


	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>					  	
	<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN</b>						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-06</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 2</b>

Neiva, 07 de Diciembre de 2016

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

Los suscritos:

Laura Daniela Andrade Trujillo con C.C. No 1083900851  
Yandri Cardoso Polania con C.C. No 1075271164  
Mónica Andrea Ortega Hoyos con C.C. No 1080262517  
Diana Patricia Ortiz Díaz con C.C. No 1075284957

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Barreras administrativas de la atención en salud en pacientes con epilepsia del hospital universitario de neiva 2016, presentado y aprobado en el año 2016 como requisito para optar al título de Enfermero; autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.



## GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

### CARTA DE AUTORIZACIÓN



<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-06</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>2 de 2</b>
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:





Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>				  		
	<b>DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO</b>						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 4</b>

**TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO:** BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA 2016

**AUTOR O AUTORES:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Andrade Trujillo Cardoso Polania Ortega Hoyos Ortiz Díaz	Laura Daniela Yandri Mónica Andrea Diana Patricia

**DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

**ASESOR (ES):**

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramos Castañeda	Jorge Andrés

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:** Enfermera (o)

**FACULTAD:** Salud

**PROGRAMA O POSGRADO:** Enfermería

**CIUDAD:** Neiva

**AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2016

**NÚMERO DE**

**PÁGINAS:** 81

**TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):**



## GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

### DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 4

Diagramas\_\_\_ Fotografías\_\_\_ Grabaciones en discos\_\_\_ Ilustraciones en general: X  
Grabados\_\_\_ Láminas\_\_\_ Litografías\_\_\_ Mapas\_\_\_ Música impresa\_\_\_ Planos\_\_\_  
Retratos\_\_\_ Sin ilustraciones\_\_\_ Tablas o Cuadros \_\_\_

**SOFTWARE:** ninguno

**MATERIAL ANEXO:** ninguno

**PREMIO O DISTINCIÓN:** ninguno

#### PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Barreras de la atención	Barriers	6. acceso	access
2. diagnostico	diagnosis	7. accesibilidad a los servicios de salud	Health Services Accessibility
3. epilepsia	epilepsy	8. derecho a la vida	right to life
4. salud	health	9. neurología	neurology
5. derecho a la salud	Right to Health	10. salud pública	Public Healt

#### RESUMEN DEL CONTENIDO:





**Introducción:** las barreras de la atención en salud son el conjunto de situaciones de dificultad que se les presentan a los usuarios en el momento de obtener un servicio de salud de calidad.

**Objetivo:** Identificar las barreras administrativas de la atención en salud que se presentan en los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva.

**Método:**El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. La población fueron 34 pacientes con epilepsia, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El proyecto fue aprobado por el comité de ética y bioética del Hospital Universitario de Neiva y para recolectar la información se aplicó un formato de recolección de información tipo cuestionario mediante una entrevista dirigida.

**Resultados:**Se entrevistaron 34 pacientes con diagnóstico de epilepsia; 50% hombres y 50% mujeres, en un rango de edades de 19 a 71 años y el 52.9% con más de 12 años de diagnosticados con la enfermedad. Las barreras administrativas que más se presentaron fueron las relacionadas con el tiempo para la cita de control con neurología (94.1%) y con el acceso oportuno a los medicamentos (66.5%). Las relacionadas con el tiempo para la realización del electroencefalograma como medio diagnóstico fueron las que menos se presentaron en los pacientes (20.6%).

**Conclusiones:** se evidencia la falta de cumplimiento en cuanto a lo estipulado en la ley 1414 de 2010, la resolución 1552 de 2013 y la resolución 3974 de 2009 por

	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>					  	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>3 de 4</b>

parte de los diferentes entes que intervienen en el proceso de atención en salud.  
**Palabras clave:** Barreras de la atención, diagnostico, epilepsia, salud, derecho a la salud, acceso, accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la vida, neurología, salud pública.

**ABSTRACT:** (Máximo 250 palabras)

**Introduction:** The barriers of health care are the set of difficult situations that are presented to users when obtaining a quality health service.

**Objective:** To identify the administrative barriers of health care that are presented in users with epilepsy at the Hospital Universitario de Neiva.

**Method:** This study is descriptive, cross-sectional. The population were 34 patients with epilepsy, sampling was not probabilistic for convenience. The project was approved by the Ethics and Bioethics Committee of the University Hospital of Neiva and to collect the information, a questionnaire-type information collection format was applied through a directed interview.

**Results:** We interviewed 34 patients with a diagnosis of epilepsy; 50% men and 50% women, ranging in age from 19 to 71 years and 52.9% with more than 12 years of diagnosis. The administrative barriers that presented the most were related to the time of appointments with neurology (94.1%) and timely access to medications (66.5%). Those related to the time of realization of the electroencephalogram as diagnostic means were the least present in the patient (20.6%).

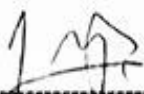
**Conclusions:** failure to comply with the provisions of law 1414 of 2010, resolution 1552 of 2013 and resolution 3974 of 2009 by the different entities that intervene in the process of health care.





**Key words:** Barriers, diagnosis, epilepsy, health, Right to Health, access, Health Services Accessibility, right to life, neurology, Public Health.

**APROBACION DE LA TESIS**

Nombre Presidente Jurado: Jorge Andrés Ramos

Firma:

  
 \_\_\_\_\_

	<b>GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS</b>						  
	<b>DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO</b>						
<b>CÓDIGO</b>	<b>AP-BIB-FO-07</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>VIGENCIA</b>	<b>2014</b>	<b>PÁGINA</b>	<b>4 de 4</b>

Nombre Jurado: Juan Camilo Calderón

Firma:

Nombre

Firma:

  
 -----  
 Firma del jurado  
  
  
 -----  
 Firma del jurado

Jurado: Ronhald Andrés Hernández

BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTES  
CON EPILEPSIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA 2016

LAURA DANIELA ANDRADE TRUJILLO  
YANDRI CARDOSO POLANIA  
MÓNICA ANDREA ORTEGA HOYOS  
DIANA PATRICIA ORTIZ DÍAZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
NEIVA – HUILA  
2016

BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTES  
CON EPILEPSIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA 2016

LAURA DANIELA ANDRADE TRUJILLO  
YANDRI CARDOSO POLANIA  
MÓNICA ANDREA ORTEGA HOYOS  
DIANA PATRICIA ORTIZ DÍAZ

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar el título de  
Enfermero(a)

Asesor  
JORGE ANDRÉS RAMOS CASTAÑEDA  
Enfermero MSc en epidemiología clínica

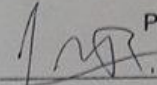
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
NEIVA – HUILA  
2016



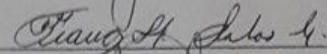
Nota de aceptación

Excelente trabajo de investigación. Se  
cumplieron los objetivos del curso y de la  
investigación. Felicitaciones

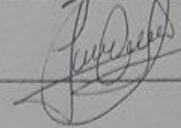
Presidente del jurado

  
\_\_\_\_\_

Jurado

  
\_\_\_\_\_

Jurado

  
\_\_\_\_\_

Neiva, 02 de diciembre de 2016

## DEDICATORIA

A nuestras familias quienes han impulsado nuestros sueños convirtiéndolos en metas alcanzadas.

A nuestro amigo Manuel Felipe Aldana quien inspiró la realización de esta investigación.

Laura, Yandri, Mónica Y Diana

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos:

Al docente Jorge Andrés Ramos Castañeda, Enfermero asesor, por sus conocimientos y aportes al desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al médico neurólogo Guillermo González Manriquey su equipo de trabajo por permitirnos realizar esta investigación en su servicio.

Al enfermero Jesús Andrés Ramírez por sus aportes en el desarrollo del instrumento de recolección de la información de esta investigación.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	13
1.1 ANTECEDENTES	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. MARCO REFERENCIAL	21
5.1 MARCO TEÓRICO	21
5.2 MARCO CONCEPTUAL	24
5.3 MARCO LEGAL	25
6. DISEÑO METODOLÓGICO	28
6.1 TIPO DE ESTUDIO	28
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
6.2.1 Población.	28
6.2.2 Unidad muestral.	28
6.2.3 Criterios de selección	28
6.2.4 Tamaño de la Muestra.	29
6.2.5 Muestreo	29
6.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
6.3.1 Método.	29
6.3.2 Técnica	30
6.3.3 Instrumento.	30
6.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	30
6.4.1 Procedimiento para la recolección.	30

	Pág.
6.4.2 Plan de análisis.	31
6. 5 CONTROL DE SESGOS	31
6.5.1 Sesgo de confusión.	31
6.5.2 Sesgos de selección.	31
6.5.3 Sesgos de información..	31
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
8. RESULTADOS	35
9. DISCUSIÓN	44
10. CONCLUSIONES	48
11. RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	54

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas, laboral y económica de los usuarios con epilepsia del hospital universitario de Neiva.	35
Tabla 2 Caracterización del diagnóstico de epilepsia	36
Tabla 3 Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios durante el diagnóstico de la epilepsia	37
Tabla 4 Barreras administrativas de la atención en salud que presentan los usuarios con epilepsia durante el acceso oportuno a la consulta de control	39
Tabla 5 Barreras administrativas de la atención en salud que presentan los usuarios con epilepsia durante el acceso oportuno al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.	40
Tabla 6 Asociación entre variables sociodemográficas y barreras durante el diagnóstico y control de la epilepsia.	42
Tabla 7 Asociación entre variables sociodemográficas y barreras durante el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.	43

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Operacionalización de Variables	54
Anexo B. Presupuesto	61
Anexo C. Cronograma	63
Anexo D. Instrumento para la recolección de la información	66
Anexo E. Consentimiento Informado	78
Anexo F. Desistimiento Informado	80
Anexo G. Acuerdo de Confidencialidad	81
Anexo H. Carta de validación del instrumento	83

## RESUMEN

**Introducción:** las barreras de la atención en salud son el conjunto de situaciones de dificultad que se les presentan a los usuarios en el momento de obtener un servicio de salud de calidad.

**Objetivo:** Identificar las barreras administrativas de la atención en salud que se presentan en los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva.

**Método:**El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. La población fueron 34 pacientes con epilepsia, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El proyecto fue aprobado por el comité de ética y bioética del Hospital Universitario de Neiva y para recolectar la información se aplicó un formato de recolección de información tipo cuestionario mediante una entrevista dirigida.

**Resultados:**Se entrevistaron 34 pacientes con diagnóstico de epilepsia; 50% hombres y 50% mujeres, en un rango de edades de 19 a 71 años y el 52.9% con más de 12 años de diagnosticados con la enfermedad. Las barreras administrativas que más se presentaron fueron las relacionadas con el tiempo para la cita de control con neurología (94.1%) y con el acceso oportuno a los medicamentos (66.5%). Las relacionadas con el tiempo para la realización del electroencefalograma como medio diagnóstico fueron las que menos se presentaron en los pacientes (20.6%).

**Conclusiones:** se evidencia la falta de cumplimiento en cuanto a lo estipulado en la ley 1414 de 2010, la resolución 1552 de 2013 y la resolución 3974 de 2009 por parte de los diferentes entes que intervienen en el proceso de atención en salud.

**Palabras clave:** Barreras de la atención, diagnóstico, epilepsia, salud, derecho a la salud, acceso, accesibilidad a los servicios de salud, derecho a la vida, neurología, salud pública.



## **SUMMARY**

**Introduction:** The barriers of health care are the set of difficult situations that are presented to users when obtaining a quality health service.

**Objective:** To identify the administrative barriers of health care that are presented in users with epilepsy at the Hospital Universitario de Neiva.

**Method:** This study is descriptive, cross-sectional. The population were 34 patients with epilepsy, sampling was not probabilistic for convenience. The project was approved by the Ethics and Bioethics Committee of the University Hospital of Neiva and to collect the information, a questionnaire-type information collection format was applied through a directed interview.

**Results:** We interviewed 34 patients with a diagnosis of epilepsy; 50% men and 50% women, ranging in age from 19 to 71 years and 52.9% with more than 12 years of diagnosis. The administrative barriers that presented the most were related to the time of appointments with neurology (94.1%) and timely access to medications (66.5%). Those related to the time of realization of the electroencephalogram as diagnostic means were the least present in the patient (20.6%).

**Conclusions:** failure to comply with the provisions of law 1414 of 2010, resolution 1552 of 2013 and resolution 3974 of 2009 by the different entities that intervene in the process of health care.

**Key words:** Barriers, diagnosis, epilepsy, health, Right to Health, access, Health Services Accessibility, right to life, neurology, Public Health.

## INTRODUCCIÓN

Las barreras de la atención en salud se han convertido en un problema grave que impide la adecuada prestación de este servicio en Colombia. Es por esta razón que el acceso efectivo a la salud es difícil y genera complicaciones hacia los usuarios.

Estas barreras surgen a partir del deseo de querer proteger los intereses de las empresas prestadoras de los servicios de salud, quienes por ley deben ser rentables. Además, existen intereses personales que generan corrupción dentro del sistema.

Todos los colombianos acogidos en el sistema de seguridad social sufren este flagelo, pero en mayor proporción aquella población que padece de enfermedades de alto costo. Este es el caso de la población que padece epilepsia, enfermedad que cumple con algunas características como: altamente incapacitante, tratamiento costoso, de diagnóstico generalmente temprano, que afecta la edad productiva del individuo que la padece y con probabilidad de muerte tres veces aumentada en comparación con la población sana; por esta razón se ha decidido realizar una investigación que permita conocer cuáles son las barreras administrativas de la atención en salud en pacientes con epilepsia atendidos en el Hospital Universitario de Neiva durante el mes de Octubre del 2016.

