

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y SEMINARIOS**



TESIS DE GRADO

“PROPUESTAS JURÍDICAS, INSTITUCIONALES Y SOCIALES QUE ESTABLEZCAN UNA POLÍTICA DE PROTECCIÓN PARA ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD”

(Tesis para optar el grado de licenciatura en derecho)

Postulante: Univ. Vanessa Montecinos.

Tutora: Dra. Nancy Tufiño Rivera.

La Paz - Bolivia

2008

Dedicatoria:

A la luz de mi camino mi mamita Ana Maria Montecinos, por el gran esfuerzo que hace para sacarnos adelante; a Eric; mis hermanitos Paola, Carla, Erick, Samuel y mi sobrinito Adrian quienes me inspiran y alientan a seguir adelante en el largo camino de la vida

A toda la familia Montecinos Avendaño, En especial a mi abuelita Abigail quien me enseña grandes valores, a mi abuelito Samuel quien me dio el amor paterno más puro y sincero, a mis tíos: Dilo, Eva, Adalid, Jhonny y Abigail por el gran apoyo que nos brindan, a mis Primitos queridos: Aldo, Jhoanna, Diego y Josué.

A todos los pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica quienes necesitan del apoyo de toda la población.

Agradecimientos:

A la Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados, a cargo de la Sra. Rosario Rodríguez asegurada en la CNS por abrirme las puertas de la asociación y brindarme información eficiente.

Al Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) A cargo del Dr. Romel Rivero Director General de INASES, Al Dr. Cristian Orozco responsable del Área de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación y a la Dra. Erika Barrancos, por la información brindada.

Al Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud y Deportes a cargo de la Dra. Ana Claudia Pacheco, por la información brindada.

A mis tutores: Dra. Nancy Tufiño quien con toda paciencia e interés me guió en todo el desarrollo de la tesis y al Dr. Arturo Vargas quien sin ningún interés nos brindo el apoyo incondicional a los egresados de la gestión 2007 anual.

Resumen “Abstract”

“Propuestas jurídicas, Institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con Insuficiencia Renal Crónica en la Caja Nacional de Salud”.

Si Bien es cierto que la población asegurada en la Caja Nacional de Salud cuenta con protección sanitaria, también es cierto que el índice de enfermedades terminales va en aumento, tal es el caso de la Insuficiencia Renal Crónica que al principio era considerada una enfermedad incurable donde solo se esperaba el deceso del paciente, hoy en día se ha demostrado que el enfermo renal puede ser tratado e incluso curado a través del trasplante de riñón.

En el primer capítulo se menciona el surgimiento de la Seguridad Social con la Revolución Industrial, donde nacen las primeras protestas por parte de la clase obrera en rechazo al mal trato dado por los empleadores, para luego pasar a la Seguridad Social en Bolivia, donde se evidencia que desde el Imperio Incaico velaban por el bienestar de toda su población, con el paso de los años la actividad minera se convirtió en la principal fuente de trabajo, creándose seguros de salud y vivienda entre los más importantes para los trabajadores.

En el Segundo capítulo se hace mención a la teoría Jurídico-Social que defiende los derechos fundamentales de todo ser humano como ser la Vida, Salud y Seguridad Social los cuales deben ser respetados y resguardados por todo el mundo, para luego pasar al marco conceptual donde se menciona que la insuficiencia renal crónica es la disminución gradual, progresiva e irreversible de la función de los riñones, así como otros conceptos necesarios de saber.

En el tercer capítulo se analiza toda la parte jurídica, empezando por la Constitución Política del Estado que establece en su Art. 7 Incs. A y K el derecho a la vida y la seguridad social de todas las personas, para luego llegar a la Ley 1716 donde se establece los pasos a seguir para la Donación y Transplante de Órganos Células y Tejidos.

En el cuarto capítulo se realiza el trabajo de campo que consiste en entrevistas realizadas a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y autoridades encargadas del Área de Salud Renal, acompañadas de encuestas que apoyan a la afirmación de la hipótesis, que plantea como solución el implementar medidas jurídicas, institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en la Caja Nacional de Salud.

Siglas y abreviaturas

- Caja Nacional de Salud. CNS
- Instituto Nacional de Seguros de Salud. INASES
- Organización Panamericana de la Salud. OPS
- Organización Mundial de la Salud. OMS
- Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados. ASOBOLDI
- Insuficiencia Renal Crónica Terminal. IRCT
- Insuficiencia Renal Crónica. IRC
- Hemodiálisis. HD
- Constitución Política del Estado. CPE

INDICE

“PROPUESTAS JURÍDICAS, INSTITUCIONALES Y SOCIALES QUE ESTABLEZCAN UNA POLÍTICA DE PROTECCIÓN PARA ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD”

Portada
Dedicatoria
Agradecimientos
Resumen “Abstract”
Índice

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Enunciado del tema de tesis
Identificación del problema
Problematización
Delimitación del tema de tesis
 Delimitación temática
 Delimitación temporal
 Delimitación espacial
Fundamentación e importancia del tema de tesis
Objetivos del tema de tesis
 Objetivos Generales
 Objetivos Específicos
Marco teórico que sustenta la investigación
Hipótesis de trabajo de la investigación
Variables de la investigación
 Variable independiente
 Variable dependiente
Métodos que fueron utilizados en la investigación
Técnicas que fueron utilizadas en la investigación

DESARROLLO DEL DISEÑO DE PRUEBA DE LA TESIS

INDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

Capítulo I

1.- Antecedentes Históricos de la Seguridad Social y la Insuficiencia Renal

1.1.- Sistema de Seguridad Social.....	6
1.1.1.- Inicios de la Seguridad Social.....	6
1.1.2.- Evolución de la Seguridad Social.....	7
1.1.3.- Seguridad Social en América Latina.....	9
1.1.4.- Seguridad Social en Bolivia.....	11
1.1.4.1.- Caja Nacional de Seguridad Social.....	15
1.1.4.2.- Caja Nacional de Salud.....	16
1.1.4.3.- Comisión de Prestaciones.....	18
1.2.- Avance De La Medicina En El Siglo XVIII.....	18
1.3.- Insuficiencia Renal Crónica.....	19
1.3.1.- Causas.....	19
1.3.2.- Evolución.....	20
1.3.3.- Prevención.....	21
1.3.4.- Pronóstico.....	22
1.3.5.- Tratamiento.....	23
1.3.5.1.- Diálisis.....	23
1.3.5.2.- Hemodiálisis.....	24
1.3.5.3.- Transplante de Riñón.....	26
1.4.- Reacción Socio - Jurídica En El Mundo.....	31
1.4.1.- Estados Unidos.....	31
1.4.2.- Gran Bretaña.....	32
1.5.- Insuficiencia Renal en Bolivia.....	33

Capítulo II

2.-Teoría que defiende, El Derecho a la Vida, la Salud y la Seguridad Social.

2.1.- Teoría Jurídico-Social de los Derechos Fundamentales (Derecho a la Vida).....	36
2.1.1.- Diferentes Concepciones de la Vida.....	37
2.2.- Teoría Jurídico-Social de los Derechos Fundamentales (Derecho a la Salud).....	39
2.3.- Teoría Jurídico-Social de los Derechos Fundamentales (Derecho a la Seguridad Social).....	41
2.4.- Qué es Enfermedad Crónica.....	43
2.5.- Qué es la insuficiencia renal.....	43
2.5.1.- Clasificación de la insuficiencia renal.....	45
2.5.1.1.- Insuficiencia renal aguda.....	45
2.5.1.2.- Insuficiencia renal crónica.....	46
2.6.- Qué es la Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.....	47

Capítulo III

3.- Marco jurídico en el que se basan: el Derecho a la Vida, la Salud y la Seguridad Social.

3.1.- Constitución Política del Estado.....	50
3.2.- Normas Internacionales.....	51
3.2.1.- Declaración Universal de los Derechos del Hombre.....	51
3.2.2.- Código Internacional del Trabajo.....	52
3.3.- Normas Nacionales.....	52
3.3.1.- Código de Seguridad Social. Ley No. 1956.....	52
3.3.2.- Código Civil Decreto Ley No. 12760.....	57
3.3.3.- Ley 3505 derogatoria de los Arts.16 y 17 de la Ley 1956.....	57

3.3.4.- Ley 1716 de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.....	58
3.3.5.- Decreto Ley 1464 de modificación a la Ley 1956.....	62
3.3.6.- Decreto Supremo No. 05315 que Reglamenta el Código de Seguridad Social.....	63
3.3.7.- Decreto Supremo No 24671 que Reglamenta la Ley de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.....	69

Capitulo IV

4. Los Enfermos Renales en la Caja Nacional de Salud

4.1.- Enfermos Renales en la Caja Nacional de Salud.....	72
4.2.- Elaboración de la Encuesta.....	73
4.2.1.- Población de diagnóstico.....	73
4.2.2.- Muestra.....	74
4.3.- Inconformidad en cuanto a las prestaciones medico-hospitalarias que brinda la CNS a los pacientes renales.....	75
4.4.- La falta de apoyo Psicológico y Nutricional por parte de la CNS a los pacientes renales.....	78
4.5.- El alto índice de personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis en la CNS por mas de tres años.....	80
4.6.- Cobros indebidos para el trasplante de riñón.....	81
4.7.- La importancia de que los familiares de personas con muerte cerebral donen los riñones de los mismos.....	88
4.8.- Problemas con los que tropieza la CNS para el trasplante de riñones.....	89

Conclusiones.....	92
Recomendaciones.....	96
Propuesta.....	98
Anteproyecto.....	105

Bibliografía.

Anexos:

- **Anexo 1.- <Encuesta>**
- **Anexo 2.- <Entrevista>** Sra. Rosario Rodriguez L. Presidenta de la Asociación Boliviana de Diálisis (ASOBOLDI).
- **Anexo 3.- <Entrevista>** Dra. Ana Claudia Pacheco. Directora del Programa Nacional de Salud Renal.

Enunciado del tema de tesis

“PROPUESTAS JURÍDICAS, INSTITUCIONALES Y SOCIALES QUE ESTABLEZCAN UNA POLÍTICA DE PROTECCIÓN PARA ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD”

Identificación del problema

La inexistencia de políticas de protección de la Caja Nacional de Salud y Estatales, para personas aseguradas que padecen de insuficiencia renal crónica, ha generado una desprotección jurídica, institucional y social de los pacientes que acuden a los diversos centros médicos u hospitalarios donde reciben la respectiva hemodiálisis o diálisis, la cual les ayuda a sobrevivir y defender su derecho fundamental a la vida.

Problematización

- ¿Cuáles son las causas fundamentales por las que se da la ausencia de políticas de protección que deben ser emitidas a través del Ministerio de Salud y Deportes y la Caja nacional de Salud?
- ¿Por qué la Caja Nacional de Salud no determino políticas de protección para los pacientes asegurados que adolecen de insuficiencia renal crónica?
- ¿Identificar las razones por las cuales es importante proteger a enfermos con insuficiencia renal crónica asegurados en la Caja Nacional de Salud?

- ¿Cuál es el grado de insuficiencia en la normativa vigente del país para proteger a enfermos con insuficiencia renal crónica asegurados en la Caja Nacional de Salud?
- ¿Cuáles son los efectos morales y psicológicos que sufre el paciente renal al conocer que su enfermedad es terminal?

Delimitación del tema de tesis

- **Delimitación temática**

El presente trabajo de investigación se encuentra en el campo del Derecho Social, en la rama del Derecho a la Seguridad Social, dentro del tema del Seguro Social Obligatorio.

A su vez, de manera indirecta este tema se relaciona con otras ramas del Derecho, como: Sociología Jurídica y Medicina Legal.

- **Delimitación temporal.**

El espacio temporal para esta investigación abarca desde el segundo semestre del año 2006, tiempo en el que se promulgó la Ley N° 3505 que da un carácter indefinido a las prestaciones en especie y servicios a los enfermos crónicos, hasta el primer trimestre del año 2008.

Sin embargo, se señalaran algunos hechos ocurridos con anterioridad al año 2006, pero solo con fines didácticos.

- **Delimitación espacial**

Este trabajo esta limitado al espacio territorial boliviano, donde desempeña sus funciones la Caja Nacional de Salud, sin embargo, para aspectos de diagnóstico, se tomará como referencia la ciudad de La Paz, por encontrarse en ésta la oficina central de la Caja Nacional de Salud y el Hospital Obrero donde se brinda la prestación de Hemodiálisis.

Fundamentación e importancia del tema de tesis

Desde el siglo XIX se hizo más frecuente el encontrar, parte de la población sufriendo de diversas enfermedades crónicas que al considerarlas como extrañas e imposibles de curar se tomaba al paciente como un enfermo terminal, quedando en el desahucio esperando el día de su muerte.

La enfermedad renal crónica representa uno de los principales problemas de salud publica de este siglo, por ello se lo considera una enfermedad catastrófica en los países en vía de desarrollo como el nuestro.

En Bolivia el año 1956 se implemento el Código de Seguridad Social, en el cual se incluye el Seguro Social Obligatorio que cubre; la asistencia medica, prestaciones de invalidez entre otras, donde establece en sus Art. 16 y 17, los que adolecieran de alguna enfermedad se les otorgara las prestaciones medico hospitalarias necesarias pero solo por el lapso de 26 semanas pudiendo estas ser prorrogables a otras 26 semanas, previo estudio medico por una sola vez.¹

En el año 1972 el Decreto Ley 14649 instituyo que para los enfermos crónicos que se vean afectados por la cesación en su derecho a recibir atención

¹ Código de Seguridad Social Ley No. 1956/Art. 16 las prestaciones medicas serán concedidas por un termino de 26 semanas prorrogables a otras 26./Art.17 la asistencia hospitalaria se concederá con un máximo de 26 semanas.

hospitalaria, medica y farmacéutica en las diferentes entidades gestoras serán transferidos a centros especializados del ministerio de previsión social y salud publica².

En el año 2006 se promulgo la ley 3505 donde se establece que las prestaciones medico hospitalarias se deberán efectuar con carácter indefinido a traves de las diversas cajas de salud encargadas de emitir las prestaciones.

Se puede comprobar que existe normativa que protege a los enfermos crónicos, entre ellos a los enfermos con insuficiencia renal, pero si nos volcamos a la realidad por la que pasan dichos pacientes se sigue viendo gente que acude a tempranas horas al Hospital Obrero para recibir una sesión de hemodiálisis por lo general son tres veces a la semana esto implica que los pacientes que adoneces de dicha enfermedad en ves de llegar al hospital y recibir inmediatamente la prestación deben hacer una fila de dos a tres horas esperando su turno lo cual implica que sus riñones se sigan enfriando produciendo mas malestar interno en los enfermos, esto se debe a la falta de políticas de protección para los enfermos con insuficiencia renal crónica.

Para estos casos se tendría que Determinar los beneficios que traería la implementación de medidas jurídicas, institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en la Caja Nacional de Salud.

Todo esto se haría con el fin de precautelar y respetar el derecho fundamental que tiene todo ser humano a la vida, salud y seguridad social.

² Decreto Ley 14643 en su Art.11

Objetivos del tema de tesis

- **Objetivo general**

Proponer medidas jurídicas, institucionales y sociales para establecer una política de protección a los enfermos con insuficiencia renal crónica en la Caja Nacional de Salud, con la finalidad de brindarles una mejor calidad de atención en las prestaciones medico-hospitalarias para los pacientes renales.

- **Objetivos específicos**

- Implementar obligatoriamente en los programas de salud, medidas institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en los distintos centros médicos, hospitalarios dependientes de la Caja Nacional de Salud
- Determinar que la inexistencia de una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica, atenta contra sus derechos fundamentales.
- Establecer como norma obligatoria para todos los hospitales dependientes de la Caja Nacional de Salud que brinden el servicio de diálisis y/o hemodiálisis, contar con los recursos humanos necesarios para la atención a los pacientes.
- Incentivar campañas de donación de órganos, enseñando a la población acerca de la importancia que tiene la donación de un órgano asiéndoles

saber que realizando este acto ayudarían a salvar una vida y que no es perjudicial para el donante.

- Implementar un programa de educación al paciente renal mediante guías de información donde el paciente renal pueda resolver sus dudas acerca de la enfermedad que adolecen, que tratamiento debe seguir, etc.
- Realizar gestiones para que los Transplantes de Órganos, Células y Tejidos, se lleven a cabo en todos los departamentos del país, beneficiando de gran manera a todos los pacientes sean o no asegurados a la CNS.

