceso a los servicios de salud	0	2	0	2	19	0	0	0	1	22	0	0	0	2	21	23
	Q6	Percepción sobre calidad de la atención	1	0	0	1	21	0	1	1	0	21	0	0	0	1	22	23
	Q9b	Seguimiento a las enfermedades crónicas	0	0	0	2	21	0	0	0	2	21	0	0	0	2	21	23
	Q9c	Tratamiento a las enfermedades crónicas	0	0	1	0	22	0	0	1	1	21	0	0	1	1	21	23
	Q7	Percepción sobre los costos de los servicios de salud	1	0	1	2	19	0	0	1	0	22	0	0	1	1	21	23

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

CUADRO 4.3 COHERENCIA, VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS SELECCIONADAS. BOGOTÁ. 2014. PRIMERA RONDA DE LA ENCUESTA

DIMENSIÓN	OBJETO DE VALIDACIÓN		COHERENCIA					VALIDEZ					PERTINENCIA					Total informantes
	No. Pregunta	CONTENIDO	Correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo					Comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición					Respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Estado de salud física	Q1	Percepción del estado de salud	0	0	0	0	11	0	0	0	1	10	0	0	0	2	9	11
	Q9a	Presencia de enfermedades crónicas	0	0	0	1	10	0	0	0	1	10	0	0	0	1	10	11
Aspectos de la funcionalidad	Q2	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	1	0	1	9	0	0	0	2	9	0	0	0	1	10	11
	Q3	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	0	2	9	0	0	0	2	9	0	0	0	0	11	11
	Q4	Dependencia para realizar actividades diarias	0	0	0	0	11	0	0	0	1	10	0	0	0	0	11	11
Servicios de salud	Q5	Percepción sobre acceso a los servicios de salud	0	0	0	2	9	0	0	0	0	11	0	0	0	1	10	11
	Q6	Percepción sobre calidad de la atención	0	0	0	1	10	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
	Q9b	Seguimiento a las enfermedades crónicas	0	0	0	1	10	0	0	0	1	10	0	0	0	1	10	11
	Q9c	Tratamiento a las enfermedades crónicas	0	0	1	0	10	0	0	0	1	10	0	0	1	0	10	11
	Q7	Percepción sobre los costos de los servicios de salud	0	0	1	1	9	0	0	1	0	10	0	0	1	0	10	11

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

**CUADRO 4.4 COHERENCIA, VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS SELECCIONADAS. TOLÚ VIEJO. 2014. PRIMERA RONDA DE LA ENCUESTA**

DIMENSIÓN	OBJETO DE VALIDACIÓN		COHERENCIA					VALIDEZ					PERTINENCIA					Total informantes
	No. Pregunta	CONTENIDO	Correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo					comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición					Respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Estado de salud física	Q1	Percepción del estado de salud	0	0	0	0	12	0	0	0	1	11	0	0	0	0	12	12
	Q9a	Presencia de enfermedades crónicas	0	0	0	0	12	0	0	0	2	10	0	0	1	0	11	12
Aspectos de la funcionalidad	Q2	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	1	0	0	11	0	0	0	0	12	0	0	0	0	12	12
	Q3	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	0	0	12	0	0	0	2	10	0	0	0	1	11	12
	Q4	Dependencia para realizar actividades diarias	0	0	0	0	12	0	0	0	2	10	0	0	0	2	10	12
Servicios de salud	Q5	Percepción sobre acceso a los servicios de salud	0	2	0	0	10	0	0	0	1	11	0	0	0	1	11	12
	Q6	Percepción sobre calidad de la atención	1	0	0	0	11	0	1	1	0	10	0	0	0	1	11	12
	Q9b	Seguimiento a las enfermedades crónicas	0	0	0	1	11	0	0	0	1	11	0	0	0	1	11	12
	Q9c	Tratamiento a las enfermedades crónicas	0	0	0	0	12	0	0	1	0	11	0	0	0	1	11	12
	Q7	Percepción sobre los costos de los servicios de salud	1	0	0	1	10	0	0	0	0	12	0	0	0	1	11	12

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

**CUADRO 4.5 COHERENCIA, VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS SELECCIONADAS. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2015. SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA**

DIMENSIÓN	OBJETO DE VALIDACIÓN		COHERENCIA					VALIDEZ					PERTINENCIA					Total informantes
	No. Pregunta	CONTENIDO	Correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo					comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición					Respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Estado de salud física	Q1	Percepción del estado de salud	0	2	1	2	17	0	3	1	2	16	0	1	2	3	15	22
	Q9a	Presencia de enfermedades crónicas	0	1	2	0	19	0	1	2	0	19	0	1	2	0	19	22
Aspectos de la funcionalidad	Q2	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	1	3	0	18	0	1	1	4	16	0	1	2	0	19	22
	Q3	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	1	1	20	0	0	1	1	20	0	0	0	0	22	22
	Q4	Dependencia para realizar actividades diarias	1	1	2	1	17	1	1	2	1	17	1	1	2	1	17	22
Servicios de salud	Q5	Percepción sobre acceso a los servicios de salud	0	0	3	0	19	0	0	2	3	17	0	0	2	0	20	22
	Q6	Percepción sobre calidad de la atención	0	0	2	1	19	0	0	2	1	19	0	0	2	1	19	22
	Q9b	Seguimiento a las enfermedades crónicas	1	0	0	4	17	1	0	0	2	19	1	0	0	2	19	22
	Q9c	Tratamiento a las enfermedades crónicas	2	0	1	3	16	2	0	0	3	17	2	0	0	3	17	22
	Q7	Percepción sobre los costos de los servicios de salud	1	2	2	0	17	1	2	0	0	19	1	2	0	0	19	22

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.



**CUADRO 4.6 COHERENCIA, VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS SELECCIONADAS. BOGOTÁ. 2014. SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA**

DIMENSIÓN	OBJETO DE VALIDACIÓN		COHERENCIA					VALIDEZ					PERTINENCIA					Total informantes
	No. Pregunta	CONTENIDO	Correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo					comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición					Respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Estado de salud física	Q1	Percepción del estado de salud	0	0	0	0	11	0	0	0	1	10	0	0	0	0	11	11
	Q9a	Presencia de enfermedades crónicas	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
Aspectos de la funcionalidad	Q2	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	1	0	10	0	0	0	1	10	0	0	0	0	11	11
	Q3	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	1	1	9	0	0	1	1	9	0	0	0	0	11	11
	Q4	Dependencia para realizar actividades diarias	1	0	0	1	9	1	1	0	1	9	1	0	0	1	9	11
Servicios de salud	Q5	Percepción sobre acceso a los servicios de salud	0	0	1	0	10	0	0	1	2	8	0	0	0	0	11	11
	Q6	Percepción sobre calidad de la atención	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
	Q9b	Seguimiento a las enfermedades crónicas	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
	Q9c	Tratamiento a las enfermedades crónicas	0	0	1	0	10	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
	Q7	Percepción sobre los costos de los servicios de salud	0	0	2	0	9	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

**CUADRO 4.7 COHERENCIA, VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS SELECCIONADAS. TOLÚ VIEJO. 2014. SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA**

DIMENSIÓN	OBJETO DE VALIDACIÓN		COHERENCIA					VALIDEZ					PERTINENCIA					Total informantes
	No. Pregunta	CONTENIDO	Correspondencia o congruencia entre el dato cuantitativo y cualitativo					comprensión de la pregunta y obtención de una respuesta acorde con el objetivo de la medición					Respuesta cuantitativa de acuerdo con las circunstancias generales evidenciadas en los demás temas de la encuesta					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Estado de salud física	Q1	Percepción del estado de salud	0	2	1	2	6	0	3	1	1	6	0	1	2	3	4	11
	Q9a	Presencia de enfermedades crónicas	0	1	2	0	8	0	1	2	0	8	0	1	2	0	8	11
Aspectos de la funcionalidad	Q2	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	1	2	0	8	0	1	1	3	6	0	1	2	0	8	11
	Q3	Impacto de la salud física en el desarrollo de actividades diarias	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	0	0	0	0	11	11
	Q4	Dependencia para realizar actividades diarias	0	1	2	0	8	0	0	2	0	8	0	1	2	0	8	11
Servicios de salud	Q5	Percepción sobre acceso a los servicios de salud	0	0	2	0	9	0	0	1	1	9	0	0	2	0	9	11
	Q6	Percepción sobre calidad de la atención	0	0	2	1	8	0	0	2	1	8	0	0	2	1	8	11
	Q9b	Seguimiento a las enfermedades crónicas	1	0	0	4	6	1	0	0	2	8	1	0	0	2	8	11
	Q9c	Tratamiento a las enfermedades crónicas	2	0	0	3	6	2	0	0	3	6	2	0	0	3	6	11
	Q7	Percepción sobre los costos de los servicios de salud	1	2	0	0	8	1	2	0	0	8	1	2	0	0	8	11

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

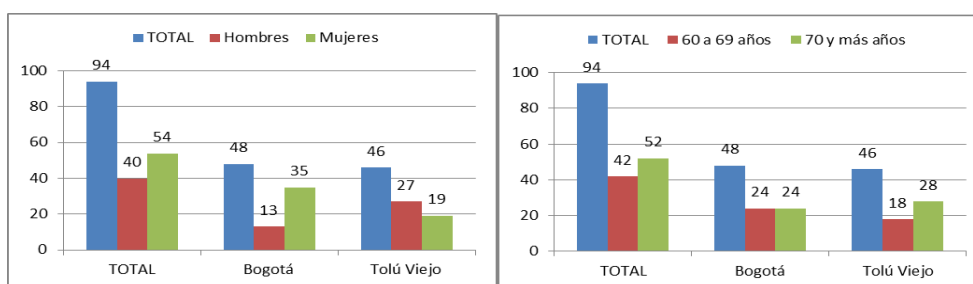
## ANEXO 4: Población en estudio: socio-demografía, condiciones de salud y experiencias con los servicios de salud: análisis transversal

### 1. POBLACIÓN EN ESTUDIO<sup>12</sup>

#### 1.1 Composición por sexo y edad

La composición por sexo y edad de la población encuestada en los municipios de Bogotá y Tolú Viejo (departamento de Sucre), 94 personas con 60 y más años de edad, es reflejo de la captación de la población estudiada en la encuesta: en el conjunto de los dos municipios se captó un menor número de hombres y un menor número de personas en vejez temprana (60 a 69 años de edad); esto significa que en el conjunto de la muestra hay más mujeres que hombres y más personas en vejez tardía. Bogotá es el municipio con una muestra mayoritaria de mujeres, sobre todo mujeres en vejez temprana; posiblemente, la captación de hombres pertenecientes a la vejez temprana en los hogares de la ciudad estuvo afectada por la actividad laboral de este grupo, en tanto que la captación de mujeres en vejez temprana en centros día de atención geriátrica (en el marco de la oferta pública de servicios del Distrito Capital) favoreció la feminización de la muestra. En Tolú Viejo se captaron más hombres, sobre todo hombres en vejez tardía (70 y más años de edad) (gráfico 1.1.1); lo cual probablemente tiene que ver con el tipo de población asistente a los programas que implementa la Fundación Montes de María con el apoyo de la ONG HelpAge, a través de la cual se captaron los informantes en este municipio. Específicamente la captación se hizo en Caracol, corregimiento del municipio de Tolú Viejo (departamento de Sucre).

GRÁFICO 1.1.1 POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

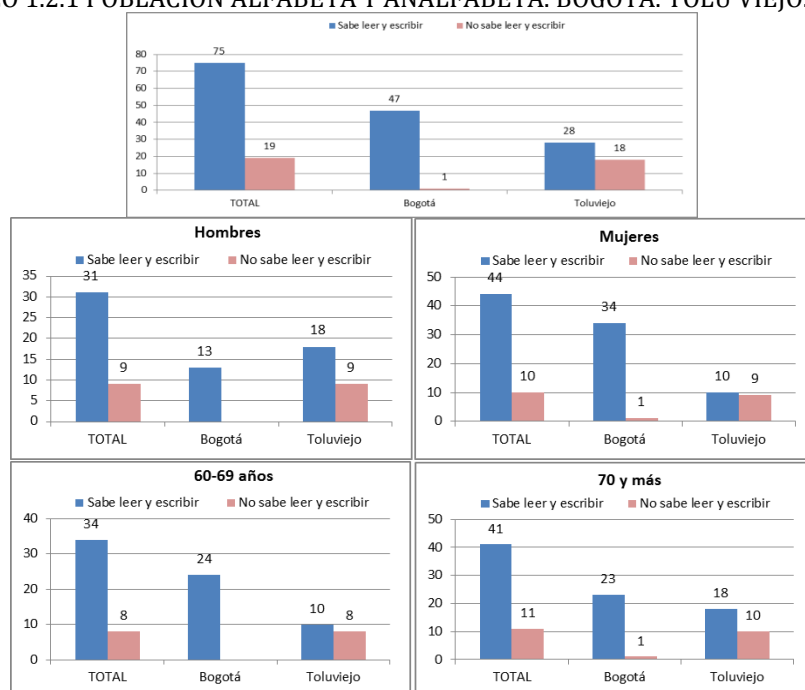
<sup>12</sup> Los siguientes análisis de tipo transversal referidos a la población en estudio, corresponden a la información obtenida en la primera ronda de la encuesta. Los resultados de la segunda ronda de la encuesta se consideran en el análisis longitudinal, el cual se basa justamente, en comparar las dos rondas (apartado 3.2).

Para el análisis de todos los temas de interés que se presentan a continuación es importante considerar esta captación diferencial de grupos de edad y sexo en la encuesta, porque en ciertos casos, los diferenciales para estas desagregaciones reflejan la distribución de la muestra, y no que una determinada condición sea preferencial de hombres o mujeres. Claro está, los diferenciales entre Bogotá y Tolú Viejo no están afectados por los tamaños de muestra porque en los dos municipios se captó el mismo número de personas (sin considerar ninguna otra desagregación al interior de los municipios)<sup>13</sup>. En la mayoría de los análisis estadísticos se presentan diferenciales por sexo y edad (vejez temprana 60 a 69 años, vejez tardía 70 y más años).

## 1.2 Educación

En Tolú Viejo, municipio interior costa Atlántica en el que predomina la cultura rural y el bajo desarrollo social, **de 46 personas incluidas en la medición, hay 18 que son “analfabetas” (que equivale a 1 de cada 4 personas)**. Por el contrario, en Bogotá casi todos los encuestados son alfabetas (**de 48 personas encuestadas hay solo 1 que no sabe leer y escribir**). Es un poco mayor el “analfabetismo” en la vejez tardía lo cual tiene que ver con el menor acceso a la educación formal por parte de las cohortes más viejas; no se observan diferenciales por sexo en esta condición (gráfico 1.2.1).

GRÁFICO 1.2.1 POBLACIÓN ALFABETA Y ANALFABETA. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014

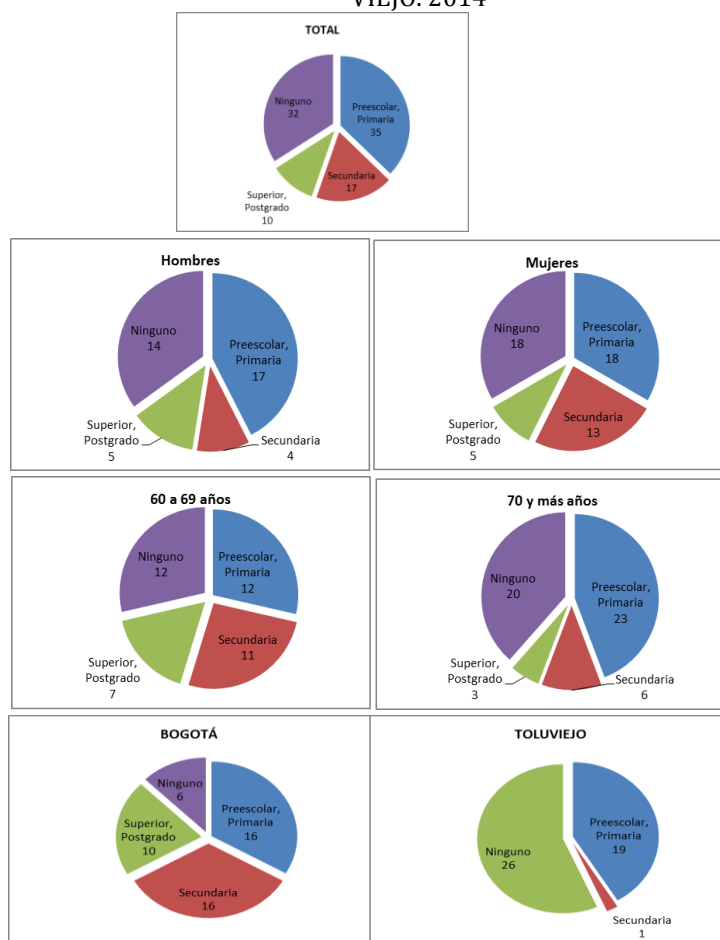


FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

<sup>13</sup> Sobra decir que la precisión sobre la composición por sexo y edad de la población es un referente para controlar el tamaño de los subgrupos de análisis en todos los temas considerados en el estudio.

De las 94 personas incluidas en el estudio, hay 62 que tienen “algún nivel” educativo (equivalente a 7 de cada 10 personas), en “ningún nivel” se ubican 32 personas (que corresponden a 3 de cada 10 personas). Con nivel de educación “primaria” hay 35 personas, o sea aproximadamente 4 de cada 10). Es minoritaria la población con “secundaria” y con educación “superior”. Una vez más, se evidencia el menor alcance de la educación formal para las cohortes más viejas, que vivieron su edad escolar cuando era menor el alcance de la educación pública. Y de nuevo se evidencia la bajísima educación formal de la población de Tolú Viejo: de las 46 personas encuestadas hay 26 que no han tenido acceso a la educación formal (que son más de la mitad, en este caso son 6 de cada 10), 19 que han cursado algún grado de “primaria” (es decir 4 de cada 10), con algún grado de secundaria solo hay una persona y con superior no hay personas. Por el contrario, en Bogotá de las 48 personas incluidas en el estudio, solo hay 6 sin educación formal (esto es equivalente a decir 1 de cada 10), hay 42 que tienen “algún nivel” educativo (equivalente a 9 de cada 10 personas), hay 16 con educación “secundaria” (3 de cada 10), 10 con educación “superior” (es decir 2 de cada 10) (gráfico 1.2.2).