## 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 1.1 ANTECEDENTES

Las barreras de la atención en salud es un tema ampliamente estudiado alrededor del mundo sin embargo en la literatura consultada se encontraron pocos estudios que se relacionen con la epilepsia. Es así, como dentro de la presente investigación se citarán diferentes estudios cuyos objetivos concuerdan con lo planteado por este proyecto.

A nivel internacional muchos investigadores han desarrollado estudios que permiten revelar a fondo la problemática de las barreras de acceso. Un ejemplo claro es la afirmación dada por LucRubinger et al(1) en Canadá a principios del 2016 donde concluye que los pacientes de ingresos altos contaban con una atención quirúrgica oportuna en relación con los pacientes de ingresos bajos, pues ellos tenían un tiempo total de espera de la cirugía mayor que los niños con nivel económico elevado, exponiéndolos así a complicaciones en su estado de salud actual, es por esto que la investigación revela la necesidad de abordar social y económicamente las barreras que se presentan para adquirir este tratamiento que puede ser de ayuda para estos pacientes y potencialmente curar su enfermedad.

Otra apreciación la aporta Gregory Krausset al(2) en el sur del Caribe en 2015 quien pretendía conocer el perfil de atención para esta patología en algunas islas del Caribe como: Barbados, Trinidad y Tobago, Granada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía. El científico concluyó que hay poca disponibilidad de recursos para la atención adecuada a pacientes con epilepsia evidenciada en el limitado acceso a la atención especializada, a las imágenes diagnósticas y al uso de medicamentos anticonvulsivantes, lo cual permite visualizar grandes problemas para la población con epilepsia, pues no solo deben aprender a vivir con esta enfermedad, sino que también con el riesgo de padecer sus complicaciones.

A nivel nacional se encontraron numerosos estudios que investigan las barreras en la atención en salud, sin embargo, la población objeto de estudio no fueron los usuarios con epilepsia específicamente. Dentro de los diferentes aportes se destaca el realizado por Amparo Susana Mogollón(3) en Colombia en el año 2007 quien concluye que desde las instituciones prestadoras de servicios de salud se presenta la exclusión social a la población desplaza, más que por problemas internos de cada institución, este fenómeno de rechazo se observa directamente desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que por más

esfuerzos normativos para favorecer su atención, aún se presentan desigualdades en la prestación de servicios de salud en los diferentes regímenes, por esta razón se hace necesario y de carácter urgente acciones gubernamentales que garanticen el cumplimiento de este derecho.

Para continuar hablando de los grandes vacíos normativos del SGSSS Yuly Marín(4) en Colombia en el año 2012 manifiesta que es necesario garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente en el país, además de considerar cambios legislativos que contribuyan a superar las inconsistencias en la atención en salud y de esta manera se logre garantizar el acceso a la atención integral y universal.

Relacionado con los estudios anteriores, se encontró el aporte realizado por Guillermo Sánchez et al(5) en Colombia en el año 2013 donde afirman que las barreras de atención para mujeres con cáncer de mama son evidentes y preocupantes pues a pesar de las leyes implementadas en el país para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad las usuarias que la padecen siguen teniendo inconvenientes para recibir la atención en salud integral que está legislada.

Se nota entonces como las distintas poblaciones del país que son afectadas por algún fenómeno patológico o social no cuentan con la atención adecuada y oportuna por diferentes problemáticas enmarcadas dentro del sistema de salud.

Se puede decir que esta es una de las características que tienen en común y que fundamentan la mala prestación de los servicios, pues a pesar de existir leyes que protegen a los usuarios, estas por lo general no son suficientes, aspecto que no es ajeno a la población que padece epilepsia, ellos deben ser atendidos dentro de este mismo sistema lleno de dificultades, que no garantiza una buena atención en salud y peor aun cuando hay una ley que los protege, como la ley 1414 del 11 de Noviembre de 2010, pero que no es puesta en práctica por las instituciones de salud.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las barreras de la atención en salud se pueden definir como las situaciones que se le presentan a una persona durante el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento de una patología que dificultan el acceso oportuno y de calidad a este servicio, estas pueden ser de origen económico, administrativo y técnico científico.

Con el fin de eliminar estas barreras se han venido adoptando normas tanto a nivel internacional como nacional para garantizar una buena asistencia en salud. Dentro de ellas se encuentra la política del desarrollo sostenible que para el ámbito de salud menciona que “es fundamental que los países promuevan la implementación de políticas que garanticen el acceso universal a los servicios de salud de calidad”(6) y así contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, disminuyendo la incapacidad y mortalidad de la población en general. Para el cumplimiento de este objetivo es necesario incluir los determinantes sociales, ambientales y económicos que interfieren en el acceso oportuno a los servicios de salud que el estado debe garantizar.

En el artículo 49 de la constitución política de Colombia se considera la salud como un (...servicio público esencial obligatorio...)(7) enmarcando el concepto dentro de un contexto de compra y venta de una mercancía, en esta medida, quienes cuentan con los recursos económicos suficientes pueden tener un acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud, contrario a las personas de bajos recursos quienes no tendrían esta oportunidad, fomentando así barreras de la atención en salud. Finalmente, la ley estatutaria 1751 del 2015 estableció la salud como: “un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”(8) representando así un gran avance en materia de equidad, de esta manera se garantiza la prestación del servicio de salud a todas las personas independientemente de su capacidad económica, ampliando la población beneficiada.

Sin embargo, el país desde hace unos años viene atravesando una crisis cada vez más difícil donde el acceso a los servicios de salud es complicado, donde los usuarios se ven sometidos a largas filas e interminables trámites para adquirir una cita médica, en repetidas ocasiones no reciben los tratamientos farmacológicos, terapéuticos y diagnósticos adecuados porque no pueden acceder a ellos pues su costo es elevado; de ahí en adelante se desencadena una serie de problemas, no únicamente sociales y jurídicos sino también, y el más grave, complicaciones a la salud de personas que acuden a estos servicios esperando recibir lo que por ley

está establecido y que comúnmente no es cumplido, es así como las barreras de la atención en salud afectan seriamente a los colombianos, pues la corrupción del sistema de salud que los rige hace evidente las trabas a las que los pacientes son sometidos, con el agravante de presentar un listado amplio de enfermedades de alto costo que en otros países no lo son.

Estas enfermedades no solo representan un impacto económico, también tienen una representación emocional y social importante, ya que son crónicas, aumentan los niveles de incapacidad y en algunas ocasiones generan estigma social, este es el caso de la epilepsia que para Colombia forma parte de la lista de enfermedades de alto costo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(9) define la epilepsia como un trastorno neurológico crónico que afecta a pacientes de todas las edades caracterizada por convulsiones parciales o generalizadas breves y recurrentes que pueden verse acompañadas de pérdida de la conciencia y del control de los esfínteres. Epidemiológicamente hablando en la actualidad unos 50 millones de personas en el mundo padecen epilepsia y se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos. “En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta”(9). Este fenómeno se puede asociar a los factores socioeconómicos y de salud pública por posible falta de acceso a los servicios de salud y a los tratamientos adecuados para su patología.

Este comportamiento no es exclusivo de los países en vía de desarrollo pues en Canadá, durante el estudio: Influencia del status socioeconómico en el tiempo de cirugía y resultados quirúrgicos en pacientes pediátricos con epilepsia se concluyó que “Los pacientes de menores ingresos tuvieron un TTS (Tiempo total de cirugía) significativamente mayor en relación con los pacientes de ingresos altos exponiéndolos a un riesgo mayor de posibles complicaciones a nivel cognitivo y de desarrollo”(1). Esta situación es preocupante en países en vía de desarrollo como las islas del sur del Caribe: Trinidad y Tobago, Barbados, Granada, San Vicente y las Granadinas donde Gregory Krausset al(2) encontraron que tan solo los primeros dos países tienen acceso a especialidades en neurología y a medios diagnósticos vitales para la detección de la epilepsia como el electroencefalograma y las imágenes cerebrales de resonancia magnética mientras que en los tres últimos, se limitan a la formulación de tratamiento antiepileptico básico.

A nivel nacional, según el Instituto Neurológico de Colombia (INC)(10), esta enfermedad la sufren 15 personas por cada 1000 habitantes, el 2% de la población total del país, pero solo el 30% de ellos se encuentran controlados, este porcentaje se debe a que la cantidad restante de pacientes en su gran mayoría no

se adhieren al tratamiento farmacológico, la medicación no es adecuada, las dosis son subterapéuticas, faltan programas de atención integral y por los mitos que existen alrededor de esta patología. Ellos afirman que el 70% se presenta con frecuencia en jóvenes en edades productivas, iniciando en la adolescencia generalmente por causas genéticas lo que confirma el alto impacto económico que implica, también se ha demostrado que son mayores los casos en mujeres con una prevalencia de 10.1 por cada 1000 habitantes.

Durante la revisión bibliográfica realizada no se encontraron estudios a nivel nacional y departamental, que describan las barreras de la atención en salud a las cuales se exponen los pacientes que padecen epilepsia, pero en cambio se hallaron algunos estudios que tratan de las barreras de la atención en salud aplicado a distintas poblaciones que pueden fundamentar el tema de investigación aquí planteado y que fueron anteriormente nombradas en el capítulo de antecedentes.

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las barreras administrativas de la atención en salud en pacientes con epilepsia atendidos en el Hospital Universitario de Neiva durante el mes de octubre del 2016?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que afecta aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, de las cuales 5 millones pertenecen a la región de las Américas y 800 mil personas viven en Colombia, quienes no solo deben vivir con la enfermedad sino también con la estigmatización social, la discriminación, las barreras en la atención para el diagnóstico y tratamiento. Según la OMS “La epilepsia se puede tratar fácil y asequiblemente con medicación diaria económica cuyo costo anual es apenas de unos US\$”(9). Es importante resaltar que en los países en vía de desarrollo como Colombia existen brechas que impiden la accesibilidad a los servicios de salud lo cual no permite que el paciente reciba un tratamiento eficaz que mejore su calidad de vida.

La OMS(9)también sugiere algunos estudios que han revelado que hasta el 70% de los niños y adultos pueden tratarse exitosamente con anticonvulsivantes. Además, después de 2 a 5 años de no presentar convulsiones se pueden retirar los medicamentos en los niños hasta en un 70% y en adultos 60% sin riesgo de recaída. Esta estrategia de tratamiento en las personas con epilepsia disminuiría los costos porque los pacientes no tomarían los medicamentos de por vida, además reduciría los efectos adversos que conllevan los fármacos anticonvulsivantes.

Actualmente existen diversas estrategias para la reducción de la brecha en el tratamiento de las personas con epilepsia a nivel internacional, nacional y regional; en Colombia existe la ley 1414 de 2010 que establece medidas especiales de protección para las personas con epilepsia y la atención integral, sin embargo en el contexto local se presentan diferentes barreras en salud que interfieren con el acceso a los recursos que le permitan mejorar su condición, por ende se hace necesaria la realización de esta investigación que permitirá identificar las barreras administrativas que se presentan a las personas con epilepsia y así exponer en el contexto actual la situación en la atención, diagnóstico y acceso al tratamiento. El estudio es novedoso porque por medio de él se lograría identificar y describir las barreras de tipo administrativo de la población objeto en el contexto local ya que no se encuentran evidencias de estudios sobre este tema, además de generar conocimiento para futuros estudios, al mismo tiempo extrapolar los resultados sobre esta problemática en salud permitiendo desarrollar estrategias y proyectos que puedan cambiar la situación actual.

Para tratar todos los campos de esta investigación se hace necesario nombrar los recursos económicos y de acompañamiento académico que se debe tener para realizar este trabajo, teniendo en cuenta estos aspectos se puede decir que el



estudio es viable y factible, pues se cuenta con disposición de talento humano compuesto de cuatro investigadoras y un docente asesor para la correcta elaboración de la investigación, además del acceso a los sujetos de estudio, a través del convenio Docencia – servicio existente entre la Universidad Surcolombiana y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar las barreras administrativas de la atención en salud que se presentan en los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva en octubre del 2016.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características sociodemográficas de los usuarios con epilepsia en el Hospital Universitario de Neiva.

Identificar las barreras administrativas de la atención en salud que se presentan durante el acceso al diagnóstico de la epilepsia a los usuarios atendidos en el Hospital universitario de Neiva.

Identificar las barreras administrativas de la atención en salud que se presentan durante el acceso a consulta de controles médicos a los usuarios con epilepsia atendidos en el Hospital Universitario de Neiva.

Identificar las barreras de la atención en salud que se presentan durante el acceso oportuno al tratamiento farmacológico y quirúrgico en los usuarios con epilepsia atendido en el Hospital Universitario de Neiva.

## 5. MARCO REFERENCIAL

### 5.1 MARCO TEÓRICO

La epilepsia es considerada una de las enfermedades más antiguas del mundo, pues de ella existen registros escritos que se remontan a 4000 años a.C. Desde entonces ha sido una patología ampliamente estigmatizada, pues las creencias populares y el pensamiento mágico-religioso de la época reconocían la epilepsia como una posesión demoniaca, así era como las personas que padecían esta enfermedad debían cargar con la presión social, el rechazo y la incompreensión. Actualmente esta enfermedad tiene explicación científica pero la estigmatización persiste en muchos lugares del mundo, lo que puede influir en el desarrollo de la personalidad y de la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Colombia es uno de estos países donde poco a poco y gracias a los aportes de la ciencia se ha venido cambiando el concepto de la epilepsia y formando una visión distinta de la enfermedad, es así como el Instituto Neurológico Colombiano (INC) considera la enfermedad como “un grupo de trastornos que causan alteración paroxística de la función cerebral secundaria a descargas eléctricas neuronales excesivas o sincrónicas”(11). Es también conocida como una enfermedad crónica que se caracteriza por movimientos involuntarios breves y repentinos llamados convulsiones, estos pueden afectar de manera local el cuerpo humano considerándose así como convulsiones parciales o también afectando su totalidad, lo que se conoce como convulsiones generalizadas, cabe resaltar que estos episodios pueden estar acompañados por la pérdida de la conciencia y pérdida del control de esfínteres.