Marco teórico que sustenta la investigación.

La orientación teórica del presente trabajo de investigación encuentra su fundamento en la **teoría jurídico-social de los derechos fundamentales**, que sostiene: El Estado tiene la obligación de proteger el capital humano, los derechos fundamentales y tomar medidas necesarias para la correcta aplicación de éstos, en el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica dependientes de la Caja Nacional de Salud, que reciben las prestaciones medico-hospitalarias en las distintas Unidades de hemodiálisis y diálisis.

El Estado debe garantizar la implementación de políticas de protección en los centros de salud dependientes de la Caja Nacional de Salud como medidas necesarias para la correcta aplicación del tratamiento que requieren los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Señala también que la sociedad le da un carácter social a los derechos fundamentales y es el Estado el que le brinda carácter jurídico a los mismos, es

decir que el origen del carácter normativo lo da la sociedad y el fin lo da el Estado.

Si bien existe la normativa, leyes y reglamentos, que protegen a los enfermos renales crónicos estas no se hacen efectivas por la falta de políticas de protección adecuadas a la realidad que pasan los enfermos con insuficiencia renal..

Tomando en cuenta que todo ser humano tiene el derecho fundamental a la vida, la cual les permite cumplir diversas funciones de vital importancia ya sea a nivel familiar, social, laboral, o ante el Estado, etc. Aportando positivamente al crecimiento y progreso del país, estos merecen ser atendidos y tomados en cuenta.

Por lo cual al proponer políticas de protección estaríamos apoyando a los pacientes con insuficiencia renal a fortalecer el capital humano, apoyando y respetando su derecho a la vida.

Hipótesis de trabajo de la investigación.

La hipótesis que guía el presente trabajo de investigación, es:

Implementando medidas jurídicas, institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en la Caja Nacional de Salud, se conseguirá brindarles un mejor trato médico-hospitalario y prolongar el tiempo de vida de éstas personas.

Variables:

- **Variable independiente.**

Implementando medidas jurídicas, institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en la Caja Nacional de Salud

- **Variable dependiente**

Brindarles un mejor trato médico-hospitalario y prolongar el tiempo de vida de éstas personas

Métodos que fueron utilizados en la investigación.

- **Métodos generales.**

Este trabajo de investigación es guiado por los siguientes métodos generales:

- **Método Lógico-Deductivo**, por el cual se encontró una respuesta a un problema específico, además, este método también guía la estructura de la investigación, que inicia con el planteamiento del problema, seguidamente la formulación de una hipótesis, el proceso de investigación, el análisis de los datos, y finalmente con la elaboración de conclusiones y recomendaciones.
- **Método sociológico o realista**, con la finalidad de medir la eficacia social de la norma, con la recopilación de datos, para probar o refutar la hipótesis mediante su análisis, para determinar como será el comportamiento futuro

de los hechos, y exclusivamente para determinar que realmente la aplicación de medidas de protección a enfermos con insuficiencia renal crónica, puede mejorar su calidad de vida y trato recibido por los centros hospitalarios dependientes de la CNS.

- **Métodos específicos.**

Los métodos específicos utilizados son:

- **Método de Observación descriptiva**, el cual permitió observar el objeto de estudio, sin modificar en ninguna medida su actividad. En el caso de los enfermos renales se trabajo de cerca con la Sociedad Boliviana de Dializados y Transplantados y el Hospital Obrero No. 1 de la ciudad de La Paz dependiente de la Caja Nacional de Salud en la que se tuvo una participación solo de observadora, lo cual nos ayudo a describir con exactitud como es el cotidiano vivir del paciente renal dentro la unidad de hemodiálisis.
- **Método de la abstracción**, utilizado para comprender el objeto de estudio, determinando la relación de los fenómenos, es decir, fue utilizado para descubrir el nexo de un hecho con otro. en el caso de los pacientes renales la falta de un mejor trato medico-hospitalario en la unidad de hemodiálisis causa que los pacientes renales sufran durante todo el proceso del tratamiento

Técnicas que fueron utilizadas en la investigación.

Las técnicas de investigación que fueron utilizadas en este trabajo son :

- La técnica Documental que permitió la recolección de información documental por una parte la información brindada por el Instituto Nacional de Seguros de Salud acerca de la Caja Nacional de Salud con su Comisión de Prestaciones encargada de regular las prestaciones medico-hospitalarias en este caso para saber cuantos pacientes renales cuentan con un seguro de salud por otra parte se pudo analizar la auditoria realizada a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Obrero No. 1 de la ciudad de La Paz dependiente de la Caja Nacional de Salud .
- Técnica Descriptiva, que se utilizo para verificar las características de las prestaciones medico-hospitalarias de los pacientes renales, para lo cual se utilizo como muestra el Hospital Obrero No. 1 de la Ciudad de La Paz, dependiente de la Caja Nacional de Salud con su unidad de Hemodiálisis, que atiende en cuatro turnos de mañana, tarde, noche y tras-noche, el tipo de instalación con que cuentan y los recursos humanos con los que cuentan en este caso el equipo medico.
- La técnica de Trabajo de Campo, que permitió el contacto directo con el objeto de estudio, en este caso los pacientes renales a través de entrevistas tenemos a: La Sra. Rosario Rodriguez L. Presidenta de la Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados (ASOBOLDI) y a la Dra. Ana Claudia Pacheco. Directora del Programa Nacional de Salud Renal. Por otra parte tenemos encuestas, para lo cual tomamos como muestra el Hospital Obrero No. 1 de la ciudad de La Paz dependiente de la Caja Nacional de Salud en su Unidad de Hemodiálisis que atiende a 122 pacientes renales asegurados en la CNS de los cuales se encuestó a 20 pacientes que

equivalen a un 16% se tomo esta cifra por la dificultad que se encontró en ubicar a los pacientes renales.

Introducción

“Propuestas jurídicas, Institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con Insuficiencia Renal Crónica en la Caja Nacional de Salud”.

La necesidad sentida de personas que esperan su turno noche y día para poder ser atendidos y así recibir el tratamiento de diálisis o hemodiálisis, debiendo asistir tres veces por semana, durante 5 horas por sesión, para purificar su sangre ya que sus riñones no funcionan y esta labor debe ser reemplazada por maquinas o filtros, otorgados a través de las prestaciones medico-hospitalarias de los distintos centros médicos u hospitalarios de nuestra ciudad dependientes del la Caja Nacional de Salud.

Pese a estar asegurados en la Caja Nacional de Salud y contar con leyes que los protegen, estos pacientes no reciben las prestaciones medico-hospitalarias adecuadas a sus necesidades, debido a la falta de Políticas Institucionales las cuales deben estar establecidas dentro las Unidades de Hemodiálisis y/o Diálisis de los distintos Centros Médicos u Hospitalarios que velen por el bienestar y recuperación del paciente renal.

La presente investigación demuestra la inexistencia de políticas de protección por parte del Estado y las Instituciones de Salud. Se utilizo como muestra la Caja Nacional de Salud, por consiguiente para las personas aseguradas que padecen de insuficiencia renal crónica, esto ha generado una desprotección jurídica, institucional y social hacia los pacientes que acuden a los diversos centros hospitalarios dependientes de la CNS, para poder recibir el tratamiento de hemodiálisis o diálisis, el cual les ayuda a poder seguir sobreviviendo, ejerciendo y defendiendo su derecho fundamental a la vida.

Con la aplicación de medidas jurídicas, institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica, se conseguirá un mejor trato médico-hospitalario para los pacientes, posibilitando que las sesiones sean mas agradables y dejando de lado lo traumante que es estar conectado a una maquina durante 5 horas continuas.

El interés que debe mostrarse por parte de los distintos centros médicos y Hospitalarios para implementar entre sus servicios el Transplante y Donación de Órganos, donde estas personas puedan conseguir un donante compatible y así realizarse el transplante renal para poder volver a vivir la vida normal que tanto añoran junto a sus familias.

Para la realización del presente trabajo se aplico las técnicas del trabajo de campo, que implica el contacto directo con el objeto, en este caso se tomo como muestra el Hospital Obrero No. 1 de la ciudad de La Paz dependiente de la Caja Nacional de Salud que cuenta en su unidad de Hemodiálisis, con 122 pacientes asegurados, se realizaron entrevistas que aseveran la falta de políticas de protección para el enfermo renal.

También se realizaron encuestas a 20 pacientes donde se pudo recolectar la siguiente información: Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica no están conformes con las prestaciones medico-hospitalarias brindadas por el Hospital Obrero No. 1; los pacientes no reciben apoyo psicológico y nutricionista; el transplante de riñón es un sueño muy caro para poder ser realidad, lo que impide que los pacientes lo realicen y alienta el trafico de órganos en nuestro país.

Por otra parte, se tomo en cuenta la documentación obtenida de fuentes fidedignas como ser el Instituto Nacional de Seguros Sociales (INASES) los cuales proporcionaron información acerca de la Caja Nacional de Salud, El

Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud y Deportes quienes nos brindaron datos acerca de los enfermos renales en Bolivia; La Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados quienes proporcionaron datos de gran importancia acerca de el Hospital Obrero No. 1 en su Unidad de Hemodiálisis dependiente de la Caja Nacional de Salud.

El principal objetivo que persigue la tesis es: El implementar en los programas sanitarios, medidas institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en los distintos centros médicos, hospitalarios dependientes de la Caja Nacional de Salud.

Este objetivo nace debido a las observaciones realizadas en el Hospital Obrero No. 1, donde se pudo evidenciar la falta de atención a la Unidad de Hemodiálisis, de donde surgen los objetivos específicos entre ellos tenemos:

- Contar con los recursos humanos necesarios del equipo de hemodiálisis principal como ser: Médicos Nefrólogos, Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería, para la cobertura en los cuatro turnos, (mañana, tarde, noche y traspornoche) en los que se brinda la prestación medico-hospitalaria.
- Contar con personal de apoyo permanente y exclusivo como ser: Psicólogo, Trabajadora Social, Servicio de Nutrición, Anestesiólogo y Cirujano Cardiovascular y proporcionar todo el equipo necesario que requieran los distintos centros sanitarios.
- Contar con un Programa de Educación al paciente renal implementado guías de información, contar con un registro de datos de todos los pacientes que son atendidos en los centros médicos u hospitalarios.

- implementar en todos los departamentos del país centros médicos especializados en Transplantes de Órganos Células y Tejidos, lo cual beneficiaría de gran manera a los pacientes con insuficiencia renal crónica e incluso disminuiría costos, ya que el tratamiento de diálisis y/o hemodiálisis es demasiado elevado.

Al implementar medidas jurídicas, institucionales y sociales que establezcan una política de protección para los enfermos con insuficiencia renal crónica dentro de cada centro médico u hospitalario dependiente de la Caja Nacional de Salud, se conseguiría que se les brinde un mejor trato médico-hospitalario e incluso una mayor accesibilidad a poder obtener un transplante de riñón prolongando de esta manera el tiempo de vida de éstas personas.

Capítulo I

1.- Antecedentes Históricos de la Seguridad Social y la Insuficiencia Renal

El presente Capítulo nos introduce en su primera parte, a un análisis histórico de la evolución de la Seguridad Social en el mundo, para luego tocar la Seguridad Social en Bolivia se menciona que desde épocas del incario el sistema cuidaba la vida del ser humano, con el paso de los años por ser un tema de trascendental importancia fue legislado creándose el 14 de diciembre de 1956 el Código de Seguridad Social donde se incorpora a las diferentes Cajas de Salud encargadas de la gestión, aplicación, y ejecución de los diferentes seguros.

En la Segunda parte, se encuentra la evolución histórica de la Insuficiencia Renal Crónica en el mundo, las manifestaciones de esta enfermedad, su tratamiento, las acciones de la OMS y OPS acerca de la problemática. En Bolivia, la enfermedad renal crónica terminal (IRCT) representa uno de los principales problemas de salud pública de este siglo, las predicciones sobre la incidencia, prevalencia, costos y recursos que se requieren han sido rebasados.

Una parte de la población cuenta con un seguro de enfermedad y puede acceder al tratamiento a través de las hemodiálisis o diálisis, pero necesita que la problemática obtenga mas atención por parte del Estado a través del Ministerio de Salud y Deportes, para que por una parte se acceda al tratamiento de hemodiálisis o diálisis con las condiciones adecuadas que necesitan los pacientes y por otra parte, se agilice el tema de los transplantes renales.

1.1.- Sistema de Seguridad Social.

1.1.1.- Inicios de la Seguridad Social en Europa.

A nivel mundial, los orígenes de la seguridad social como tal se remontan a principios del siglo XIX en Europa Occidental. La revolución industrial creó un sistema jurídico y económico denominado capitalista, que se desarrolló bajo el principio de la propiedad privada de los medios de producción en busca del lucro y que fue el producto de antagonismos de clases por un lado, la burguesía, propietaria de los medios de producción y por otro los trabajadores, propietarios de su fuerza de trabajo, con los que nace la clase obrera.

Los bajos salarios, las jornadas prolongadas de trabajo y el manejo de la nueva tecnología en condiciones inhumanas trajeron consecuencias alarmantes en la clase obrera.

Las primeras normas de protección tenían carácter civilista como: "Todo hecho del hombre que cause daño a otro, obliga a aquel que por cuya falta se produjo, a repararlo"; es decir, que el trabajador debía probar en juicio que el accidente no era atribuible a su negligencia para que el patrono reparara el daño. Este tratamiento no fue lo suficiente para tratar los infortunios y daños que sufrían los obreros, por lo que se impuso la Teoría de los Riesgos, que establece la responsabilidad del propietario o patrono a indemnizar el daño causado por las máquinas y equipos de las fábricas, a menos que el patrono demostrara negligencia por parte del trabajador. Este progreso jurídico da lugar, entonces, a la teoría del riesgo profesional.

El Canciller Otto Von Bismark, en Alemania fue el que dio una forma más contemporánea a los seguros sociales a partir de 1880. Entre los años 1883 y

1889, creo un sistema de pensiones contributivas cuyo modelo es conocido como alemán o Bismarkiano. Estos seguros sociales se ocupaban de los riesgos de accidentes de trabajo, de la invalidez y de la vejez, de carácter obligatorio solo para trabajadores obreros y empleados (tesis laboral), con financiamiento tripartito (Estado, Patrón y Obrero), poco tiempo después, muchos países de Europa adoptaron la propuesta de Bismark. Estos son: Suecia, Rumania, Luxemburgo, Austria, Hungría, y Noruega. ...¹

1.1.2.- Evolución de la Seguridad Social.

El Período que media entre la Segunda Guerra Mundial y nuestros días, en el ámbito que nos ocupa, se encuentra caracterizado por el surgimiento de un nuevo concepto de protección social.

Es fundamental advertir que el periodo de la Seguridad Social se encuentra, al presente, en pleno desarrollo y la preocupación internacional es notable, a efectos de establecer normativamente sus principios. En esa labor muchos países han tenido éxito y otros se encaminan por los senderos que conduzcan a su logro...²

La Seguridad Social Empleada inicialmente en los Estados Unidos de Norte América, con motivo de la ley de 14 de agosto de 1935, la expresión “Seguridad Social”, se refiere a medidas de asistencia y de seguros sociales en conjunto para proteger a viejos, ciegos, niños, incapacitados y cesantes. En 1938, Nueva Zelanda promulgó la primera ley que alude concretamente a la Seguridad Social.

¹ TUFÍÑO, Rivera Nancy , Seguridad Social Para Todos, Primera Edición, Ciudad de La Paz, 2007, Pág. 3 y 4

² BOCANGEL Peñaranda Alfredo , Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004. Pág.14

Pero la notoriedad internacional del concepto proviene de la declaración denominada “Carta del Atlántico”, suscrita en agosto de 1941 por el Presidente Roosevelt por Mr. W. Churchill, Primer Ministro del Reino Unido, en guerra con las potencias, demandado en las cláusulas quinta y sexta una más completa colaboración de las naciones aliadas en el campo de la economía, con el fin de conseguir para todos los hombres un mejor régimen de trabajo, el bienestar económico y la Seguridad Social, y un modo de vivir libre del temor y de la miseria.