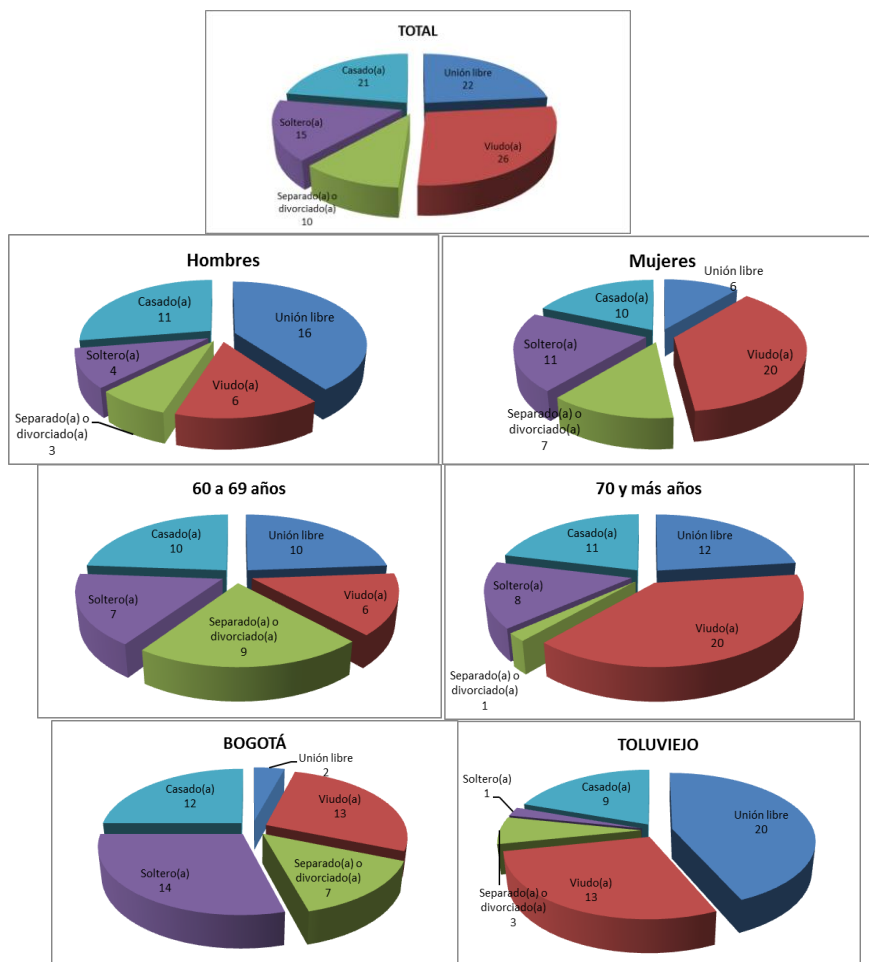
GRÁFICO 1.2.2 NIVEL EDUCATIVO POR SEXO Y EDAD. TOTAL BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

### 1.3 Nupcialidad

GRÁFICO 1.3.1 ESTADO CONYUGAL POR SEXO Y EDAD. TOTAL. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

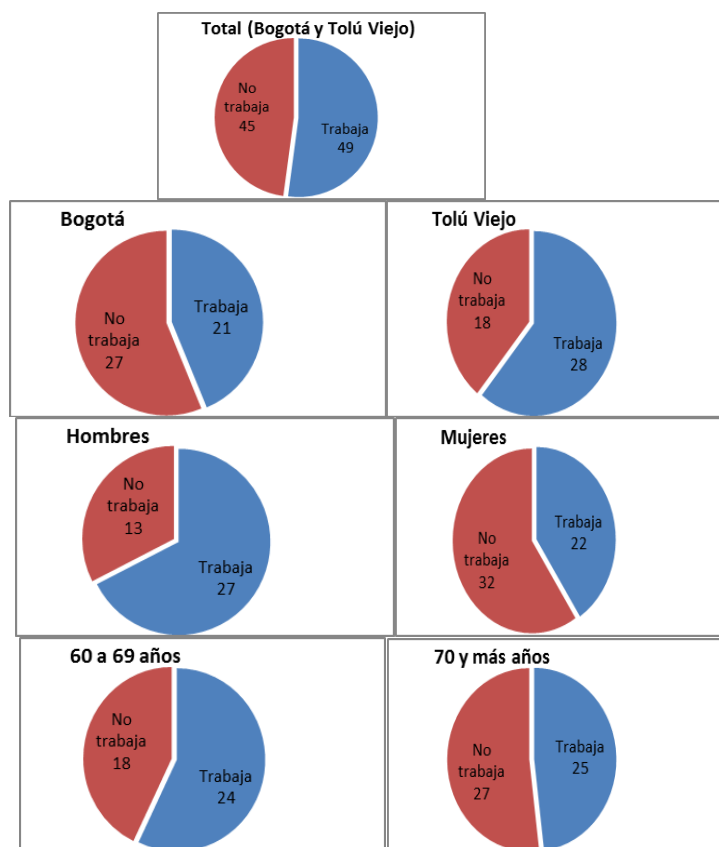
Con un peso importantísimo de la “unión libre”, la nupcialidad total es considerablemente mayor en Tolú Viejo, el doble en comparación con Bogotá. Por el contrario, en Bogotá de los 48 encuestados, 14 están “solteros” (equivalente a 1 de cada 3 personas), la “unión libre” es mínima y la inmensa mayoría de la nupcialidad total se explica por población “casada”. Llama la atención que la viudez es igual en los dos municipios estudiados. La viudez es 2 veces mayor entre las mujeres en comparación con los hombres (2 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres son viudos(as)), diferencial esperado por la evidente sobre mortalidad masculina que condiciona la feminización de la vejez. Los hombres tienen casi 4 veces más uniones libres que las mujeres (mientras que 4 de cada 10 hombres están en “unión libre”, 1 de cada 10 mujeres lo están), en tanto que la proporción de mujeres “separadas” es igual a la de los hombres (1 de cada 10). La viudez aumenta con la edad, es considerablemente mayor en la vejez tardía (70 y más años de edad), explicable por la pérdida de población con el aumento de la longevidad, principalmente pérdida de hombres, según se mencionó. En la vejez

tardía es mínima la separación conyugal, la cual se concentra en la vejez temprana (60 a 69 años). No hay diferenciales entre vejez temprana y tardía en los volúmenes de “solteros”, “casados” y “unión libre” (gráfico 1.3.1). La situación psicosocial de la vejez está muy marcada por la nupcialidad, el estar soltero o unido, o el estar en estado de viudez influye de manera importante en los estados emocionales, el apoyo afectivo y las posibilidades de interacción social.

### 1.4 Actividad laboral y pobreza

En Tolú Viejo de 46 personas encuestadas, hay 28 trabajando (equivalente a 6 de cada 10). Por el contrario, en Bogotá trabajan 21 de las 48 encuestadas (es decir 4 de cada 10 encuestados). El trabajo es mayor en la vejez temprana (en comparación con la tardía) y mayor entre los hombres (por contraste con las mujeres) (gráfico 1.4.1).

GRÁFICO 1.4.1 ACTIVIDAD LABORAL Y POBREZA. POBLACIÓN 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. HOMBRES. MUJERES. GRUPOS DE EDAD. 2014



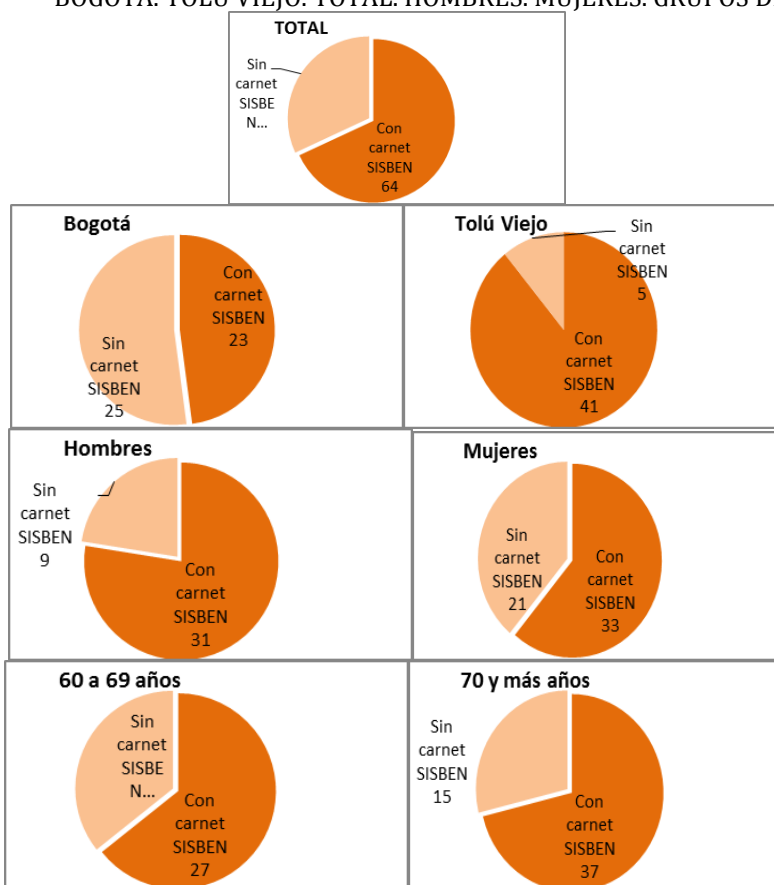
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Por otra parte, el SISBEN (Sistema de Beneficiarios), es la herramienta principal para focalizar la población beneficiaria de los programas de bienestar social que el Estado colombiano implementa en el marco de las políticas públicas. El SISBEN es una clasificación de los hogares y las personas (de esos hogares), definida con base

en una encuesta anual en la que se indaga por las condiciones materiales de vida<sup>14</sup>. El carnet de SISBEN se otorga a las personas que tienen recursos materiales escasos para vivir. En este sentido, se puede semejar el tener carnet de SISBEN con estar en situación de pobreza.

En Tolú Viejo la gran mayoría de las personas mayores encuestadas tienen carnet de SISBEN (9 de cada 10 personas), esto significa que tienen condiciones materiales de vida precarias; en un pequeño corregimiento como es Caracol, predomina el estrato bajo que vive en condiciones semi rurales. Por el contrario, en Bogotá casi la mitad de las personas tienen carnet de SISBEN (23 frente a un total de 46 personas encuestadas), en una ciudad tan grande fue posible tomar una muestra con personas de diferentes estratos (gráfico 1.4.2). El contraste de estos grupos poblacionales es interesante para el análisis de los diferenciales de las condiciones sociales y de salud incluidas en el estudio.

GRÁFICO 1.4.2 POBREZA SEGÚN CARNET SISBEN. POBLACIÓN 60 Y MÁS AÑOS. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. TOTAL. HOMBRES. MUJERES. GRUPOS DE EDAD. 2014

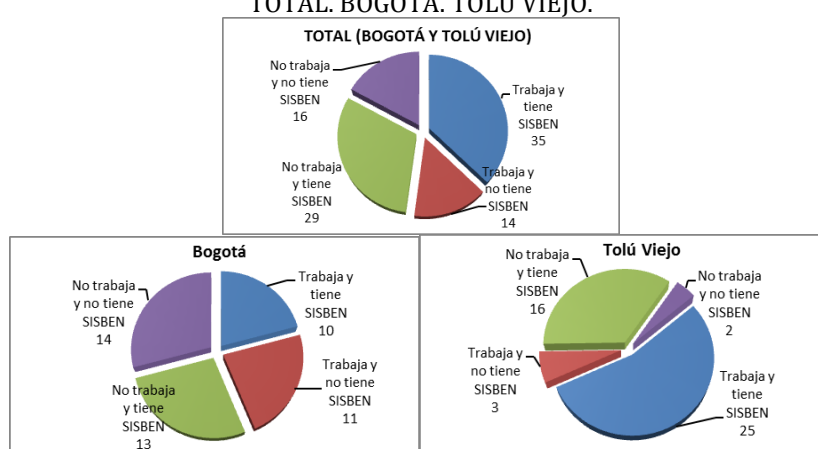


FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

<sup>14</sup> La encuesta SISBEN se aplica anualmente en los estratos bajos y medio bajo de las zonas urbanas de todos los municipios grandes y en la totalidad de los municipios del país con menores volúmenes de población (DNP 2014).

De los 40 hombres encuestados hay 9 que no tienen carnet del SISBEN (equivale a 2 de cada 10), en tanto que entre las mujeres es mayor la participación en el SISBEN, de las 54 mujeres encuestadas hay 21 sin este carnet (o sea 4 de cada 10). Más de la mitad de la población en vejez tardía tiene carnet de SIBEN (de un total de 52 personas de 70 y más, hay 37 con este carnet, que equivale a 7 de cada 10), en la vejez temprana es menor esta proporción (de un total de 42 personas de 60 a 69 años, hay 27 con este carnet, que equivale a 6 de cada 10) (gráfico 1.4.2). Podría pensarse que hay un mayor acceso a los programas de protección social por parte de la vejez tardía y de las mujeres, que son precisamente los dos grupos en los que es menor la vinculación laboral y mayores los problemas de salud.

GRÁFICO 1.4.3 POBREZA Y ACTIVIDAD LABORAL. POBLACIÓN 60 Y MÁS AÑOS TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO.



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Más de **la tercera parte** de la población estudiada **“trabaja y tiene SISBEN”** (del total de 94 personas en cuetadsa, hay 35 en esta situación), puede pensarse que esta condición es favorable en cuanto a seguridad económica, puesto que los ingresos (en dinero o especie) derivados del trabajo se complementan con el acceso a los beneficios de los programas de bienestar social, acceso posible gracias a que se tiene el carnet SISBEN. Esta condición es minoritaria en la población estudiada de Bogotá, en tanto que en Tolú Viejo un poco **más de la mitad de las personas** mayores estudiadas **“trabaja y tiene SISBEN”** (de las 46 personas encuestadas, hay 25 en esta situación); hay que tener en cuenta que por estratificación social, la mayoría de la población de Tolú Viejo puede tener derecho al carnet de SISBEN. Por el contrario, **“no trabaja y no tiene SISBEN”**, condición que puede considerarse como la mayor precariedad, está presente en pequeña parte de la población observada, en cerca de una sexta parte, y entre los dos municipios estudiados no hay diferenciales notables. Llama la atención la magnitud del grupo que **“no trabaja y tiene SISBEN”** (son 16 de las 94 personas encuestadas, lo que representa a 2 de cada 10), en este grupo la precariedad material derivada de no tener ingresos por trabajo podría en parte compensarse por los beneficios del SISBEN (gráfico 1.4.3).



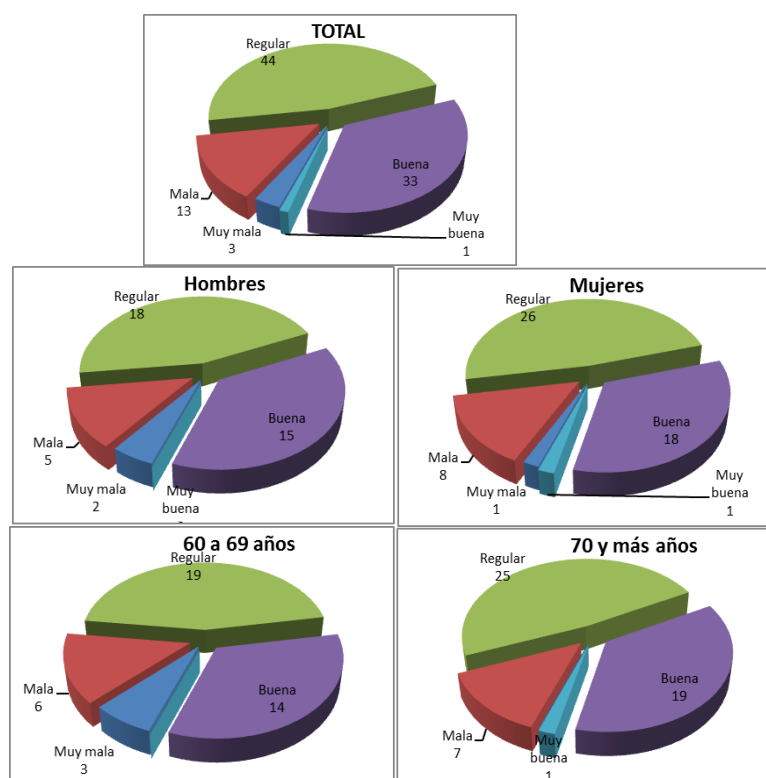
## 2. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN: PERCEPCIÓN DE SALUD, TENSIÓN ARTERIAL, FUNCIONALIDAD, FRAGILIDAD, NUTRICIÓN

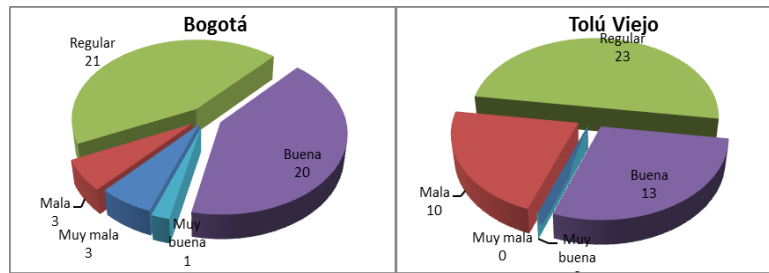
### 2.1 Percepción del estado de salud

Seis de cada 10 personas mayores perciben que su estado de salud es “regular”, “malo” o “muy malo” (de un total de 94 hay 60 con este estado de salud), y cuatro de cada 10 considera que su estado de salud es “bueno” o “muy bueno” (de un total de 94 hay 34 con este estado de salud). Este orden de cosas deja ver estados de malestar y dolencias que predominan en la vejez. Tanto en mujeres como en hombres, 1 de cada 4 personas considera que su salud es “buena” o “muy buena”, y el resto percibe estados de salud precarios. Tres personas de cada 10 en el grupo de 70 y más años y 4 de cada 10 en el grupo de 60 a consideran que su estado de salud es “regular”, “malo” o “muy malo”; contrario a lo esperado la percepción de malestar y dolencias es mayor en la vejez temprana (gráfico 2.2.1).