Para la OMS(9) una sola convulsión no puede ser considerada epilepsia, pues se cree que aproximadamente el 10% de la población mundial ha sufrido una convulsión en su vida, por eso se hace necesario dos o más episodios convulsivos no provocados para considerarse como epilepsia. En la actualidad “unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia”(9), estudios recientes en países subdesarrollados sugieren una proporción que oscila entre 7 y 14 por cada 1000 personas y para Colombia se encontró “una prevalencia de 15 pacientes por 1.000 habitantes”(10) que padecen esta enfermedad. Anualmente la cifras que registran la incidencia de la enfermedad en países de alto ingreso es de 30 a 50 por cada 100.000 habitantes, mientras que en los países de ingresos bajos esta cifra puede ser tres veces mayor, lo que se puede atribuir al alto riesgo de presentar enfermedades endémicas, traumatismos por accidentes de tránsito,

traumatismos derivados del parto y falta de programas de salud preventiva y atención accesible. Es importante resaltar que, según datos tomados de la OMS, aproximadamente el 80% de la población total que padece epilepsia vive en países de medios y bajos recursos.

Dentro de los factores desencadenantes para que esta patología se pueden identificar tres grandes grupos: antecedentes familiares que hacen referencia a la presencia de la enfermedad y afecciones relacionadas en la familia; antecedentes personales que se refieren a la presencia de crisis febriles, infecciones del sistema nervioso central y traumatismo craneales; y por último antecedentes obstétricos donde se incluye: producto de primer embarazo, hijo de madre mayor de 35 años, hemorragia del primer trimestre, infección materna, preeclampsia, uso de drogas psicoactivas, tabaco o alcohol por la madre en embarazo, trabajo de parto prolongado, uso de oxitócicos, fórceps, presentación podálica o transversa, sufrimiento fetal y depresión del neonato.

Dentro de los factores causales de la epilepsia se conoce que esta no es una enfermedad contagiosa que puede ser de origen idiopático, es decir, sin una causa identificable o secundaria a una enfermedad, dentro de esta se pueden nombrar:

- Daño cerebral por lesiones prenatales o perinatales
- Malformaciones congénitas asociadas al cerebro
- Traumatismo craneoencefálico (TCE) grave
- Hipoxia cerebral por enfermedad cerebrovascular
- Infecciones cerebrales
- Tumores cerebrales

Estas tienen en común las grandes descargas eléctricas en las células cerebrales, las cuales pueden suceder en diferentes partes del cerebro, lo que se considera como un factor importante para determinar la gravedad de la convulsión, la aparición de los síntomas, la frecuencia con la que se presentan y los tipos de epilepsia, los cuales por ser tan ampliamente clasificados no se nombrarán en este documento.

Según la zona que se afecte en el cerebro se podrá considerar como un episodio leve y sin contracciones musculares, hasta convulsiones graves y prolongadas. Los síntomas que se presentan pueden ser transitorios, tales como pérdida de la conciencia, trastornos del movimiento, del humor y de los sentidos, especialmente

en la visión, la audición y el gusto, también tienden a sufrir mayores problemas físicos como fracturas y hematomas derivadas de los traumatismos ocasionados en cada convulsión, así como una mayor tasa de trastornos psicológicos como depresiones y ansiedad. El riesgo de muerte prematura es incluso tres veces mayor que el de lapoblación en general; mayor en los países subdesarrollados y mayor en las zonas rurales, pues en estos lugares las causas de defunción modificables no se previenen estas son: ahogamiento, quemaduras, caídas y convulsiones prolongadas. Finalmente, estas zonas afectadas del cerebro pueden influir en la frecuencia con la que se presentan las convulsiones variando entre una al año o más de una al día.

Para configurar el diagnóstico de la epilepsia, clasificarla adecuadamente e intentar establecer la causa, los médicos deben realizar una buena anamnesis, tener en cuenta todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad y apoyarse en exámenes diagnósticos que les permitan brindar un tratamiento adecuado al paciente con epilepsia, dentro de los estudios más utilizados se encuentran las resonancias magnéticas que permiten determinar la presencia de lesiones cerebrales y el electroencefalograma que evalúa la actividad eléctrica cerebral.

El tratamiento para esta enfermedad puede ser farmacológico donde diariamente se deben consumir fármacos anticonvulsivantes los cuales buscan estabilizar la actividad eléctrica del cerebro. La elección más adecuada de este depende de factores como el tipo de epilepsia, la edad del paciente, comorbilidades, embarazo o probabilidad de embarazo, sí el paciente recibe medicamentos para otras afecciones, también se debe tomar en cuenta los posibles efectos secundarios de la medicación. Se cree que un solo medicamento puede prevenir la aparición de las crisis, sin embargo, lo común es encontrar pacientes que toman varios medicamentos para controlar la aparición de las convulsiones dentro de ellos encontramos: Fenitoina, Acido Valprórico, Fenobarbital, Levetiracetam, Topiramato, Lamotrigina, Pregabalina, Clonazepam, Diazepam, Carbamazepina, Oxcarbamazepina, Vigabatrina, Clobazam, Gabapentina y Lacosamida.

En otros casos donde ningún medicamento tiene el efecto deseado y no se logra controlar las convulsiones farmacológicamente, se recurre a la cirugía como una forma de controlar la aparición de las crisis de una manera efectiva pero antes se deben realizar una serie de exámenes para determinar la viabilidad del procedimiento como: electroencefalograma, arteriografía cerebral y electrocorticografía. Estas cirugías son: la resección del foco epiléptico y la estimulación del nervio vago. Sin embargo según la OMS "Después de 2 a 5 años de tratamiento eficaz y una vez desaparecidas las convulsiones, los medicamentos se pueden retirar a un 70% de los niños y un 60% de los adultos, sin riesgo de ulterior recaída"(9) lo cual puede estimular a los pacientes a tener

una buena adherencia farmacológica que posteriormente les permita una mejor calidad de vida.

Dentro de las complicaciones asociadas a la epilepsia se encontró que las más frecuentes se deben a la resistencia de la enfermedad ante el tratamiento farmacológico, estos pacientes son tratados con múltiples medicamentos que en sus diversas combinaciones pueden producir sedación y trastornos conductuales además de enfrentar convulsiones intratables, prolongadas, frecuentes y status epiléptico asociado a deterioro cognitivo, disfunción psicosocial, conducta dependiente, estilo de vida restringido, calidad de vida insatisfactoria y mortalidad aumentada.

## 5.2 MARCO CONCEPTUAL

Barreras de la atención en salud: conjunto de situaciones de dificultad que presentan los usuarios a la hora de obtener servicios de salud de manera eficaz, oportuna y de calidad. Estas barreras pueden desencadenarse al intentar salvaguardar intereses de tipo administrativo, económico, político y social por parte de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) bajo la bandera de que el sistema general de seguridad social en salud debe ser autosostenible.

Según Agudelo et al(12) en Colombia en el año 2013, estas barreras se clasifican de acuerdo a la geografía cuando las condiciones de transporte y desplazamiento no son adecuadas para acceder de manera oportuna a los servicios de salud; económicas que aluden a la imposibilidad de acceder a estos servicios por falta de presupuesto para solventar los costos de los mismos; administrativas donde se presentan dificultades en cuanto a la organización de los servicios tales como los horarios de atención, los turnos, la tramitología y el aumento de los tiempos de espera por parte de las entidades prestadoras de salud y por último las barreras culturales donde se ponen en contraposición las creencias de los trabajadores de la salud y las de la población.

Acceso: Es un término controversialmente definido en donde los autores difieren, en si el acceso “es el ajuste entre las características de los servicios y las de la población”(13) o si es la utilización de los mismos. La diferencia entre los dos términos radica en que el primero va desde la búsqueda de la atención por parte del individuo hasta el inicio de esta y la segunda comprende desde la necesidad de la atención hasta la utilización de los servicios.

Accesibilidad: se denomina como(12) la organización de una oferta de servicios geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad la atención debe ser adecuada, suficiente y de calidad para satisfacer la demanda de la comunidad.

Acceso oportuno: Se define como la facilidad de alcanzar los servicios demandados por la población de manera rápida y en el momento de la necesidad teniendo en cuenta las diferentes características de la población.

Diagnóstico oportuno: es la posibilidad de acceder de manera rápida a los diferentes servicios de salud para el diagnóstico de alguna enfermedad con el fin de darle el manejo adecuado y solventar así las necesidades de la población.

Accesibilidad geográfica: es la capacidad de alcanzar un servicio ofertado geográficamente hablando, es decir, que el transporte, los medios, la distancia, y el tiempo de viaje deben ser aceptables para alcanzarlos.

Atención oportuna: posibilidad de recibir los servicios de salud en el momento de la presencia de la necesidad del paciente y así definir de manera temprana las diferentes conductas a realizar para satisfacer los requerimientos de la población.

Asequibilidad: es la posibilidad de adquirir los servicios de salud en materia de costos, disponibilidad de los servicios, recursos materiales, financieros y humanos.

Estatus Epiléptico: emergencia neurológica que requiere una atención inmediata.

### 5.3 MARCO LEGAL

A continuación, se citan las leyes y normas que a nivel nacional reglamentan y sustentan el proyecto de investigación.

El artículo 49 de la constitución política de Colombia de 1991(7) establece la salud como un servicio público a cargo del estado, esto incluye garantizar la atención, promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, además debe vigilar y controlar la prestación del

mismo; sin embargo, al considerarse un servicio público este derecho se ve inmerso en el mercadeo, donde quien paga tiene un mejor acceso y oportunidad.

En la ley 100, en los capítulos 1 y 2(14) se establecen las características, principios, derechos y deberes para prestar el servicio de salud, sin embargo estos no se cumplen en ningún ámbito, en especial, el principio de accesibilidad donde gran parte de los usuarios confirman los impedimentos al momento de requerir algún servicio de salud. Por otro lado la superintendencia de salud, que se encargada de vigilar el cumplimiento y la no vulneración del derecho a la salud no cumple con su función, esto se ve reflejado en las múltiples demandas que tiene el sistema.

La Ley estatutaria 1751 del 16 Febrero de 2015(8) establece la salud como derecho fundamental por medio de la sentencia C-634 de 2015, que comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, esta debe ser garantizada bajo responsabilidad del Estado a todas las personas sin distinción de ninguna naturaleza. También se establece que la salud debe ser integral lo que abre la posibilidad a una atención digna, sin embargo dentro de la misma ley se implementa la sostenibilidad fiscal, corriendo el riesgo de presentar los mismos inconvenientes de la ley 100, donde se pone por encima de la calidad de la atención la rentabilidad del sistema.

La Ley 1414 del 11 de noviembre de 2010(15) establece medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, dicta los principios y lineamientos para su atención integral. Se espera que la aplicación de esta ley optimice la atención, diagnóstico y tratamiento de las personas que padecen epilepsia, quienes se enfrentan a impedimentos en la atención en salud que afectan su calidad de vida.

La resolución 1552 del 1 de mayo de 2013 la cual hace modificaciones a los artículos 123 y 124 del decreto-ley 019 de 2012 donde se estipula el tiempo máximo de espera para la autorización de citas con especialistas, tiempo de asignación de citas con medicina general y disponibilidad de agenda para consulta con especialidades.

La resolución 429 de 2016(16) reglamenta el modelo integral de atención en salud (MIAS) como un instrumento que permite mejorar la prestación de los servicios teniendo en cuenta los antecedentes legales, de esta manera los entes



territoriales públicos e instituciones privadas encargadas de la administración y prestación de los servicios en salud deben adoptar esta nueva política pública.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, ya que buscaba identificar y describir las barreras administrativas de la atención en salud que se presentaron en los usuarios con epilepsia del Hospital universitario de Neiva. Fue de corte transversal pues identificó la prevalencia de las barreras de la atención en salud en un periodo de tiempo utilizando una prevalencia de periodo que permitiótomar información del pasado y de esta forma se cumplió con el objetivo del estudio.

### 6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.2.1 Población. Usuarios con epilepsia atendidos por la especialidad de neurología en el Hospital Universitario de Neiva.

6.2.2 Unidad muestral. Usuarios con diagnóstico de epilepsia atendidos por la especialidad de neurología en el mes de octubre del 2016 en el Hospital universitario de Neiva.

#### 6.2.3 Criterios de selección

##### 6.2.3.1 Criterios de inclusión.

- Personas que acepten participar en el estudio.
- personas mayores de 18 años
- Mínimo un año de haber sido diagnosticados con la patología.

##### 6.2.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones mentales.

- Pacientes que accedan a la consulta de neurología utilizando medicina prepagada.
- Pacientes que accedan a la consulta de forma particular.

6.2.4 Tamaño de la Muestra. No se calculó tamaño de la muestra pues esta, fue a conveniencia tomando la totalidad de pacientes con diagnóstico de epilepsia que asistieron al control con neurología y cumplieron los criterios de inclusión.

6.2.5 Muestreo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando los usuarios que consultaron los días lunes, miércoles, jueves y viernes en la tarde, aspecto que hizo que la población de la investigación fuera finita.

### 6.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.3.1 Método. Se aplicó el formato de recolección de la información que fue tipo cuestionario, el cual se elaboró teniendo en cuenta la operacionalización de variables y los objetivos del estudio, con cinco ítems que abarcan cada una de las variables a estudiar, estos son:

Características sociodemográficas de los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva: son características de la población que puedan ser medidas y que importantes para el análisis de la población a estudiar.