Estos objetivos a cumplirse después de la victoria, como la mejor garantía de una paz universal permanente, estimularon en muchos países la elaboración de planes de Seguridad Social, y la inquietud consiguiente se reflejó en dos conferencias internacionales de enorme importancia: la 1ra. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, de Santiago de Chile (Septiembre de 1942), y la 2da. Conferencia Interamericana del Trabajo, de Filadelfia (Abril de 1944), cuyas declaraciones y recomendaciones, respectivamente son bien conocidas y han influido de modo notable en el avance de los seguros sociales con tendencia a la seguridad general.

Tampoco es posible dejar de mencionar, a este respecto, “El Plan de Seguridad Social”, elaborado por Sir. William Beveridge en 1941, por encargo del Gobierno de Gran Bretaña, y que ha servido de base para establecer en dicho país el “Servicio Nacional de Sanidad”, el de los modernos “Seguros Sociales”, y el “ Seguro de Trabajo”, modificatorios de los anteriores.

El mensaje del presidente Roosevelt al Congreso de los Estados Unidos, en marzo de 1943, proponiendo la creación de la Junta de Planificación de los Recursos Nacionales con miras para garantizar para todos, el derecho a una seguridad que libre del temor a la necesidad, vejez, a la dependencia, a la enfermedad y al accidente, junto al derecho al trabajo, al justo salario, a la

asistencia medica, al descanso, etc., todo ello mediante los seguros sociales completados por programas especiales de asistencia pública.

Finalmente, el proyecto de ley de los senadores Wagner y Murria presentando al congreso de ese país en junio de 1943, propugnando un sistema unificado de seguro social, con una sola cotización, una oficina central y un solo documento, y asegurando la asistencia medico-hospitalaria a todo el pueblo Americano, con derecho de libre elección del medico y del hospital por el paciente.³

Gran Bretaña opta por la seguridad social, en su sentido más amplio, bajo el criterio nacional, protegiendo desde este punto de vista a todas las personas que habitan su territorio, sin relacionar con el trabajo.

En esta referencia al proceso del desarrollo legislativo de la Seguridad Social, es importante considerar y advertir que los Estados, a través de sus textos constitucionales, leyes especiales o fueros establecen principios expresos sobre el derecho a la Seguridad Social.

Los representantes de los países, bajo la égida de las Naciones Unidas, en la Célebre asamblea del 10 de diciembre de 1948, suscribieron la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que constituye a no dudar, el enunciado mas completo de las normas inherentes a la Seguridad Social.⁴

1.1.3.- Seguridad Social en América Latina.

Los Seguros Sociales Obligatorios se instituyeron en América Latina bajo el principio de solidaridad contributiva tripartita (Estado, trabajador, empleador)

³ PEREZ, Paton, Roberto , El Seguro Social en Bolivia, Primera Edición, Ciudad de La Paz 1951, Pag. 2 y 3

⁴ BOCANGEL Peñaranda Alfredo , Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004, Pág.16

Incorporaron a todas las personas con relación laboral y con el tiempo se ampliaron a los trabajadores sin relaciones laborales o independientes.

En América Latina, El primer país que adopto este modelo fue la Republica Oriental de Uruguay convirtiéndose en la pionera de la Seguridad Social.

Estos seguros sociales, según las características propias de desarrollo de cada país, se instituyeron en Chile en 1924, en Perú en 1936, en Brasil en 1924, en Colombia en 1938, en Venezuela en 1929, en el Salvador 1975, en Guatemala 1969, en Honduras 1952, en Nicaragua 1955, en Panamá en 1941 y en Paraguay en 1927.⁵

Los procesos económicos sociales en América Latina se han destacado por el auge del liberalismo económico, basado en la propiedad privada de los medios de producción y el mercado como ámbito de libre regulación de la oferta y demanda de bienes y servicios.

Los regimenes de Seguridad Social atravesaron posteriormente desequilibrios financieros y actuariales, que desembocaron en reformas emergentes de planteamientos o propuestas neoliberales dentro del concepto de reducción del tamaño del Estado. Se abrieron así a la participación privada y hasta comercial, dejando al Estado con un rol mínimo y subsidiario. Este vuelco dio origen al nacimiento de la incompatibilidad de estas políticas con la Seguridad Social.⁶

⁵ CISS, La seguridad Social en América, 1994, pp.107 al 111, citado en el libro de la Dra. TUFÍÑO, RIVERA, NANCY, Seguridad Social Para Todos, Pág. 4.

⁶ TUFÍÑO, Rivera Nancy, Seguridad Social Para Todos, Primera Edición, Ciudad de La Paz, 2007, Pág. 5 y 6

1.1.4.- Seguridad Social en Bolivia.

Los orígenes de la seguridad social boliviana, en lo que se refiere a la protección de diferentes contingencias que aquejan al ser humano, mediante la practica de sus principios básicos de universalidad y solidaridad, se remonta a tiempos de la nación aymará, es decir, entre 580 a.C. Y 1170 d. C. Esta la practicaban sin siquiera imaginarse la palabra Seguridad Social. En ese entonces en Tiwanaku, a 3.900 metros sobre el nivel del mar, se extendían comunidades o ayllus al servicio del hombre como ser social.

También podemos señalar que en el imperio Inca, de 1300 a 1532, no existía miseria, por que contaban con un sistema de solidaridad universal que también podríamos considerar como un precedente de lo que ahora llamamos Seguridad Social.⁷

La asistencia a los ancianos, viudas, huérfanos, inválidos y otros, se operaba de un modo muy singular el seno de la civilización incaica.

Documentados cronistas refieren que la tierra en el imperio de los incas, estaba dividida en tres partes fundamentales: para el inca, para el culto y para el pueblo. De esta última, se destilaba una fracción para los inválidos, ancianos y viudas, la misma que era cultivada por todo el pueblo activo, entregando sus productos a estos.

En este sistema de trabajo se puede advertir solidaridad, puesto que había la finalidad de protección de los sectores activos a favor de los pasivos, en

⁷TUFIÑO, Rivera Nancy , Seguridad Social Para Todos, Primera Edición, Ciudad de La Paz, 2007, Pág. 7

atención a que el tránsito por aquellos riesgos o contingencias humanas era común para todos los pobladores del imperio.⁸

Durante la etapa colonial, el rey tomó el lugar del inca y se vivió una situación similar a la existente en ese entonces en Europa. Las Declaraciones del Consejo de Indias decía: “La vida de un indio vale más que todos los tesoros de estos dominios”. Pese a ello, la población indígena fue tratada como esclava y la sanidad pública durante la colonia estaba representada por los hospitales sostenidos pobremente, por hospicios y montepíos, muchas veces creados o regentados por la Iglesia Católica o las órdenes religiosas.

En 1831, se fueron sancionando leyes de creación de fondos de jubilación para el otorgamiento de pensiones, como la de los empleados públicos. Sin estudios actuariales, el seguro social se desarrollaba bajo la teoría de la culpa reconocida por el Código Civil. Más tarde, dentro de la Ley General del Trabajo, se desarrolló la responsabilidad contractual del empleador, invirtiendo la culpa con la consiguiente reparación económica del hecho y los principios generales de la provisión de salud.

Los primeros seguros que rigieron en el país surgieron como consecuencia de la actividad minera, que por su naturaleza, es de alto riesgo sin obviar el trabajo fabril.

Para el sector Público el 20 de febrero de 1920, se pusieron en vigencia las leyes jubilatorias de pensiones y montepíos para los trabajadores del Estado, que se mantuvieron para el sector bancario hasta abril de 1997.

⁸ BOCANGEL Peñaranda Alfredo, Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004, Pág.9

Las leyes de accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales, por las que se obligaba a los patrones a indemnizar, con un contenido civilista, se promulgaron el 19 y 25 de enero de 1924.

Para los trabajadores mineros, ferroviarios, fabriles y asalariados en general se promulgó la Ley del Ahorro Obrero Obligatorio, de 25 de enero de 1924....⁹ Las principales características del Seguro Social General Boliviano, instituido por la Ley de 23 de diciembre de 1949, aunque el organismo rector ya inauguró sus funciones meses antes, por virtud del Decreto Supremo de 7 de enero de 1949.

El hecho de que este alto organismo hubiera sido bautizado con el nombre de Instituto Boliviano de Seguridad Social ya está sugiriendo que el propósito fundamental del Gobierno ha sido el de iniciar el Servicio Público de Seguridad Social sin excluir otros medios asistenciales, dentro de un plan orgánico y coordinado.

Así lo demuestra el Art. 119 de la ley, al disponer que el Instituto coordinara sus actividades con las instituciones públicas y privadas, que tienen por objeto el mejoramiento económico, social y cultural de los núcleos indígenas, como también con la acción sanitaria a cargo del entonces Ministerio de Higiene y Salubridad y organismos dependientes de él, en todo lo referente a planes de realización de obras sanitarias, uso, mantenimiento y administración de servicios médico-hospitalarios, unificación gradual de los servicios asistenciales sostenidos por el Estado en un solo régimen de Seguridad Social.

Las ideas matrices que han inspirado la Ley del Seguro Social General Obligatorio son: La de Universalidad del Seguro; su aplicación gradual y escalonada; Unidad de Dirección y Administración del Seguro, que se traduzca

⁹TUFIÑO, Rivera Nancy, Seguridad Social Para Todos, Primera Edición, Ciudad de La Paz, 2007, Pág. 8

en una prudente centralización de los servicios; La de solución del complejo problema jubilatorio.¹⁰

La Ley de Riesgos Profesionales del 15 de noviembre de 1950, que protegía a todos los trabajadores, obreros o empleados con relación de dependencia, daba cobertura a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales, con financiación a cargo del empleador.

La Ley del Seguro Social Obligatorio, de 11 de octubre de 1951, tuvo una vigencia limitada hasta enero de 1957 debido a que el 14 de diciembre de 1956 se promulgo el Código de Seguridad Social Obligatorio. En el que se encuentra incorporado el nacimiento de la Caja Nacional de Seguridad Social que esta encargada de la gestión, aplicación, y ejecución de los seguros, la CNS es una derivación de lo que antes era la Caja Nacional de Seguro Social utilizando las mismas instalaciones con sede en la ciudad de La Paz.

El periodo denominado de la Seguridad Social, se inicia con la promulgación del Código de la Seguridad Social, mediante Ley del 14 de diciembre de 1956.

La promulgación de esta Ley fue precedida por el correspondiente anteproyecto elaborada por una comisión conformada por técnicos nacionales como los doctores Armando Soriano y Ramiro Bedregal y coordinada por el asesor técnico de la O.I.T., Luis de Battista y el informe de la Política Social de la Honorable Cámara de Diputados.

El Seguro Social tiene por objeto proteger a los trabajadores y sus familias en los casos siguientes: Enfermedad; Maternidad; Riesgos Profesionales; Invalidez; Vejez y Muerte. ¹¹

¹⁰PEREZ, Paton, Roberto, El Seguro Social en Bolivia, Primera Edición, Ciudad de La Paz 1951, Pag. 13 y 14

¹¹BOCANGEL Peñaranda Alfredo, Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004, Pág.9

1.1.4.1.- Caja Nacional de Seguridad Social.

Esta etapa abarca de diciembre de 1956 hasta marzo de 1987 y comprende la promulgación del Código de Seguridad Social en fecha 14 de diciembre de 1956 y la de su Decreto Reglamentario o Reglamento del Código de Seguridad Social el 30 de septiembre de 1959.

En esta etapa también están comprendidos el Decreto Ley de Racionalización de Aportes de 28 de marzo de 1972, el Decreto Ley de Reformas al Código de Seguridad Social y el Decreto Ley de Complementación de Reformas de 3 de junio de 1977.

La promulgación del Código de Seguridad Social significó un avance de la Seguridad Social Boliviana con relación a los demás países latinoamericanos. Sin embargo, desde su inicio la administración de los seguros establecidos en el citado Código no cumplió con el principio de unidad de gestión, por cuanto se encargo la gestión del Seguro Social Obligatorio a varias instituciones, siendo la más importante de ellas la Caja Nacional de Seguridad Social, entidad matriz gestora del Seguro Social Obligatorio integral, con mas del 80% de asegurados activos y pasivos, pertenecientes a la mayoría de las ramas de actividad económica.

Las prestaciones señaladas en el Código de Seguridad Social comprendían los regímenes de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte y el régimen especial de asignaciones familiares.

1.1.4.2.- Caja Nacional de Salud.

Esta etapa comprende desde abril de 1987 a la fecha. Después de 30 años de administración integral del Seguro Social, el 15 de abril de 1987 se promulga la Ley Financiera 0924, que en su artículo tercero afecta los esquemas administrativo y financiero del sistema de Seguridad Social, procediéndose a la separación de los seguros, administrados integralmente hasta ese entonces. Dejándose a las Cajas la administración de los seguros a corto plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a corto plazo. Y a los Fondos Complementarios la administración de las prestaciones a largo plazo: Invalidez, Vejez y Muerte, aspectos que son ratificados por su Decreto Reglamentario No. 21637 de 25 de junio de 1987.

En consecuencia la Caja Nacional de Seguridad Social que hasta marzo de 1987 administraba el seguro integral, se convierte en la Caja Nacional de Salud que es una institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a Corto Plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, instituidos por el Código de Seguridad Social, su Reglamento, la Ley Financiera 924, el Decreto Supremo 21637 y demás disposiciones legales conexas.

Las diferentes Cajas de Salud Nacional y las distintas Cajas de Seguros tienen su control de fiscalización que esta a cargo del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), entre sus principales atribuciones están: la de controlar y fiscalizar los Seguros de Salud, con facultades de evaluación y supervisión sobre los entes gestores y seguros delegados; seguro medico gratuito; de vejez y seguro básico de salud en el marco de la normativa vigente.¹²

¹² Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Anuario 2006 Los Seguros de Salud En Bolivia.

La Caja Nacional de Salud es la entidad principal del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo de Bolivia, encargada de la gestión, aplicación y ejecución de los regímenes de: Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, para los trabajadores incluidos en el campo de aplicación Excepto los afiliados a las otras Cajas de Seguro Social como: Ferroviarios, ramas anexas, Transportes Aéreos de Bolivia y la Caja de Seguro Social Militar.¹³

Cabe hacer notar que el índice de personas aseguradas en las diferentes Cajas de Seguros a nivel Nacional es de el 29.1%, esto quiere decir que el 70.9% de la población en general no cuenta con un seguro de salud. En cifras numéricas esto significa de 9.627.269 habitantes a nivel nacional y solo 2.796.842 habitantes están protegidos por un seguro de salud.

La Caja Nacional de Salud de toda Bolivia tiene 2.298.937 afiliados siendo la Caja de Seguros con mas afiliados a nivel nacional.

La Caja Nacional de Salud atiende consultas medicas, odontológicas y otras especialidades, entre ellas encontramos a los enfermos renales, mas propiamente dicho que sufren de Insuficiencia Renal Crónica, una enfermedad irreversible cuyo tratamiento es a través de hemodiálisis atendidos por Nefrólogos doctores especialistas en el área. En Bolivia el Instituto Nacional de Seguros de Salud tiene unas estadísticas que señalan que el departamento de Nefrología a nivel Nacional atendió hasta la fecha a 37.660 pacientes que sufren de insuficiencia renal esta cifra es de todas las Cajas de Seguros a Nivel Nacional Publicas y Privadas.¹⁴

¹³ REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley Nº 1956 Código de Seguridad Social, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 14 de diciembre de 1956. Art. 168 inc. a).

¹⁴ Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Anuario 2006 Los Seguros de Salud En Bolivia. Pag. 3,7 y 25

1.1.4.3.- Comisión de Prestaciones.

Para la solución racional de ciertos problemas específicos de gestión de la Seguridad Social, así como para una mejor coordinación de trabajo entre miembros del Consejo Ejecutivo, Gerentes y Jefes de División se constituye la Comisión de prestaciones que no es dependiente de la CNS.

La Comisión de Prestaciones tiene entre sus atribuciones, el de emitir todas las resoluciones que fueren necesarias sobre la calificación y reconocimiento de prestaciones en los casos de invalidez, incapacidad permanente total o parcial; la autorización de hospitalización en clínicas particulares y demás determinaciones en materia de prestaciones que prevé el código y su respectivo reglamento.

También deberá resolver el otorgamiento de las prestaciones en dinero o en especie de todos aquellos casos en discrepancia o en los no previstos en las disposiciones legales vigentes.

En consecuencia la Comisión de Prestaciones, siendo una institución multidisciplinaria con potestad propia a demás de sus otras atribuciones de pronunciarse en casos específicos que no están previstos en las disposiciones legales vigentes, se constituye en una instancia de suma importancia para aprobar y pronunciarse sobre temas tendientes a mejorar las prestaciones que se otorgan a los enfermos renales, dentro el seguro de enfermedad en especie.