En general, el puntaje promedio para la percepción del estado de salud es 5.3 para el total de los 94 casos, 5.6 puntos en promedio en Bogotá con los 48 casos y 5.1 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

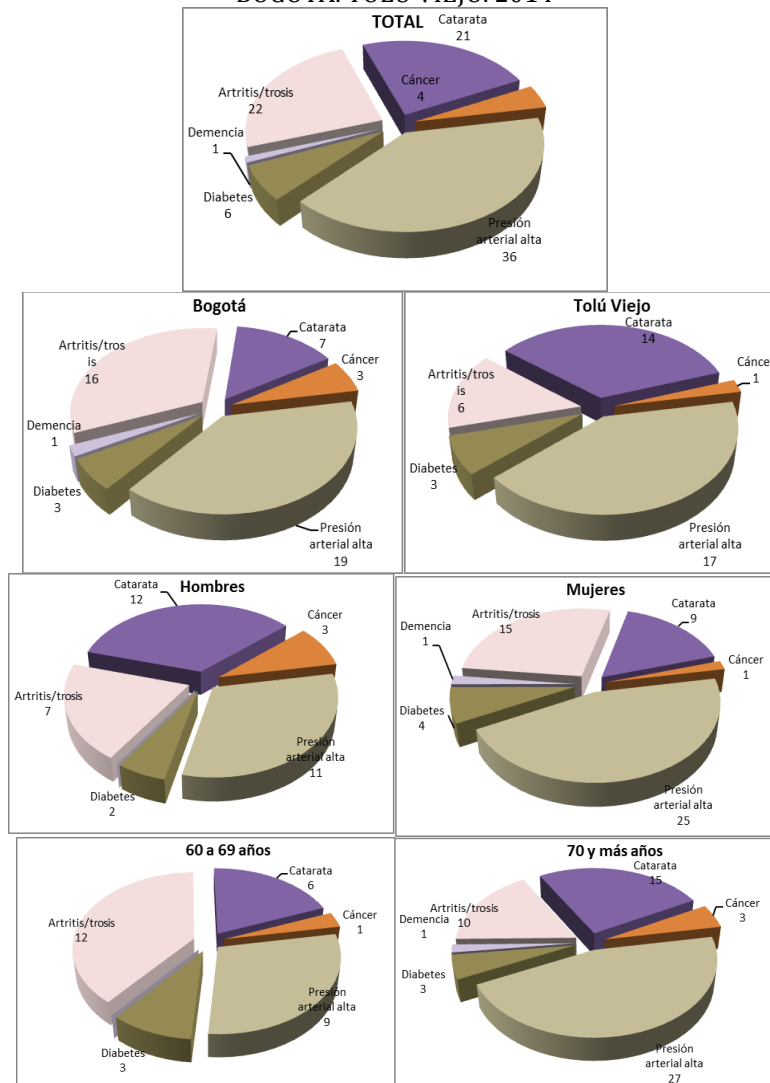
GRÁFICO 2.1.1 PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. TOTAL BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2014





FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

GRÁFICO 2.1.2 PERCEPCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

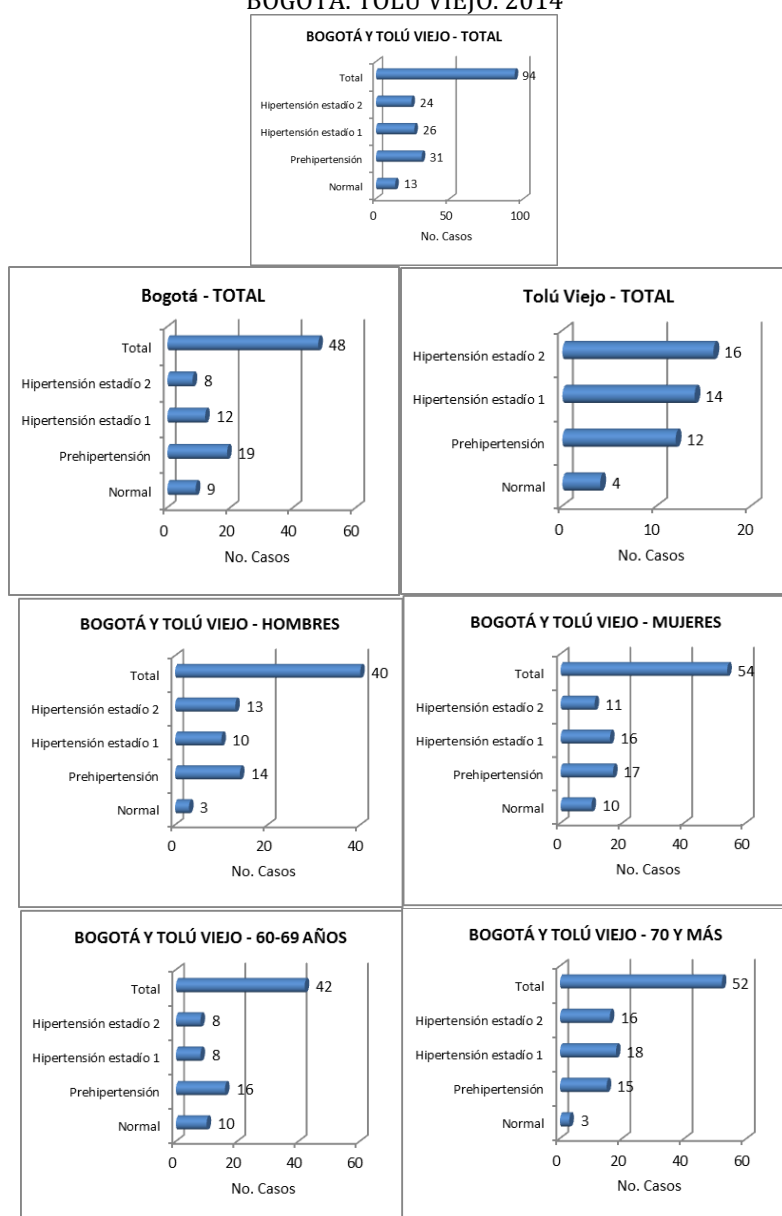
**Hipertensión Arterial**, la primera causa de enfermedad sentida entre las personas mayores encuestadas, tiene una prevalencia similar en Bogotá y en Tolú Viejo; llama la atención que en dos contextos sociales tan distintos sea similar la prevalencia de la enfermedad. Esta primera causa de enfermedad sentida entre las personas mayores es considerablemente superior entre las mujeres y en la vejez

tardía, en comparación con los hombres y la vejez temprana. Por el contrario, la **Artritis Artrosis**, segunda causa de enfermedad crónica en la muestra estudiada, es considerablemente mayor en Bogotá en comparación con Tolú Viejo (en Bogotá de 48 personas encuestadas, hay 16 con esta enfermedad, o sea 3 de cada 10 personas, mientras que en Tolú Viejo de 46 personas encuestadas, hay 6 con esta enfermedad, o sea 1 de cada 10 personas), y en este caso igualmente cabe considerar la influencia del medio ambiente en esta prevalencia. Esta causa tiene mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, (de 40 hombres encuestados, hay 7 con esta enfermedad, o sea 2 de cada 10, mientras que de 54 mujeres encuestadas, hay 15 con esta enfermedad, o sea 3 de cada 10). En tanto que una persona de cada 10, del grupo de vejez temprana perciben esta enfermedad (12 personas de un total de 42 en esta edad), y dos personas de cada 10, del grupo de vejez tardía la percibe (10 personas de un total de 52 en esta edad). Las **cataratas**, tercera causa de morbilidad percibida en la muestra, es triplemente frecuente en Tolú Viejo en comparación con Bogotá (de 48 personas encuestadas en Bogotá, 7 presentan esta enfermedad, equivalente a 1 de cada 10, mientras que de 46 personas de Tolú Viejo, hay 14 con esta enfermedad, equivalente a 3 de cada 10), y seguramente que el acceso a servicios de salud explica en buena parte esta diferencia. La enfermedad se reporta por 3 de cada 10 hombres (12 de un total de 40) y 2 de cada 10 mujeres (9 de un total de 54). Entre la vejez temprana y la tardía también hay diferenciales importantes en la percepción de esta enfermedad, que evidentemente aumenta con la edad, la enfermedad se percibe en 1 de cada 10 personas de 60 a 69 años (6 de un total de 42) y en 3 de cada 10 personas 70 y más años (15 de un total de 52). La **Diabetes**, el **cáncer** y las **demencias** son enfermedades infrecuentes en la muestra estudiada (gráfico 2.1.2).

## 2.2 Niveles de tensión arterial en la población mayor

Tan solo 13 de las 94 personas estudiadas presentan niveles de tensión arterial “normal” (1 persona de cada 10), en tanto que 31 personas se clasifican en “pre-hipertensión” (3 personas de cada 10), y el resto 50 casos se clasifican como “hipertensos” (6 personas de cada 10), (Joint National Committee 2014) (gráfico 2.2.1). Cabe resaltar que en todas las desagregaciones consideradas es importante el número de casos con pre-hipertensión: en el total de la muestra equivalen a la tercera parte (31 casos de 94), en Bogotá un poco menos de la mitad (19 de 48), en Tolú Viejo la cuarta parte (12 casos de 46), entre los hombres una tercera parte (14 casos de 40), entre las mujeres igualmente una tercera parte (17 casos de 54), en la vejez temprana (60 a 69 años) un poco más de la tercera parte (16 casos de 42), y en la vejez tardía (70 y más años) un poco menos de la tercera parte (15 casos de 40) (gráfico 2.2.1).

GRÁFICO 2.2.1 NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014

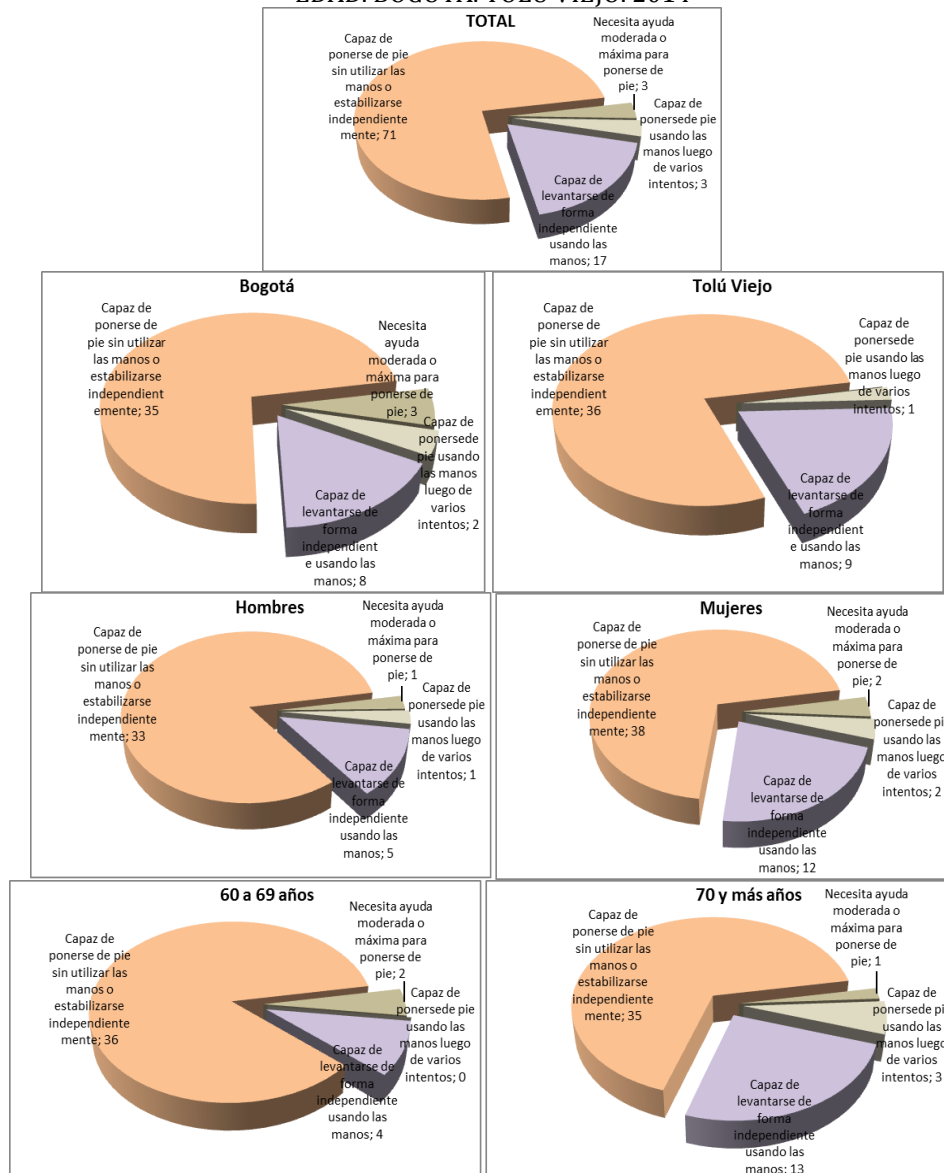


FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Por otra parte, los casos con hipertensión arterial son considerablemente mayores en Tolú Viejo en comparación con Bogotá, **dos terceras partes** de la población de Tolú Viejo presenta la enfermedad (**30 personas de un total de 46**), mientras que en Bogotá el problema ocurre en **un poco menos de la mitad** de los casos (**20 personas de 48**). En **un poco más de la mitad de** los hombres estudiados se registra hipertensión arterial (**23 casos de un total de 40**), igualmente, la entidad se presenta en **la mitad de** las mujeres (**27 casos de un total de 54**). En la vejez temprana (60 a 69 años) la hipertensión arterial se presenta en **un poco más de una tercera parte**, (**16 personas de un total de 42**) y en la vejez tardía (70 y más años) se presenta en **dos terceras partes** (**34 personas de un total de 52**) (gráfico 2.2.1).

## 2.3 Aspectos de la funcionalidad en la vejez

GRÁFICO 2.3.1 ESTADO FUNCIONAL SEGÚN CAPACIDAD DE EQUILIBRIO\*. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



\*Pruebas extraídas de la “Escala de Berg”

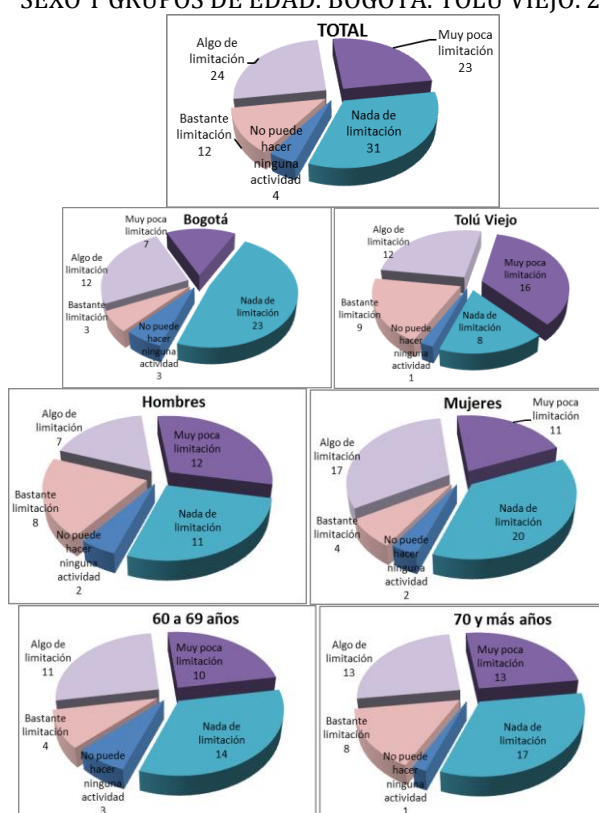
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Tres cuartas partes de la población estudiada (71 casos de 94), es “capaz de ponerse de pie sin utilizar las manos” (estabilizarse independientemente), menos de una quinta parte (17 casos de 94), es “capaz de levantarse usando las manos”, en tanto que una pequeña parte de la muestra es dependiente de las manos para levantarse y estabilizarse. Entre Bogotá y Tolú Viejo no hay diferencias importantes en esta medida de la capacidad de equilibrio de las personas mayores. La capacidad de equilibrio según este indicador es un poco menor entre las mujeres donde se presentan 38 casos de un total de 54, equivalente a 7 de cada 10, que son capaces de ponerse de pie sin utilizar las manos, (por contraste con los

hombres donde en 33 casos de 40, equivalente a 8 de cada 10 es capaz de hacerlo), y mayor en la vejez temprana (60 a 69 años) donde se presentan 36 casos de un total de 42, equivalente a 9 de cada 10, que son capaces de ponerse de pie sin utilizar las manos, en comparación con la vejez tardía (70 y más años) donde en 35 casos de 52, equivalente a 7 de cada 10 es capaz de hacerlo), lo cual es explicable en buena parte por los cambios biológicos propios de la edad (gráfico 2.3.1).

**PARA REEMPLAZAR EL ANTERIOR POR ESTE GRÁFICO. ESTABAN MAL LOS RÓTULOS DE LAS VARIABLES**

GRÁFICO 2.3.2 IMPACTO DE LA SALUD FÍSICA EN LA FUNCIONALIDAD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

En los últimos tres meses (anteriores a la encuesta), más de la mitad de la población estudiada (54 casos de un total de 94) considera que su salud física no ha sido un impedimento para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, en comparación con Tolú Viejo, en Bogotá es más alta la proporción de personas cuya salud física no les ha impedido realizar las actividades de la vida diaria (en Bogotá, casi las dos terceras partes de la población encuestada, -30 casos de un total de 48, y en Tolú Viejo la mitad de los encuestados, -24 casos de un total de 46). De todos modos, hay que tener en cuenta que cerca de la mitad de personas mayores encuestadas han tenido limitaciones para desarrollar las actividades diarias debido a su capacidad funcional (40 casos de un total de 94 encuestados).

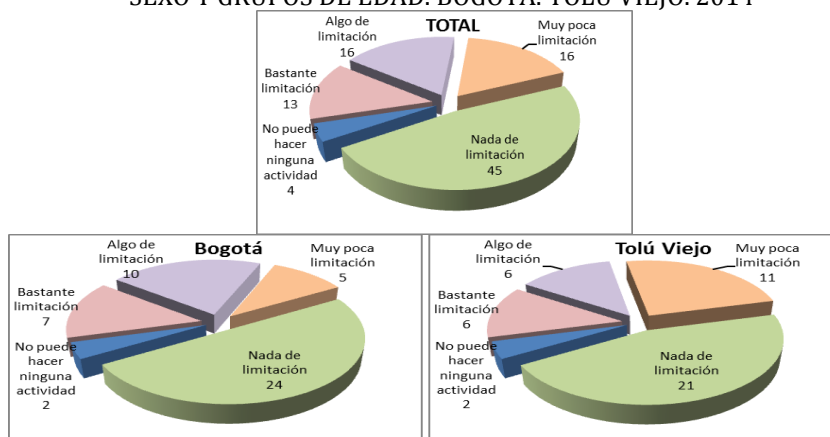
Contrariamente a lo esperado, la vejez temprana parece ser el grupo con la mayor precariedad por la pérdida de funcionalidad en el desempeño diario, lo cual podría asociarse con el nivel de exigencia dado su rol en actividades laborales y las exigencias en las reciprocidades familiares. En tanto que no hay diferenciales importantes entre hombres y mujeres en esta condición (gráfico 2.3.2).

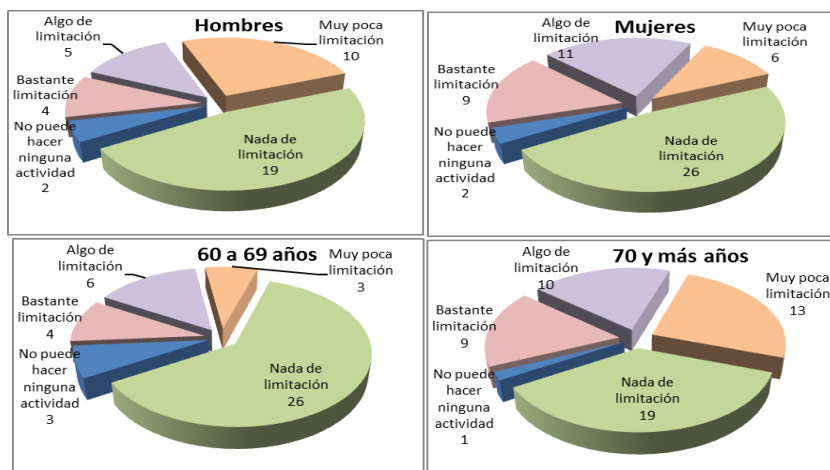
En general, el puntaje promedio para el impacto de la salud física en la funcionalidad es 6.7 para el total de los 94 casos, 7.2 puntos en promedio para Bogotá con los 48 casos y 6.1 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

Por otra parte, la **influencia de la salud mental** en el desempeño de **las actividades del diario vivir** es considerablemente menor en comparación con el impacto de la salud física evidenciado en la funcionalidad diaria. **Un poco menos de la mitad de la población estudiada (45 casos de un total de 94)**, considera no haber tenido impacto de la salud mental en el desempeño de las actividades diarias. Sin embargo, **casi la quinta parte (17 casos de un total de 94)**, que declara tener “bastante limitación” o que “no puede hacer ninguna actividad” a causa de problemas mentales puede considerarse una magnitud relativamente importante. **Tanto en Bogotá como en Tolú Viejo la proporción de población con esta afectación es similar a la del total, casi la quinta parte: (en Bogotá hay 9 casos de un total de 48 y en Tolú Viejo hay 8 casos de un total de 46).** Esta afectación es algo menor entre los hombres (un poco menos de la 6 parte -6 casos de 40) en comparación con las mujeres (una quinta parte - 11 casos de 54). En la vejez temprana es un poco menor el impacto de la salud mental en la pérdida de la funcionalidad (una 6 parte -7 casos de 42) en comparación con la vejez tardía (una 5 parte -10 casos de 52) (gráfico 2.3.3).