Caracterización del diagnóstico: son características de la patología que pueden ser medidas y que permite contextualizar las barreras administrativas de la atención en salud.

Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios durante el diagnóstico de la epilepsia: Son el conjunto de situaciones de dificultad que presentan los usuarios a la hora de obtener servicios de salud para el diagnóstico de la epilepsia.

Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia durante el acceso a consulta de control con especialista: Es el conjunto de situaciones de dificultad que presentan los usuarios para acceder a consultas de control con especialistas.

Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia durante el acceso al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico: es el conjunto de situaciones que dificultan el acceso al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.

6.3.2 Técnica. Se usó la entrevista estructurada, realizando preguntas predeterminadas e invariables a los usuarios, ellos escogieron su respuesta y la dieron de manera verbal, así se facilitó la aplicación de la entrevista y posteriormente el procesamiento de la información por la unificación de criterios.

6.3.3 Instrumento. se utilizó una encuesta estructurada previamente descrita y diseñada. (Ver Anexo D)

6.3.3.1 Validez del instrumento de recolección de la información. Para determinar la validez del instrumento se tomó como referencia el método de constructo, este representa que tan exitosamente el instrumento mide un evento, teniendo en cuenta ¿qué se mide? y ¿cómo se hace? El instrumento se sometió a la evaluación de 2 expertos que determinaron que este cumple con los objetivos y da respuesta a la pregunta de investigación. (Ver anexo H)

6.3.3.2 Confiabilidad del instrumento de recolección de la información. Se hizo por medio del método “test-retest” el cual consistió en aplicar el mismo instrumento dos veces a un conjunto de personas que cumplieron con las mismas características de la población estudio, la concordancia de los resultados de más del 90% en el instrumento, declararon este como confiable. Se tuvo en cuenta el tiempo entre cada aplicación del instrumento, este no fue ni muy corto como para que la persona encuestada recordara la respuesta anterior, ni tan largo como para confundir la interpretación, de esta manera se evitaron los sesgos de información

## 6.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.4.1 Procedimiento para la recolección. La recolección de la información se realizó durante el mes de octubre del año 2016; se asistió al consultorio médico buscando a los usuarios que cumplieran con los criterios de selección, las visitas se llevaron a cabo los días lunes, miércoles, jueves y viernes, de 2 a 4 de la tarde, se hizo la entrevista a los usuarios con epilepsia que llegaron a la consulta con

neurología y que aceptaron participar en el estudio, se le explicó el objetivo del estudio, se solicitó el diligenciamiento del consentimiento informado y de la encuesta dirigida.

6.4.2 Plan de análisis. El análisis de la investigación fue de tipo cuantitativo descriptivo, debido a que se hizo una descripción de las barreras administrativas que se presentaron en la muestra a través de la medición de las variables establecidas. Se realizó un análisis univariado con las variables cualitativas donde se calcularon frecuencias y porcentajes de cada una de las posibles respuestas, para las variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y dispersión; y se realizó un análisis bivariado, entre el nivel socioeconómico, el nivel del SISBEN, la zona de procedencia, el régimen de afiliación y las barreras presentadas durante el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad. Se utilizó el programa de Excel 2010 como herramienta de tabulación y análisis de los datos, obteniendo las frecuencias, las tablas y las gráficas necesarias para el estudio.

## 6. 5 CONTROL DE SESGOS

6.5.1 Sesgo de confusión. Se especificó que las barreras administrativas que se estaban evaluando eran las que se habían presentado con la epilepsia, sin incluir las barreras presentadas por otras enfermedades.

6.5.2 Sesgos de selección. Para el control de este sesgo se aplicó los criterios de inclusión y exclusión específicos para el estudio.

6.5.3 Sesgos de información. Para el control de este sesgo se realizó una prueba piloto que permitió verificar la comprensión de las preguntas planteadas en el instrumento. Por otro lado, la entrevista fue realizada por investigadoras capacitadas en el tema, quienes manejaron la misma información y estaban en la capacidad de responder a los interrogantes que se presentaron durante el desarrollo de la entrevista, así hubo concordancia interna entre cada una de las entrevistas realizadas.

## 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación, prevalecerá el respeto, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, teniendo en cuenta las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en Colombia. A cada participante se le informará y resolverá las dudas acerca de la investigación, una vez escuchen esta información, tendrán la autonomía para decidir voluntariamente si participan o no del estudio, posteriormente cada participante firmará el consentimiento informado requerido para participar de la investigación. (Ver anexo A).

El sujeto de investigación tendrá la libertad de terminar su participación en el estudio si considera que se le ha vulnerado su integridad (ver anexo B). Además, se tendrán en cuenta los principios éticos básicos de beneficencia y justicia descritos en el informe Belmont; (17) beneficencia como la privacidad que tendrán los participantes durante el proceso de recolección de la información y posteriormente la confidencialidad de los datos suministrados por el usuario, se brindará educación acerca de la ley 1414 por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, además se recogerá información que servirá de base para la realización de otros estudios que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, o con el establecimiento de protocolos institucionales que permitan estandarizar los servicios de salud.

La justicia se aplicará realizando la misma encuesta a todos los usuarios que cumplan con los criterios de selección y acepten participar del estudio, de modo que no se tendrá consideraciones especiales con ningún participante de la investigación.

La no maleficencia se establecerá principalmente porque no se realizarán intervenciones que modifiquen de forma intencionada las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, al igual que se garantizará la protección de los datos personales asignando un código a cada participante; además de que los investigadores firmarán un acuerdo de confidencialidad (ver anexo C).

De acuerdo con la declaración de Helsinki se tendrán en cuenta los principios de “promover y velar por la salud de los participantes” (18), además se buscará siempre el bienestar, la comodidad, la intimidad y la integridad, durante todo el proceso de recolección de la información, con este fin, el lugar donde se realizará

la entrevista deberá cumplir con las condiciones óptimas que garanticen este proceso.

A nivel nacional, esta investigación adopta los preceptos de la ley 266 de 1996, que define la enfermería como una “profesión liberal y una disciplina de carácter social” (19); esta “tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona” (19). En el desarrollo de la investigación se tendrá en cuenta la ley 911 de 2004, (20) por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia estableciendo el respeto por la dignidad, la protección por los derechos y el bienestar de los investigados.

Esta investigación se clasifica de riesgo mínimo según la Resolución 008430/93 y en cumplimiento con el artículo 6 y 8 de la resolución anteriormente mencionada “se protegerá la privacidad del sujeto de investigación” (21). El punto de inicio de contacto con el usuario será el momento en que acepte la participación en la investigación y el punto final será la culminación de la entrevista.

La investigación se realizará por enfermeras en formación con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una entidad de salud supervisada por las autoridades competentes; igualmente se contará con el talento humano y recursos materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación la cual sólo se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización de la facultad de salud de la universidad Surcolombiana y del comité de ética bioética e investigación del Hospital Universitario de Neiva.

Esta investigación tendrá un alcance local porque con ella se busca identificar las dificultades de la población con epilepsia al acceder a los diferentes servicios de salud, y con base a este antecedente, generar la implementación de políticas por parte del hospital universitario quien al ser una entidad de tercer nivel de atención, ser pionero en el manejo de pacientes con alteraciones neurológicas como la epilepsia y que busca la continua mejora en todo lo relacionado a calidad en la prestación de servicios de salud, este estudio beneficiaría en este aspecto. Tiene un impacto a largo plazo ya mencionado anteriormente, por ultimo esta investigación tiene una relación costo – beneficio tripartito, donde los sujetos de investigación se beneficiarán sobre la educación que se les brindará acerca de la ley 1414 para que conozcan sus derechos y tengan herramientas que permitan defenderlos; a las investigadoras del estudio les servirá como requisito de grado y

a la universidad Surcolombiana como compromiso por cumplir con la sociedad en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud.



## 8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación realizada en el servicio de consulta externa de Neurología del Hospital Universitario de Neiva, que se realizó con 34 pacientes con diagnóstico de epilepsia en el mes de octubre de 2016.

Tabla 1 Características sociodemográficas, laboral y económica de los usuarios con epilepsia del hospital universitario de Neiva.

VARIABLE	N=34 (%)	
<b>EDAD</b>	-Promedio	35.7
	-Mediana	28
	-Desviación estándar	17.0
	-Rango intercuartil	27
<b>SEXO</b>	-Hombre	17 (50)
	-Mujer	17 (50)
<b>ETNIA</b>	-Afrocolombianos	1 (2.9)
	-Indígenas	2 (5.9)
	-No aplica	31 (91.2)
<b>ÁREA DE RESIDENCIA</b>	-Urbana	26 (76.5)
	-Rural	8 (23.5)
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	-1	20 (58.8)
	-2	13 (38.2)
	-4	1 (2.9)
<b>NIVEL DEL SISBEN</b>	-1	21 (61.8)
	-2	6 (17.6)
	-3	7 (20.6)
<b>ESCOLARIDAD</b>	-Persona sin educación escolar	5 (14.7)
	-Primaria	13 (38.2)
	-Secundaria	11 (32.3)
	-Técnico	3 (8.8)
	-Tecnólogo	1 (2.9)
	-Pregrado	1 (2.9)
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	-Subsidiado	20 (58.8)
	-Contributivo	9 (26.5)
	-Especial – excepción	5 (14.7)
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	-Empleado	5 (14.7)
	-Desempleado	21 (61.7)
	-Independiente	5 (14.7)
	-Pensionado	1 (2.9)

	<i>-Estudiantes</i>	2 (5.8)
<b>INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES</b>	<i>-Menos de 689.000</i>	26 (76.5)
	<i>-689.000</i>	5 (14.7)
	<i>-Entre 690.000 y 1.378.000</i>	3 (8.8)
<b>TOTAL</b>		34 (100)

Fuente: bases de datos de la investigación

La población de estudio está constituida por 34 usuarios, con un rango de edad entre 19 y 71 años y el promedio de edad es 35 años con una desviación estándar de 17 años (Tabla 1).

En cuanto al sexo se encontró una relación de 1:1 es decir, por cada hombre hay una mujer; en la pertenencia étnica se observó que el 2.9% pertenece a la comunidad afrocolombiana y el 5.9% pertenece a alguna comunidad indígena; el área de residencia urbana es predominante con un 76.5 %; la mayor parte de los usuarios se encuentran en estrato 1 (58.8%) y en el nivel 1 del SISBEN (68.8%) (Tabla 1).

Más de la mitad de las personas (52.9%) tienen como máximo nivel de escolaridad la primaria o no tienen educación escolar; para el régimen de afiliación se observó que la mayoría de los usuarios son del régimen subsidiado con un 58.8%; en cuanto a la situación laboral fue más frecuente el desempleo entre los usuarios encuestados con un 44.1%; en los ingresos económicos se encontró que el 91.2% reciben 689.000 pesos mensuales o menos del salario mínimo (Tabla 1).

Tabla 2 Caracterización del diagnóstico de epilepsia

<b>VARIABLE</b>	<b>N=34 (%)</b>	
<b>TIEMPO TRANSCURRIDO EN AÑOS DESDE EL DIAGNÓSTICO</b>	<i>-Entre 1 y 5</i>	13 (38.2)
	<i>-Entre 6 y 11</i>	3 (8.8)
	<i>-Más de 12</i>	18 (52.9)
<b>TRATAMIENTO ACTUAL PARA LA EPILEPSIA</b>	<i>-Medicamentos</i>	31 (91.1)
	<i>-Medicamentos más tratamiento quirúrgico</i>	1 (2.9)
	<i>-No está recibiendo tratamiento porque no está siendo suministrado por la EPS o IPS</i>	1 (2.9)
	<i>-Se encuentra solamente en</i>	

	<i>control y no toma medicamentos.</i>	1 (2.9)
<b>TIEMPO EN MESES DEL ÚLTIMO EPISODIO CONVULSIVO</b>	-<1 -Entre 1 y 4 -Entre 5 y 8 -Entre 9 y 12 ->12	14 (41.1) 5 (14.7) 3 (8.8) 2 (5.6) 10 (29.4)
<b>CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO POR LA EPILEPSIA</b>	-Si -No	18 (52.9) 16 (47.0)
<b>TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS PARA LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</b>	-Entre 15 y 30 -Entre 31 y 60 -Entre 61 y 120	14 (77.7) 3 (16.6) 1 (5.5)
<b>TOTAL</b>		34 ( 100)

Fuente: bases de datos de la investigación

Más de la mitad de la muestra (52.9%) fue diagnosticada con epilepsia hace más de 12 años; en igual proporción han consultado en el último año al servicio de urgencias por la epilepsia, en donde el 77.7% fueron atendidos entre los 15 y 30 minutos. (Tabla 2)

Tabla 3 Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios durante el diagnóstico de la epilepsia

<b>VARIABLE</b>	<b>N= 34 (%)</b>	
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS DESDE LA ASIGNACIÓN DE LA CITA HASTA LA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL</b>	-Menos o igual a 3 -Entre 4 y 10 -Entre 11 y 17 ->17	22 (64.7) 5 (14.7) 3 (8.8) 4 (11.8)