1.2.- Avance De La Medicina En El Siglo XVIII.

Este siglo se caracterizó por producir un grupo brillante de anatomistas y fisiólogos. A la cabeza de ellos se encuentra Giovanni Baptista Morgagni, el Padre de la Anatomía Patológica, cuya obra maestra fue la observación de los

órganos enfermos en comparación con los normales. Fue además el primero en descubrir la Cirrosis Hepática y la Insuficiencia Renal. Su mayor contribución al progreso de la medicina consistió en correlacionar los síntomas clínicos y las lesiones anatómicas.¹⁵

1.3.- Insuficiencia Renal Crónica.

Es la disminución gradual, progresiva e irreversible de la [función de los riñones](#) durante un período de meses o años y definida como un anormalmente bajo [índice de filtrado glomerular](#), que es usualmente determinado indirectamente por el nivel de [creatinina](#) en el suero de la sangre.

1.3.1.- Causas.

Las causas son muy numerosas y no necesariamente ligadas a una enfermedad primaria de los riñones, sino en muchos casos a enfermedades crónicas corrientes como la hipertensión arterial que afecta a un 20 % de la población en general o la diabetes mellitus que afecta a otro 12 %, cuando no se las controla adecuadamente a lo largo de su evolución, sobre todo en los habitantes del área urbana. Entre la hipertensión arterial y la diabetes sumadas, alcanzan a un 32 % de las causas generales de IRC terminal.

Otras causas frecuentes son las enfermedades glomerulares primarias o secundarias que en conjunto suponen casi otro 30% de las insuficiencias renales crónicas, complicándose todas ellas en algún momento de su evolución por hipertensión arterial. Entre las secundarias, destaca la nefropatía lúpica, presente en un número importante de mujeres jóvenes con problemas

¹⁵. FRIEDRICH, Wolff, Gaspar, Desarrollo de la Medicina , Washington D.C., traducido en chile editorial chile.

reumáticos y portadoras de un lupus eritematoso sistémico, siendo su prevalencia especialmente elevada en mujeres jóvenes del altiplano.

1.3.2.- Evolución.

La IRC, cursa por una fase inicial silenciosa, en la que se pierde hasta un 50 % de la función renal y el paciente no presenta ninguna molestia ni alteraciones importantes en los exámenes de laboratorio, salvo un examen de orina anormal, muchas veces con algo de proteínas o con unos cuantos glóbulos rojos en el examen microscópico del sedimento urinario y en muchos casos simplemente una elevación de la tensión arterial.

En una segunda fase, intermedia, cuando se pierde entre un 50 % a 80 % de la función renal, el paciente continúa sin molestias, pero su enfermedad ya se pone en evidencia a través de exámenes de laboratorio corrientes como un examen de orina anormal o una elevación de la urea y creatinina en la sangre. En esta fase el aumento de la tensión arterial es casi constante y la vida está seriamente amenazada ante cualquier incidente intercurrente como un accidente o una infección intestinal o respiratoria.

Finalmente en la fase avanzada, se ha perdido más de un 80 % de la función renal y el paciente presenta síntomas de toda naturaleza que traducen un sufrimiento de todos los órganos, aparatos y sistemas, destacando la falta de apetito y la fatiga fácil; una diversidad de molestias digestivas tales como náuseas, vómitos, hipo, diarreas o estreñimiento y tendencia al sangrado digestivo; molestias cardio respiratorias como dificultad respiratoria y dolor en el pecho; síntomas presentes en la piel como palidez, picor excesivo y aumento de pigmentación en la piel; molestias músculo esqueléticas como debilidad muscular, dolores en los huesos y fracturas espontáneas o ante mínimos traumatismos; alteraciones en la función reproductiva incluyendo irregularidades

o interrupción de los periodos menstruales, e infertilidad en las mujeres y perdida del deseo y de la potencia sexual en los varones; destacando finalmente la anemia. En esta fase, la muerte es inminente y la calidad de vida tan precaria que el rendimiento familiar, social y laboral está totalmente alterados.¹⁶

1.3.3.- Prevención.

Muchas de las causas que llevan a la IRC son prevenibles si se las descubre a tiempo. Aquí, el rol del médico general, de los médicos familiares, de los internistas y de otros especialistas además del nefrólogo especialista y del personal paramédico de salud, es de la mayor importancia.

La enfermedad renal secundaria a la diabetes puede prevenirse controlando adecuadamente la glicemia desde el mismo instante en que se descubre la diabetes. Del mismo modo, la enfermedad renal secundaria a la hipertensión arterial también es prevenible cuando se controla cuidadosamente la tensión arterial desde el mismo momento en que se descubre la hipertensión.

Muchas de las enfermedades glomerulares primarias y sobre todo las secundarias a procesos infecciosos crónicos o recurrentes como las piodermitis en personas del área rural, son tratables y eventualmente curables cuando se las descubre a tiempo.

Por otra parte, la evolución de las enfermedades glomerulares primarias, puede prolongarse considerablemente con solo controlar la hipertensión arterial y en muchos casos con un tratamiento con corticoides o inmuno supresores bien llevado.

¹⁶Dr. ARCE Silvetres, Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas Santa Bárbara, Sucre-Bolivia.

Del mismo modo, la enfermedad renal secundaria al consumo indiscriminado de medicamentos anti inflamatorios o calmantes del dolor puede prevenirse controlando la venta libre de estos medicamentos y educando a la población general y a los profesionales médicos en particular, acerca del potencial tóxico renal de estos compuestos. Similares consideraciones se pueden hacer en relación a los mates e infusiones de hierbas naturales potencialmente nefrotoxicas, que se venden libremente, sin siquiera saber cual es su potencial nefrotoxico.

La curación oportuna de la tuberculosis renal y de las infecciones urinarias, sobre todo asociadas a obstrucción de las vías urinarias, evita la falla renal crónica secundaria.

Finalmente, la prevención de la arteriosclerosis en general, controlando la diabetes, la hipertensión arterial, las elevaciones en el colesterol y los triglicéridos en la sangre, la obesidad, el consumo de cigarrillos y el sedentarismo en los habitantes de las ciudades, previene también la aparición de un daño renal isquémico y en caso de descubrirse a tiempo, el restablecimiento oportuno de la circulación renal previene la falla renal crónica secundaria.¹⁷

1.3.4.- Pronóstico.

Al ser el riñón un órgano vital, el pronóstico del fallo renal crónico avanzado es invariablemente fatal. Sin embargo, la rapidez con que se produce el deterioro de la función renal es muy variable dependiendo en parte de la causa primaria responsable del daño y de otros factores adversos como la hipertensión arterial, las dislipidemias, el tabaquismo y la obesidad.

¹⁷Dra. CORTES Virginia, Directora del Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas Santa Bárbara, Sucre-Bolivia

Hay enfermedades como la nefropatía por analgésicos o la enfermedad poliquística del adulto con una evolución muy lenta, a veces de diez a veinte años. Pero también hay enfermedades rápidamente progresivas como el glomérulo nefritis proliferativas con medias lunas extracapilares que llevan a la insuficiencia renal crónica terminal en solo pocas semanas cuando no se las descubre oportunamente y se las trata en forma correcta. De todas formas, cualquiera que sea la causa, la presencia de una hipertensión arterial o dislipidemia asociada ensombrece el pronóstico y si no se las controla adecuadamente, el deterioro de la función renal es rápido.

1.3.5.-Tratamiento.

En las dos primeras fases, es conservador y consiste en una restricción de las proteínas en la dieta para no sobrecargar de trabajo al riñón enfermo y en un control muy cuidadoso de la tensión arterial que está presente en la mayoría de los pacientes, combinando siempre un inhibidor del enzima convertidor como el enalapril y con un bloqueante de los receptores de la angiotensina II como el losartan.

Hasta los años 60, todos los pacientes que en Europa y USA llegaban a la fase avanzada, fallecían necesariamente. Sin embargo desde entonces a la actualidad gracias a las diferentes modalidades de diálisis y al transplante renal, estos pacientes no solamente continúan con vida, sino sobre todo se mantienen habilitados tanto desde el punto de vista clínico como familiar, social y laboral.

1.3.5.1.- Diálisis.

Thomas Graham, químico Escocés de la primera mitad del siglo XVIII, estudiando las propiedades de coloides demostró que sólo los cristaloides

difunden a través de una membrana semipermeable. A este Fenómeno Graham lo denominó DIALISIS palabra griega que significa separar. En otro experimento usó orina y demostró que los cristaloides de la orina pasaban a través de una membrana semipermeable hacia el agua la que al evaporarse dejaba un residuo constituido de cristales de urea.

1.3.5.2.- Hemodiálisis.

Al finalizar el siglo XVIII, llamado también el siglo de la razón por sus características, la ciencia y la medicina tenían ya establecidas sus bases sobre las cuales se instituiría la era de la Ciencia o sea los dos últimos siglos de nuestra era.

La hemodiálisis (HD) ha sido y es la técnica de depuración extracorpórea renal más utilizada. Ha sufrido cambios importantes gracias a mejoras en la tecnología dialítica, control del ultra filtrado, seguridad, eficacia, biocompatibilidad de la HD y de las membranas de diálisis, accesos vasculares, calidad del agua y soluciones de diálisis con bicarbonato; sin embargo, sus principios de difusión y ultra filtración no han cambiado (1). La hemodiálisis intermitente (HDI) se utiliza con 3 sesiones por semana y 4 horas de duración; existen modalidades diarias como la hemodiálisis diaria corta (HDC) con 6 a 7 sesiones por semana y 2 a 3 horas de duración, la hemodiálisis diaria nocturna (HDN) con 6 sesiones por semana y 8 horas de duración y la HDI de larga duración con 3 sesiones por semana y 8 horas de duración, estas se pueden realizar en unidades de hemodiálisis o en casa y las últimas han sido consideradas de mayor eficacia.

John Abel, en Baltimore el 1931, diseñó un método por el cual la sangre de un animal podía dializarse fuera del cuerpo y de nuevo regresar a la circulación sin exponerla al aire o a microorganismos, anticoagulándola con hirudina, un

extracto de cabezas de sanguijuela. Colocó una cánula en una arteria del animal y la conectó a una serie de sacos de celofán unidos en sus extremos por tubos de goma y contenidos en un recipiente de vidrio lleno de solución y regresándola a la circulación a través de otra cánula colocada en una vena del animal.

Evon Hess agregó una bomba Pulsátil para impulsar la sangre y recambios frecuentes de líquido dializante. Algunos intentaron membranas de origen animal como Necheles quien usó heparina por primera vez. La primera diálisis con membranas de origen animal para separar de la circulación productos intermedios cuando estudiaba aminoácidos. Consideró que la uremia debería mejorar con la diálisis al retirar productos tóxicos de la sangre. Extrajo sangre animal urémica, la recirculó dentro de un sistema extracorpóreo de diálisis y luego la regresó. La primera diálisis en humano duró 15 minutos y no ocurrieron complicaciones, pocos meses después realizó una nueva diálisis de 35 minutos y no ocurrieron complicaciones, meses después realizó una nueva diálisis de 35 minutos de duración que provocó reacción febril pero sin efecto terapéutico.

Willem Kolff médico Holandés, realizó una diálisis con éxito en 1943 con un filtro diseñado por el mismo que consistió de un tubo de celofán enrollado en un armazón de aluminio colocado dentro de una tina que contenía líquido dializante, aunque posteriormente la paciente falleció por falta de accesos vasculares. En 1945 Kolff logró que sobreviviera una paciente con insuficiencia renal aguda. En 1960, Scribner y Quinton diseñaron una fístula arteriovenosa interna con puntas de teflón y una porción externa de silicón que tenía gran duración y que permitió sobrevivir a pacientes con insuficiencia renal crónica por medio de la hemodiálisis. Uno de los primeros fue Clyde Shields quien sobrevivió 11 años y murió de un infarto al miocardio.

En 1964, Babb y Scribner diseñaron la máquina que permitió la preparación de concentrados de sales en forma comercial. En 1966 se generalizó el uso del procedimiento en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica al aparecer la fístula arteriovenosa diseñada por Brescia y Cimino. Poco después, Lipps introdujo el filtro de capilares de fibra hueca. A fines de los 70. Se llevó a cabo un estudio multicéntrico que permitió a Sargent Gotch confirmar lo adecuado de la prescripción de la intensidad de la diálisis por medio de la cinética de urea. En 1984 alrededor del mundo sobreviven con una apropiada calidad de vida gracias a la Hemodiálisis...¹⁸

1.3.5.3.- Transplante de Riñón.

Los primeros trasplantes en el hombre a comienzos de este siglo se hicieron con riñones extraídos de los animales cabras, cerdos, monos, etc. Tanto en el caso de estos trasplantes renales como en los injertos de piel, todos los intentos topaban con fracasos. En los años 1962-1964, algunos cirujanos americanos, animados por algunos resultados obtenidos en el homotrasplante gracias al advenimiento de la inmunosupresión, manifestaban un nuevo interés por las heterotrasplantes, tanto más cuanto que los resultados de los trasplantes entre seres humanos a partir de riñones de cadáver eran desastrosos.

Reemtsma, en Nueva Orleans, comunica seis casos de trasplantes practicados en el hombre, a partir de riñones de chimpancé, que se extraerán “en bloque” y se implantarán sobre los vasos iliacos con un tiempo de isquemia muy corta, que varía de treinta y seis a cuarenta y tres minutos. Todos estos riñones

¹⁸. Daeleman RA, D'Haese PC, De Broe M: Dialysis. Seminars in Nephrology, (Sin traducción), 21: 204-212, 2001

funcionaron de entrada durante varias semanas, y uno de ellos garantizó la supervivencia durante nueve meses.

En este caso, los riñones de un chimpancé, cuya permanencia en un circo ya no era aceptada debido a su irascibilidad, se implantaron en una mujer de 23 años con insuficiencia renal a causa de una glomerulonefritis, tratada mediante diálisis peritoneal; se administrará a la paciente el protocolo inmunosupresor habitual, asociando Imurel, Cortancyl y actíomicina C, a los que se añaden varias irradiaciones de 200 rads sobre el injerto. A los veintitrés días, se yugula un rechazo; a los cuatro meses del trasplante, la paciente abandona el hospital con una función renal normal.

En los sucesivos, esta función disminuirá progresivamente dentro de un cuadro de rechazo subagudo, que reacciona mal al tratamiento. La paciente fallecerá nueve meses después del trasplante.

Cualesquiera que sean los constantes fracasos en estos distintos xenotrasplantes, han demostrado con sus resultados que el trasplante a partir de órganos extraídos de los monos y, más en particular, de los chimpancés, considerados ya como los parientes más próximas del hombre, podía garantizar supervivencias prolongadas bajo el efecto de productos inmunosupresores.

Pero la necesidad de forzar las dosis de estos productos para luchar contra una fuerte reacción inmunitaria era causa de complicaciones, especialmente infecciosas, como septicemia y neumonía, demasiado mortíferas para continuar con la experimentación clínica.

Los rápidos progresos realizados en los años siguientes, en el trasplante entre seres humanos, pondrán un freno a la experimentación animal en este terreno, freno que será retirado veinte años más tarde, debida a un interés renovada,

con el objetivo de aportar una posible solución a la escasez de órganos, que son insuficientes para responder a la demanda.

La nefrología, que permite el mejoramiento de las técnicas de depuración sanguínea y sobre todo la constitución de centros de hemodiálisis crónica para los pacientes con insuficiencia renal que esperan un trasplante.

La cirugía, que permite la obtención de órganos de excelente calidad extraídos de individuos fallecidos mantenidos artificialmente con vida, gracias a una estrecha colaboración con los servicios donadores y a la aplicación de los conceptos y las técnicas de la moderna reanimación.

La inmunología clínica en el manejo de los fármacos inmunosupresores y la investigación de métodos de emparejamiento donante-receptor por medio de las pruebas de histocompatibilidad.

Es en este terreno, sin duda, donde el avance es más claro, durante los años 1964 a 1968. Está ligado a la aplicación del concepto de coma sobrepasado, que se llamará después más apropiadamente muerte cerebral.