En general, el puntaje promedio para el impacto de la salud mental/emocional en la funcionalidad es 7.1 para el total de los 94 casos, 7.2 puntos en promedio para Bogotá con los 48 casos y 7.0 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

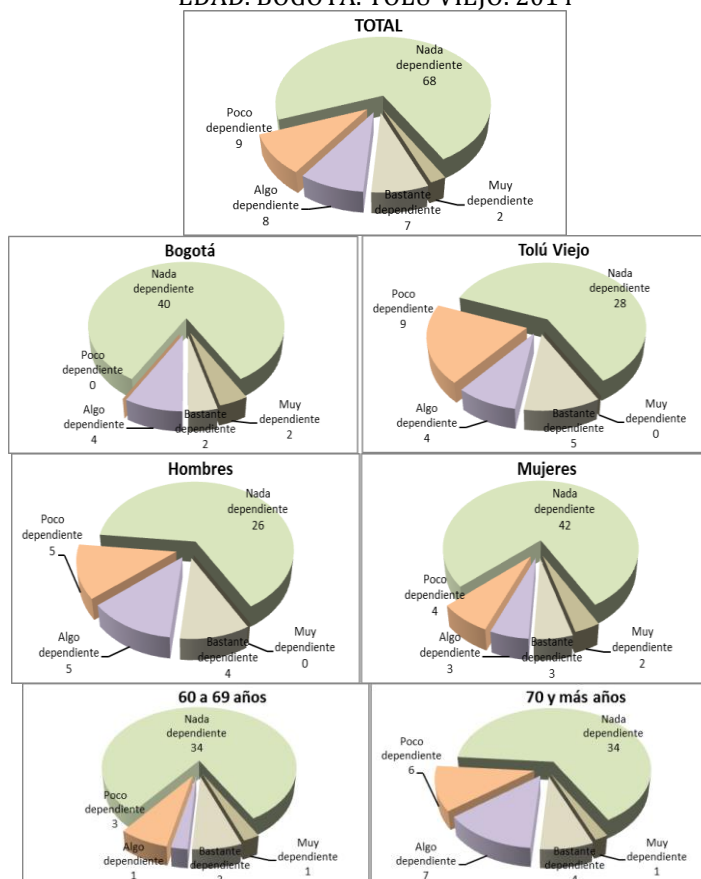
GRÁFICO 2.3.3 IMPACTO DE LA SALUD MENTAL EN LA FUNCIONALIDAD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014





FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

GRÁFICO 2.3.4 APOYO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Tres cuartas partes de la población estudiada (68 personas del total de 94 encuestadas), no requieren apoyo de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria. En comparación con Bogotá, en Tolú Viejo es un poco más alta la magnitud de población mayor que requiere apoyo para desempeñar las



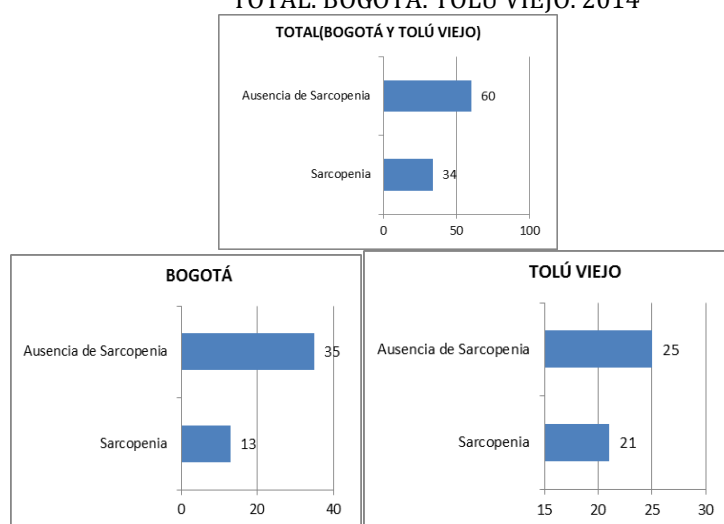
actividades diarias. La necesidad de apoyo para realizar las actividades diarias es mayor entre los hombres (14 casos de 40, equivalentes a un poco más de la cuarta parte) en comparación con las mujeres (12 casos de 54, equivalentes a menos de una cuarta parte). Como es de esperarse, la necesidad de apoyo para realizar las actividades diarias es más alta en la vejez tardía (18 casos de 52, equivalentes a una tercera parte de la población) en comparación con la vejez temprana (8 casos de 42, equivalentes a una quinta parte de la población) (gráfico 2.3.4).

En general, el puntaje promedio para el apoyo requerido para la realización de actividades diarias es 8.3 para el total de los 94 casos, 8.9 puntos en promedio para Bogotá con los 48 casos y 7.6 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

## 2.4 Elementos para valorar la fragilidad en la vejez

Un poco más de la tercera parte de la población estudiada (34 casos de un total de 94 encuestados) presenta Sarcopenia, lo cual implica un cierto estado de fragilidad física<sup>15</sup> cuyo compromiso se relaciona con la presencia de otras condiciones de fragilidad (fuerza de agarre y compromiso de la marcha), y usualmente con el estado de salud general de la persona. La población mayor entrevistada en Tolú Viejo presenta Sarcopenia en mayor medida en comparación con la población entrevistada en Bogotá: (en Tolú Viejo aproximadamente la mitad de los entrevistados, 21 casos de 46 y en Bogotá una cuarta parte, o sea hay 13 casos de 48) (gráfico 2.4.1).

GRÁFICO 2.4.1 CIRCUNFERENCIA DE LA PANTORRILLA\*. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



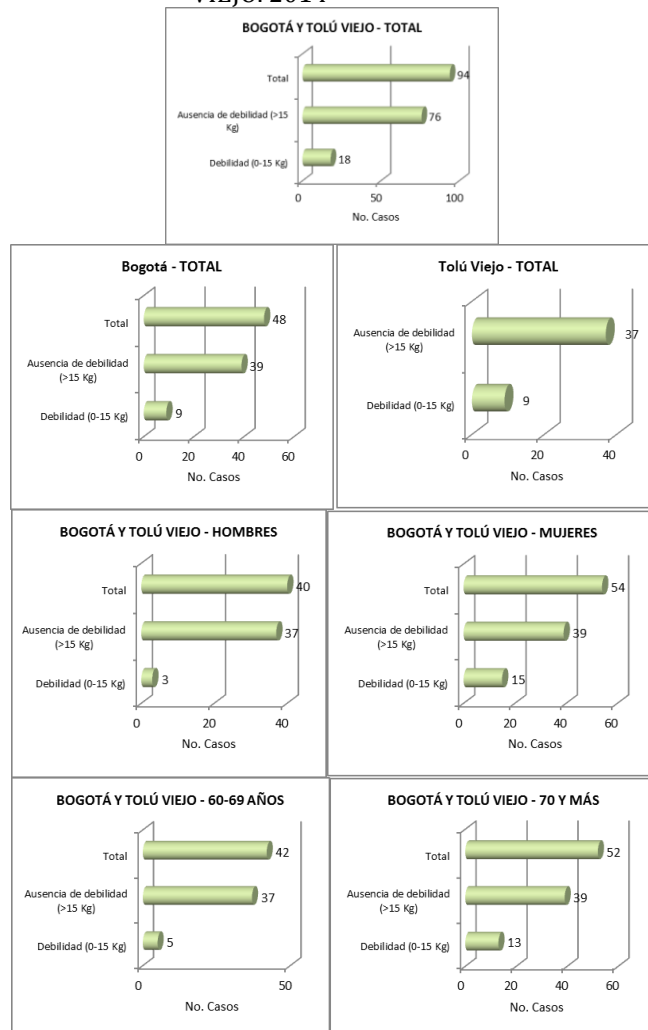
\* Consenso expertos europeos CRUZ-JENTOF: Sarcopenia  $\leq 31$  cm., Ausencia de Sarcopenia  $> 31$  cm.

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable" 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

<sup>15</sup> De acuerdo con el consenso de expertos europeos la Sarcopenia se define según medida de la circunferencia de la pantorrilla, con las siguientes magnitudes: presencia de Sarcopenia  $\leq 31$  cm., ausencia de Sarcopenia  $> 31$  cm. (CRUZ-JENTOF 2014).

**Nota: el cuadro que había se debe reemplazar por este, tenía mal los totales**

GRÁFICO 2.4.2 FUERZA DE AGARRE. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



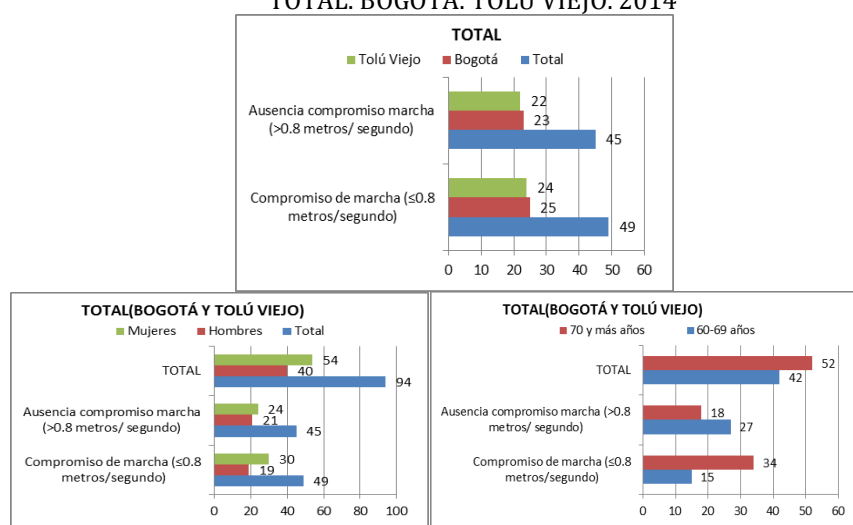
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

La fuerza de agarre medida en kg mediante un dinamómetro, se considera un indicador de ausencia o presencia de “debilidad”. De acuerdo con la tradición de estudios sobre el tema (Fried 2001), el rango de variación de las mediciones obtenidas en el conjunto de la población estudiada se divide en quintiles, y las personas ubicadas en el quintil más bajo se consideran con “presencia de debilidad”, para nuestro caso una fuerza de agarre >15 kg. Según este criterio, cerca del 10% de la población estudiada presenta “debilidad” (gráfico 2.4.2). Aunque esta magnitud es relativamente pequeña, hay que considerar que la presencia de esta condición con compromiso en la velocidad de la marcha y/o Sarcopenia, pueden configurar un perfil de “fragilidad” que implica vulnerabilidades importantes en la vejez. En las dos poblaciones estudiadas, Bogotá y Tolú Viejo, la condición de “debilidad” así entendida **tiene magnitudes similares (en Bogotá hay 9 casos de un total de 48 con “debilidad, en Tolú Viejo hay**

9 casos de un total de 46, en ambos casos representan una quinta parte), esta condición es mayor entre las mujeres (en mujeres hay 15 casos de un total de 54 que equivale a una cuarta parte, frente a 3 casos de 40 en los hombres que representan menos de una décima parte), y mayor en la vejez tardía (en 60-69 años hay 5 casos de un total de 42 que equivale a una octava parte, frente a 13 casos de 52 en los de 70 y más que representan una cuarta parte).

Por otra parte, el “compromiso de la marcha” se considera otro indicador de “fragilidad”; de acuerdo con teorías sobre el tema la baja velocidad al caminar,  $\leq 0.8$  metros por segundo, puede considerarse “compromiso de la marcha” (Fried 2001). En Bogotá y Tolú Viejo la “compromiso de la marcha” (así entendido) tiene magnitudes similares (en Bogotá hay 25 casos de un total de 48 con “debilidad, en Tolú Viejo hay 24 casos de un total de 46, en ambos casos representan aproximadamente la mitad de los encuestados), el compromiso es mayor entre las mujeres (en mujeres hay 30 casos de un total de 54 que equivale 6 de cada 10, frente a 19 casos de 40 en los hombres que representan 5 de cada 10), y en la vejez tardía (en 60-69 años hay 15 casos de un total de 42 que equivale 4 de cada 10, frente a 34 casos de 52 en los de 70 y más que representan 7 de cada 10). (gráfico 2.4.3).

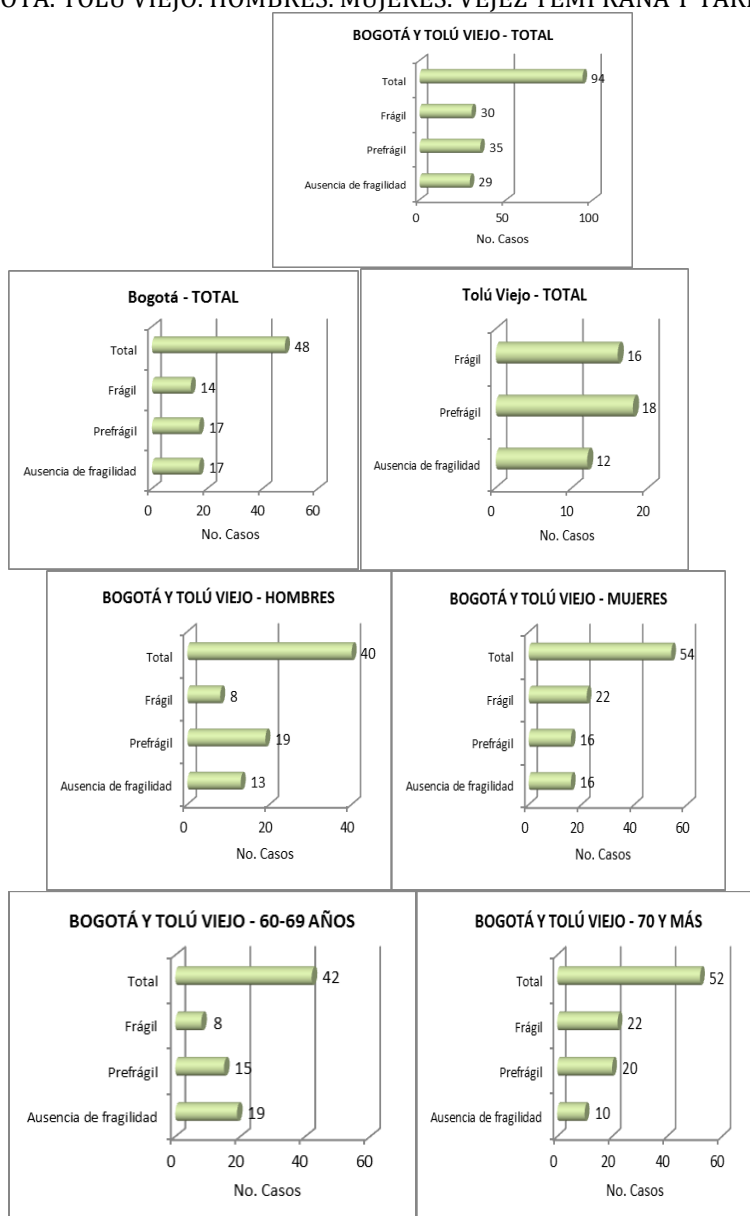
GRÁFICO 2.4.3 VELOCIDAD DE LA MARCHA\*. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



\*FRIED 2001

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

GRÁFICO 2.4.4 NIVELES DE FRAGILIDAD. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. HOMBRES. MUJERES. VEJEZ TEMPRANA Y TARDÍA. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

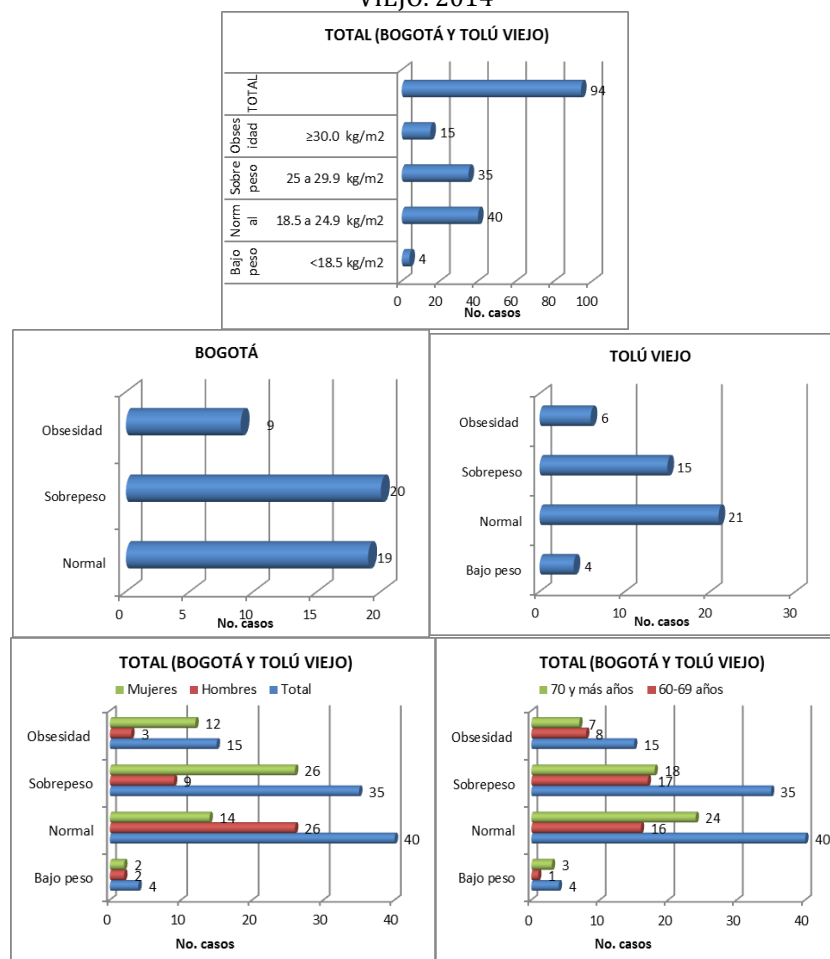
Ahora bien, para clasificar la población estudiada según niveles de fragilidad definidos por la presencia o no de los tres criterios, “fuerza de agarre”, “velocidad de la marcha” y “circunferencia de la pantorrilla”, se definieron tres niveles: “frágil” (presencia de 2 ó 3 de las condiciones), “pre-frágil” (presencia de una condición) y “ausencia de fragilidad” (no tener ninguna de las tres condiciones) (gráfico 2.4.4).

Más de **las dos terceras partes** de la población estudiada presenta algún nivel de fragilidad **(65 casos de un total de 94 encuestados)**, y tan solo en un poco menos de **una tercera parte** se evidencia a usencia de fragilidad **(29 casos de un total de 94 encuestados)**. La magnitud de la fragilidad es considerablemente mayor en Tolú Viejo en comparación con Bogotá **(en Bogotá hay 31 casos de un total de 48 con**

“debilidad” que representan menos de las dos terceras partes, en Tolú Viejo hay 34 casos de un total de 46, que equivalen a más de las dos terceras partes), y un tanto mayor en la vejez tardía (70 y más años) (42 casos de un total de 52 encuestados, o sea 8 de cada 10 personas) en comparación con la vejez temprana (60 a 69 años) (23 casos de un total de 42 encuestados, o sea 5 de cada 10 personas). Dos terceras partes de las mujeres presentan algún grado de fragilidad (38 casos de un total de 54 encuestados), en tanto que tres cuartas partes de los hombres presentan esta misma condición (27 casos de un total de 40 encuestados), lo cual significa que la fragilidad es un estado un poco más frecuente entre los hombres. Hay que considerar que la presencia de estas condiciones de fragilidad puede implicar alto riesgo de caídas, incapacidades (lesiones permanentes), hospitalización y morbilidad (Fried 2001).