<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS PARA LA AUTORIZACIÓN DE LA PRIMERA CITA CON ESPECIALIDAD NEUROLOGÍA</b>	-< 5 -Entre 5 y 10 -Entre 11 y 15 ->15	21 (61.8) 2 (5.9) 1 (2.9) 10 (29.4)
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS DESDE EL DÍA DE LA AUTORIZACIÓN HASTA LA CONSULTA POR PRIMERA VEZ CON NEUROLOGÍA</b>	-< 15 -Entre 15 y 30 -Entre 31 y 46 -Entre 47 y 60 ->60	20 (58.8) 4 (11.8) 4 (11.8) 3 (8.8) 3 (8.8)
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS DESDE LA ORDEN DEL ELECTRO-ENCEFALOGRAMA HASTA LA AUTORIZACIÓN</b>	-< 5 -Entre 5 y 10 -Entre 11 y 15 ->15	27 (79.4) 4 (11.8) 1 (2.9) 2 (5.9)
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS DESDE LA AUTORIZACIÓN DEL ELECTROENCEFALOGRAMA HASTA SU REALIZACIÓN</b>	-<15 ->15	28 (82.3) 6 (17.6)
<b>EL TIEMPO SELECCIONADO OBEDECE A:</b>	-Autorización anulada o mal generada por la IPS -Falta de contrato con IPS -Ausencia de red prestadora en el lugar de residencia -Otra	1 (2.9) 1 (2.9) 11 (32.3) 21 (61.8)
<b>CUAL:</b>	-Disponibilidad de agenda -Estancia hospitalaria -Insuficiencia en la oferta de la IPS	9 (81.8) 1 (9) 1 (9)
<b>USO DE MEDIOS DE PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL PARA ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	-Si -No	3 (8.8) 31 (91.1)
<b>TOTAL</b>		34 (100)

Fuente: bases de datos de la investigación

Se evaluaron las barreras administrativas durante el diagnóstico de los pacientes, encontrándose que 35.3% accedieron a la consulta de medicina general después de los 3 días de solicitada la cita; 38.2% tuvieron que esperar más de 5 días para la autorización de valoración por neurología y 41.2% más de 15 días después de la autorización, para la atención por parte de neurología. Casi una tercera parte

(29.4%) tuvieron que esperar más de 30 días, después de la autorización, para la valoración por primera vez por neurología. (Tabla 3)

Para la realización del electroencefalograma como medio de diagnóstico fundamental, se observó que el 20.6% se demoraron más de 5 días desde la orden hasta la autorización del mismo y en tiempo de espera desde la autorización hasta la realización de este, se encontró que el 17.6% tuvieron demoras iguales o superiores a 15 días. Este tiempo se debe en su mayoría (81.8%) a la ausencia de red prestadora en el lugar de residencia. (Tabla 3)

Se encontró también que el 8.8% (n=3) de los pacientes han utilizado a algún medio de protección constitucional y de estos, todos usaron la tutela obteniendo respuesta a lo solicitado. (Tabla 3)

Tabla 4 Barreras administrativas de la atención en salud que presentan los usuarios con epilepsia durante el acceso oportuno a la consulta de control

VARIABLE	N=34 (%)	
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS DESDE LA ORDEN HASTA LA AUTORIZACIÓN DE LA CITA DE CONTROL CON NEUROLOGÍA</b>	-<15	19 (55.8)
	-Entre 15 y 30	4 (11.8)
	-Entre 31 y 46	3 (8.8)
	-Entre 47 y 60	2 (5.8)
	->60	6 (17.6)
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS PARA AUTORIZACIÓN DE CITA DE CONTROL CON NEUROLOGÍA</b>	-<5	23 (67.6)
	-Entre 5 y 10	3 (8.8)
	-Entre 11 y 15	1 (2.9)
	->15	7 (20.5)
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS DESDE LA SOLICITUD DE CITA DE CONTROL CON NEUROLOGÍA HASTA LA CONSULTA</b>	-<15	2 (5.8)
	-Entre 15 y 30	10 (29.4)
	-Entre 31 y 46	10 (29.4)
	-Entre 47 y 60	4 (11.8)
	->60	8 (23.5)
<b>EL TIEMPO SELECCIONADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR OBEDECE A:</b>	-Falta de tiempo personal para solicitar la cita	1 (2.9)
	-Falta de contrato con la IPS	7 (20.5)
	-Otra	24 (70.6)
	-No aplica	2 (5.8)
<b>TOTAL</b>		34 (100)

Fuente: bases de datos de la investigación

Dentro de las barreras de acceso relacionadas con el control médico, teniendo en cuenta el número de controles que deben ser realizados por neurología sobre el número de controles realizados por esta especialidad, se encontró que la proporción de cumplimiento de la consulta de control fue mayor al 80% en los pacientes que debían realizarse entre 1 y 2 controles y tan solo del 23% en los pacientes que requerían realizarse más de 3 controles al año, teniendo una periodicidad de 4 a 6 meses entre cada control (44.1%). (Tabla4)

El tiempo máximo de espera desde la orden hasta la autorización de la consulta fue mayor a 30 días en el 32.2% de la población mientras que el tiempo máximo de espera para la autorización de la cita de control por parte de la EPS fue mayor a 5 días en el 32.4% de los encuestados.(Tabla 4)

El tiempo de espera desde la solicitud de la cita con neurología hasta la consulta fue de 15 a 46 días (58.8%) este tiempo seleccionado según la mayoría de los usuarios encuestados obedece a otras causas con un 70.6% donde encontramos que la falta de disponibilidad de agenda es la razón más frecuente entre los usuarios con un 87.5%. Se observó que el 5.9% utilizó mecanismos de protección constitucional siendo la tutela, el más usado con un 100%. Este mismo porcentaje de usuarios manifestaron poder acceder al servicio requerido después de la interposición del mecanismo de protección constitucional. (Tabla4)

Tabla 5 Barreras administrativas de la atención en salud que presentan los usuarios con epilepsia durante el acceso oportuno al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.

<b>VARIABLE</b>	<b>N=34 (%)</b>	
<b>TIEMPO DE ESPERA EN DÍAS PARA ENTREGA TOTAL DE MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS</b>	-<2 -Entre 2 y 3 -Entre 4 y 5 ->5	11 (33.3) 1 (3) 2 (6) 18 (54.5)
<b>¿HA RECIBIDO LOS MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS SIN INTERRUPCIÓN?</b>	-Si -No	12 (36.3) 21 (63.6)
<b>¿ALGUNA VEZ HA TENIDO QUE COMPRAR LOS MEDICAMENTOS PARA LA EPILEPSIA?</b>	-Si -No	17 (51.5) 16 (48.5)
<b>USO DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN</b>		

<b>CONSTITUCIONAL PARA EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS</b>	- <i>Si</i>	2 (5.9)
	- <i>No</i>	32 (94.1)
<b>TOTAL</b>		34 (100)

Fuente: bases de datos de la investigación

Para el tratamiento farmacológico, se encontró que más de la mitad de las personas han presentado barreras para acceder a su tratamiento, pues el 54.5% manifestaron que han tenido que esperar para la entrega total de los medicamentos más de 5 días y el 63.3% refirieron no haber recibido los medicamentos sin interrupción y el 51.5% de los usuarios tuvieron que comprar los medicamentos antiepilépticos por cuenta propia (Tabla 5).

Casi la totalidad de la población manifestó no haber recurrido a mecanismos de protección constitucional para acceder al tratamiento farmacológico. En cuanto al tratamiento quirúrgico, no se evidenciaron resultados significativos para este estudio (Tabla 5).

Tabla 6 Asociación entre variables sociodemográficas y barreras durante el diagnóstico y control de la epilepsia.

Se encontró que la mitad de las personas con ingresos por debajo a un salario mínimo, tuvieron que esperar más de 15 días para la consulta por primera vez por Neurología, diferente a las personas con un ingreso superior que solamente lo fue en un 12.5%, siendo este resultado estadísticamente significativo (Tabla 6).

BARRERAS ADMINISTRATIVAS  VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	DURANTE EL DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA				DURANTE EL ACCESO OPORTUNO A LA CONSULTA DE CONTROL			
	TIEMPO PARA LA AUTORIZACIÓN DE LA PRIMERA CITA CON NEUROLOGÍA  >5 días.	p	ESPERA DESDE LA AUTORIZACIÓN HASTA LA CONSULTA POR PRIMERA VEZ CON NEUROLOGÍA  >15 días.	p	TIEMPO DESDE LA SOLICITUD DE LA CITA HASTA LA CONSULTA DE NEUROLOGIA  >15 días.	P	TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACIÓN DE LA CITA CON NEUROLOGÍA  >5 días.	p
<b>SEXO</b> <i>Hombre</i> <i>Mujer</i>	7 (41.1%) 6 (35.2%)	0.72	7 (41.1%) 7 (41.1%)	1.0	17 (100%) 15 (88.2%)	0.7	7 (41.1%) 4 (23.5%)	0.27
<b>NIVEL SOCIECONÓMICO</b> <i>Estrato 1</i> <i>Estrato 2 y 4</i>	7 (35%) 6 (42%)	0.64	9 (45%) 5 (35.7%)	0.59	18 (90%) 14 (100%)	0.7	9 (45%) 6 (42.8%)	0.90
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b> <i>Subsidiado</i> <i>Contributivo/Especial</i>	8 (40%) 5 (35.7%)	0.80	10 (50%) 4 (28.57%)	0.21	18 (90%) 14 (100%)	0.7	6 (30%) 5 (35.7%)	0.73
<b>INGRESOS MENSUALES</b> <i>&lt;689.000</i> <i>≥689.000</i>	10 (38.5 %) 3 (37.5%)	0.96	13 (50%) 1 (12.5%)	0.05	24 (92.3%) 8 (100%)	0.7	12 (46.1%) 3 (47.5%)	0.67

Fuente: bases de datos de la investigación



Tabla 7 Asociación entre variables sociodemográficas y barreras durante el tratamiento farmacológico.

No se encontró asociación entre las barreras de acceso al tratamiento farmacológico y las variables sociodemográficas (Tabla 7).

BARRERAS ADMINISTRATIVAS	DURANTE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y/O QUIRÚRGICO					
	TIEMPO DE ESPERA PARA ENTREGA TOTAL DE MEDICAMENTOS	p	CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	p	COMPRA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	p
VARIABLE SOCIODEMGRÁFICA	>5 días.		No.		Sí.	
<b>SEXO</b> <i>Hombre</i> <i>Mujer</i>	11 (64.7%) 8 (47,0%)	0.30	10 (58.8%) 11 (64.7%)	0.72	9 (52.9%) 8 (47%)	0.73
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b> <i>Estrato 1</i> <i>Estrato 2 y 4</i>	13 (65%) 10 (71.5%)	0.69	12 (60%) 9 (64%)	0.80	10 (50%) 7 (50%)	0.56
<b>SEGURIDAD SOCIAL</b> <i>Subsidiado</i> <i>Contributivo/Especial</i>	10 (50%) 9 (64.2%)	0.41	12 (60%) 9 (64.2%)	0.80	10 (50%) 7 (50%)	1.0
<b>INGRESOS MENSUALES</b> <i>&lt;689.000</i> <i>689.000</i>	15 (60%) 8 (87%)	0.12	15 (57.7%) 6 (75%)	0.34	13 (52%) 3 (37.5%)	0.54

## 9. DISCUSIÓN

En la ley 1414 de 2010, que ha respaldado esta investigación se establecen algunos principios para su ejercicio, estos son: la universalidad, Solidaridad, Dignidad, Igualdad e integración, los cuales están orientados a mejorar la atención integral de los pacientes con epilepsia por medio de la continuidad y el acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud, otorgando responsabilidades a los entes que participan en la atención de estos pacientes para “promover, educar y proteger a todas las personas que padecen epilepsia”(15), proporcionando ambientes favorables a los pacientes y a sus familias con el fin de garantizar su incorporación en la sociedad a través de la implementación de políticas públicas que fomenten el respeto a los derechos humanos que les permita gozar de las mismas libertades y oportunidades sin ninguna discriminación.

Estos principios por si solos revelan un panorama muy alentador para los usuarios con epilepsia, pero es otra la realidad a la que se enfrentan los colombianos cuando requieren los servicios de salud.

En cuanto las barreras administrativas durante el diagnóstico, el 38,2% de los pacientes tuvieron que esperar más de 5 días para que la EPS autorizara la consulta con Neurología, incumpliendo la normatividad vigente, la cual estipula que la cita por medicina especializada requiere autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud (EPS), “esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud”(22).

En la guía de práctica clínica (GPC) del ministerio de salud y de la organización panamericana de la salud, sobre el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia donde se recomienda que “todos los adultos que presenten una primera crisis sean valorados lo más pronto posible por un especialista en manejo de epilepsias, a fin de asegurar un diagnóstico preciso y temprano, así como el inicio de una terapia adecuada a sus necesidades”(23), también son contradictorios con los resultados de esta investigación ya que para acceder a una cita por primera vez con la especialidad de neurología los usuarios debieron esperar más de 15 días (41.2%) y para la realización del electroencefalograma, más de 5 días (17.6%).

Salcedo (2006) et al, en un estudio realizado con pacientes epilépticos de la misma institución encontraron que “es necesario reformular el modelo de la

atención para mejorar el acceso de los pacientes epilépticos a la consulta y a la medicación”(24). Esto es similar a los resultados de esta investigación donde se evidencia que aún existen barreras en el acceso a la consulta de diagnóstico y en las diferentes etapas del tratamiento de la enfermedad alterando la oportunidad del diagnóstico y la continuidad de la atención.

En cuanto a las consultas de control con neurología se vio más afectada la población que requiere más de 3 controles en el año con una proporción de cumplimiento de tan solo el 23%, es decir, las personas que tienen mayores complicaciones durante su enfermedad y que requieren un control más estricto no alcanzan la cantidad de consultas que necesitan para el manejo de su enfermedad. El 80% de cumplimiento en los pacientes con 1 y 2 controles al año, se debe a que la población que debería realizar 3 o más controles en el año, está realizando 1 o máximo 2 controles.