Muerte cerebral que Xavier Bichat ya había descrito en 1800, separando “las funciones de la vida vegetativa, que se apagan en el mismo momento en que muere el cerebro, y las funciones de la vida orgánica, de los órganos, que pueden continuar durante más o menos tiempo”. Durante el año 1959, se publican los trabajos de varios neurofisiólogos franceses, Wertheimer, Jouvet y sobre todo Mallaret y Goulon, que describen este estado clínico muy pasajero del que “no se regresa”.

Es a estos dos últimos investigadores a quienes debemos el término de “coma sobrepasado”, un estado del cual proporcionan los elementos de diagnóstico.

Este estado es a la vez “revelación y tributo del dominio adquirido en materia de reanimación neurorespiratoria”.

Revelación: la atestiguación de que un número creciente de pacientes con heridas craneales graves, de enfermos víctimas de accidentes vasculares cerebrales y de anoxias asociadas a paros respiratorios o cardíacos pueden ser mantenidos “artificialmente” con vida con un corazón que late eficazmente cuando la totalidad del encéfalo está irremediablemente destruida.

Tributo: la importancia de los cuidados que incumben al personal de las unidades de cuidados intensivos para mantener la su pervivencia de los órganos, la respiración asistida y la lucha contra la vasoplejía, la hipotermia y la diabetes insípida, en los pacientes que presentan este estado más allá del coma.

En efecto, para estos neurólogos, el “coma sobrepasado” no era el equivalente de la muerte: comentaban las dificultades de trazar “la última frontera de la vida” y no tomaban en consideración la interrupción de la ventilación artificial que sabían que era seguida en unas minutos del poro inexorable del corazón. No se les ocurría el papel posible y capital que podía tener este nuevo concepto en el trasplante de órganos, aún en sus inicios.

La lectura de los trazados de los electroencefalogramas que muestran “el silencio cerebral” proporcionará un elemento diagnóstico de primera magnitud - un documento “objetivo” de la detención de toda actividad eléctrica encefálica-. A este estudio, Mme Arfel aportará toda su competencia y su dinamismo, o partir de 1958, en el servicio de reanimación de Nedey en Foch. La ayuda científica al diagnosticar y el aval del especialista, proporcionados de esta manera, van a cumplir un papel considerable en la aplicación del fundamento a

las extracciones de riñones de individuos en “fase IV” (equivalente eléctrico del coma sobrepasado) en el equipo de Küss.

Se necesitarán muchos años antes de que la utilización de órganos así obtenidos se convierta en un procedimiento reconocido y aceptado.

Los primeros casos reseñados de extracciones “a corazón latiente” datan uno de 1963 (G. Alexandrel) y el otro de 1964 (J. Hamburger).

En Bélgica, se trata de un individuo con traumatismo craneal en estado de “coma sobrepasada” para el cual Morelle, que tenía competencias neuroquirúrgicas, deberá tomar “la decisión más importante de su carrera”: autorizar la extracción “a corazón latiente”; esta extracción proporcionó un órgano que, una vez transplantado, presentó una presión inmediata sin ninguna tubulopatía y una excelente función, hasta el tercer mes, en que sobrevino una complicación séptica que provocó el fallecimiento del paciente.

Otro riñón extraído a comienzos de 1964 en las mismas condiciones, funcionará más de seis años. Guy Alexandre comenta: Afortunadamente, fue mucho antes de que se constituyeran los comités de ética.

En París, en octubre de 1964, se comunica un caso en el Necker de riñón extraído en condiciones de “muerte cerebral por hemorragia intracraneal”... Donante y receptor están en el mismo quirófano; la isquemia global es de sesenta y cuatro minutos, de la que una parte se produce en hipotermia, puesto que se indica una refrigeración por medio de una “solución especial”. Este riñón funcionará perfectamente, de entrada y durante mucho tiempo: veintiséis años más tarde, asegura una vida completamente normal.

La posibilidad de extracción “a corazón latiente” va a revolucionar el trasplante renal y a permitir en poco tiempo el de otros órganos. Pronto se demostrará que un órgano extraído de un cadáver puede igualar en calidad al de un donante vivo.¹⁹

Scribner insiste en el hecho de que “el supuesto conflicto en el tratamiento de lo insuficiencia renal terminal, o la competencia entre diálisis crónica y homotrasplante renal, no existe y no ha existido nunca. Por el contrario, estas dos formas de tratamiento son complementarias y constituyen ambas una necesidad absoluta para los miles de pacientes que morirán sin ellas.

1.4.- Reacción Socio - Jurídica En El Mundo.

1.4.1.- Estados Unidos.

Este avance fue decisivo, pero no ocurrió sin problemas desde el punto de vista legal. Las extracciones se toleraron durante años, al remitirse el legislador a la competencia o la consciencia de los médicos y de los transplantadores.

En febrero de 1968, se sale de la ambigüedad; la extracción de órganos con fines terapéuticos “en quirófano”, practicada desde hacia años, es finalmente autorizada por orden del ministro de Asuntos sociales. En abril de este mismo año, aparece la circular Jeanneney, que define la muerte cerebral y autoriza las extracciones de las personas fallecidas en estas condiciones.

En los Estados Unidos, se realizarán extracciones de estos individuos en estado de muerte cerebral a partir de 1965, gracias a la Uniform Act, que define

¹⁹. FRIEDRICH, Wolff, Gaspar, Desarrollo de la Medicina, Washington D.C. , traducido en chile editorial chile.

las normas de “la autorización del pariente más próximo”. Sin embargo, hasta 1968 el comité ad hoc de la escuela de medicina de Harvard no publicará su informe sobre la “definición del coma irreversible” y más tarde, en 1971, aparecerán los “Minnesota Criteria” insistiendo en la destrucción del tallo cerebral como confirmación de la muerte del individuo...

1.4.2.- Gran Bretaña.

La oposición es mucho más fuerte y, todavía en 1967, R. Schakman, en su informe sobre la situación del trasplante en el Reino Unido, dice que no conoce ningún cirujano que aceptara realizar una extracción en un donante cuyo corazón no hubiera cesado de latir”.

En 1968, Calne extrae un hígado, que servirá para su primer trasplante, de un niño “en estado de muerte cerebral” como consecuencia de una encefalitis urliana, pero la operación de extracción no comienza hasta después de la detención de la ventilación y la parada cardiaca resultante.

De hecho, será en 1976 cuando la conferencia de colegios reales y facultades publicará su diagnóstico de muerte cerebral, abriendo un largo debate que desembocará en el “Código del Reino Unido”. La evocación de estos recuerdos muestra las reticencias y las oposiciones encontradas al desarrollo de un método que permite obtener riñones viables, que serán protegidos de los daños de la isquemia en normotermia gracias a la perfusión de soluciones adoptadas refrigeradas, comenzando a partir del pinzamiento de la aorta.

Método que iba a permitir la expansión del trasplante a los demás órganos: corazón, pulmones, hígado, páncreas, intestino delgado.

1.5.- Insuficiencia Renal en Bolivia.

La situación en el momento actual en Bolivia desde el punto de vista médico, ético, social y económico, es precisamente similar a la de Europa y USA hace mas de cincuenta años.

En la medida en que disminuyen las enfermedades infecto-contagiosas y la morbilidad materno-infantil, observamos sobre todo en las ciudades, un aumento en la prevalencia de las enfermedades degenerativas crónicas, incluyendo la diabetes y la hipertensión arterial y en la incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal que es una de sus principales secuelas.²⁰

La enfermedad renal crónica terminal (IRCT) representa uno de los principales problemas de salud pública de este siglo, las predicciones sobre la incidencia, prevalectía, costos y recursos que se requieren han sido rebasados.

El crecimiento anual de pacientes con IRCT a nivel mundial está en aumento y el gasto se ha incrementado sustancialmente; por ello se lo considera una enfermedad catastrófica en los países del primer mundo, en los países en vías de desarrollo como el nuestro, la situación es aún más crítica.

En Bolivia se estima que aproximadamente más de un millón de personas llegarán a un daño irreversible de su riñón. De acuerdo a datos estadísticos del Programa Nacional de Salud Renal se conoce que mensualmente alrededor de 84 personas llegan a la insuficiencia renal crónica terminal; lo que equivale a más de 1.000 pacientes anuales.

²⁰ DR. ARCE Silvestre, Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas Santa Bárbara, Sucre-Bolivia.

De hecho aunque la insuficiencia renal puede afectar a cualquier persona, por diferentes causas, los diabéticos, hipertensos de larga evolución y mal controlados y personas con infecciones urinarias frecuentes y tratamientos inconclusos, son grupos de riesgo elevado y que deberían vigilar la función de sus riñones periódicamente desde estadios precoces, con el fin de retrasar la progresión de la enfermedad renal irreversible y prevenir el riesgo asociado.

Existen una serie de síntomas en estadios muy avanzados, ocasionados por la retención de toxinas, que el riñón afectado no puede eliminar, como ser “cansancio extremo, náuseas y vómitos, dificultad respiratoria, trastornos del sueño, hinchazón de la cara, manos, pies y pérdida de apetito”.

Como en el resto del mundo, la insuficiencia renal crónica terminal requiere atención prioritaria, puesto que a pesar de los esfuerzos sanitarios efectuados durante el último tiempo, el número de pacientes con IRCT aumenta cada día. Actualmente en el país existen 422 pacientes recibiendo terapia de sustitución renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), que reciben tratamiento en alguno de los 29 centros de salud que prestan este tipo de terapia en todo el territorio nacional, número que se hace insuficiente para cubrir la demanda existente, a pesar de que todas estas instituciones prestan servicios en toda su capacidad.

La gran mayoría de pacientes con daño irreversible de su riñón fallecen por falta de accesibilidad a este tratamiento y escasez de recursos económicos, se debe tomar en cuenta que el costo mensual de la hemodiálisis es de aproximadamente 2.500 a 3.000 Bs., en el sector público, cifra que puede duplicarse en centros privados; además debemos tomar en cuenta que el tratamiento es de por vida mientras no se realice un trasplante renal, cuyos costos también son elevados.²¹

²¹ El Diario, Artículo de prensa, La Paz - Bolivia, 24 de mayo de 2006

La incidencia de la IRC terminal que merece ser atendida mediante diálisis o trasplante en Bolivia, es de 130 casos nuevos por millón de habitantes y por año. Esto quiere decir que si en Bolivia hay unos nueve millones de habitantes, cada año se presentan más de 1.000 casos nuevos de insuficiencia renal crónica avanzada. Estos 1.000 casos nuevos que cada año aparecen, sumados a los ya existentes y que aún permanecen con vida gracias a la diálisis o al trasplante.²²

Este caso constituyen un grupo muy numeroso de pacientes cuya atención integral no debe ser ignorada y debe ser tomada en cuenta por las autoridades nacionales de salud, por las autoridades de la Seguridad Social, por los Seguros Privados de Salud y por toda la sociedad en su conjunto.

²² Dr. ARCE Silvetres, Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas Santa Bárbara, Sucre-Bolivia.

Capitulo II

2.-Teoría que defiende, El Derecho a la Vida, la Salud y la Seguridad Social.

La orientación teórica del presente trabajo de investigación encuentra su fundamento en la teoría jurídico-social de los derechos fundamentales a la Vida, Salud y la Seguridad Social, que sostienen que el Estado tiene la obligación de proteger los derechos fundamentales establecidos en sus normas constitucionales y tomar medidas necesarias para la correcta aplicación de éstos, velando por el bien de su sociedad, una de las maneras en la cual el Estado debe proteger a su capital humano es a través de las prestaciones medico-hospitalarias que deben ser brindadas gratuitamente para todos los estantes y habitantes de su territorio sin importar la gravedad de la enfermedad.

2.1.- Teoría Jurídico-Social de los Derechos Fundamentales (Derecho a la Vida).

Todo ser humano tiene el derecho inherente a la vida y este derecho tiene que ser protegido por la ley. El principio fundamental de los derechos humanos es que nadie podrá ser privado de su derecho a la vida.

Las leyes internacionales de derechos humanos han buscado, el hacer respetar estos derechos inviolables a través de varios tratados. La vida de un individuo está claramente protegida y el Estado esta en la obligación de velar por el bienestar del mismo. Señalan también que la sociedad le da un carácter social a los derechos fundamentales y es el Estado el que le brinda carácter jurídico a

los mismos, es decir que el origen del carácter normativo lo da la sociedad a través del Estado.

El [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos](#) nos indica que: El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida.

[El Derecho a la Vida y la No-discriminación](#) emitido por la, (Comisión Asiática de Derechos Humanos). Documento que introduce el principio de la no-discriminación y el derecho a la vida que tiene todo ser humano el cual debe ser defendido por la sociedad en general y garantizado a través de leyes, el Estado en esta situación tiene la obligación de velar por el derecho a la vida de cada uno de los ciudadanos que se encuentran en sus respectivos territorios.²³

2.1.1.- Diferentes Concepciones de la Vida

Para Angelo Papachini, la vida es valorada por los individuos como un valor básico y como el soporte material para el goce de los demás derechos. No faltan, sin embargo, quienes cuestionan, con diferentes argumentos, la pertinencia de considerarla como un derecho, o como un derecho fundamental. El autor sostiene que la vida es un derecho básico, estrechamente vinculado con el respeto debido a todo ser humano; por esto mismo se torna inviolable e imprescriptible, y abarca no solamente el derecho a la seguridad frente a la violencia, sino también el derecho a los medios de subsistencia y a la satisfacción de las necesidades básicas.

Si bien muy pocos ponen en entredicho su status de derecho fundamental, en cuanto condición material de posibilidad de todos los demás, se presentan divergencias radicales a la hora de precisar su valor relativo frente a otros

²³, LANDAN Cesar Cuestiones Constitucionales, Revista Mexicana Constitucional, C 2008, Investigaciones Jurídicas

derechos en competencia, o para dirimir cuestiones controvertidas relacionadas con su esfera de aplicación.

Para algunos pensadores inscritos en la tradición socialdemócrata el derecho a la vida incluye el derecho a los medios de subsistencia y a una vida digna.

Al tiempo que para los denominados libertarios las exigencias contenidas en él deberían limitarse a cierta seguridad mínima frente a la violencia externa; para muchos autores liberales el derecho a la vida debería incluir la posibilidad para cada cual de disponer libremente de su existencia, hasta el extremo de poder decidir acerca del momento más oportuno para poner término a su existencia -, una opción duramente cuestionada por quienes creen que la vida es un don de Dios, indisponible para la persona humana.

La dinámica del reconocimiento permite, una explicación razonable de la obligación de respetar la humanidad del otro, sin necesidad de apelar a un imperativo categórico ahistórico, asumido como un simple "hecho de la razón": la progresiva toma de conciencia de los caminos sin salida y de las contradicciones en que se pierde una voluntad unilateral de dominación, constituye una estrategia más apropiada para sustentar el imperativo de la no-violencia y el respeto por la vida y la libertad de todo ser humano.

En los debates generales acerca del sentido y alcance del derecho a la vida, y acerca de los rasgos peculiares que lo caracterizan. La tesis que se pretende sustentar es que la vida es un derecho humano de verdad, como condición de posibilidad para el desarrollo de cualquier proyecto de felicidad o libertad; y que se trata de un derecho con rasgos peculiares frente a los demás, puesto que se define como imprescriptible e inviolable, pero no inalienable.

A lo largo del trabajo sobre el derecho a la vida se encontró constantemente esa realidad algo misteriosa, enigmática e inquietante que es la muerte, fuente de angustia pero al mismo tiempo esperanza de liberación, una amenaza siempre al acecho para la vida, pero también la condición de posibilidad para una vida con sentido.²⁴

Según Reynaldo Ramirez Mendez, el primero y más importante de los derechos individuales es el *derecho a la vida*, considerado como el presupuesto básico y fundamental del que depende la existencia y perfeccionamiento de los restantes derechos reconocidos en los textos constitucionales.

Las disposiciones constitucionales y la aplicación obligatoria de los tratados internacionales, respecto de la protección del derecho a la vida de la persona humana, refuerzan el deber que atañe al Estado, como garante del *Bien Común*, para garantizar la inviolabilidad de la vida de todos los seres humanos en su territorio.

Valga decir que en las Constituciones de todo el mundo, se reafirma el *derecho a la vida como derecho de carácter fundamental* (el más trascendente y primordial de todos), especialmente por ser estimado como el fundamento esencial para el disfrute y ejercicio de los demás derechos.²⁵

2.2.- Teoría Jurídico-Social de los Derechos Fundamentales (Derecho a la Salud).