## 2.5 Valoración del estado nutricional en la vejez

GRÁFICO 2.5.1 ESTADO NUTRICIONAL\*. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



\*IMC (índice de masa corporal)= Peso (kg)/Talla<sup>2</sup> (m)

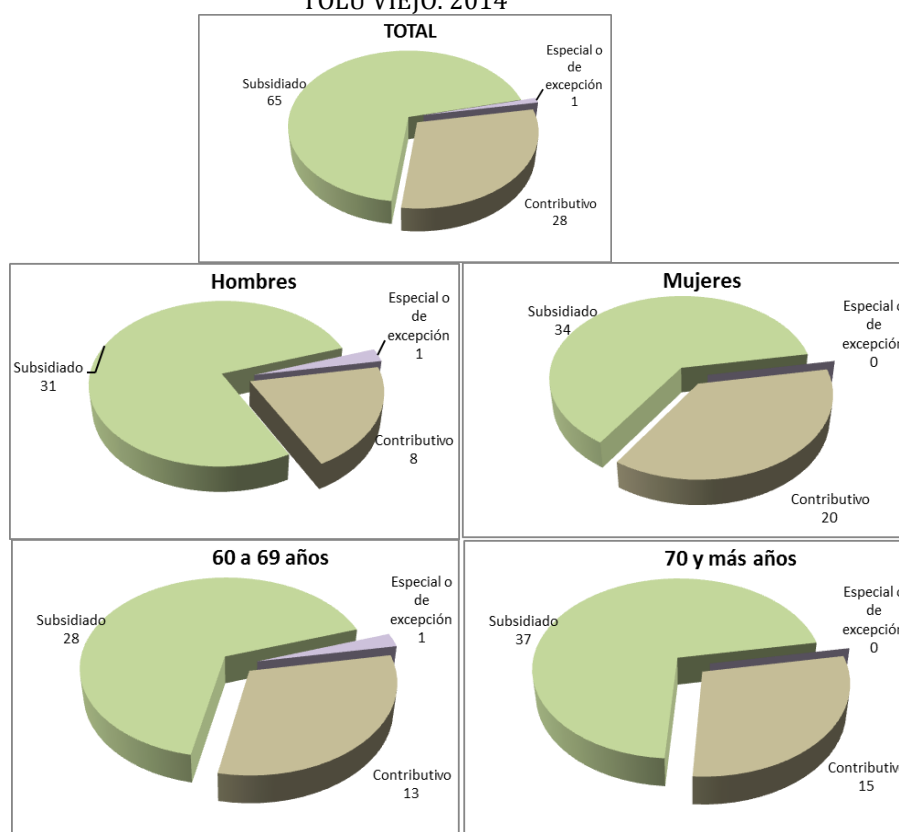
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Dos de cada 10 personas de la población estudiada presenta "obesidad" (15 casos de un total de 94), y 4 de cada 10 presentan "sobrepeso" (35 casos de un total de 94), 4 de cada 10 personas se clasifica en estado "normal" (40 casos de un total de 94), y 4 casos presentan "bajo peso". La "obesidad" y el "sobrepeso" son mayores en Bogotá en comparación con Tolú Viejo, (en Bogotá hay 29 casos de un total de 48 que equivalen a 6 de cada 10, en Tolú Viejo hay 21 casos de un total de 46, o sea 5 de cada 10), es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (en mujeres hay 28 casos de un total de 54 que equivale 5 de cada 10, frente a 12 casos de 40 en los hombres que representan 3 de cada 10), y prácticamente no hay diferenciales entre la vejez temprana (60 a 69 años) y tardía (70 y más años) (gráfico 2.5.1).

### 3. SERVICIOS DE SALUD: PERCEPCIÓN SOBRE ACCESO, COSTO Y CALIDAD

#### 3.1 Cobertura del SGSSS según régimen

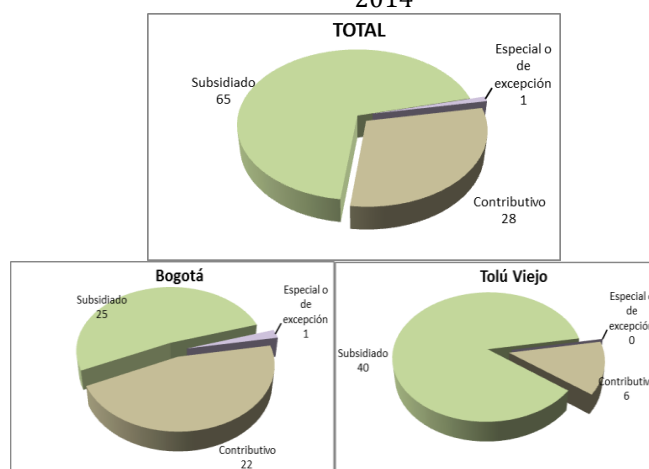
GRÁFICO 3.1.1 COBERTURA DEL SGSSS SEGÚN RÉGIMEN. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable" 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

Siete de cada 10 personas mayores encuestadas pertenecen al régimen subsidiado (65 casos de un total de 94) y 3 de cada 10 al régimen contributivo (28 casos de un total de 94). En Tolú Viejo 9 de cada 10 están afiliadas al régimen subsidiado (40 casos de un total de 46) mientras que en Bogotá lo son 5 de cada 10 (25 casos de un total de 48). En el caso de los hombres se observa que 2 de cada 10 pertenecen al régimen contributivo (8 casos de un total de 40), y 8 de cada 10 se encuentran afiliados al régimen subsidiado (31 casos de 40). En cuanto a las mujeres, 4 de cada 10 encuestadas se encuentran en el régimen contributivo (20 casos de 52), y 6 de cada 10 son del régimen subsidiado (34 casos de 52), (gráficos 3.1.1 y 3.1.2).

GRÁFICO 3.1.2 COBERTURA DEL SGSSS SEGÚN RÉGIMEN. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

### 3.2 Percepción sobre acceso a los servicios de salud

La gran mayoría de la población encuestada asiste a un servicio de salud en los tres meses anteriores a la encuesta, con lo siguientes diferenciales: ocho de cada 10 encuestados asisten a un servicio de salud (73 casos de un total de 94) en el caso de Bogotá, 7 de cada 10 asisten a un servicio de salud (33 casos de un total de 48), y en Tolú Viejo 9 de cada 10 asisten (40 casos de un total de 46).

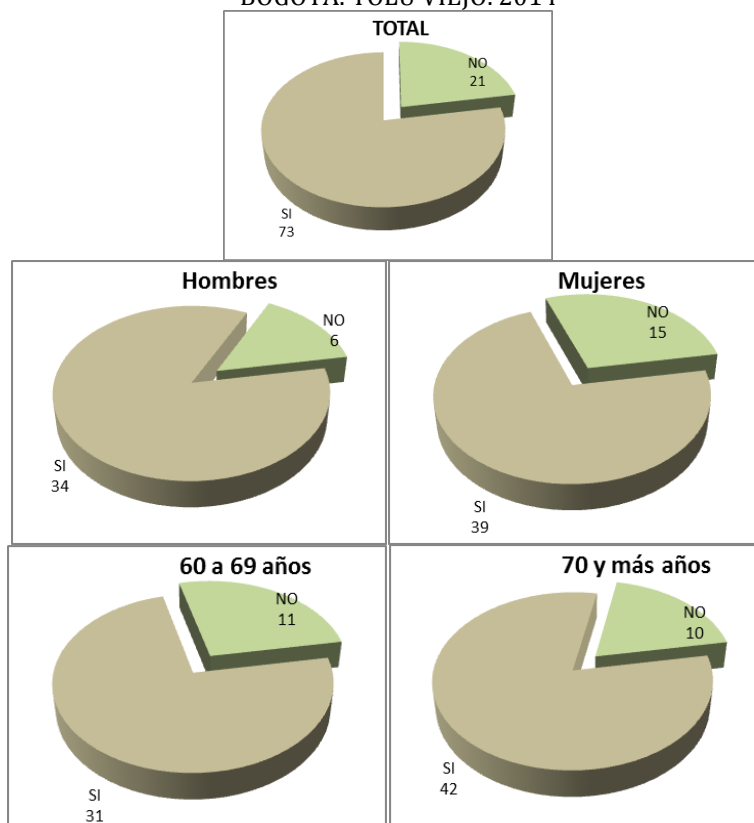
Los hombres presentan mayor asistencia que las mujeres a los servicios de salud (34 hombres de un total de 40 que representan 9 de cada 10, y 39 mujeres de un total de 54 o sea 7 de cada 10). Así, la asistencia es mayor en la vejez tardía (70 y más años) en comparación con la vejez temprana (60 a 69 años), lo cual permite pensar en la mayor precariedad de la salud de las personas más longevas. Contrariamente a lo esperado, los hombres consultan con mayor frecuencia que las mujeres, aunque estos diferenciales no son notables.

Por otra parte, en cuanto al acceso a los servicios de salud, 2 de cada 10 personas perciben que es “bastante difícil” para acceder (esto es 21 casos de 94). Tanto en Bogotá como en Tolú Viejo hay 2 personas de cada 10 que perciben que es

“bastante difícil” acceder a un servicio de salud (11 casos en Bogotá de un total de 48 y 10 casos en Tolú Viejo de un total de 46), igual sucede por sexo (9 hombres de un total de 40 y 12 mujeres de un total de 54). (Cuatro de cada 10 personas, es decir 41 de 94 consideran que el acceso es “bastante fácil” o “muy fácil” (gráficos 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3 y 3.2.4).

En general, el puntaje promedio para el acceso a los servicios de salud es 5.3 para el total de los 94 casos, 5.4 puntos en promedio para Bogotá con los 48 casos y 5.1 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

GRÁFICO 3.2.1 ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD\*. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014

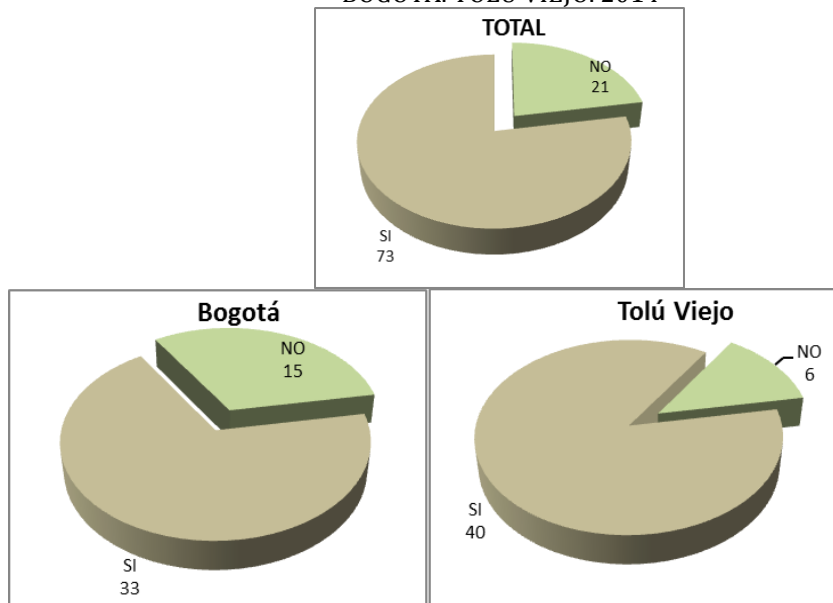


\*¿En los últimos tres meses ha necesitado ir a un servicio de salud?

FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.



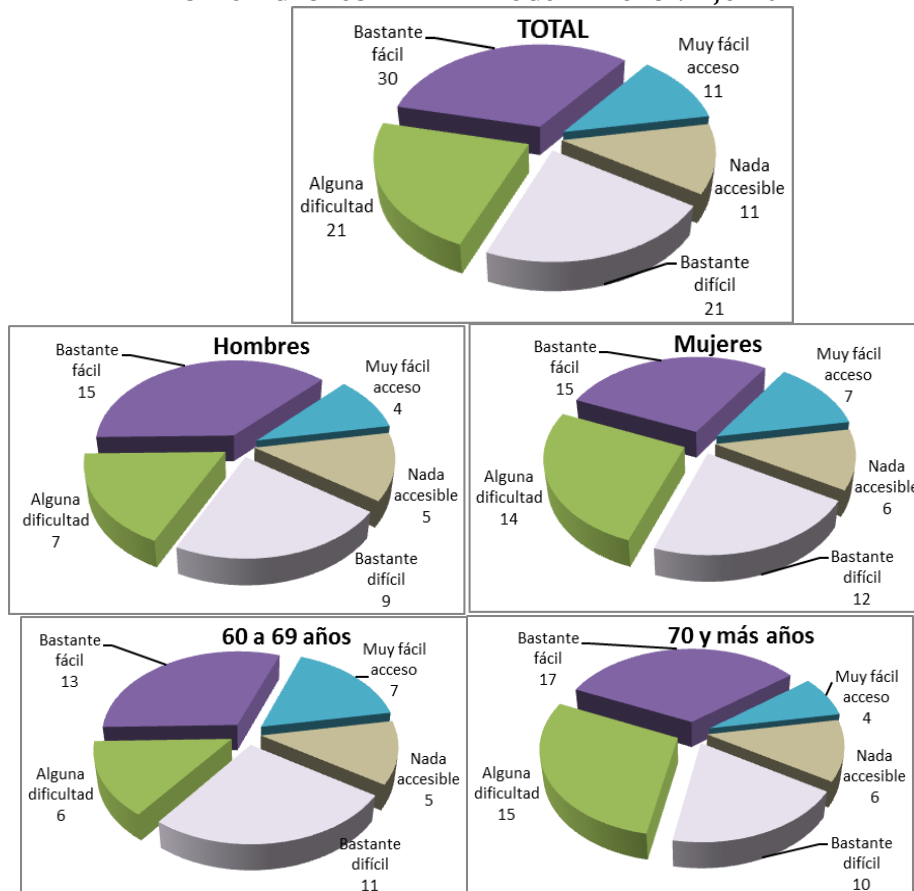
GRÁFICO 3.2.2 ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD\*. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



\*¿En los últimos tres meses ha necesitado ir a un servicio de salud?

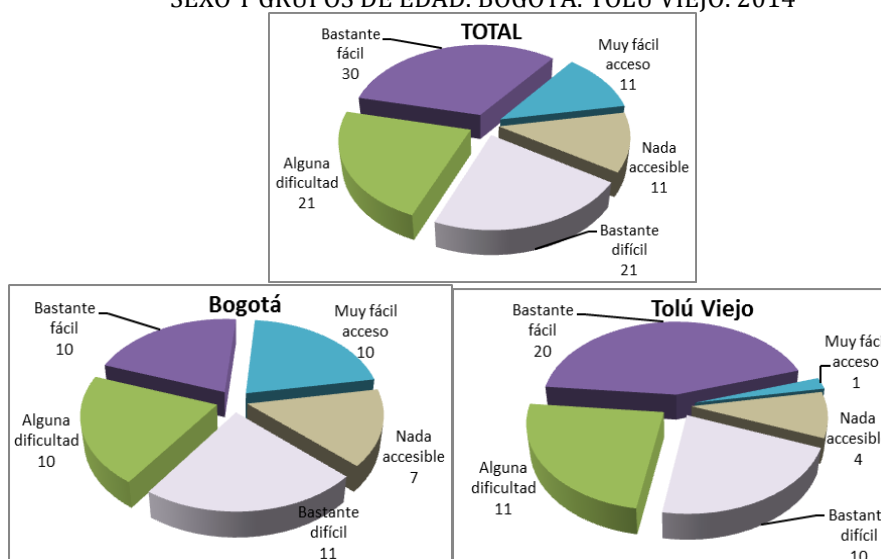
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

GRÁFICO 3.2.3 PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

GRÁFICO 3.2.4 PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014

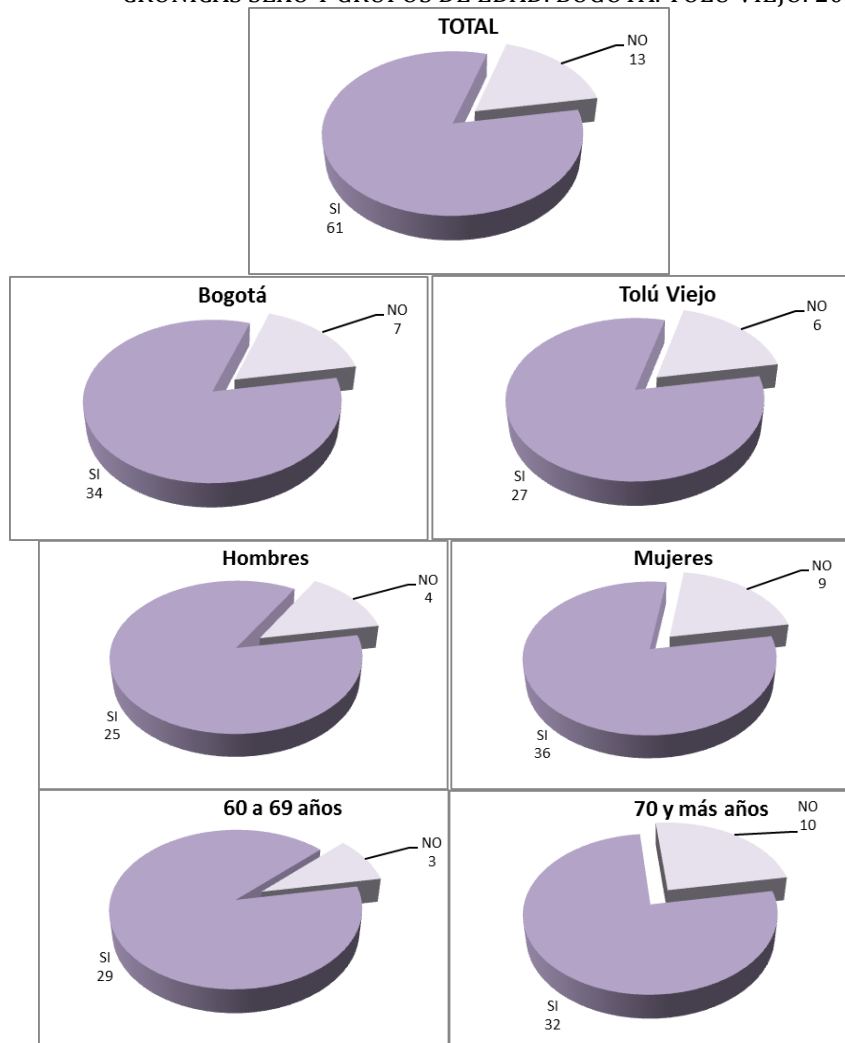


FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

### 3.3 Atención de las enfermedades crónicas

De las 94 personas encuestadas hay 74 que presentan al menos una enfermedad crónica (equivalente a 8 de cada 10 personas). De las personas con enfermedades crónicas se encuentra que más de las tres cuartas partes tienen un seguimiento por parte del servicio de salud (61 casos de 74). El seguimiento de las enfermedades crónicas en los servicios de salud es similar en Bogotá y en Tolú Viejo (en Bogotá de las 41 personas con enfermedades crónicas hay 34 casos con seguimiento, y en Tolú Viejo de las 33 personas con enfermedades crónicas hay 27 casos con seguimiento, en ambos casos representan 8 de cada 10). Entre los hombres es un poco más elevado el seguimiento de las enfermedades crónicas en comparación con las mujeres (9 de cada 10 hombres asisten a seguimiento y 8 de cada 10 mujeres lo hacen), igualmente el acceso a este tipo de servicios es mayor en las personas con 60 a 69 años (9 de cada 10 asisten a seguimiento), con respecto al grupo 70 y más años de edad (8 de cada 10 lo hacen) (gráfico 3.3.1).