Para el tiempo de autorización por parte de la EPS se evidenció retrasos mayores a 5 días en más del 30% de los encuestados. Según esto, se siguen presentando incumplimientos a los tiempos establecidos en la resolución 1552 de 2013 (17) anteriormente mencionado, posiblemente por el sistema de autorización establecido por algunas EPSs que prolongan los tiempos para las autorizaciones solicitadas.

El tiempo de espera para la asignación de la cita por la especialidad de neurología presentó retrasos de hasta 46 días siendo evidente la cantidad exagerada de tiempo que deben esperar los usuarios para obtener una consulta. La principal causa es la falta de agenda para la asignación de las citas, esta situación contrasta con lo definido en la resolución ya mencionada, donde establece que “las EPS de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida” (22).

Esta situación también tiene que ver con la disponibilidad de especialistas en la región, caso específico del Hospital Universitario de Neiva, sede de este estudio, donde un solo neurólogo atiende pacientes de la región surcolombiana, con una proporción aproximada para el departamento del Huila de 0.34 neurólogos por

cada 100.000 habitantes<sup>1</sup> dificultando así la disponibilidad de agenda en esta entidad.

Según una encuesta realizada en Colombia(25)se encontró que para el año 2011, existe 1 neurólogo por cada 100.000 habitantes, mientras que “en Estados Unidos, para este mismo año hay un neurólogo por cada 22.880 habitantes y para la población española, 1 especialista en neurología por cada 23.500 pobladores” (26). Así, este déficit de especialistas se constituye como un determinante en las barreras de acceso a la consulta de control.

Los mecanismos de protección constitucional fueron utilizados por una minoría de los encuestados, mientras que los demás no los usaron independientemente de los motivos por los cuales no los utilizaron.

Las barreras administrativas encontradas durante el tratamiento de la epilepsia están asociadas principalmente con la entrega oportuna y continúa del tratamiento farmacológico en personas de estratos bajos, 1 y 2, que pertenecen al régimen subsidiado. Lo anterior concuerda con lo planteado en el boletín de Organización Mundial de la Salud en conjunto con la ILAE (Liga Internacional Contra la Epilepsia) del año 2007, donde se evidencia que “En los países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente las tres cuartas partes de las personas epilépticas podrían no recibir el tratamiento necesario”(27); dentro de las causas atribuibles a este fenómeno se encuentran: la no disponibilidad del medicamento en farmacia, por lo que la entrega se realizó en un tiempo mayor a 5 días, al ser una población perteneciente a estratos bajos e ingresos económicos reducidos solo la mitad puede comprar el tratamiento necesario debido a los altos costos del mismo.

Esto concuerda con el estudio, Realidad actual de la epilepsia en Chile y las Américas, donde se menciona que “países con producto geográfico bruto (GPD) más bajo tiene precios más altos, lo cual hace mucho más inalcanzable estos fármacos antiepilépticos (FAEs) a la población con epilepsia” (28) prolongando así el tiempo sin medicación que aumenta el riesgo de recaídas por el manejo inadecuado de los fármacos.

Por otra parte los usuarios pertenecientes al régimen especial en su totalidad, manifestaron no tener interrupción en el tratamiento farmacológico ya que su EPS brinda de manera oportuna la medicación, evidenciando así la diferencia en los regímenes de afiliación en el acceso a los servicios de salud, lo que concuerda con el estudio, “Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993”, que concluye que “una cuarta parte de los asegurados en el régimen

---

<sup>1</sup> Estimación DANE de población departamento del Huila 2016

contributivo que reciben una prescripción médica no obtienen ningún medicamento de la aseguradora, y en el caso del régimen subsidiado esta proporción se eleva a un tercio”(29).

El tratamiento de la epilepsia se puede realizar de forma quirúrgica si se considera una epilepsia refractaria; en Colombia se soporta lo anteriormente dicho por medio de estudios como: “Cirugía de epilepsia en niños: conceptos generales y experiencia en el hospital universitario San Ignacio”, que concluye que “La cirugía es una alternativa para el tratamiento de epilepsia que ofrece mejoría e incluso remisión de las crisis”(30) y que además tiene un buen pronóstico en la recuperación, sin embargo, aunque en la población estudiada se encontraron usuarios con más de 12 años de tratamiento con fármacos y que aun presentan crisis epilépticas no se consideraban otras alternativas de tratamiento.

Para finalizar es importante resaltar las principales limitaciones y fortalezas del estudio. Identificando así, el tiempo en el que se realizó la recolección de la información como la principal limitación y por esta razón la población estudio fue menor de lo que se esperaba. Dentro de las fortalezas se resalta el apoyo del servicio de neurología a la investigación, que fue de vital importancia para el acceso a la fuente de información. Además el estudio permitió identificar barreras administrativas que deben tenerse en cuenta para garantizar el derecho a la salud.

## 10. CONCLUSIONES

Se evidenció la falta de cumplimiento de la ley 1414 de 2010, la resolución 1552 de 2013 y la resolución 3974 de 2009 por parte de los diferentes entes que intervienen en el proceso de atención en salud que debería ser supervisado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional de salud para garantizar el cumplimiento de la normatividad establecida.

De las barreras administrativas evaluadas en el estudio, las menos frecuentes fueron las que se presentaron durante el acceso al diagnóstico de la epilepsia y las más evidentes se presentaron durante el acceso al tratamiento farmacológico.

En las barreras administrativas durante el diagnóstico, la más frecuente fue: El tiempo de espera para la autorización de la primera cita con especialidad neurología y la menos frecuente fue el tiempo de espera desde la orden del electro-encefalograma hasta su autorización

Las barreras administrativas de la atención en salud son más evidentes en el acceso a los medicamentos por deficiencias en la entrega oportuna y continuidad del tratamiento farmacológico, principalmente a personas de estrato socioeconómico 1 y 2 pertenecientes al régimen subsidiado, lo cual demuestra la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, donde la población más pobre es la más afectada y debe recurrir a la compra particular de sus medicamentos para evitar complicaciones mayores a su salud.

Los pacientes con epilepsia que requieren más de 3 controles tienen mayor probabilidad de presentar barreras administrativas para el acceso a la cita de control con la especialidad de neurología, este tiempo obedece a la falta de disponibilidad de agenda y de recurso humano contribuyendo al aumento del tiempo de espera para la asignación de estas citas.

## 11. RECOMENDACIONES

El gobierno nacional debe promover acciones a favor de las personas que padezcan epilepsia para que gocen de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin discriminación alguna como lo establece la ley 1414 de 2010.

El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia Nacional de Salud deben garantizar el cumplimiento de la ley 1414 de 2010 en los diferentes niveles de atención en salud que permitan una atención de calidad para esta población.

En el Hospital Universitario de Neiva se debe realizar la difusión de la ley 1414 de 2010, informando al personal de salud y a los usuarios con diagnóstico de epilepsia y así, fortalecer y mejorar la atención brindada a esta población.

El Hospital Universitario de Neiva debe establecer una ruta de atención desde el diagnóstico hasta las citas de control con la especialidad de neurología para garantizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad.

El Hospital Universitario de Neiva debe garantizar el correcto funcionamiento del call center para la asignación de citas con el servicio de neurología.

El Hospital Universitario de Neiva debe garantizar la disponibilidad de agenda para la asignación de citas la totalidad de días hábiles del año como lo establece la resolución 1552 de 2013 en el artículo 1.

En servicio de neurología se debe brindar educación al usuario y a su familia sobre la epilepsia, el tratamiento y control de la enfermedad pues esto es determinante para el buen manejo de la enfermedad, además éste accionar contribuye al fortalecimiento y autocuidado del usuario.

El Hospital Universitario de Neiva debe incluir la asistencia y apoyo técnico, científico y psicológico al cuidador y grupo familiar como primer respondiente en la atención inicial del paciente con epilepsia, para contribuir de manera eficaz y profesional en el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

La facultad de salud debe realizar más investigaciones sobre la epilepsia por ser una patología crónica de interés en salud pública, que afecta de manera importante la calidad de vida de esta población y aumenta el riesgo de muerte prematura. A través de estas investigaciones se podrá respuesta a las necesidades de esta población.

La facultad de salud debe realizar futuras investigaciones que ayuden a comprender mejor las barreras administrativas orientadas al acceso oportuno al tratamiento farmacológico con una población de estudio más representativa.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubinger L, Chan C, Andrade D, Go C, Smith ML, Snead OC, et al. Socioeconomic status influences time to surgery and surgical outcome in pediatric epilepsy surgery. *Epilepsy Behav.* 2016 Feb;55:133–8.
2. Krauss G, Sandy S, Corbin DOC, Bird-Compton J, Jack F, Nelson B, et al. Epilepsy care in the southern Caribbean. *Epilepsy Behav.* 2015 Oct;51:267–72.
3. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia. *Cad Saúde Pública.* 2008 Apr;24(4):745–54.
4. Marín Y, Chávez B. Inconsistencias in the affiliation of the Colombian health system: an administrative barrier to the comprehensive treatment of medical emergencies. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014 Apr;32(1):62–70.
5. Sánchez V G, Laza V C, Estupiñán G C, Estupiñán G L. Barriers to healthcare access: narratives of women with breast cancer in Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014 Dec;32(3):305–13.
6. OMS | La salud es esencial para el desarrollo sostenible [Internet]. [cited 2016 May 30]. Available from: [http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/un\\_resolution/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/es/)
7. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia [Internet]. [cited 2016 May 30]. Available from: [http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion\\_Politica\\_de\\_Colombia.htm](http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm)
8. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2016 May 30]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
9. OMS. Epilepsia [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/>
10. Instituto Neurológico de Colombia. Epilepsia [Internet]. [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://epilepsia.institutoneurologico.org/descripcion/epidemiologia.html>

11. Instituto Neurológico de Colombia. ¿Qué es la epilepsia? [Internet]. [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://epilepsia.institutoneurologico.org/descripcion/que-es-la-epilepsia.html>
12. Agudelo Estupiñan A del C, Gomez Amaya PC, Montes Gonzalez J, Pelayo GB. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil – Santander. [Internet] [Thesis]. 2015 [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/1841>
13. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Access to health care in Colombia. Rev Salud Pública. 2010 Oct;12(5):701–12.
14. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 1414 de 2010 [Internet]. [cited 2016 Jun 1]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40746>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 [Internet]. [cited 2016 Jun 1]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)
17. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Informe de Belmont [Internet]. [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. 2013 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 1996 [Internet]. [cited 2016 Sep 8]. Available from: [http://www.anec.org.co/images/Documentos\\_ANEC/ley\\_266\\_1996.pdf](http://www.anec.org.co/images/Documentos_ANEC/ley_266_1996.pdf)
20. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004 [Internet]. [cited 2016 Sep 8]. Available from: [http://www.anec.org.co/images/Documentos\\_ANEC/Ley911de2004.pdf](http://www.anec.org.co/images/Documentos_ANEC/Ley911de2004.pdf)
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Res 8430 1993 [Internet]. [cited 2016 Sep 8]. Available from: [https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf)

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552 de 2013 [Internet]. [cited 2016 Nov 27]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53131>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica Sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia [Internet]. [cited 2016 Nov 27]. Available from: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_epilepsia/gpc\\_epilepsia\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_epilepsia/gpc_epilepsia_completa.aspx)
24. Osorio CE. Características de la epilepsia en la consulta externa en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo del 2003-2005. [cited 2016 Nov 27]; Available from: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Medicina/212.T.G-Carol-Paola-Salcedo-C.,-Jaime-Andres-Salcedo-C.,-Marco-Antonio-Plazas-R.,-Carlos-Enrique-Osorio-2006.pdf>
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 27]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home\\_6.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home_6.aspx)
26. Cerón M, Fernando J. A survey about neurology practice in Colombia. *Acta Neurológica Colomb.* 2012 Dec;28(4):180–6.
27. ILAE, OMS. Epilepsia en Latinoamérica [Internet]. [cited 2016 Nov 27]. Available from: [http://www.ilae.org/Visitors/Centre/Trans\\_Spanish.cfm](http://www.ilae.org/Visitors/Centre/Trans_Spanish.cfm)
28. Manuel Campos P, Eduardo Barragán P, Lilian Cuadra O. Realidad actual de las epilepsias en Chile y Latinoamérica. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2013 Nov;24(6):891–902.
29. Gómez RD. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2010 Dec;9(19):243–5.
30. Rueda MC, Díaz LC, Zorro ÓF. Cirugía de epilepsia en niños: conceptos generales y experiencia en el Hospital Universitario San Ignacio. *Univ Médica.* 2014;56(3):275–279.

# ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de Variables

Objetivos específicos	Variable	Definición	Dimensiones	Nivel de medición
Describir las características sociodemográficas de los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años cumplidos	Años cumplidos	Razón
	Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Hombre ____ Mujer ____	Nominal
	Nivel educativo	Máximo nivel educativo alcanzado	Primaria____ Secundaria____ Técnico____ Tecnólogo____ Pregrado____ Posgrado____	Ordinal
	Nivel Socioeconómico	Clasificación que se realiza teniendo en cuenta los bienes que posee una persona	1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_	Ordinal
	Nivel del SISBEN	Clasificación socioeconómica	1_ 3_ 5_ 2_ 4_ 6_ NA____	Ordinal
	Régimen de afiliación	Pertenencia a una empresa promotora de servicios de carácter público o privado	Contributivo Subsidiado Especial Vinculado	Nominal
	Situación Laboral	Realización de una actividad humana libre ya sea material o intelectual, permanente o transitoria que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra o de manera independiente	Empleado Desempleado Independiente No aplica	Nominal
	Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales	Afrocolombiano Indígenas Pueblos ROOM Ninguno	Nominal
	Área de residencia	Zona que está destinada para	Urbana Rural	Nominal

		vivienda		
	Ingresos Económico del hogar	Cantidad de dinero en pesos que recibe por realizar una actividad laboral	-Menos de un salario mínimo -Un salario mínimo. -Entre más de un salario mínimo y menos de dos - Más de dos salarios mínimos	Ordinal
Identificar las barreras de la atención en salud que se presentan a los usuarios durante el diagnóstico de la epilepsia.	Tiempo diagnosticado con la patología	Tiempo en años que lleva una persona con el diagnóstico de epilepsia	a. Entre 1 y 5 años. b. Entre 6 y 11 años. c. Más de 12 años	Nominal
	Tratamiento actual	Tipo de tratamiento que tiene prescrito actualmente	a. Medicamentos b. Tratamiento quirúrgico c. medicamentos más tratamiento quirúrgico d. No está recibiendo tratamiento porque no ha sido suministrado por la EPS o IPS e. Se encuentra solamente en control y no toma medicamentos.	Nominal
	Antigüedad del último episodio convulsivo	Tiempo en meses desde la última convulsión	a. Menos de un mes b. Entre 1 y 4 meses c. Entre 5 y 8 meses d. Entre 9 y 12 meses e. Más de 12 meses	Nominal
	Requerimiento de servicio de urgencias	Necesidad de acudir a urgencias por un asunto relacionado con la epilepsia	a. Si_____ b. No_____	Nominal
	Periodo de espera en la	Tiempo que transcurre para	< 15 minutos	

	atención en urgencias.	el acceso al servicio de salud según el TRIAGE en el servicio de urgencias	<30 minutos <60 minutos 120 minutos >120 minutos	Nominal
	Periodo de espera para la atención en salud por medicina general.	Tiempo en días que transcurre desde la solicitud para el acceso al servicio con médico general hasta recibir la atención	a. Menos O Igual A 3 Días b. Entre 4 Y 10 Días c. Entre 11 Y 17 Días d. >17 Días.	Nominal
	Periodo de espera para la autorización de servicios de medicina especializada.	Tiempo en días que transcurre desde la solicitud para el acceso al servicio con médico especializada hasta recibir la atención	<5 días Entre 5 y 10 días Entre 10 y 15 días >15 días	Nominal
	Periodo de espera para la atención por medicina especializada.	Tiempo en días que transcurre desde la autorización de la cita hasta la atención de medicina especializada	<15 días Entre 15 y 30 días Entre 31 y 46 días Entre 46 y 60 días >60 días	Nominal
	Periodo de autorización de servicios de salud para electroencefalograma.	Tiempo en días que transcurre desde la solicitud hasta la autorización del procedimiento	<5 días Entre 5 y 10 días Entre 10 y 15 días >15 días	Nominal
	Acceso oportuno a electroencefalograma para epilepsia.	Posibilidad de acceder de manera rápida a la realización del examen diagnóstico para la epilepsia	<15 días Entre 15 y 30 días Entre 31 y 46 días Entre 46 y 60 días >60 días	Nominal
	Justificación de selección de la respuesta anterior	Causa por la cual escogió la respuesta de la pregunta anterior	a. Falta de tiempo personal para solicitar la cita b. Autorización anulada o mal generada por la EPS c. Falta de contrato con IPS	Nominal

			d. Ausencia de red prestadora en el lugar de residencia e. Otra, cual_____	
	Empleo de algún mecanismo de segunda instancia	Uso de mecanismos para la protección de los derechos fundamentales	Si___ No___	Nominal
	Mecanismo de segunda instancia utilizado	Tipo de mecanismo de protección de los derechos fundamentales usado para acceder al servicio de salud	Derecho de petición ____ Acción de tutela___	Nominal
	Efectividad del mecanismo de protección constitucional	Capacidad del usuario para acceder al servicio de salud después de aplicar el mecanismo de protección constitucional.	a. Si____ b. No___ c. No aplica	Nominal
Identificar las barreras de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia durante el acceso a consulta de control con especialista.	Controles a ser realizados por neurología	Número de controles anuales que deben ser realizados por especialidad neurología	a. 1 Control b. 2 Controles c. 3 Controles d. 4 Controles e. >4 Controles	Nominal
	Controles por medicina general	Número de controles anuales que fueron realizados por medicina general	a. 1 Control b. 2 Controles c. 3 Controles O Más d. Ninguno	Nominal
	Controles realizados por neurología	Número de controles anuales que fueron realizados por neurología	a. 1 Control b. 2 Controles c. 3 Controles O Más d. Ninguno	
	Periodicidad de los controles con neurología	Tiempo entre una consulta de control y otra	a. Entre 1 Y 3 Meses b. Entre 4 Y 6 Meses c. Entre 7 Y 9 Meses d. Entre 10 Y 12	Nominal



			Meses e. Más De 12 Meses	
	Periodo de espera de autorización para acceso a control por medicina especializada.	Tiempo en días que transcurre desde la solicitud hasta el acceso a la cita de control con especialista	<5 días Entre 5 y 10 días Entre 10 y 15 días >15 días	Nominal
	Periodo de espera para la atención por medicina especializada	Tiempo en días que transcurre desde la autorización hasta el acceso de la atención con medicina especializada	<15 días Entre 15 y 30 días Entre 31 y 46 días Entre 46 y 60 días >60 días	Nominal
	Justificación de selección de la respuesta anterior	Causa por la cual escogió la respuesta anterior	a. Falta de tiempo personal para solicitar la cita b. Autorización anulada o mal generada por la EPS c. Falta de contrato con IPS d. Ausencia de red prestadora en el lugar de residencia e. Otra, cual _____ f. No aplica	Nominal
	Empleo de algún mecanismo de segunda instancia	Uso de mecanismo para la protección de los derechos fundamentales	Si ___ No ___	Nominal
	Mecanismo de segunda instancia utilizado	Tipo de mecanismo de protección de los derechos fundamentales usado para acceder al servicio de salud	Derecho de petición ____ Acción de tutela ____	Nominal
	Efectividad del mecanismo de protección constitucional	Capacidad del usuario para acceder al servicio de salud después de aplicar el mecanismo de protección constitucional.	a. Si ____ b. No ____	Nominal

Identificar las barreras de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia en el acceso oportuno al tratamiento farmacológico y quirúrgico.	Periodo de espera para recibir tratamiento farmacológico completo.	Tiempo en días que transcurre desde que se formula el medicamento hasta el usuario lo obtiene	a. < 2 Días b. Entre 2 Y 3 Días c. Entre 4 Y 5 Días d. >5 Días	Nominal
	Compra de tratamiento farmacológico	Necesidad de adquirir los medicamentos particularmente	a. Si____ b. No____	Nominal
	Empleo de algún mecanismo de segunda instancia	Uso de mecanismo para la protección de los derechos fundamentales	Si____ No__	Nominal
	Mecanismo de segunda instancia utilizado	Tipo de mecanismo de protección de los derechos fundamentales usado para acceder al servicio de salud	Derecho de petición ____ Acción de tutela____	Nominal
	Efectividad del mecanismo de protección constitucional	Capacidad del usuario para acceder al servicio de salud después de aplicar el mecanismo de protección constitucional.	a. Si ____ b. No ____	Nominal
	Continuidad del tratamiento farmacológico.	Recibir el tratamiento farmacológico sin interrupción durante el tiempo de la enfermedad	Si____ No____	Nominal
	Autorización del tratamiento quirúrgico	Tiempo de espera para autorización del tratamiento quirúrgico	a. Entre 1 Y 3 Meses b. Entre 4 Y 7 Meses. c. Entre 8 Y 12 Meses d. >12 Meses e. No Aplica	Nominal
	Periodo de espera para recibir tratamiento	Tiempo en meses que transcurre desde la solicitud de la cirugía hasta la	Entre 1 y 3 meses Entre 4 y 7 meses Entre 8 y 12 meses >12 meses.	Nominal

	quirúrgico.	realización de la misma		
	Empleo de algún mecanismo de segunda instancia	Uso de mecanismo para la protección de los derechos fundamentales	Si___ No___	Nominal
	Mecanismo de segunda instancia utilizado	Tipo de mecanismo de protección de los derechos fundamentales usado para acceder al servicio de salud	Derecho de petición ____ Acción de tutela___	Nominal
	Efectividad del mecanismo de protección constitucional	Capacidad del usuario para acceder al servicio de salud después de aplicar el mecanismo de protección constitucional.	a. Si_____ b. No_____ c. No aplica	Nominal

Anexo B. Presupuesto

PRESUPUESTO GLOBAL					
No.	ÍTEM				TOTAL (Pesos Colombianos)
1	Equipo, Software y Servicios técnicos				2400000
2	Materiales y suministros				28800
3	Talento humano				4100000
4	Varios e imprevistos				60000
	<b>TOTAL</b>				2488800
PRESUPUESTO DETALLADO					
Equipo, Software y Servicios técnicos					
No.	DESCRIPCIÓN	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL
1	Computadores	unidad	2	1200000	2400000
Subtotal 1					0
Materiales y suministros					
No.	DESCRIPCIÓN	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL
1	Fotocopias	Hoja	480	50	24000
2	Lapiceros	Unidad	4	800	3200
3	Carpetas	Unidad	4	400	1600
Subtotal 2					28800
Talento humano					
No	DESCRIPCIÓN	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL
1	Asesor	Persona	1	2100000	2100000
4	investigadoras	Personas	4	500000	2000000
<b>Subtotal</b>					4100000
Varios e imprevistos					
No.	DESCRIPCIÓN	UNIDADES	No. UNIDADES	VALOR UNIDAD	TOTAL
1	imprevistos	-	-	-	100000
Subtotal 3					100000

Anexo C. Cronograma

ACTIVIDAD	DE FEBRERO 8 A JUNIO 1 DE 2016				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				
	16SEMANAS				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				
					2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Preparación y presentación del proyecto de investigación																									
Presentación del proyecto de																									

investigación al comité de ética del HUHMP de Neiva.																						
Correcciones sugeridas por el comité de ética y bioética del HUHMP																						
Validación del formato de recolección de la información y Prueba piloto																						
Ajuste al formato de recolección de la información																						
Recolección de la																						

información																					
Tabulación de la información																					
Análisis de la información.																					
Elaboración y entrega del informe final.																					
Divulgación de los resultados. Plenaria final																					



**BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN  
PACIENTES CON EPILEPSIA  
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



OBJETIVO: Identificar las barreras administrativas de la atención en salud que se presentan en los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva en septiembre y octubre del 2016.

**I. Características sociodemográficas, económicas y laborales de los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva**

1. Edad\_\_\_\_\_
2. Sexo
  - A. Hombre
  - B. Mujer
3. Nivel de escolaridad máximo alcanzado
  - A. Persona Sin Educación Escolar
  - B. Primaria
  - C. Secundaria
  - D. Técnico
  - E. Tecnólogo
  - F. Pregrado
  - G. Posgrado



4. Nivel socioeconómico

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5
- F. 6

5. Nivel del SISBEN

- A. 1
- B. 2
- C. 3

6. ¿A qué régimen de seguridad social en salud pertenece?

- A. Subsidiado
- B. Contributivo
- C. Especial – Excepción
- D. Vinculado – (Población Pobre No Asegurada)

7. ¿Cuál es su situación laboral?

- A. Empleado
- B. Desempleado
- C. Independiente
- D. Pensionado
- E. Estudiante

8. ¿Pertenece a alguna etnia?

- A. Afrocolombianos
- B. Indígenas

- C. Pueblos Room - Gitanos
- D. No Aplica

9. Área De Residencia
- A. Rural
  - B. Urbana

10. ¿Cuántos son sus ingresos económicos en promedio mensualmente?
- A. Menos De 689.000
  - B. 689.000
  - C. Entre 690.000 Y 1.378.000
  - D. Más De 1.378.000

II. Caracterización del diagnóstico de epilepsia

11. ¿Hace cuántos años le diagnosticaron epilepsia?
- A. Entre 1 y 5 años
  - B. Entre 6 y 11 años
  - C. Más de 12 años

12. ¿Cuál es su tratamiento para la epilepsia actualmente?

- A. Medicamentos
- B. Tratamiento quirúrgico
- C. Medicamentos más tratamiento quirúrgico
- D. No está recibiendo tratamiento porque no está siendo suministrado por la EPS o IPS
- E. Se encuentra solamente en control y no toma medicamentos

13. ¿Hace cuánto fue el último episodio convulsivo?
- A. Menos de un mes
  - B. Entre 1 y 4 meses

- C. Entre 5 y 8 meses
- D. Entre 9 y 12 meses
- E. Más de 12 meses

14. ¿En el último año ha acudido a un servicio de urgencias por un evento relacionado con epilepsia?

- A. Si
- B. No

15. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar para que lo atiendan en el servicio de urgencias exceptuando el tiempo de la consulta en TRIAGE?

- A. 15 - 30 Minutos
- B. 31 - 60 Minutos
- C. 61 – 120 Minutos
- D. >120 Minutos
- E. No Aplica

**III. Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios durante el diagnóstico de la epilepsia.**

16. ¿Durante el diagnóstico de su enfermedad cuantos días espero por una consulta externa con un médico general a partir del día que solicitó la cita?

- A. Menos O Igual A 3 Días
- B. Entre 4 Y 10 Días
- C. Entre 11 Y 17 Días
- D. >17 Días.

17. ¿Durante el diagnóstico de su enfermedad cuánto ha sido el tiempo máximo que ha esperado por la autorización de la primera cita con la especialidad de neurología?

- A. <5 Días
- B. Entre 5 Y 10 Días
- C. Entre 11 Y 15 Días
- D. >15 Días

18. ¿Durante el diagnóstico de su enfermedad cuantos días ha esperado desde el día de la autorización de la cita hasta la consulta por primera vez con la especialidad de neurología?