El derecho a la Salud es aquel en virtud al cual una persona o un grupo social, especialmente la familia, pueden exigir al Estado el establecimiento de medidas

²⁴ PAPACHINI Angelo Tesis: La Vida es un Derecho Humano de Verdad, Universidad del Valle, Colombia -2000

²⁵ RAMIREZ, Mendez, Reynaldo, Opinión y análisis acerca del derecho a la vida, México Lunes, 4 de julio de 2005

para alcanzar el bienestar físico, mental, social y garantías para el mantenimiento de esas condiciones.

El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población.

Tal cual define la Organización Mundial de la Salud cuando dice “La salud no se limita a la ausencia de alguna enfermedad, sino que abarca el derecho a un estado físico y mental que garantice una existencia con calidad de vida para el individuo y su familia”.

El derecho a la salud contiene una serie de derechos y libertades entre ellos el derecho al individuo de controlar su salud y su cuerpo y las libertades sexuales y genéticas.

En este sentido este derecho debe entenderse como el derecho a contar con una gama de facilidades bienes y acceso los servicios y las condiciones necesarias para alcanzar el nivel más alto de salud posible. Este derecho incluye además el derecho a vivir en condiciones dignas.

El derecho a la salud por otra parte esta relacionado con derecho a una vivienda acorde con la dignidad humana, con las condiciones laborales y con una mejora continúa de las condiciones de existencia.

El derecho al disfrute de la salud física y mental la naturaleza y la dignidad humana son inseparables por esta razón no es posible separar las dimensiones psíquica y física de la persona humana. En tal sentido, la satisfacción de los derechos a la salud física y mental es inseparable e imprescindible.

Los derechos a la asistencia sanitaria y servicios médicos en caso de enfermedad son la facultad individual de obtener de los poderes públicos los auxilios de las ciencias médicas para la prevención, la curación, el alivio físico o el consuelo psíquico-efectivo en contra de las enfermedades. La asistencia sanitaria esta destinada a poner fin e la enfermedad o hacerla más llevadera y a procurar una vida más plena al enfermo.

Este derecho comprende la asistencia individual preventiva al tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación de la persona en la medida de lo posible. Para tal efecto, es imprescindible la planificación creación y mantenimiento de servicios.²⁶

2.3.- Teoría Jurídico-Social de los Derechos Fundamentales (Derecho a la Seguridad Social).

La Teoría de la Seguridad Social empieza a adquirir vigencia en vista de existir explotaciones que no podían a sumir tales cargas patrimoniales con relación a la reparación, entonces cabía otra situación y era la del Seguro, que cuando no existía este se producían numerosos problemas por lo que tenia que haber una caja de compensación o fondo de garantía, que hiciera frente a esos riesgo social, entonces surge una delegación de obligaciones ya no es la empresa, sino un órgano de la sociedad quien indemniza.

Esta concepción del fondo de garantía da inicio a la teoría de la Seguridad Social, según esta es la comunidad la que ha de entender y suplicar las deficiencias de sus individuos el invalido del trabajo ha menester de ayuda mediante un completo sistema de seguros, si es un riesgo para la sociedad que cuales quiera de sus miembros quede incapacitado para el trabajo, debe

²⁶ Defensor del Pueblo, Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolivia, Saber Para Actuar, Editorial EDOBOL, La Paz-Bolivia.

establecerse el seguro obligatorio. Esta teoría viene a completar la teoría del riesgo social.²⁷

El Derecho a la Seguridad Social comprende el conjunto de instituciones, instrumentos y mecanismos que promueve el Estado para la protección de las personas a través del reconocimiento de beneficios tales como la cobertura de las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

Según la Constitución Política del Estado, los regímenes de Seguridad Social deberán inspirarse en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de Gestión, económica, oportunidad y eficacia.²⁸

Se considera que el sistema de Seguridad Social no debe dejar de ser público y de responsabilidad del Estado. Pero para asegurar prestaciones a todos los estantes y habitantes del país pueden articularse las prestaciones entre instituciones públicas y privadas.

El Derecho a la Seguridad Social es un derecho fundamental por estar íntimamente relacionado con el derecho a la Vida y la Salud, alcanzar la cobertura de los servicios de salud para todos los bolivianos, tanto del campo como de las ciudades, debe ser un objetivo primordial para el Estado y la sociedad.

Al cuidar el patrimonio Humano se estaría velando por el bienestar y el desarrollo de nuestro país.

²⁷ Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Anuario 2006 Los Seguros de Salud En Bolivia.

²⁸ Defensor del Pueblo, Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolivia, Saber Para Actuar, Editorial EDOBOL, La Paz-Bolivia.

2.4.- Qué es Enfermedad Crónica.

El término “crónico”, viene del griego Χρονος (Cromos), quien era el <Dios del tiempo>, como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad. En medicina se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica pero por termino medio toda enfermedad que tenga una duración mayor a los tres meses puede considerarse como crónica.

Cuando a una enfermedad se le pone el adjetivo crónica, se suele tratar de una enfermedad no curable, salvo raras excepciones (por ejemplo la insuficiencia renal crónica es curable con el transplante renal, algunos tipos de asma sobre todo en la infancia- acaban curados, las hepatitis crónicas de origen vírico pueden curan con tratamiento antiviral).²⁹

2.5.- Qué es La Insuficiencia renal.

La principal función del Sistema Renal es el metabolismo y la depuración de sustancias. A través de las reacciones bioquímicas normales, el organismo produce unas sustancias conocidas con el nombre de metabolitos. Los riñones contribuyen a mantener la homeostasia, evitando que los metabolitos y los líquidos se acumulen en exceso y asciendan a niveles peligrosos. Los riñones son los órganos encargados de filtrar y depurar la sangre en forma continua.

Los riñones, uréteres, vejiga y uretra conforman el sistema urinario. Los riñones son un par de órganos, cada uno con peso aproximado de 125 g, que se localizan hacia los lados de los cuerpos de las vértebras torácicas inferiores,

²⁹ <http://WWW.Wikipedia> la enciclopedia libre.

unos cuantos centímetros a la izquierda y la derecha de la línea media. Están rodeados por un tejido delgado y fibroso o cápsula. Por delante, las capas del peritoneo los separan de la cavidad abdominal y el contenido de ésta. En sentido posterior, los protege la pared torácica inferior. El riego sanguíneo llega a cada riñón por la arteria renal, al tiempo que el drenaje de la sangre ocurre por la vena renal.

Las dos arterias renales nacen de la aorta abdominal, al tiempo que las venas homónimas llevan sangre a la vena cava inferior. Los riñones extraen los materiales de desecho de la sangre en parte porque su flujo sanguíneo total es considerable, a tal grado que equivale a 25% del gasto cardíaco. La orina se forma en las unidades funcionales de los riñones, que son las nefronas. De éstas pasa a los conductos colectores, que se unen para formar las pelvis renales.

Cada una da origen a un uréter, que es un tubo largo cuya pared consiste ante todo en músculo liso. Este conducto une cada riñón con la vejiga y sirve para el transporte de la orina. Las nefropatías o trastornos renales pueden clasificarse según el segmento de la nefrona más afectado. La glomerulonefritis y diversas variantes del síndrome nefrótico afectan el glomérulo renal.

Las vasculopatías, infecciones y toxinas tienen efectos primordiales sobre los túbulos renales, aunque es factible que coexista cierto grado de disfunción glomerular. La obstrucción de la salida de orina por cálculos renales (nefrolitiasis), proteínas u otros materiales presentes en los conductos colectores o ureteres termina por lesionar la nefrona. Cuando el grado de daño de los riñones es grave, ocurre la insuficiencia renal y puede conducir al síndrome urémico.

Cuando las funciones del riñón se ven afectadas, es necesario realizar tratamientos farmacológicos y terapias como la hemodiálisis o diálisis.³⁰

2.5.1.- Clasificación de la insuficiencia renal:

2.5.1.1.- Insuficiencia renal aguda.

Los riñones dejan de funcionar de manera repentina, por completo o casi por completo y con el tiempo se recupera una función cercana a la normal.

Etiología y fisiopatología:

- Suele producirse después de un traumatismo renal directo, por un estrés fisiológico fulminante, como en los casos de quemadura, septicemia, por fármacos y compuestos químicos nefrotóxicos, reacción transfusional hemolítica, shock grave y oclusión vascular renal lo cual reduce el flujo sanguíneo hacia los glomérulos o las neuronas.
- Pérdida súbita y casi completa de la función glomerular y/o tubular.
- La insuficiencia renal aguda puede ocasionar la muerte por acidosis, intoxicación por potasio, edema pulmonar o infección. Puede evolucionar desde la fase anúrica u oligúrica, pasando por la fase diurética, hasta la fase de convalecencia (que puede prolongarse durante 6 a 12 meses), hasta recuperar la función, como también puede progresar hasta una insuficiencia renal crónica.³¹

³⁰ HERNANDEZ, Leon, Martha, Eugenia Fundación Santa Fe de Bogota, Correspondencia enfermeri@fsfb.org.co, Febrero 09-2008

³¹ HERNANDEZ, Leon, Martha, Eugenia Fundación Santa Fe de Bogota, Correspondencia enfermeri@fsfb.org.co/, Febrero 09-2008

2.5.1.2.- Insuficiencia renal crónica.

Es la disminución gradual, progresiva e irreversible de la [función de los riñones](#) durante un período de meses o años y definida como un anormalmente bajo [índice de filtrado glomerular](#), que es usualmente determinado indirectamente por el nivel de [creatinina](#) en el suero de la sangre.

Etiología y fisiopatología

- La insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales crónicas, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales.
- El paciente puede presentar letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del pH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte. El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia. El síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre.

Los pacientes que han llegado a la uremia, pueden presentar alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefalea, temblores, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones conjuntivales y corneales, arritmias, anemia, ingurgitación yugular, piel seca, coloración amarillo bronce, prurito, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento, amenorrea; entre otros signos y síntomas.

Hay una pérdida progresiva de la función renal, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere ser tratada. Las funciones del riñón pueden ser

reemplazadas de manera artificial, por medio de la "diálisis peritoneal" o "hemodiálisis".

2.6.- Qué es la Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.

El objetivo es preservar la función del riñón y mantener la homeostasia. Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal son eficaces en el tratamiento de la insuficiencia renal.

La hemodiálisis permite un cambio en la composición de los solutos plasmáticos y una eliminación del exceso de agua corporal con mayor rapidez que la diálisis peritoneal. En la hemodiálisis y diálisis peritoneal la sangre circula separada de la solución de diálisis o solución dializante por una membrana semipermeable.

En la hemodiálisis se utiliza la membrana sintética, mientras que en la diálisis peritoneal se usa el mesotelio peritoneal. En general, el líquido de diálisis contiene concentraciones muy bajas o nulas de las sustancias que deben ser eliminadas, favoreciéndose así su difusión pasiva desde la sangre hasta la solución de diálisis. El paso de agua se produce sólo por ultrafiltración, en donde el agua es empujada por una fuerza hidrostática y osmótica a través de la membrana mientras que el de las sustancias disueltas con ellas puede deberse a difusión como a ultrafiltración.

En el riñón humano los productos de desecho se difunden a través de las paredes capilares. En la hemodiálisis las moléculas de desecho se difunden a través de la membrana del dializador. Esta membrana delgada y semipermeable sólo deja pasar determinadas moléculas en función del tamaño de las mismas. Las moléculas de desecho se desplazan a través de la membrana por difusión y pasan al dializante, mientras que otras moléculas permanecen en la sangre.

La hemodiálisis se realiza a través de una máquina especial que debe permitir:

- Gran capacidad de flujo sanguíneo (hasta 600 ml/min), lo que reduce el tiempo de diálisis.
- Control automático de la ultrafiltración.
- Posibilidad de diálisis con bicarbonato y sodio en concentraciones estándar y variables.
- Sistema automatizado de desinfección-esterilización con cinco agentes químicos utilizados habitualmente.

La necesidad de un acceso vascular en un paciente con insuficiencia renal puede ser transitoria o permanente, dependiendo de la condiciones clínicas y pronóstico del paciente.

Los métodos permanentes permiten un acceso vascular durante un periodo que oscila entre meses y años e incluyen las anastomosis entre la arteria de una extremidad y su vena adyacente (fístula arteriovenosa).

Las complicaciones más frecuentes durante una hemodiálisis son: La hipotensión, la presencia de calambres, náuseas, vómito, cefalea, dolor torácico, dolor de espalda, prurito, fiebre y escalofríos. Pueden presentarse además reacciones anafilácticas al dializador, ocasionando síntomas de disnea, una sensación de muerte inminente y una sensación de calor en la fístula arteriovenosa o en todo el cuerpo, puede producirse un paro cardíaco e incluso la muerte del paciente. Complicaciones menos frecuentes son las arritmias,

taponamiento cardíaco, hemorragia intracraneal, convulsiones, hemólisis y embolia gaseosa, entre otras.³²

³² HERNANDEZ, Leon, Martha, Eugenia , Fundación Santa Fe de Bogota ,Correspondencia enfermeri@fsfb.org.co/, Febrero 09-2008

Capitulo III

3.- Marco jurídico en el que se basan: el Derecho a la Vida, la Salud y la Seguridad Social.

El presente capítulo está destinado a analizar toda la normativa nacional e internacional referente a la defensa del derecho a la vida, salud y a la seguridad social, que tiene todo ser humano, y por tanto todas las personas que sufren de insuficiencia renal crónica.

En este sentido es importante conocer cuáles son los lineamientos jurídicos en los que se fundamenta este trabajo de investigación, para proponer medidas jurídicas institucionales y sociales que establezcan una política de protección para los enfermos con insuficiencia renal crónica en la Caja Nacional de Salud para de esta manera brindarles una protección de sus derechos y asegurarles el pleno ejercicio de los mismos.

3.1.- Constitución Política del Estado.

La Constitución Política del Estado (CPE), promulgada el 2 de febrero de 1967 en su Art.7 inciso a) establece que “toda persona tiene el derecho fundamental a la vida, salud y la seguridad social”. Así mismo el inciso k) protege el derecho “a la Seguridad Social...”.

Es indispensable que en cada Constitución Política del Estado se encuentren normados los derechos fundamentales de todo ser humano sin importar su nacionalidad, más aun si velan por el bienestar físico mental.

Otro punto fundamental de la CPE nos señala en su Art.158 párrafo I. que “el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurara la continuidad de los medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas...”. Así también nos indica en su párrafo II. que “los regimenes de seguridad social se inspiraran en los principios de universalidad, solidaridad, que cubren las contingencias de enfermedad...”.³³

El presente artículo demuestra la responsabilidad que tiene el Estado de velar por el Capital humano existente dentro de su territorio, a través del régimen de Seguridad Social cubriendo las diferentes contingencias.

3.2.- Normas Internacionales.

3.1.1.- Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

Establece a la letra en su Art. 22 “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la Seguridad Social...”. Naciones Unidas, en la Célebre asamblea del 10 de diciembre de 1948, suscribieron la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que constituye a no dudar, el enunciado mas completo de las normas inherentes a la Seguridad Social.

³³ REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 2650, Constitución Política del Estado, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 2004, Arts.7 y 158

3.1.2.- Código Internacional del Trabajo.

La Seguridad Social, como un derecho a la persona, debe reservar en su operatividad, las fronteras nacionales.

En Efecto el carácter cosmopolita del hombre del siglo XX y XXI le obliga a que continuamente se desplace de un territorio a otro. Esta persona axial como lleva consigo su status personal, también deberá disponer de organismos e instrumentos que permitan reconocer aquellos derechos inherentes a su naturaleza de persona.

Dentro los principios en los que se basa el Código Internacional del Trabajo se encuentra El principio de internacionalidad que significa que el trabajador que deja las fronteras propias e ingresa a otras ajenas, debe recibir el mismo tratamiento que el nacional. Debiendo, respetarse y reconocerse todos sus derechos adquiridos con anterioridad, como tiempo de servicio cotizaciones, seguro de salud entre otros.³⁴

3.3.- Normas Nacionales.

3.3.1.- Código de Seguridad Social. Ley No. 1956

El Código de Seguridad Social Ley No. 1956, promulgada el 14 de diciembre de 1956 nos señala en su Art.1 “que el Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tienden a proteger la Salud del Capital humano del País, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas...”.

³⁴ BOCANGEL, Peñaranda Alfredo, Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004, Pág.36.