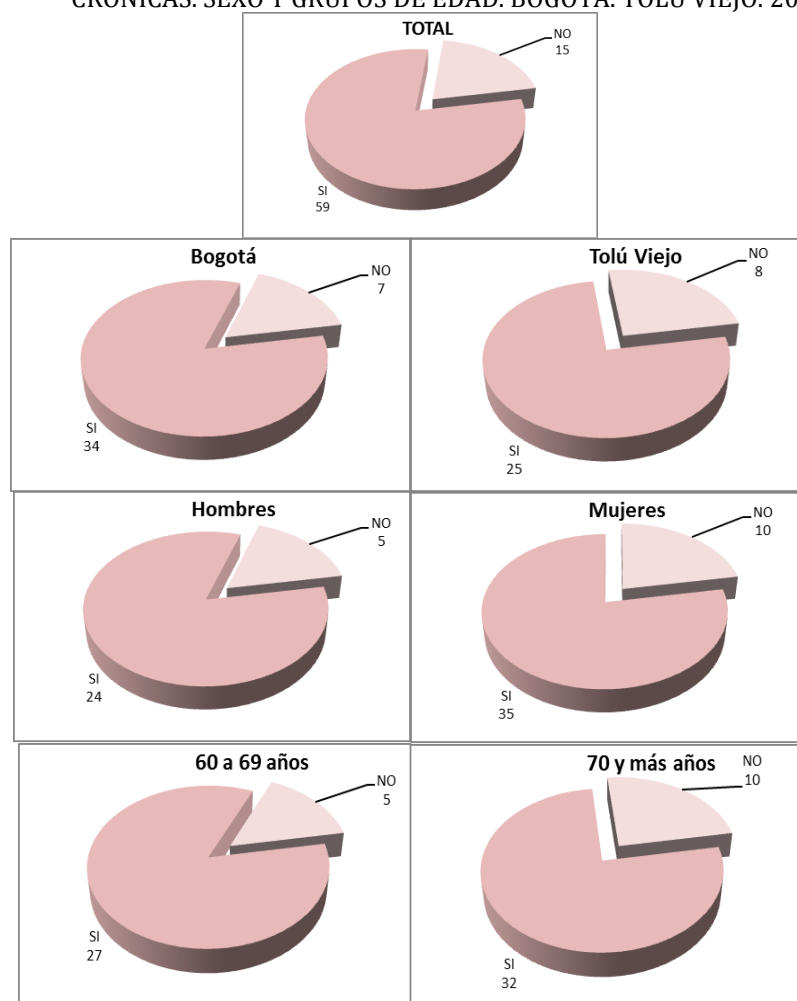
GRÁFICO 3.3.1 SEGUIMIENTO MÉDICO EN CASOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

En cuanto al acceso a medicamentos por parte de las personas mayores con enfermedades crónicas, se encuentra **que ocho de cada 10 reciben** este tipo de medicamentos (en 59 casos reciben medicamentos de un total de 74 con enfermedades crónicas). Magnitud que se repite en Bogotá y en Tolú Viejo (**en Bogotá de las 41 personas con enfermedades crónicas hay 34 casos que reciben medicamentos, y en Tolú Viejo de las 33 personas con enfermedades crónicas hay 25 casos que reciben medicamentos**), lo mismo que en hombres y mujeres (**de los 29 hombres con enfermedades crónicas, hay 24 que reciben medicamentos y de las 45 mujeres con crónicas hay 36 que los reciben**), en la vejez temprana y en la vejez tardía (**de las 32 personas de 60-69 con crónicas hay 27 que reciben medicamentos y de las 42 personas de 70 y más con crónicas hay 32 que los reciben**) (gráficos 3.3.2).

GRÁFICO 3.3.2 ACCESO A MEDICAMENTOS EN CASOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



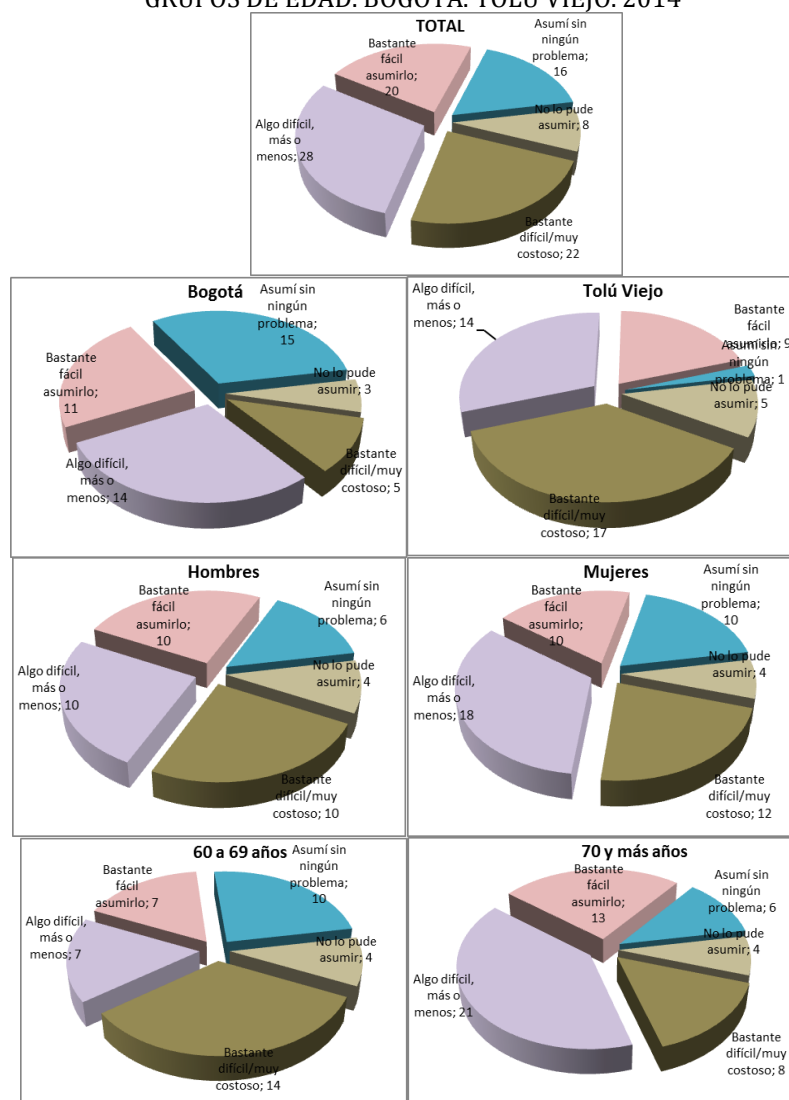
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

### 3.4 Percepción sobre costos de los servicios de salud

De las 94 personas encuestadas hay 30 que afirman que el costo de los servicios de salud “no lo pude asumir” o “es bastante difícil/muy costoso” (equivale a la tercera parte), en Bogotá de los 48 encuestados hay 8 en esta situación (equivale a la sexta parte), en Tolú Viejo de los 46 encuestados hay 22 en esta situación (equivale a la mitad de la población). De los 40 hombres encuestados hay 14 con esta limitación para el pago (4 de cada 10), de las 54 mujeres encuestados hay 16 con esta limitación para el pago (3 de cada 10). En la vejez temprana, de los 42 encuestados hay 18 en esta situación, que representan 4 de cada 10 y en la vejez tardía de los 52 encuestados hay 12 en esta situación, que representan 2 de cada 10 (gráfico 3.4.1).

En general, el puntaje promedio para la percepción de los costos de los servicios de salud es 5.4 para el total de los 94 casos, 6.6 puntos en promedio para Bogotá con los 48 casos y 4.2 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

GRÁFICO 3.4.1 PERCEPCIÓN SOBRE COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



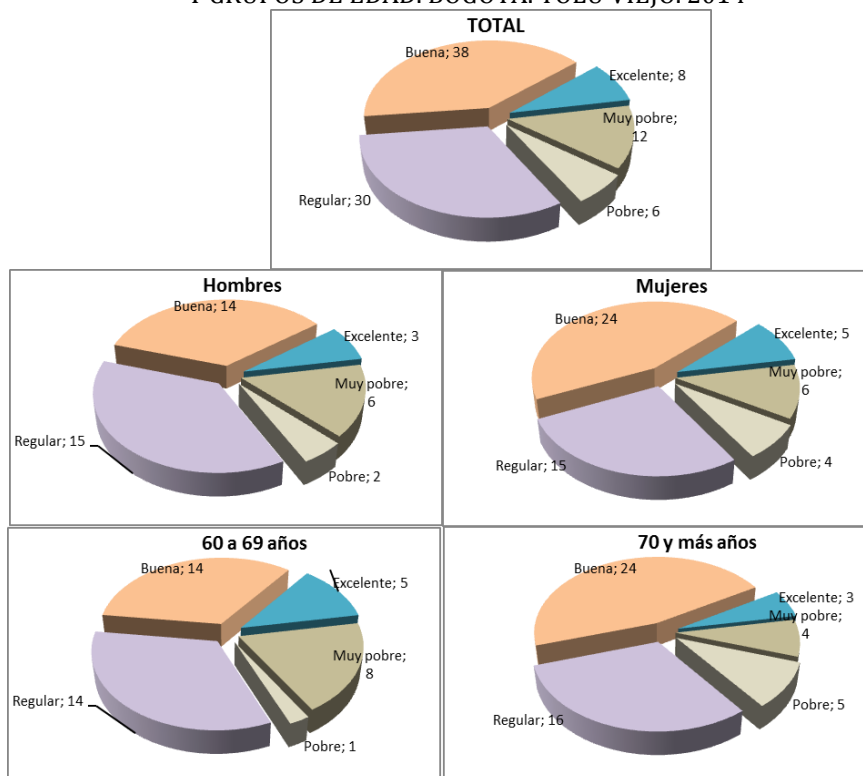
FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

### 3.5 Percepción sobre la calidad de los servicios de salud

Cuatro de cada 10 personas mayores encuestadas opinan que la calidad de los servicios de salud es “buena” (38 casos de un total de 94) y tres de cada 10 creen que es “regular” (30 casos de un total de 94). Que es “excelente” solo una persona de cada 10 lo percibe (8 casos de un total de 94). Con mala percepción de la calidad del servicio, o sea sumando “pobre” y “muy pobre” se encuentran 2 de cada 10 personas mayores encuestadas (18 casos de un total de 94). Por sexo y edad la situación es similar con excepción de las personas de 70 y más grupo en el que un poco más de la mitad opinan que la calidad de los servicios de salud es “buena” (24 casos de 52). De las 48 personas mayores encuestadas en Bogotá, 4 de cada 10 opinan que la calidad de los servicios de salud es “buena” y de las 46 personas mayores encuestadas en Tolú Viejo ninguna piensa que la calidad del servicio es “muy buena” (gráficos 3.5.1 y 3.5.2).

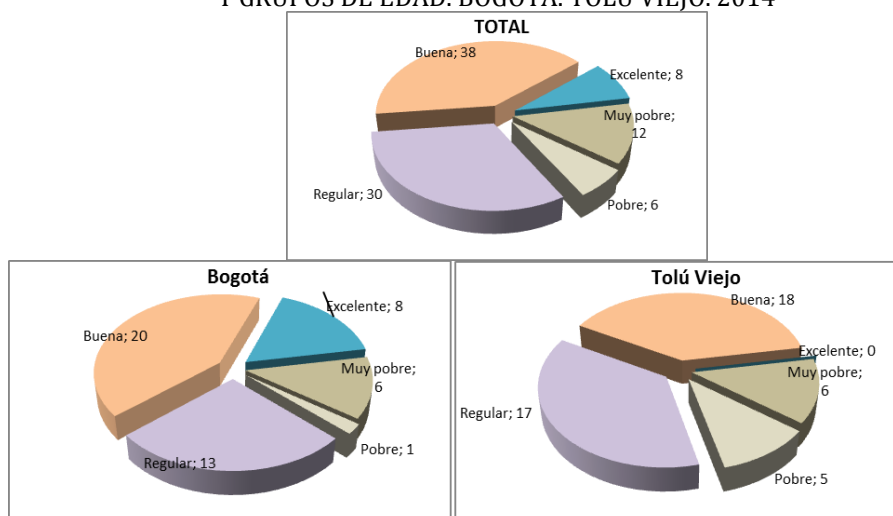
En general, el puntaje promedio para la percepción de la calidad de los servicios de salud es 5.6 para el total de los 94 casos, 6.1 puntos en promedio para Bogotá con los 48 casos y 5.0 para Tolú Viejo con 46 casos. Los puntajes varían de 0 a 10.

GRÁFICO 3.5.1 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana.

GRÁFICO 3.5.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014



FUENTE: Prueba piloto encuesta “Envejecimiento saludable” 2014. HELPAGE América Latina, Instituto de Envejecimiento Universidad Javeriana

### 3.6 Lista de gráficos<sup>16</sup>

GRÁFICO 1.1.1 POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	58
GRÁFICO 1.2.1 POBLACIÓN ALFABETA Y ANALFABETA. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	59
GRÁFICO 1.2.2 NIVEL EDUCATIVO POR SEXO Y EDAD. TOTAL BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2014 .....	60
GRÁFICO 1.3.1 ESTADO CONYUGAL POR SEXO Y EDAD. TOTAL. BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2014.....	61
GRÁFICO 1.4.1 ACTIVIDAD LABORAL Y POBREZA. POBLACIÓN 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. HOMBRES. MUJERES. GRUPOS DE EDAD. 2014.....	62
GRÁFICO 1.4.2 POBREZA SEGÚN CARNET SISBEN. POBLACIÓN 60 Y MÁS AÑOS. ....	63
GRÁFICO 1.4.3 POBREZA Y ACTIVIDAD LABORAL. POBLACIÓN 60 Y MÁS AÑOS .....	64
GRÁFICO 2.1.1 PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. TOTAL BOGOTÁ Y TOLÚ VIEJO. 2014.....	65
GRÁFICO 2.1.2 PERCEPCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. ....	66
GRÁFICO 2.2.1 NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	68
GRÁFICO 2.3.1 ESTADO FUNCIONAL SEGÚN CAPACIDAD DE EQUILIBRIO*. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	69
GRÁFICO 2.3.2 IMPACTO DE LA SALUD FÍSICA EN LA FUNCIONALIDAD. ....	70
GRÁFICO 2.3.3 IMPACTO DE LA SALUD MENTAL EN LA FUNCIONALIDAD.....	71
GRÁFICO 2.3.4 APOYO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	72
GRÁFICO 2.4.1 CIRCUNFERENCIA DE LA PANTORRILLA*. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. ....	73
GRÁFICO 2.4.2 FUERZA DE AGARRE. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. ....	74
GRÁFICO 2.4.3 VELOCIDAD DE LA MARCHA*. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS.....	75
GRÁFICO 2.4.4 NIVELES DE FRAGILIDAD. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS.....	76
GRÁFICO 2.5. 1 ESTADO NUTRICIONAL*. PERSONAS CON 60 Y MÁS AÑOS. TOTAL. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014.....	77
GRÁFICO 3.1.1 COBERTURA DEL SGSSS SEGÚN RÉGIMEN. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	78
GRÁFICO 3.1.2 COBERTURA DEL SGSSS SEGÚN RÉGIMEN. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	79
GRÁFICO 3.2.1 ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD*. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014.....	80
GRÁFICO 3.2.2 ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD*. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014.....	81
GRÁFICO 3.2.3 PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	81
GRÁFICO 3.2.4 PERCEPCIÓN SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	82

---

<sup>16</sup> Los cuadros de soporte estadístico se presentan en medio magnético.

GRÁFICO 3.3.1 SEGUIMIENTO MÉDICO EN CASOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	83
GRÁFICO 3.3.2 ACCESO A MEDICAMENTOS EN CASOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	84
GRÁFICO 3.4.1 PERCEPCIÓN SOBRE COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	85
GRÁFICO 3.5.1 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	86
GRÁFICO 3.5.2 PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. SEXO Y GRUPOS DE EDAD. BOGOTÁ. TOLÚ VIEJO. 2014 .....	86

## **ANEXO 5: Capacidad de las preguntas de la encuesta para captar los cambios en el tiempo: análisis longitudinal**

### **CONDICIONES DE SALUD**

#### **1. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y A LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD**

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar los cambios en la percepción del estado de salud asociados a la asistencia a los servicios de salud. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) asistir a los servicios de salud y percibir un buen estado de salud en las 2 rondas, ii) asistir a los servicios de salud y percibir un mal estado de salud en las 2 rondas, iii) no asistir a los servicios de salud y percibir un buen estado de salud en las 2 rondas, iv) no asistir a los servicios de salud y percibir un mal estado de salud en las 2 rondas (cuadro 1.1).

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.