- A. <15 Días
- B. Entre 15 Y 30 Días
- C. Entre 31 Y 46 Días
- D. Entre 47 Y 60 Días
- E. >60 Días

19. ¿Durante el diagnóstico de su enfermedad cuantos días ha esperado desde que se le ordena un electroencefalograma hasta su autorización?

- A. <5 Días
- B. Entre 5 Y 10 Días
- C. Entre 11 Y 15 Días
- D. >15 Días

20. ¿Durante el diagnóstico de su enfermedad cuantos días ha esperado desde la autorización de un electroencefalograma hasta su realización?

- A. <15 Días
- B. Entre 15 Y 30 Días
- C. Entre 31 Y 46 Días
- D. Entre 47 Y 60 Días
- E. >60 Días

21. El tiempo seleccionado en la pregunta anterior obedece principalmente a:

- A. Falta de tiempo personal para solicitar la cita
- B. Autorización anulada o mal generada por la EPS
- C. Falta de contrato con IPS
- D. Ausencia de red prestadora en el lugar de residencia
- E. Otra, cual \_\_\_\_\_
- F. No aplica

22. ¿Durante el diagnóstico de la enfermedad ha utilizado algún medio de protección constitucional (derecho de petición, tutela, acción de desacato, apelación de tutela) para acceder a un servicio de salud?

- A. Si
- B. No

23. ¿Qué mecanismo de protección constitucional ha utilizado?

- A. Derecho de petición ante EPS y/o IPS
- B. Petición o queja ante superintendencia nacional de salud o secretaria de salud departamental
- C. Tutela
- D. Acción De Desacato
- E. Apelación De Tutela
- F. Otra
- G. Ninguno

24. ¿Si utilizó algún medio de protección constitucional finalmente logró acceder al tratamiento a través de su EPS?

- A. Si
- B. No
- C. No Aplica

**III. Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia durante el acceso a consulta de control.**

25. ¿Cuántos controles debe realizar al año con el especialista en neurología?

- A. 1 Control
- B. 2 Controles
- C. 3 Controles
- D. 4 Controles
- E. >4 Controles

26. ¿Cuántos controles han sido realizados por un médico general en el último año?

- A. 1 Control
- B. 2 Controles
- C. 3 Controles O Más
- D. Ninguno

27. ¿Cuántos controles han sido realizados por el especialista en neurología en el último año?

- A. 1 Control
- B. 2 Controles
- C. 3 Controles O Más
- D. Ninguno

28. ¿cuánto tiempo en meses hay entre los controles con la especialidad de neurología?

- A. Entre 1 Y 3 Meses
- B. Entre 4 Y 6 Meses
- C. Entre 7 Y 9 Meses
- D. Entre 10 Y 12 Meses

E. Más De 12 Meses

29. ¿Cuánto tiempo ha esperado para una cita de control con médico general?

A. Menos O Igual A 3 Días

B. Entre 4 Y 10 Días

C. Entre 11 Y 17 Días

D. >17 Días

30. ¿Cuánto tiempo ha esperado para la autorización por parte de la E.P.S para una cita de control con la especialidad de neurología?

A. <5 Días

B. Entre 5 Y 10 Días

C. Entre 11 Y 15 Días

D. >15 Días

31. ¿Cuántos días ha esperado desde la orden hasta la autorización de la cita de control con la especialidad de neurología?

A. <15 Días

B. Entre 15 Y 30 Días

C. Entre 31 Y 46 Días

D. Entre 47 Y 60 Días

E. >60 Días

32. ¿Cuántos días ha esperado desde la solicitud de la cita hasta la consulta con la especialidad de neurología?

A. <15 Días

B. Entre 15 Y 30 Días

C. Entre 31 Y 46 Días

D. Entre 47 Y 60 Días

E. >60 Días

33. El tiempo seleccionado en la pregunta anterior obedece principalmente a:
- A. Falta de tiempo personal para solicitar la cita
  - B. Autorización anulada o mal generada por la EPS
  - C. Falta de contrato con IPS
  - D. Ausencia de red prestadora en el lugar de residencia
  - E. otra, cual \_\_\_\_\_
  - F. No aplica
34. ¿Ha utilizado algún mecanismo de protección constitucional (derecho de petición, tutela, acción de desacato, apelación de tutela) para acceder a una cita de control con la especialidad de neurología?
- A. Si
  - B. No
35. ¿Qué medio de protección constitucional ha utilizado para acceder a una cita de control con la especialidad de neurología?
- A. Derecho de petición ante EPS y/o IPS
  - B. Petición o queja ante superintendencia nacional de salud o secretaria de salud departamental
  - C. Tutela
  - D. Acción De Desacato
  - E. Apelación De Tutela
  - F. Otra
  - G. Ninguna
36. ¿Si utilizó algún medio de protección constitucional finalmente logró acceder al tratamiento a través de su EPS?
- A. Si
  - B. No
  - C. No Aplica



**IV. Barreras administrativas de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia en el acceso oportuno al tratamiento farmacológico y/o quirúrgico.**

37. ¿Cuánto tiempo ha esperado para que le entreguen los medicamentos completos para la epilepsia?

- A. < 2 Días
- B. Entre 2 Y 3 Días
- C. Entre 4 Y 5 Días
- D. >5 Días

38. ¿Ha recibido los medicamentos para la epilepsia sin interrupción por parte de la EPS?

- A. Si
- B. No

39. ¿Alguna vez ha tenido que comprar los medicamentos para la epilepsia?

- A. Si
- B. No

40. ¿Ha utilizado algún medio de protección constitucional (derecho de petición, tutela, acción de desacato, apelación de tutela) para acceder a los medicamentos?

- A. Si
- B. No

41. ¿Qué medio de protección constitucional ha utilizado para acceder a los medicamentos?

- a. Derecho de petición ante EPS y/o IPS
- b. Petición o queja ante superintendencia nacional de salud o secretaria de salud departamental
- C. Tutela
- D. Acción De Desacato
- E. Apelación De Tutela
- F. Otra
- G. Ninguna

42. ¿Si utilizó algún medio de protección constitucional finalmente logró acceder al tratamiento farmacológico a través de su EPS?

- A. Si
- B. No
- C. No Aplica

43. ¿Cuantos días ha esperado desde la solicitud hasta la autorización del tratamiento quirúrgico?

- A. <15 Días
- B. Entre 15 Y 30 Días
- C. Entre 31 Y 46 Días
- D. Entre 47y 60 Días
- E. >60 Días
- F. No Tiene Indicaciones Quirúrgicas

44. ¿Cuantos meses ha esperado desde la solicitud hasta realización del tratamiento quirúrgico?

- A. Entre 1 Y 3 Meses
- B. Entre 4 Y 7 Meses
- C. Entre 8 Y 12 Meses

- D. >12 Meses
- E. No Aplica

45. ¿Ha utilizado algún medio de protección constitucional para acceder al tratamiento quirúrgico?

- A. Si
- B. No
- C. No Aplica

46. ¿Qué medio de protección constitucional ha utilizado para acceder al tratamiento quirúrgico?

- A. Derecho De Petición Ante Eps Y/O IPS
- B. Petición O Queja Ante Superintendencia Nacional De Salud O Secretaria De Salud Departamental
- C. Tutela
- D. Acción De Desacato
- E. Apelación De Tutela
- F. Otra
- G. Ninguna

47. ¿Si utilizó algún medio de protección constitucional finalmente logró acceder al tratamiento quirúrgico a través de su EPS?

- A. Si
- B. No
- C. No Aplica

## Anexo E. Consentimiento Informado

<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA</b>		
<b>Título del estudio</b>	<b>BARRERAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTES CON EPILEPSIA</b>	
<b>Investigadores principales</b>	<b>Mónica Andrea Ortega Hoyos, Laura Daniela Andrade, Yandri Cardoso Polania y Diana Patricia Ortiz Díaz</b>	
<b>Afiliación del Investigador</b>	<b>Universidad Surcolombiana Neiva-Huila</b>	
<b>Sede del estudio</b>	<b>Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo</b>	
<b>Nombre del participante</b>		<b>Identificación:</b>
<p>A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación de enfermería. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.</p> <p><b>1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.</b></p> <p>Es necesaria la realización de esta investigación para identificar las barreras que se presentan a las personas con epilepsia durante la atención en salud y así identificar medidas para mejorar la atención en salud.</p> <p><b>OBJETIVO DEL ESTUDIO</b></p> <p>Identificar las barreras de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva en septiembre y octubre del 2016.</p> <p><b>2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO</b></p> <p>Generar conocimiento sobre las barreras de la atención en salud en usuarios con epilepsia que será útil para futuros estudios, permitiendo desarrollar estrategias y proyectos que puedan cambiar la situación actual y mejorar la calidad de la atención en estos usuarios. Los beneficios para los participantes del estudio será la información y la educación sobre la ley 1414 de 2010 por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia</p> <p><b>3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO</b></p> <p>La investigación planteada es de tipo descriptivo, por lo que en ningún momento será usted sometido(a) a intervención de ningún tipo. Usted participará de esta investigación mediante la realización de una encuesta anónima que permita identificar las barreras de la atención en salud que se presentan a los usuarios con epilepsia.</p>		

## 5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Los riesgos a los cuales están expuestos los usuarios durante la investigación no dependen ni se derivan de ella sin embargo se pueden manifestar episodios convulsivos, pues la población que se maneja se encuentra en constante riesgo de presentarlos, de igual manera crisis emocionales, las cuales pueden ser manejadas por el personal encuestador.

## 6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- Puede abandonar el estudio cuando lo desee sin tener ningún tipo de represión en la atención en salud
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.

## 7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin que mi identidad sea revelada. Convengo en participar en este estudio de investigación.

_____	_____	_____	_____
<b>Nombre del participante</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Ciudad</b>
_____	_____	_____	_____
<b>Nombre del testigo</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Ciudad</b>
_____	_____	_____	_____
<b>Nombre del investigador</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Ciudad</b>

Anexo F. Desistimiento Informado

**DESISTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ he participado voluntariamente en el estudio en mención hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

---

---

---

---

---

---

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio

Fecha: (día / mes / año)

CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo (si aplica)

Fecha: (día / mes / año)

CC. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los investigadores

Fecha: (día / mes / año)

CC. \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cedula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ como investigador principal del proyecto: “Barreras de la atención en salud en pacientes con epilepsia atendidos en el Hospital Universitario de Neiva durante los meses de septiembre y octubre del 2016”; me comprometo a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las encuestas y de todo tipo de información que sea revisada sobre los pacientes que participarán en el estudio a realizar.
2. Velar porque los investigadores y demás colaboradores en esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de las encuestas aplicadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y no divulgar ningún dato personal de las encuestas u otros documentos revisados.
4. Utilizar los datos recolectados solamente para el cumplimiento de los objetivos de esta investigación y no de otras subsiguientes.
5. Ser responsable y honesto en el manejo de las encuestas y de todo documento que se revise y que esté bajo custodia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
6. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.

7. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y /o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los \_\_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_.

NOMBRE INVESTIGADOR PRINCIPAL

FIRMA

NÚMERO DE CÉDULA

TELÉFONOS DE CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO



## Anexo H. Carta de validación del instrumento

Neiva, 10 de Agosto de 2016

Estudiantes

Laura Daniela Andrade Trujillo

Mónica Andrea Ortega Hoyos

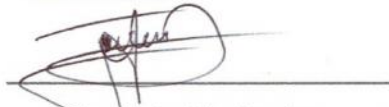
Yandri Cardoso Polania

Diana Patricia Ortiz Díaz

Cordial saludo

Con el fin de dejar constancia de la validación del instrumento denominado "BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTES CON EPILEPSIA", que tiene como objetivo, identificar las barreras de la atención en salud de tipo administrativo que se presentan en los usuarios con epilepsia del Hospital Universitario de Neiva en septiembre y octubre del 2016, afirmamos que se realizó la revisión del instrumento en cuestión, se dieron recomendaciones para la corrección del mismo, las cuales fueron consideradas de la mejor forma por el grupo investigador. Por lo cual, concluimos que el contenido y estructura del instrumento se ajustan a lo planteado en los objetivos, certificamos su idoneidad y validez para ser aplicado.

Atentamente:



Jesús Andrés Ramírez  
Enfermero Especialista en  
Gerencia de la Calidad  
Y auditoria en salud



Guillermo Gonzalez  
Manrique  
Medico Neurólogo

## Anexo I. Acta de aprobación comité de ética y bioética HUHMP



### COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

#### ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 009-002

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 22 de Septiembre del 2016.

Nombre completo del Proyecto: "BARRERAS ADMINISTRATIVAS DE LA ATENCION EN SALUD EN PACIENTES CON EPILEPSIAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA "

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Investigador Jorge Andres Ramos Castañeda y Coinvestigadoras Diana Patricia Ortiz Díaz, Laura Daniela Andrade Trujillo, Yandri Cardoso Polania, Mónica Andrea Ortega H.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de Octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
  - a.  Resumen del proyecto
  - b.  Protocolo de Investigación
  - c.  Formato de Consentimiento Informado.
  - d.  Protocolo de Evento Adverso.
  - e.  Formato de recolección de datos
  - f.  Folleto del Investigador (si aplica)
  - g.  Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
  - h.  Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera de riesgo mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

*¡ Servimos con calidez humana !*

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co) Email: [hospitalneiva@yahoo.com](mailto:hospitalneiva@yahoo.com)  
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
  - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
  - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
  - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
  - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
  - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
  - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
  - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
  - h. El Investigador se compromete con hacer entrega de un artículo publicado en una revista indexada, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
  - i. Si este proyecto avalado va participar en evento académico, informar de manera escrita al Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital UHMP.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre Investigador: Jorge Andres Ramos Castañeda.

  
Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO  
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.