El termino de personas inutilizadas esta mal empleado ya que estos pacientes si bien están privados de la plenitud de su salud no son inservibles en su mayoría siguen cumpliendo por lo menos parte de la función laboral que cumplían por lo cual no son personas que se quedan estáticas, el termino correcto debería ser pacientes.

La aplicación de las normas de Seguridad Social se efectuara mediante el Código de seguridad Social a traves de la Caja nacional de Seguridad Social como lo establece el Art. 5 en su inciso c) “**La Caja Nacional de Seguridad Social.** Que estará encargada de los regímenes del Seguro Social Obligatorio y de Asignaciones Familiares, para todos los demás trabajadores incluidos en el campo de aplicación...”.

El Estado delega la función de ejecución del presente Código a las tres Cajas de Seguro Social, para que de esta manera se vaya centralizando lo que hasta ese entonces existía. que era una diversidad de pequeñas Cajas de Salud.

Para garantizar la emisión de las prestaciones el código establece en su Art. 14 “que en caso de enfermedad, reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideran indispensables para la curación, o sea a la necesaria asistencia medica, general y especializada, quirúrgica, hospitalaría y el suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo...”.

En este artículo se menciona la responsabilidad que tiene las diferentes Cajas de Salud en emitir las prestaciones en especie que sean necesarias para la recuperación efectiva del asegurado o sus beneficiarios

Así mismo señala en su Art. 15 “que el otorgamiento de las prestaciones en especie comienza a partir de la constatación de la enfermedad por los servicios médicos de la caja...”.

Después del primer examen médico general en el cual se constata la existencia de una enfermedad, la Caja debe hacerse cargo inmediatamente de la recuperación del paciente.

En cuanto a las prestaciones médicas el cogido establece en su Art.16 “que las prestaciones médicas serán concedidas por un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un periodo de 12 meses consecutivos. En los casos en los que se demuestre clínicamente que exista fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la comisión de prestaciones de la Caja puede autorizar la ampliación de las prestaciones hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez...”.

El presente artículo delimita el tiempo de prestación médica que se debe dar a cada asegurado o beneficiario, violando de esta manera los derechos reconocidos por la Constitución Política del Estado e impidiendo el desarrollo del capital humano.

Al igual que las prestaciones médicas las prestaciones hospitalarias tienen un límite de atención según lo establece el Art. 17 donde señalan “la asistencia hospitalaria se concederá con un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un período de 12 meses consecutivos.

En los casos en los que se demuestre clínicamente que exista fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la comisión de prestaciones de la Caja puede autorizar, previo dictamen de los servicios médicos de la misma, caso por caso la extensión del tratamiento hospitalario hasta un máximo de otras 26

semanas por una sola vez...”. Si se le restringe a un paciente la prestación hospitalaria que necesita para poder subsistir se violan los derechos humanos, entre los más importantes el derecho a la vida reconocido a nivel mundial.

El Código establece en su Art. 20 “que en los lugares donde la Caja no disponga de servicios sanitarios propios o contratados, esta podrá autorizar caso por caso, al asegurado el empleo de los servicios sanitarios particulares. La Caja abonara al interesado el total que importe esta atención...”.

En el caso de que un porcentaje de asegurados o beneficiarios vivieran en lugares alejados donde la Caja Nacional de Salud, no tuviera instalaciones, previo análisis de cada caso, la Caja esta obligada a garantizar la realización de las diferentes prestaciones a través de servicios sanitarios privados que se encuentre en el lugar.

Al ser la CNS una de las encargadas de emitir las prestaciones necesarias para los asegurados nos señala el Art. 168 inciso a) que la CNS cubre “Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgo Profesional para los trabajadores incluidos en el campo de aplicación...”.

El Código establece dentro del Seguro Social Obligatorio, que la Caja Nacional de Seguridad Social es una de las encargadas en cumplir la ejecución, gestión y aplicación de las prestaciones de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, etc. Solo para los trabajadores incluidos en el campo de aplicación, esto quiere decir solo para los asegurados pertenecientes a la CNS .

Los únicos encargados de autorizar o negar la emisión de las prestaciones son la Comisión de prestaciones así lo establece el Art. 186 donde señala “la Comisión de prestaciones que deberá resolver los casos prescritos en los Arts.

15 y 16...”, donde se establece las prestaciones en especie y las prestaciones medico-hospitalarias.

La Comisión de Prestaciones tiene la atribución de pronunciarse respecto a las solicitudes, reclamos y los trámites de otorgación de prestaciones, donde revisa el cumplimiento de requisitos así como la verificación de las cotizaciones efectuadas por los asegurados, con carácter previo a emitir la resolución correspondiente.

Según lo señala el Art. 188 “en cada Capital de Departamento y donde las necesidades del servicio lo requieran, la Caja constituirá Administraciones Regionales, que serán los órganos mediante los cuales se cumplirán las finalidades del presente código en cada zona geográfica...”.

En las nueve capitales de departamento la Caja Nacional de Salud tiene sus centros de atención donde todos los afiliados pueden adquirir las prestaciones necesarias, la oficina central de la Caja se encuentra en La Paz donde se centraliza todos los datos a nivel nacional.

Según Altmeyer “la Seguridad Social Representa el deseo universal de todos los seres humanos por una vida mejor, comprendiendo la liberación de la miseria, la Salud, la educación, las condiciones decorosa de la vida y principalmente el trabajo adecuado y seguro”.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), presenta la Seguridad Social como “la Cobertura de los infortunios sociales de la población”. En la Declaración de Santiago de Chile, de 1942, se proclama que “la Seguridad Social debe promover las medidas destinadas a aumentar la posibilidad de empleo, o mantenerlo a un alto nivel, a incrementar la producción y las rentas nacionales y distribuir las equitativamente y a mejorar la Salud, alimentación,

vestuario, vivienda y educación general y profesional de los trabajadores y de sus familias”.

*La seguridad Social es una parte del Derecho Social, que busca el bienestar individual y social de las personas, mediante la aplicación de instrumentos económico-sociales idóneos, debidamente sistematizados en la normativa jurídica.*³⁵

3.3.2.- Código Civil. Decreto Ley No. 12760.

El Código Civil promulgado el 6 de agosto de 1976 como Decreto Ley 12760, protege los derechos fundamentales de todo ser humano uno de los principales es el derecho a la vida así como lo establece en su Art. 6 donde señala “la protección a la vida y la integridad física de las personas se ejerce conforme a las normas establecidas en el código presente y las demás leyes pertinentes...”.

El presente artículo señala la protección a la vida del ser humano y su integridad física la cual debe ser respetada, el mismo código señala que se debe cumplir las normas que protegen a la persona establecidas en esta ley y en cualquier norma que proteja la misma como ser el Código de Seguridad Social, la Ley 3505, entre otras normas.

3.3.3.- Ley 3505 derogatoria de los Arts.16 y 17 de la Ley 1956.

La Ley 3505 promulgada el 23 de octubre de 2006 Establece en su Art. Único “la derogatoria de los Arts. 16 Y 17 de la Ley de 14 de diciembre de 1956 del Código de Seguridad Social y Arts.39 y 40 de su Reglamento aprobado por Decreto Supremo No. 5315 de 30 de septiembre de 1959; 11 del Decreto Ley

³⁵ BOCANGEL, Peñaranda Alfredo, Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004, Pág.41

No. 14643 del 03 de junio de 1977 y 16 del Decreto Ley No. 10173 de 28 de Marzo de 1972, así como todos aquellos que en esta materia afecten al derecho de la Salud y la Vida consagrado en la Constitución Política del Estado...”.

La ley 3505 si bien es cierto que esta Ley protege a todos los enfermos a través de prestaciones medico-hospitalarias de por vida cabe hacer notar que este punto esta bien solo para los enfermos crónicos y los enfermos terminales ya que seria difícil para la Caja Nacional de Salud y para los distintos hospitales poder solventar los gastos que implica la emisión de las prestaciones para todo tipo de enfermedades esta ley debería ser mas especifica para que así se brinde una buena atención a todos los pacientes.

Por otra parte la presente Ley, favorece de gran manera a todos los enfermos crónicos y terminales que puedan acceder a los distintos tratamientos esto significa que deben recibir atención médica-hospitalaria de por vida, como ser la Insuficiencia Renal Crónica, Cáncer, etc., puedan ser tratadas hasta que el paciente lo necesite sin fijar limites de tiempo de emisión de las prestaciones.

3.3.4.- Ley No. 1716 de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células.

El Banco de Órganos, Células y Tejidos es la Entidad que sin fines de lucro y previa autorización otorgada por la Secretaría Nacional de Salud se dedica a la preservación, almacenamiento y distribución de órganos, células y tejidos distintos de la sangre y provenientes de cadáveres de seres humanos.

Un Donante es la persona que sin fines de lucro, durante su vida y por voluntad propia o después de su muerte por decisión de sus parientes, dispone que se

extraigan sus órganos, células y tejidos destinados a trasplantes en otros seres humanos para su utilización inmediata o diferida.

El Receptor es la persona en cuyo cuerpo se realizará el trasplante de órganos, células o tejidos procedentes de otro organismo. La Ablación es aquel *procedimiento por el cual se extirpan órganos, células o tejidos en seres vivos y cadáveres con fines de trasplante.*³⁶

La Ley 1716 indica en su Art.1 que sus disposiciones “...regirán las donaciones de órganos, tejidos y células para uso terapéutico, trasplantes e implantes teniendo como fuente de recursos biodisponibles los de personas vivas y cadáveres”.

La presente norma regula la autorización que deben tener los hospitales donde se practican los trasplantes e implantes de órganos, indica también que solo hay dos tipos de situaciones bajo las cuales se puede ser donante, el primer caso es de personas vivas las cuales previa autorización y constatación de su voluntad en un documento firmado acreditan la voluntad de ser donante de cualquiera de sus órganos que no le afecte al desarrollo de su libre locomoción y el segundo caso es de personas cadavéricas las cuales pueden dejar una constancia de su voluntad escrita de ser donante antes de morir o que después del fallecimiento los parientes cercanos autoricen la utilización de los órganos que pueden salvar otras vivas.

En su el Art. 2 “el contrato de donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos se constituye por un acto expreso entre vivos, únicamente. Tendrá por objeto otorgar a los facultativos del área de trasplantes expresamente

³⁶ REPUBLICA DE BOLICIA Decreto Supremo 24671, Reglamento de la Ley de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, La Paz Bolivia 21 de julio de 1997, Art.4

autorizados para esta práctica, facultades plenas para proceder a la ablación del órgano donado en beneficio de un tercero que requiera del trasplante, para la reposición de órganos afectados por patologías no reversibles...”.

El Contrato de Donación autoriza a los hospitales encargados y autorizados para realizar el trasplante e implante de órganos a poder llevar a la práctica los mismos, ya que para realizar estas cirugías los hospitales deben tener autorización expresa.

De acuerdo al Art. 3 “el Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Salud otorgará las licencias de funcionamiento a los centros hospitalarios que acrediten poseer equipo técnico adecuado y medios idóneos para realizar trasplantes de órganos, tejidos y células con sujeción a las disposiciones de esta ley...”.

El encargado de brindar las distintas licencias de autorización a hospitales públicos o privados, para la realización de trasplantes es el Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Salud, previa evaluación técnica de las instalaciones de dichos hospitales.

El Art. 9 de la Ley 1716 expresa que “el donante vivo como el receptor deberán ser ampliamente informados de las características de la operación. En caso de no existir oposición respecto a la intervención quirúrgica a llevarse a cabo, deberá consignarse este acuerdo en documento firmado por las partes interesadas...”.

Tanto el donante como el receptor previa información acerca del trasplante, el pro y el contra deberán manifestar la libre voluntad de ambas partes una para ser donante y otro para ser receptor en un documento el cual deberá ser notariado como constancia de dicho acuerdo, y conformidad de ambas partes.

Según lo señala el Art. 10 “establece que con preferencia deberán ser utilizados órganos provenientes de cadáveres...”.

Con prioridad se tendría que utilizar donantes cadavéricos, ya que por un lado si la persona sabe que va a morir de una enfermedad que solo afecta su páncreas por ejemplo, esta puede tomar la decisión en vida de que sus pulmones sean donados a alguien que lo necesite, y el otro caso sería que después de fallecida la persona sus familiares tomen la decisión de querer colaborar a otra persona con la donación de algún órgano esta voluntad de los familiares debe ser expresada por escrito, debidamente notariado y además el centro hospitalario debe tener en su registro el dato incorporado.

Para determinar la muerte cerebral del individuo se tomara en cuenta lo establecido por el Art. 11 donde se señala que “el parámetro que habilita la disposición de los órganos de cadáveres será la muerte cerebral diagnosticada por un equipo médico especializado...”.

Con prioridad se toma en cuenta como donantes, a los pacientes que se encuentran con muerte cerebral, que con previos análisis realizados por especialistas dictaminen la muerte cerebral de dicho paciente, los especialistas que realizaron el estudio no pueden ser participes en el trasplante.

Según lo establece el Art. 14 “la dignidad del cadáver deberá ser preservada, evitándose en él, mutilaciones innecesarias a tiempo de proceder a la ablación de las partes utilizables...”.

Se debe respetar la dignidad del cadáver, en el caso de que antes del fallecimiento existiera la autorización o que los parientes accedan a que el fallecido sea donante, solo se le deberán realizar las mutilaciones correspondientes de las áreas a utilizarse sin dañar el resto del cuerpo.

De acuerdo al Art. 17 “todos los actos de cesión de órganos, con fines terapéuticos, en vida o después de la muerte serán realizados de manera gratuita. La infracción a ese principio acarreará responsabilidad civil, penal y administrativa, en contra de todos los transgresores”.

La donación es un acto de libre voluntad de las personas que debe ser realizado de manera gratuita sin que medie ningún interés económico de por medio solo se necesita la voluntad personal del donante.

El Art. 21 establece que “el Ministerio de Desarrollo Humano, a través de la Secretaria Nacional de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia y la Sociedad Boliviana de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, creará un Registro Especial de los posibles donantes y receptores...”.

El registro de posibles donantes y receptores es un estudio de compatibilidades que se deben realizar ambas personas previa cirugía de trasplante para que el órgano que esta siendo donado no sea rechazado por el cuerpo del receptor.

3.3.5.- Decreto Ley 14643 de modificación a la Ley 1956.

El Decreto Ley No. 14643 de 11 de junio de 1977 establece en su Art. 11 que “en enfermedades crónicas los asegurados y beneficiarios que por aplicación del Art. 16 del Código de Seguridad Social y 16 del Decreto Ley No. 10173 del 28 de marzo de 1972 afectados con enfermedades crónicas cesaren de su derecho a recibir atención hospitalaria, medica y farmacéutica en los centros propias de la respectiva entidad gestora serán transferidos a los centros especializados del Ministerio de Previsión Social y Salud Publica...”.

Antes de la promulgación de la ley 3505 los pacientes que adolecían de enfermedades crónicas solo tenían el derecho de percibir por parte de la CNS,

52 semanas de las prestaciones medico-hospitalarias, para luego ser derivados al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, donde supuestamente podían seguir percibiendo la prestación necesaria lo cual no se daba ya que dicho Ministerio ni siquiera contaba con estructuras adecuadas para poder brindar las prestaciones.

3.3.6.- Decreto Supremo No. 05315 que Reglamenta el Código de Seguridad Social.

El Decreto Supremo No. 05315 de 30 de septiembre de 1959 considera en su Art. 1 que “la Seguridad Social tiene por objeto proteger la Salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas...”.

El presente Reglamento reafirma el compromiso que tiene el Estado para velar y cuidar el capital humano existente dentro su territorio esto a través de la seguridad Social.

El Art. 3 establece que “el Seguro Social Obligatorio tiene por objeto proteger a los asegurados en... a) Prestaciones en especie a los trabajadores y sus familias en caso de enfermedad...”

El Seguro Social Obligatorio, tiene la función de ejecutar las prestaciones en especie a los asegurados, en el caso de los pacientes renales la CNS les brinda las prestaciones medico-hospitalarias preservando su derecho a la vida y salud.

En caso de enfermedad reconocida por los servicios médicos de la Caja, el Art. 33 indica que “el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideren indispensables...como

ser b) Asistencia Medica Especializada, c) Intervenciones quirúrgicas, e) Suministro de medicamentos...”

En caso de que la enfermedad sea reconocida por los servicios médicos, la Caja esta obligada a prestar los servicios medico-hospitalarios necesarios para la pronta recuperación del paciente con insuficiencia renal crónica.