- iii) La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iv) La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 1.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro 1.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjuga la percepción del estado de salud con la asistencia a los servicios de salud. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 1.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

CUADRO 1.1  
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.  
CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.  
BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014		SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015			CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS					
Asistencia a servicios de salud		Percepción del estado de salud		Asistencia a servicios de salud		Percepción del estado de salud		PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
Asistieron	53	"Excelente" o "buena"	8	Asistieron	53	"Excelente" o "buena"	8	X1	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "excelente" o "buena"	1°
		"Regular", "mala" o "muy mala"	29			"Regular", "mala" o "muy mala"	29	X2	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "mala" o "muy mala"	2°
No asistieron	11	"Excelente" o "buena"	4	No asistieron	11	"Excelente" o "buena"	4	X3	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "excelente" o "buena"	3°
		"Regular", "mala" o "muy mala"	3			"Regular", "mala" o "muy mala"	3	X4	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "mala" o "muy mala"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>64</b>		<b>44</b>		<b>64</b>		<b>44</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>	<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 1.2  
 PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.  
 CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES INESTABLES.  
 BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1 Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos:</i> 24	X2	8	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	5°
	X3	5	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	6°
	X4	3	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	7°
X2 Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos:</i> 44	X1	8	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	8°
	X3	3	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	9°
	X4	4	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	10°
X3 No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos:</i> 11	X1	3	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	11°
	X2	0	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	12°
	X4	4	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	13°
X4 No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos:</i> 7	X1	0	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	14°
	X2	4	Asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	15°
	X3	0	No asistieron a los servicios de salud y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>42</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 1.3

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.  
RESUMEN COHORTES ESTABLES E INESTABLES.  
BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

Percepción del estado de salud (en la segunda o en las dos rondas)	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"Muy bueno" o "bueno"	12	27.3	1 <sup>o</sup> , 3 <sup>o</sup>	19	45.2	6 <sup>o</sup> , 8 <sup>o</sup> , 9 <sup>o</sup> , 11 <sup>o</sup> , 14 <sup>o</sup> , 16 <sup>o</sup>	31	36.0	1 <sup>o</sup> , 3 <sup>o</sup> , 6 <sup>o</sup> , 8 <sup>o</sup> , 9 <sup>o</sup> , 11 <sup>o</sup> , 14 <sup>o</sup> , 16 <sup>o</sup>
"Regular", "malo" o "muy malo"	32	72.7	2 <sup>o</sup> , 4 <sup>o</sup>	23	54.8	5 <sup>o</sup> , 7 <sup>o</sup> , 10 <sup>o</sup> , 12 <sup>o</sup> , 13 <sup>o</sup> , 15 <sup>o</sup>	55	64.0	2 <sup>o</sup> , 4 <sup>o</sup> , 5 <sup>o</sup> , 7 <sup>o</sup> , 10 <sup>o</sup> , 12 <sup>o</sup> , 13 <sup>o</sup> , 15 <sup>o</sup>
TOTAL	44	100.0	4	42	100.0	12	86	100.0	16

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 1.4  
PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LAS RONDAS DE LA ENCUESTA. SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (en la segunda o en las dos rondas)	No. CASOS
	1 <sup>o</sup> ronda	2 <sup>o</sup> ronda		
1 <sup>o</sup>	X1	X1	Envejecimiento saludable en ambas rondas asociado a la asistencia a los servicios de salud en ambos casos.	8
3 <sup>o</sup>	X3	X3	Envejecimiento saludable en ambas rondas aunque no asistieron a los servicios, ni en una ni otra ronda.	4
6 <sup>o</sup>	X1	X3	Envejecimiento saludable (en las dos rondas) aunque en la primera ronda asistieron a los servicios y en la segunda ronda no asistieron a los servicios.	5
8 <sup>o</sup>	X2	X1	Envejecimiento saludable (en la segunda ronda) asociado a la <b>persistencia en la asistencia</b> a los servicios de salud (en la primera y la segunda ronda), aunque en la primera ronda se presentó percepción negativa de salud.	8
9 <sup>o</sup>	X2	X3	Cambio a una percepción positiva del estado de salud en la segunda ronda aunque en la primera ronda asistieron a los servicios y en la segunda ronda NO asistieron a los servicios.	3
11 <sup>o</sup>	X3	X1	Envejecimiento saludable (en las dos rondas) aunque en la primera ronda NO asistieron a los servicios y en la segunda ronda SÍ asistieron a los servicios.	3
14 <sup>o</sup>	X4	X1	Envejecimiento saludable asociado a la asistencia a los servicios de salud en la segunda ronda. En la primera ronda no hubo asistencia a los servicios y se presentó percepción negativa de salud.	0
16 <sup>o</sup>	X4	X3	Aunque no asisten a los servicios de salud en ninguna de los dos rondas, entre la primera y la segunda hubo un cambio a la percepción positiva del estado de salud.	0
<b>TOTAL</b>				<b>31</b>

\* Clasificación según cuadros 1.1 y 1.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

## 2. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO A LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL Y A LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar los cambios en los niveles de tensión arterial asociados a la asistencia a los servicios de salud. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Asistencia a los servicios de salud y presencia de “Pre hipertensión” o tensión arterial “normal” en las dos rondas, ii) Asistencia a los servicios de salud y presencia de “hipertensión estadio 1” o “hipertensión estadio 2” en las dos rondas, iii) No asistencia a los servicios de salud y presencia de “Pre hipertensión” o tensión arterial “normal” en las dos rondas, iv) No asistencia a los servicios de salud y presencia de “hipertensión estadio 1” o “hipertensión estadio 2” en las dos rondas (cuadro 2.1) .

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iii)* La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iv)* La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 2.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro 2.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjugan los niveles de tensión arterial con la asistencia o la no asistencia a los servicios de salud. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 2.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

**CUADRO 2.1**  
**NIVEL DE TENSIÓN ARTERIAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014		SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS				
Asistencia a servicios de salud		Estado de la tensión Arterial		Asistencia a servicios de salud		Tensión Arterial		PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
Asistieron	53	"Pre hipertensión" o "Normal"	15	Asistieron	53	"Pre hipertensión" o "Normal"	15	X1	Asistieron a los servicios de salud y presencia de "Pre hipertensión" o tensión arterial "Normal"	1°
		"Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	15			"Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	15	X2	Asistieron a los servicios de salud y presencia de "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	2°
No asistieron	11	"Pre hipertensión" o "Normal"	3	No asistieron	11	"Pre hipertensión" o "Normal"	3	X3	No asistieron a los servicios de salud y presencia de "Pre hipertensión" o tensión arterial "Normal"	3°
		"Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	5			"Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	5	X4	No asistieron a los servicios de salud y presencia de "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>64</b>		<b>38</b>		<b>64</b>		<b>38</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>	<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 2.2  
 NIVEL DE TENSIÓN ARTERIAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.  
 CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES INESTABLES.  
 BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1  Asistieron a los servicios de salud y presencia de "Pre hipertensión" o tensión arterial "Normal"  <i>No. Casos:</i> 33	X2	10	Asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	5°
	X3	6	No asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Pre hipertensión" o "Normal"	6°
	X4	2	No asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	7°
X2  Asistieron a los servicios de salud y presencia de "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"  <i>No. Casos:</i> 35	X1	13	Asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Pre hipertensión" o "Normal"	8°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Pre hipertensión" o "Normal"	9°
	X4	6	No asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	10°
X3  No asistieron a los servicios de salud y presencia de "Pre hipertensión" o tensión arterial "Normal"  <i>No. Casos:</i> 9	X1	4	Asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Pre hipertensión" o "Normal"	11°
	X2	0	Asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	12°
	X4	2	No asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	13°
X4  No asistieron a los servicios de salud y presencia de "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"  <i>No. Casos:</i> 9	X1	1	Asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Pre hipertensión" o "Normal"	14°
	X2	2	Asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	15°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud y tensión arterial "Pre hipertensión" o "Normal"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>48</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 2.3**  
**NIVEL DE TENSIÓN ARTERIAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**RESUMEN COHORTES ESTABLES EINESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

Nivel tensión arterial (en la segunda o en las dos rondas)	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"Pre hipertensión" o "Normal"	18	47.4	1º, 3º	26	54.2	6º,8º,9º,11º,14º,16º	44	51.2	1º,3º,6º,8º,9º,11º,14º,16º
Hipertensión Estadio 1" o "Hipertensión Estadio 2"	20	52.6	2º, 4º	22	45.8	5º,7º,10º,12º,13º,15º	42	48.8	2º,4º,5º,7º,10º,12º,13º,15º
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>	<b>12</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 2.4**  
**PERFIL DE LAS COHORTES**  
**QUE PRESENTARON CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN NIVELES**  
**DE TENSIÓN ARTERIAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO.**  
**2014, 2015**

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (en la segunda o en las dos rondas)	No. CASOS
	1º ronda	2º ronda		
1º	X1	X1	Buen estado de la tensión arterial asociado a la asistencia a los servicios de salud en ambas rondas.	15
3º	X3	X3	Buen estado de la tensión arterial asociado a la NO asistencia a los servicios de salud en ambas rondas.	3
6º	X1	X3	Buen estado de la tensión arterial asociado a la asistencia a los servicios de salud en ambas rondas.	6
8º	X2	X1	Buen estado de la tensión arterial asociado a la NO asistencia a los servicios de salud en ambas rondas.	13
9º	X2	X3	Cambio a un buen estado de la tensión arterial la segunda ronda, aunque en la primera ronda asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda NO asistieron.	1
11º	X3	X1	Buen estado de la tensión arterial en ambas rondas, aunque en la primera ronda no asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda Sí asistieron.	4
14º	X4	X1	Cambio a un buen estado de la tensión arterial la segunda ronda, aunque en la primera ronda no asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda Sí asistieron.	1
16º	X4	X3	Entre la primera y la segunda ronda se presenta un cambio a un buen estado de la tensión arterial, aunque no asistieron a los servicios de salud en ninguna de las dos rondas.	1
<b>TOTAL</b>				<b>44</b>

\* Clasificación según cuadros 2.1 y 2.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

### 3. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO AL ESTADO FUNCIONAL Y A LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar la capacidad de equilibrio asociada a la asistencia a los servicios de salud. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Asistencia a los servicios de salud y capacidad de equilibrio “funcional” en las dos rondas, ii) Asistencia a los servicios de salud y “compromiso de la funcionalidad” en las dos rondas, iii) No asistencia a los servicios de salud y capacidad de equilibrio “funcional” en las dos rondas, iv) No asistencia a los servicios de salud y “compromiso de la funcionalidad” en las dos rondas, (cuadro 3.1).

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iii)* La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iv)* La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 3.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro



3.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjuga la capacidad de equilibrio asociada a la asistencia o no a los servicios de salud. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 3.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

**CUADRO 3.1**  
**CAPACIDAD DE EQUILIBRIO Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014				SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS		
Asistencia a servicios de salud		Capacidad de Equilibrio		Asistencia a servicios de salud		Capacidad de Equilibrio		PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
Asistieron	53	"Funcional" (4,3)	47	Asistieron	53	"Funcional" (4,3)	47	X1	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	1°
		"Compromiso de la funcionalidad" (2,1,0)	3			"Compromiso de la funcionalidad" (2,1,0)	3	X2	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	2°
No asistieron	11	"Funcional" (4,3)	11	No asistieron	11	"Funcional" (4,3)	11	X3	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	3°
		"Compromiso de la funcionalidad" (2,1,0)	0			"Compromiso de la funcionalidad" (2,1,0)	0	X4	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>64</b>		<b>61</b>		<b>64</b>		<b>61</b>	<b>TOTAL COHORTES</b>		<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 3.2**  
**CAPACIDAD DE EQUILIBRIO Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES INESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1  Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"  <i>No. Casos: 63</i>	X2	3	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	5°
	X3	12	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	6°
	X4	1	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	7°
X2  Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"  <i>No. Casos: 5</i>	X1	0	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	8°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	9°
	X4	1	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	10°
X3  No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"  <i>No. Casos: 18</i>	X1	7	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	11°
	X2	0	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	12°
	X4	0	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	13°
X4  No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"  <i>No. Casos: 0</i>	X1	0	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	14°
	X2	0	Asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Compromiso de la funcionalidad"	15°
	X3	0	No asistieron a los servicios de salud y capacidad de equilibrio "Funcional"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>25</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 3.3**  
**CAPACIDAD DE EQUILIBRIO Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**RESUMEN COHORTES ESTABLES EINESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

Estado funcional (en la segunda o en las dos rondas)	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"Funcional"	58	95.1	1º, 3º	20	80.0	6º,8º,9º,11º,14º,16º	78	90.7	1º,3º,6º,8º,9º,11º,14º,16º
"Compromiso de la funcionalidad"	3	4.9	2º, 4º	5	20.0	5º,7º,10º,12º,13º,15º	8	9.3	2º,4º,5º,7º,10º,12º,13º,15º
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>12</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 3.4**  
**PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, SEGÚN ESTADO FUNCIONAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (en la segunda o en las dos rondas)	No. CASOS
	1º ronda	2º ronda		
1º	X1	X1	Asistencia a los servicios de salud y capacidad de "equilibrio funcional" en las dos rondas.	47
3º	X3	X3	No asistencia a los servicios de salud y capacidad de "equilibrio funcional" en las dos rondas.	11
6º	X1	X3	Capacidad de "equilibrio funcional" en las dos rondas, aunque en la primera ronda asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda no asistieron.	12
8º	X2	X1	"Compromiso de la funcionalidad" en la primera ronda y "equilibrio funcional" en la segunda ronda, aunque en las dos rondas asistieron a los servicios de salud.	0
9º	X2	X3	"Compromiso de la funcionalidad" en la primera ronda y "equilibrio funcional" en la segunda ronda, aunque en la primera ronda asistieron a los servicios de salud y en la	1
11º	X3	X1	Capacidad de "equilibrio funcional" en la primera ronda y "Compromiso de la funcionalidad" en la segunda ronda, aunque en la primera ronda NO asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda no asistieron.	7
14º	X4	X1	"Compromiso de la funcionalidad" en la primera ronda y "equilibrio funcional" en la segunda ronda, aunque en la primera ronda NO asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda asistieron.	0
16º	X4	X3	"Compromiso de la funcionalidad" en la primera ronda y "equilibrio funcional" en la segunda ronda, aunque NO asistieron a los servicios de salud en ninguna de las dos rondas.	0
<b>TOTAL</b>				<b>78</b>

\* Clasificación según cuadros 3.1 y 3.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

#### 4. CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADAS A LA SITUACIÓN DE FRAGILIDAD Y A LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar la condición de fragilidad asociada a la asistencia a los servicios de salud. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Asistencia a los servicios de salud y “ausencia de fragilidad” en las dos rondas, ii) Asistencia a los servicios de salud y una condición “frágil o prefrágil” en las dos rondas, iii) No asistencia a los servicios de salud y “ausencia de fragilidad” en las dos rondas, iv) No asistencia a los servicios de salud y condición “frágil o prefrágil” en las dos rondas (cuadro 4.1) .

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iii)* La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iv)* La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 4.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro 4.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por

comportamientos en los que se conjuga la condición de fragilidad y la asistencia o no a los servicios de salud. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 4.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

**CUADRO 4.1**  
**CONDICIÓN DE FRAGILIDAD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014			SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS			
Asistencia a servicios de salud		Condición de Fragilidad		Asistencia a servicios de salud		Tensión Arterial		PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
Asistieron	53	"Ausencia de fragilidad"	4	Asistieron	53	"Ausencia de fragilidad"	4	X1	Asistieron a los servicios de salud y presentan de "Ausencia de fragilidad"	1°
		"Frágil" o "Pre frágil"	32			"Frágil" o "Pre frágil"	32	X2	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	2°
No asistieron	11	"Ausencia de fragilidad"	2	No asistieron	11	"Ausencia de fragilidad"	2	X3	No asistieron a los servicios de salud y presentan "Ausencia de fragilidad"	3°
		"Frágil" o "Pre frágil"	6			"Frágil" o "Pre frágil"	6	X4	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>64</b>		<b>44</b>		<b>64</b>		<b>44</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>	<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 4.2**  
**CONDICIÓN DE FRAGILIDAD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES INESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1 Asistieron a los servicios de salud y presentan de "Ausencia de fragilidad"  <i>No. Casos: 21</i>	X2	12	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	5°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Ausencia de fragilidad"	6°
	X4	4	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	7°
X2 Asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"  <i>No. Casos: 47</i>	X1	5	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Ausencia de fragilidad"	8°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Ausencia de fragilidad"	9°
	X4	9	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	10°
X3 No asistieron a los servicios de salud y presentan "Ausencia de fragilidad"  <i>No. Casos: 8</i>	X1	2	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Ausencia de fragilidad"	11°
	X2	1	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	12°
	X4	3	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	13°
X4 No asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"  <i>No. Casos: 10</i>	X1	1	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Ausencia de fragilidad"	14°
	X2	3	Asistieron a los servicios de salud y condición de "Frágil" o "Pre frágil"	15°
	X3	0	No asistieron a los servicios de salud y condición de "Ausencia de fragilidad"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>42</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 4.3**  
**CONDICIÓN DE FRAGILIDAD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**RESUMEN COHORTES ESTABLES EINESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

Condición de fragilidad (en la segunda o en las dos rondas)	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"Ausencia de fragilidad"	6	13.6	1º, 3º	10	23.8	6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º	16	18.6	1º, 3º, 6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º
"Frágil" o "Pre frágil"	38	86.4	2º, 4º	32	76.2	5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º	70	81.4	2º, 4º, 5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>	<b>12</b>	<b>86</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 4.4**  
**PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN CONDICIÓN DE FRAGILIDAD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (en la segunda o en las dos rondas)	No. CASOS
	1º ronda	2º ronda		
1º	X1	X1	"Ausencia de fragilidad" y asistencia a los servicios de salud en las dos rondas.	4
3º	X3	X3	"Ausencia de fragilidad" aunque no asistieron a los servicios de salud en ninguna de las dos rondas.	2
6º	X1	X3	"Ausencia de fragilidad" y asistencia a los servicios de salud en las dos rondas.	1
8º	X2	X1	En la segunda ronda hubo un cambio a la "ausencia de fragilidad", aunque en las dos rondas asistieron a los servicios de salud.	5
9º	X2	X3	En la segunda ronda hubo un cambio a la "ausencia de fragilidad", aunque en la primera ronda asistieron y en la segunda ronda no asistieron a los servicios de salud.	1
11º	X3	X1	"Ausencia de fragilidad" aunque no asistieron a los servicios de salud en ninguna de las dos rondas.	2
14º	X4	X1	En la segunda ronda hubo un cambio a la "ausencia de fragilidad", aunque en las dos rondas asistieron a los servicios de salud.	1
16º	X4	X3	En la segunda ronda hubo un cambio a la "ausencia de fragilidad", aunque no asistieron a los servicios de salud en ninguna de las dos rondas.	0
<b>TOTAL</b>				<b>16</b>

\* Clasificación según cuadros 4.1 y 4.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

## 5. CONDICIONES ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO AL ESTADO NUTRICIONAL Y A LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar el estado nutricional asociado a la asistencia a los servicios de salud. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Asistencia a los servicios de salud y estado nutricional “normal” en las dos rondas, ii) Asistencia a los servicios de salud y estado nutricional “obesidad” “sobrepeso” o “bajo de peso” en las dos rondas, iii) No asistencia a los servicios de salud y estado nutricional “normal” en las dos rondas, iv) No asistencia a los servicios de salud y estado nutricional “obesidad” “sobrepeso” o “bajo de peso” en las dos rondas (cuadro 5.1).

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), o tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), o tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iii)* La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), o tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iv)* La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), o segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 5.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro 5.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.



En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjuga el estado nutricional y la asistencia o no a los servicios de salud. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 5.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

CUADRO 5.1  
ESTADO NUTRICIONAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD  
CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.  
BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014		SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS				
Asistencia a servicios de salud		Estado Nutricional		Asistencia a servicios de salud		Tensión Arterial		PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
Asistieron	53	"Normal"	15	Asistieron	53	"Normal"	15	X1	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	1°
		"Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	28			"Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	28	X2	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	2°
No asistieron	11	"Normal"	5	No asistieron	11	"Normal"	5	X3	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	3°
		"Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	5			"Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	5	X4	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>64</b>		<b>53</b>		<b>64</b>		<b>53</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>	<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 5.2  
ESTADO NUTRICIONAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD  
CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES INESTABLES.  
BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1 Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"  <i>No. Casos:</i> 26	X2	5	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	5°
	X3	5	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	6°
	X4	1	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	7°
X2 Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"  <i>No. Casos:</i> 42	X1	5	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	8°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	9°
	X4	8	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	10°
X3 No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"  <i>No. Casos:</i> 8	X1	2	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	11°
	X2	0	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	12°
	X4	1	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	13°
X4 No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"  <i>No. Casos:</i> 10	X1	0	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	14°
	X2	5	Asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Obesidad", "Sobrepeso" o "Bajo de Peso"	15°
	X3	0	No asistieron a los servicios de salud y estado nutricional "Normal"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>33</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 5.3**  
**ESTADO NUTRICIONAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**RESUMEN COHORTES ESTABLES INESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

Estado nutricional <i>(en la segunda o en las dos rondas)</i>	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"Normal"	20	37.7	1º, 3º	13	39.4	6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º	33	38.4	1º, 3º, 6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º
"Mal nutrición"*	33	62.3	2º, 4º	20	60.6	5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º	53	61.6	2º, 4º, 5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º
TOTAL	53	100.0	4	33	100.0	12	86	100.0	16

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 5.4**  
**PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN**  
**ESTADO NUTRICIONAL Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE <i>(en la segunda o en las dos rondas)</i>	No. CASOS
	1º ronda	2º ronda		
1º	X1	X1	Asistencia a los servicios de salud y estado nutricional "Normal" en las dos rondas	15
3º	X3	X3	Estado nutricional "Normal" aunque no asistieron a los servicios de salud	5
6º	X1	X3	Estado nutricional "normal" en las dos rondas, aunque en la primera asistieron y en la segunda no asistieron a los servicios de salud.	5
8º	X2	X1	En la segunda ronda hubo un cambio a la estado nutricional "normal", aunque en las dos rondas asistieron a los servicios de salud.	5
9º	X2	X3	En la segunda ronda hubo un cambio a la estado nutricional "normal", aunque en la primera asistieron y en la segunda no asistieron a los servicios de salud.	1
11º	X3	X1	Estado nutricional "normal" en las dos rondas, aunque en la primera no asistieron y en la segunda sí asistieron a los servicios de salud.	2
14º	X4	X1	En la segunda ronda hubo un cambio a la estado nutricional "normal", aunque en la primera no asistieron y en la segunda asistieron a los servicios de salud.	0
16º	X4	X3	En la segunda ronda hubo un cambio a la estado nutricional "normal", aunque en las dos rondas no asistieron a los servicios de salud.	0
<b>TOTAL</b>				<b>33</b>

\* Clasificación según cuadros 5.1 y 5.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

## TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

### 6. CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y A LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar los cambios en la percepción del estado de salud asociados a la asistencia a los servicios para el cuidado de enfermedades crónicas. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Asistencia a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y una percepción "muy buena" o "buena" del estado de salud en las dos rondas, ii) Asistencia a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y una percepción "regular", "mala" o "muy mala" del estado de salud en las dos rondas, iii) No asistencia a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y una percepción "muy buena" o "buena" del estado de salud en las dos rondas, iv) No asistencia a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y una percepción "regular", "mala" o "muy mala" del estado de salud en las dos rondas (cuadro 6.1) .

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iii)* La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.

- iv) La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 6.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro 6.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjuga la percepción del estado de salud con la asistencia o no a los servicios para el cuidado de enfermedades crónicas. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 6.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

**CUADRO 6.1**  
**ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD PARA EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y**  
**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015.**  
**PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014			SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS			
Asistencia para el cuidado de enfermedades crónicas		Percepción del estado de salud		Asistencia para el cuidado de enfermedades crónicas		Percepción del estado de salud		PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
Asistieron	38	"Muy bueno" o "bueno"	7	Asistieron	38	"Muy bueno" o "bueno"	7	X1	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	1°
		"Regular", "malo" o "muy malo"	21			"Regular", "malo" o "muy malo"	21	X2	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	2°
No asistieron	4	"Muy bueno" o "bueno"	0	No asistieron	4	"Muy bueno" o "bueno"	0	X3	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	3°
		"Regular", "malo" o "muy malo"	3			"Regular", "malo" o "muy malo"	3	X4	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>31</b>		<b>42</b>		<b>31</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>		<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 6.2

ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD PARA EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y  
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES  
INESTABLES. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015.  
PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1 Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos:</i> 14	X2	4	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	5°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	6°
	X4	2	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	7°
X2 Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos:</i> 29	X1	6	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	8°
	X3	0	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	9°
	X4	2	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	10°
X3 No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos:</i> 3	X1	2	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	11°
	X2	1	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	12°
	X4	0	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	13°
X4 No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos:</i> 8	X1	1	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	14°
	X2	3	Asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	15°
	X3	1	No asistieron a los servicios de salud para el cuidado de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>23</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 6.3

ASISTENCIA A SERVICIOS DE SALUD PARA EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. RESUMEN COHORTES ESTABLES INESTABLES. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015.

PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Acceso a servicios de salud para tratamiento de enfermedades crónicas <i>(en la segunda o en las dos rondas)</i>	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"Muy bueno" o "bueno"	7	22.6	1 <sup>o</sup> , 3 <sup>e</sup>	11	47.8	6 <sup>o</sup> , 8 <sup>o</sup> , 9 <sup>o</sup> , 11 <sup>o</sup> , 14 <sup>o</sup> , 16 <sup>o</sup>	18	33.3	1 <sup>o</sup> , 3 <sup>o</sup> , 6 <sup>o</sup> , 8 <sup>o</sup> , 9 <sup>o</sup> , 11 <sup>o</sup> , 14 <sup>o</sup> , 16 <sup>o</sup>
"Regular", "malo" o "muy malo"	24	77.4	2 <sup>o</sup> , 4 <sup>e</sup>	12	52.2	5 <sup>o</sup> , 7 <sup>o</sup> , 10 <sup>o</sup> , 12 <sup>o</sup> , 13 <sup>o</sup> , 15 <sup>o</sup>	36	66.7	2 <sup>o</sup> , 4 <sup>o</sup> , 5 <sup>o</sup> , 7 <sup>o</sup> , 10 <sup>o</sup> , 12 <sup>o</sup> , 13 <sup>o</sup> , 15 <sup>o</sup>
TOTAL	31	100.0	4	23	100.0	12	54	100.0	16

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 6.4  
PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON CONCIDIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL CUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE <i>(en la segunda o en las dos rondas)</i>	No. CASOS
	1 <sup>o</sup> ronda	2 <sup>o</sup> ronda		
1 <sup>o</sup>	X1	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en ambas rondas asociado a la asistencia a los servicios en ambos casos.	7
3 <sup>o</sup>	X3	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en ambas rondas aunque no asistieron a los servicios, ni en una ni otra ronda.	0
6 <sup>o</sup>	X1	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud (en las dos rondas) aunque en la primera ronda asistieron a los servicios de salud y en la segunda ronda no asistieron.	1
8 <sup>o</sup>	X2	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, cambio a una percepción positiva del estado de salud (en la segunda ronda), asociado a la persistencia en la asistencia a los servicios de salud en las dos rondas.	6
9 <sup>o</sup>	X2	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, cambio a una percepción positiva del estado de salud (en la segunda ronda), aunque en la primera ronda no asistieron y en la segunda si asistieron a los servicios de salud.	0
11 <sup>o</sup>	X3	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en las dos rondas, aunque en la primera ronda NO asistieron a los servicios y en la segunda ronda asistieron a los servicios.	2
14 <sup>o</sup>	X4	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en la segunda ronda asociado a la asistencia a los servicios de salud, en la primera ronda no asistieron y percepción de negativa de salud.	1
16 <sup>o</sup>	X4	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, aunque no asisten a los servicios de salud en ninguna de los dos rondas, entre la primera y la segunda hubo un cambio a la percepción positiva del estado de salud.	1
<b>TOTAL</b>				<b>18</b>

\* Clasificación según cuadros 6.1 y 6.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

## **7. CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y AL ACCESO A MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar los cambios en la percepción del estado de salud asociados al acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y una percepción "muy buena" o "buena" del estado de salud en las dos rondas, ii) Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y una percepción "regular", "mala" o "muy mala" del estado de salud en las dos rondas, iii) No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y una percepción "muy buena" o "buena" del estado de salud en las dos rondas, iv) No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y una percepción "regular", "mala" o "muy mala" del estado de salud en las dos rondas (cuadro 7.1).

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- v) La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- vi) La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- vii) La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- viii) La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 7.2).



En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro 7.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjuga la percepción del estado de salud con el acceso o no a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 7.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

**CUADRO 7.1**  
**ACCESO A MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y**  
**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015.**  
**PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014		SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS				
Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas	Percepción del estado de salud	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas	Percepción del estado de salud							
Acceso	No. Casos	Nivel	No. Casos	Acceso	No. Casos	Nivel	No. Casos	PERFIL	Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)	No. Orden
Acceso	37	"Muy bueno" o "bueno"	7	Acceso	37	"Muy bueno" o "bueno"	7	X1	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	1°
		"Regular", "malo" o "muy malo"	22			"Regular", "malo" o "muy malo"	22	X2	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	2°
No acceso	4	"Muy bueno" o "bueno"	1	No acceso	4	"Muy bueno" o "bueno"	1	X3	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	3°
		"Regular", "malo" o "muy malo"	2			"Regular", "malo" o "muy malo"	2	X4	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>41</b>		<b>32</b>		<b>41</b>		<b>32</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>	<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 7.2**  
**ACCESO A MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y**  
**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES**  
**INESTABLES. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015.**  
**PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIEMRA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1 Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos: 13</i>	X2	3	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	5°
	X3	1	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	6°
	X4	2	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	7°
X2 Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos: 29</i>	X1	5	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	8°
	X3	0	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	9°
	X4	2	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	10°
X3 No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos: 3</i>	X1	0	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	11°
	X2	1	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	12°
	X4	1	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	13°
X4 No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos: 8</i>	X1	3	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	14°
	X2	3	Acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	15°
	X3	0	No acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>21</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 7.3**  
**ACCESO A MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y**  
**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD. RESUMEN COHORTES ESTABLES INESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015.**  
**PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Acceso a medicamentos (comportamiento en la segunda o en las dos rondas)	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
Acceso	8	25.0	1º, 3º	9	42.9	6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º	17	32.1	1º, 3º, 6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º
No acceso	24	75.0	2º, 4º	12	57.1	5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º	36	67.9	2º, 4º, 5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>12</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>	<b>16</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

**CUADRO 7.4**  
**PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**  
**SEGÚN PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ACCESO A MEDICAMENTOS PARA**  
**ENFERMEDADES CRÓNICAS. PERSONAS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (en la segunda o en las dos rondas)	No. CASOS
	1º ronda	2º ronda		
1º	X1	X1	Percepción positiva del estado de salud en ambas rondas asociado al acceso a medicamentos para tratamiento de enfermedades crónicas en ambos casos.	7
3º	X3	X3	Percepción positiva del estado de salud en ambas rondas aunque no tuvieron acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas, ni en una ni otra ronda.	1
6º	X1	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en las dos rondas, aunque en la primera ronda SÍ tuvieron acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas, y en la segunda ronda NO tuvieron acceso.	1
8º	X2	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en la segunda ronda asociado al acceso a medicamentos para enfermedades crónicas en las dos rondas.	5
9º	X2	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en la segunda ronda aunque en la primera ronda no tuvieron acceso a medicamentos (para el tratamiento de enfermedades crónicas) y en la segunda ronda SÍ lo tuvieron.	0
11º	X3	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en las dos rondas, aunque en la primera ronda NO tuvieron acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas, y en la segunda ronda SÍ tuvieron acceso.	0
14º	X4	X1	En personas con presencia de enfermedades crónicas, percepción positiva del estado de salud en la segunda ronda asociado a la asistencia a los servicios de salud (en la primera ronda no asistieron y percepción de negativa de salud).	3
16º	X4	X3	En personas con presencia de enfermedades crónicas, aunque NO tuvieron acceso a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas en ninguna de los dos rondas, entre la primera y la segunda hubo un cambio a la percepción positiva del estado de salud.	0
<b>TOTAL</b>				<b>17</b>

\* Clasificación según cuadros 7.1 y 7.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

## EXPERIENCIAS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

## 8. CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ASOCIADO A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y A LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A partir de comparar las experiencias registradas en la primera y la segunda ronda de la encuesta, en este caso interesa identificar los cambios en la percepción del estado de salud asociados a la percepción de la calidad de los servicios de salud. Específicamente se compara la situación en los tres meses anteriores a la primera ronda de la encuesta (aproximadamente julio a septiembre 2014), con la situación referida a los tres meses anteriores a la segunda ronda (aproximadamente noviembre 2014 a enero 2015).

En un primer momento, se identifican las cohortes estables, que mantuvieron el mismo comportamiento en los dos periodos observados, se trata de 4 cohortes estables con los siguientes perfiles: i) Percibir una "excelente" o "buena" calidad de los servicios de salud y percibir un "muy bueno" o "bueno" estado de salud en las dos rondas, ii) Percibir una "excelente" o "buena" calidad de los servicios de salud y percibir un "regular", "malo" o "muy malo" estado de salud en las dos rondas, iii) Percibir una "regular", "pobre" o "muy pobre" calidad de los servicios de salud y percibir un "muy bueno" o "bueno" estado de salud en las dos rondas, iv) Percibir una "regular", "pobre" o "muy pobre" calidad de los servicios de salud y percibir un "regular", "malo" o "muy malo" estado de salud en las dos rondas (cuadro 8.1).

En un segundo momento, se identifican las cohortes inestables, que cambiaron su comportamiento entre uno y otro periodo observado. Se trata de 12 cohortes inestables definidas en los siguientes 4 grupos:

- i)* La primera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_1$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- ii)* La segunda cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_2$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iii)* La tercera cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la segunda ( $X_2$ ), tercera ( $X_3$ ), o cuarta cohorte ( $X_4$ ) de la primera ronda.
- iv)* La cuarta cohorte de la ronda inicial de la encuesta ( $X_3$ ) que en la ronda final cambió su comportamiento, y adoptó el comportamiento observado en la primera ( $X_1$ ), segunda ( $X_2$ ), o tercera cohorte ( $X_3$ ) de la primera ronda (cuadro 8.2).

En un tercer momento, se resume los volúmenes y pesos relativos de las personas mayores que pertenecen a cohortes estables y a las cohortes inestables (cuadro

8.3). Este balance permite identificar los comportamientos que más se repinten en las distintas cohortes.

En un cuarto momento, se caracterizan las 13 cohortes que presentan procesos de envejecimiento saludable a lo largo del tiempo observado, dados por comportamientos en los que se conjuga la percepción del estado de salud con la percepción de la calidad de los servicios de salud. Para cada cohorte se anota el número de personas que la conforma (cuadro 8.4). A partir de este resumen se discute la asociación en los cambios en el estado de salud mediatizados por la asistencia a los servicios de salud, justamente, este es el objetivo principal del estudio.

**CUADRO 8.1**  
**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS**  
**DE SALUD. CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES ESTABLES.**  
**BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015**

PRIMERA RONDA. OCTUBRE 2014		SEGUNDA RONDA. FEBRERO 2015				CARACTERIZACIÓN DE COHORTES ESTABLES EN LAS DOS RONDAS				
Percepción de la calidad de los servicios de salud		Percepción del estado de salud		Percepción de la calidad de los servicios de salud		Percepción del estado de salud		No. Orden		
Nivel	No. Casos	Nivel	No. Casos	Asistencia	No. Casos	Nivel	No. Casos			
								PERFIL		
								Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)		
"Excelente" o "Buena"	34	"Muy bueno" o "bueno"	11	"Excelente" o "Buena"	34	"Muy bueno" o "bueno"	11	X1	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	1°
		"Regular", "malo" o "muy malo"	10			"Regular", "malo" o "muy malo"	10	X2	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	2°
"Regular", "Pobre" o "Muy Pobre"	25	"Muy bueno" o "bueno"	3	"Regular", "Pobre" o "Muy Pobre"	25	"Muy bueno" o "bueno"	3	X3	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	3°
		"Regular", "malo" o "muy malo"	17			"Regular", "malo" o "muy malo"	17	X4	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	4°
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>59</b>		<b>41</b>		<b>59</b>		<b>41</b>		<b>TOTAL COHORTES</b>	<b>4</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 8.2

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. CARACTERIZACIÓN DE LAS COHORTES INESTABLES.  
BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

CARACTERIZACIÓN DE COHORTES INESTABLES. CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO ENTRE LA PRIMERA Y LA SEGUNDA RONDA				
Comportamiento prototipo (tres meses antes de cada encuesta)				
Perfil primera ronda	Perfil segunda ronda	No. Casos	Segunda ronda	No. Orden
X1 La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos:</i> 22	X2	8	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	5°
	X3	1	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	6°
	X4	2	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" d y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	7°
X2 La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"  <i>No. Casos:</i> 19	X1	5	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	8°
	X3	1	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	9°
	X4	3	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" d y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	10°
X3 La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"  <i>No. Casos:</i> 13	X1	5	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	11°
	X2	3	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	12°
	X4	2	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" d y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	13°
X4 La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" d y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muv malo"  <i>No. Casos:</i> 32	X1	2	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	14°
	X2	10	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Excelente" o "Buena" y percepción del estado salud "regular", "malo" o "muy malo"	15°
	X3	3	La percepción de la calidad de los servicios de salud es "Regular", "Pobre" o "Muy Pobre" y percepción del estado salud "muy bueno" o "bueno"	16°
<b>TOTAL CASOS</b>		<b>45</b>		<b>12</b>

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 8.3

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. RESUMEN COHORTES ESTABLES INESTABLES. BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

Percepción de la calidad de los servicios de salud (en la segunda o en las dos rondas)	Cohortes estables			Cohortes inestables			TOTAL		
	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes	Personas		Cohortes
	No.	%	No.	No.	%	No.	No.	%	No.
"excelente" o "buena"	14	34.1	1º, 3º	17	37.8	6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º	31	36.0	1º, 3º, 6º, 8º, 9º, 11º, 14º, 16º
"Regular", "pobre" o "muy pobre"	27	65.9	2º, 4º	28	62.2	5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º	55	64.0	2º, 4º, 5º, 7º, 10º, 12º, 13º, 15º
TOTAL	41	100.0	4	45	100.0	12	86	100.0	16

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.

CUADRO 8.4  
PERFIL DE LAS COHORTES QUE PRESENTARON CONDICIONES DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD  
BOGOTÁ, TOLÚ VIEJO. 2014, 2015

No. Orden*	PERFIL*		PERFIL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE (en la segunda o en las dos rondas)	No. CASOS
	1º ronda	2º ronda		
1º	X1	X1	Envejecimiento saludable en ambas rondas asociado a la percepción positiva de la calidad de los servicios de salud en ambos casos.	11
3º	X3	X3	Envejecimiento saludable en ambas rondas aunque se presenta percepción negativa de la calidad de los servicios de salud, en las dos rondas.	3
6º	X1	X3	Percepción positiva del estado de salud (en las dos rondas) aunque en la primera ronda hubo percepción positiva de la calidad de los servicios y en la segunda ronda la percepción de la calidad de los servicios fue negativa.	1
8º	X2	X1	Cambio a una percepción positiva del estado de salud (en la segunda ronda) asociado a la persistencia en la percepción de una buena calidad de los servicios de salud (en la primera y la segunda ronda).	5
9º	X2	X3	Percepción positiva del estado de salud en las dos rondas, aunque en la segunda ronda hubo un cambio a una percepción negativa de la calidad de los servicios de salud.	1
11º	X3	X1	Percepción positiva del estado de salud en las dos rondas, aunque en la primera ronda es negativa la percepción de la calidad de los servicios y en la segunda es positiva esta percepción. El bienestar de la salud se mantiene (en las dos rondas) independientemente de la percepción de la calidad de los servicios de salud.	5
14º	X4	X1	En la segunda ronda Percepción positiva del estado de salud asociado a la valoración favorable de la calidad de los servicios de salud, aunque en la primera ronda es negativa tanto la percepción de la calidad de los servicios como la percepción del estado de salud.	2
16º	X4	X3	Aunque en las dos rondas es negativa la percepción de la calidad de los servicios de salud, entre la primera y la segunda ronda hubo un cambio a la percepción positiva del estado de salud.	3
<b>TOTAL</b>				<b>31</b>

\* Clasificación según cuadros 7.1 y 7.2

FUENTE: Prueba piloto encuesta "Envejecimiento saludable". 2014-2015 HelpAge América Latina, Instituto de Envejecimiento PUJ.