El Reglamento del Código de Seguridad Social establece un límite de emisión de las prestaciones médicas que se encuentra regulado en el Art. 39 donde “las prestaciones médicas serán concedidas por el máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un periodo de 12 meses consecutivos. En los casos en los que se demuestre clínicamente que existe fundada posibilidad de recuperación del enfermo, la Comisión de Prestaciones de la Caja puede autorizar la ampliación de las prestaciones hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez. Sin embargo cesara en cualquier momento el derecho a las prestaciones si el enfermo es declarado inválido...”.

Al igual que el Código de Seguridad Social en sus Artículos 16 y 17 este articulo atenta contra la vida del ser humano, ya que si una persona con enfermedad renal requiere de intervención medica de por vida y la Caja solo le brinda la prestación por 52 semanas el resto de su vida dependerá de si esta persona tuviera recursos económicos para poder costearse los tratamientos que requiere para poder vivir y si en caso no los tuviere esta persona esperara el momento de su muerte, lo cual implica una disminución del capital humano.

Al igual que el anterior artículo las prestaciones hospitalarias también tienen un límite de emisión de la prestación según lo establece el Art. 40 “la asistencia hospitalaria se concederá por un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad en un periodo de 12 meses consecutivos. En los casos que se demuestre clínicamente que existe fundada posibilidad de recuperación del

enfermo la Comisión de prestaciones de la Caja puede autorizar previo dictamen de los servicios médicos de la misma. Caso por caso, la extensión del tratamiento hospitalario hasta un máximo de otras 26 semanas por una sola vez.

En el caso de que un enfermo con Insuficiencia Renal Crónica Terminal no accediera más a las instalaciones Hospitalarias mas propiamente dicho la Unidad de hemodiálisis y/o diálisis, lo cual debe ser por lo menos tres veces por semana, este corre el riesgo de que su sangre se contamine y muera poco a poco por que al limitar solo a 52 semanas la prestaciones hospitalarias seria atentar contra el derecho a la vida que tiene esta persona.

Según lo establece el Art. 47 “los trabajadores asegurados que se encuentren transitoriamente en otro distrito donde existen centros sanitarios de la Caja podrán ser atendidos en dichos centros siempre que cumplan con las condiciones del Art. 35 y presten la autorización expresa del Administrador Regional del lugar donde se encuentren...”.

En caso de que un paciente con Insuficiencia Renal tenga que realizar un viaje de urgencia de La Paz a Cochabamba este podrá recibir el tratamiento de diálisis o hemodiálisis en el centro Hospitalario que se encuentre en Cochabamba que este a cargo de la Caja siempre y cuando muestre su Carnet de afiliado y que se encuentre en los registros de la Caja.

Según lo indica el Art. 50 “la Caja esta en la obligación de mantener un stok de productos farmacéuticos suficientes para la atención de sus asegurados y de acuerdo a una lista de medicamentos <vademécum> que limite el numero de los productos a lo necesario y permita sustituir ciertos específicos costosos con similares de menor precio pero de igual efecto terapéutico...”.

Se a podido evidenciar que en los distintos centros hospitalarios dependientes de la CNS no siempre cuentan con todo el stock de medicamentos necesarios para la atención a pacientes renales lo cual lleva a que ellos mismos tengan que adquirir dichos medicamentos por cuenta propia.

Mediante el Art. 54 se establece que “los servicios médicos de la Caja están obligados a la organización inmediata de laboratorios clínicos, siendo prohibida la atención en laboratorios particulares.”

La Caja debe tener sus propias instalaciones de laboratorios encargados de realizar los análisis solicitados por los médicos, estos exámenes no pueden ser realizados en laboratorios que no dependan de la Caja.

Todo asegurado para la emisión de cualquier tipo de prestación en especie debe presentar su Carnet según lo indica el Art. 483 el cual debe encontrarse “... debidamente sellado por el empleador en la casilla correspondiente, dará derecho a que se otorguen, por los centros sanitarios de la Caja las prestaciones en especie que requiera el trabajador asegurado. El beneficiario presentará, además su carnet, que lo acredite como tal.”

Este artículo afirma lo dicho por el artículo 47 donde señala que los afiliados pueden recibir la atención necesaria en cualquier centro que dependa de la Caja previa presentación del Carnet de Asegurado.

La Comisión de Prestaciones de la CNS es la encargada de emitir resoluciones así lo indica en Art. 349 donde establece que “la Comisión de Prestaciones es la encargada de emitir todas las resoluciones sobre calificación y reconocimiento de prestaciones en especie y dinero que prevé el código y su respectivo reglamento”.

También deberá resolver el otorgamiento de las prestaciones en dinero o en especie de todos aquellos casos en discrepancia o en los no previstos en las disposiciones legales vigentes.

Esta Comisión se encarga de pronunciarse sobre las solicitudes, reclamos entre otros, de todas las prestaciones en especie esto significa las prestaciones medico-hospitalarias que brindan los distintos Centros de Salud de la CNS, así mismo, puede tomar medidas para mejorar la calidad de alguna de las prestaciones como ser la de las Unidades de Hemodiálisis o Diálisis de los centros hospitalarios estas serán autorizadas a través de una resolución.

Esta Comisión además de disminuir la incidencia de solicitudes de reducción de gastos o reclamos por una mala emisión de prestación, tiene la facultad de mejorar las prestaciones en especie, a través de la emisión de una resolución que sea elevada al Honorable Directorio para su homologación y cumplimiento por parte de las entidades ejecutivas.

3.3.7.- Decreto Supremo No 24671 que Reglamenta la Ley de Donación de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

El Decreto Supremo No. 24671 de 21 de julio de 2007 en su primer artículo indica que “la práctica de las donaciones, ablaciones y trasplante de órganos, células y tejidos que tengan la finalidad de prolongar la vida y rehabilitar a personas afectadas por enfermedades irreversibles, se regula en los establecimiento de salud públicos, de la seguridad social y privados en todo el ámbito nacional, por las disposiciones contenidas en la Ley 1716 y el presente Reglamento”.

Esto significa que para poder realizar el trasplante de órganos, tejidos o células deben cumplirse con los requisitos exigidos por la ley 1716 y el presente

reglamento, los centros hospitalarios que realizan los trasplantes deben adquirir una licencia de funcionamiento, el equipo necesario y el personal especializado en el tema.

Por otra parte el Art. 2 del mismo Decreto Supremo indica que “los órganos, células y tejidos provenientes de seres humanos solo podrán ser donados sin fines de lucro y destinados a trasplantes en seres humanos, cuando las demás opciones terapéuticas hayan sido agotadas y realizadas las pruebas pertinentes”.

De esto se puede inferir que los trasplantes solo deben ser realizados, por la voluntad de donante de querer donar su órgano y la voluntad del receptor de querer ser receptor no debe mediar el interés económico. El trasplante solo puede ser aplicado en caso de ser la última opción para la recuperación del paciente.

El artículo quinto establece que “los órganos, células y tejidos que pueden ser donados en la práctica del trasplante son aquellos que están normados por la Sociedad Boliviana de Trasplante de Órganos y Tejidos, misma que de acuerdo al avance médico-científico y tecnológico propondrá la ampliación y la incorporación de otros órganos, células y tejidos”.

Solo los órganos que se encuentran establecidos y autorizados por la Sociedad Boliviana de Trasplante de Órganos y Tejidos, pueden ser trasplantados como por ejemplo tenemos el corazón, hígado, riñan, pulmón, intestino, delgado, etc. Por su parte el sexto artículo enumera los órganos que pueden ser donados por personas vivas, los cuales son:

- a.- Riñón, uréter y vasos sanguíneos
- b.- Piel

- c.- Elementos del sistema osteoarticular
- d.- Órganos dentarios
- e.- Lóbulo hepático
- f.- Médula ósea

Solo estos, órganos, tejidos y células pueden ser trasplantados en caso de existir un órgano que no se encuentre en esta lista se deberá pedir previamente la autorización a la Sociedad Boliviana de Trasplante de Órganos y Tejidos.

En cuanto a los órganos, células y tejidos procedentes de personas fallecidas el Art. 11 del Decreto Supremo No. 24671 establece que cuando no exista consentimiento en vida, por parte del donante, estos “podrán ser donados por parte de sus parientes siempre y cuando no existan fines de lucro...”.

En caso de que el donante no haya dejado constancia de la voluntad de donar cualquiera de sus órganos, sus familiares podrán autorizarlo, siempre y cuando no medie ningún interés económico por las partes , en caso de que se establezca la voluntad de la donación, se debe realizar el trasplante en el transcurso de las 6 horas posteriores al deceso dejando constancia firmada de la voluntad de querer donar el órgano, célula o tejido

En cuanto a los Servicios de Salud el Art.13 señala en su párrafo I, que “los Servicios de Salud Públicos, de la Seguridad Social y Privados, para efectuar ablación y trasplante, así como para el funcionamiento del Banco de Órganos, Células y Tejidos, deben contar con autorización expresa emitida por la Secretaría Nacional de Salud, misma que será tramitada ante la Dirección Departamental de Salud que correspondiere a la jurisdicción del Centro solicitante, adjuntando la documentación que acredite la disponibilidad de infraestructura, equipamiento y adecuada capacidad resolutive para la realización de ablación y trasplante y funcionamiento del Banco de Órganos,

Células y Tejidos, según el requerimiento básico señalado en el anexo A del presente Reglamento”.

La práctica médico-quirúrgica de trasplante de órganos, células y tejidos requiere la participación de profesionales que estén reconocidos en las especialidades del trasplante a realizar, esto según el párrafo I del Art. 18.

Los centros médicos autorizados para la realización de trasplantes deberán contar con personal especializado en las distintas áreas, por ejemplo en el caso de trasplante de riñón se necesitara minimamente a un nefrólogo, anesthesiólogos, cardiólogo.

Respecto a la suscripción de convenios nacionales y/o internacionales destinados al intercambio de órganos, células y tejidos donados, así como la asistencia técnica para trasplante de órganos, células y tejidos, el Artículo 23 indica que estos “...deben ser gestionados por la Comisión Coordinadora Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos. Para tal efecto, las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas podrán suscribir convenios o recibir donaciones previo conocimiento y autorización de dicha Comisión”.

Esto quiere decir que la única institución que puede autorizar la donación o intercambio de riñones para personas con enfermedades renales a nivel nacional o internacional es la Comisión Coordinadora Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos, la cual realiza los trámites de gestión, donde cualquier centro hospitalario público o privado debe pedir la autorización para dicho intercambio o donación.

Finalmente el Art. 25 indica que en el caso de ser el donante una persona con muerte cerebral, el encargado del pago de exámenes de compatibilidad, tratamiento del órgano antes de ser trasplantado es el paciente receptor. En

caso de ser el donante vivo, el encargado del pago de los exámenes de compatibilidad, laboratorio, hospitalización y ablación es el paciente receptor, que también correrá con los gastos de recuperación del donante.

Capítulo IV

4. Los Enfermos Renales en la Caja Nacional de Salud

El presente capítulo tiene por finalidad el de defender la calidad de atención médico-hospitalaria que reciben los pacientes con insuficiencia renal crónica por parte de la Caja Nacional de Salud. Para lo cual se acudió a la realización de encuestas, entrevistas y recolección documental, en los que se puede evidenciar esta situación.

4.1.- Enfermos renales en la Caja Nacional de Salud.

De acuerdo a los datos obtenidos a través del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), se puede evidenciar que la Caja Nacional de Salud hasta el año 2006 contaba con 2.296.937 de afiliados a nivel nacional, de los cuales 929.838 correspondían al departamento de La Paz.

La Dra. Ana Claudia Pacheco, Directora del Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud y Deportes en la entrevista que se le realizó para este trabajo de investigación, señaló: *“Actualmente en Bolivia existen 1.080 personas que reciben terapia de sustitución renal, de las cuales 905 se encuentran en unidades de Hemodiálisis y 175 en unidades de diálisis peritoneal... Además existe un crecimiento estimado del 60% más o menos en 15 meses; una incidencia del 36 pacientes por millón de población y una prevalencia del 179 pacientes igual por millón de población de habitantes”*.

Asimismo señala que: “La mayor concentración de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se encuentra en el departamento de La Paz, seguido por Cochabamba y Santa Cruz, pero se encuentra también en Oruro un índice alto”.

Al ser La Paz el departamento donde se encuentra el mayor porcentaje de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, únicamente se tomara este para el diagnostico.

A partir de su fundación la CNS en el departamento de la Paz ha atendido a 14.290 pacientes con insuficiencia renal crónica, tal como se evidencia en el siguiente cuadro:

Cuadro 4.1. Afiliados a la CNS y cantidad de pacientes atendidos por el departamento de nefrología

DEPARTAMENTO DE LA PAZ	POBLACION
Caja Nacional de Salud	929.838 afiliados.
Departamento de Nefrología CNS.	14.290 pacientes.

Fuente: Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)

Según datos obtenidos del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), actualmente la CNS en el departamento de La Paz atiende a 426 pacientes con insuficiencia renal brindándoles las prestaciones medico-hospitalarias necesarias en las Unidades de hemodiálisis y/o diálisis.

4.2.- Elaboración de la Encuesta

4.2.1.- Población de diagnóstico

Para el presente trabajo se tomo como población de diagnostico a los enfermos renales afiliados a la Caja Nacional de Salud en el departamento de La Paz, los

cuales ascienden a un numero de 426 pacientes, de los cuales la mayor cantidad son atendidos en el Hospital Obrero No. 1 de la Ciudad de La Paz.

El Hospital Obrero No. 1 actualmente presta los servicios medico-hospitalarios a 209 pacientes de los cuales 122 son afiliados de la Caja Nacional de Salud, es así que la población de diagnostico seleccionada corresponde al grupo de pacientes renales de la CNS atendidos en el Hospital Obrero No. 1.

4.2.2.- Muestra.

La población de diagnostico seleccionada esta conformada por 122 pacientes con Insuficiencia renal crónica, de los cuales 73 pertenecen al sexo masculino equivalente a un 59,8% y 49 al sexo femenino equivalente a un 40,2%, los mismos que se encuentran asegurados en la Caja Nacional de Salud y reciben la prestación medico-hospitalaria de hemodiálisis en sus cuatro turnos mañana, tarde, noche y trasnoche en el Hospital Obrero No.1 de la ciudad de La Paz.

Cuadro 4.2. Pacientes con insuficiencia renal afiliados a la CNS, atendidos en el Hospital Obrero No. 1.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Afiliados a la CNS	122	73	49
Porcentaje	100%	59,8%	40,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES.

A efectos de muestra se tomo al 16.4% que equivale a una cantidad de 20 pacientes renales encuestados, integrado por 12 varones y 8 mujeres, como se aprecia en el siguiente cuadro.

Cuadro 4.3. Muestra y universo a encuestar

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Muestra	100%	59,8%	40,2%
Universo encuestado	20	12	8

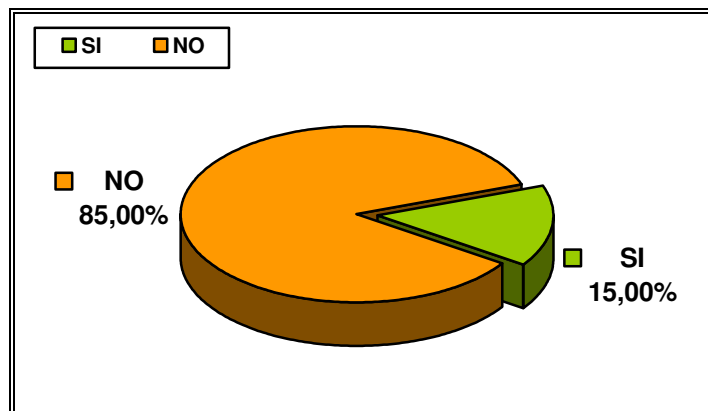
Fuente: elaboración propia

4.3.- Inconformidad en cuanto a las prestaciones medico-hospitalarias que brinda la CNS a los pacientes renales.

A lo largo de la investigación se evidenciaron una gran cantidad de quejas respecto a la atención que reciben los pacientes renales en la CNS, por lo que la primera pregunta de la encuesta estuvo destinada a determinar la calidad de atención que reciben estos pacientes.

Es así que a la pregunta: ¿Usted esta conforme con las Prestaciones medico-hospitalarias que le brinda el hospital obrero No.1 para recibir el tratamiento de hemodiálisis?, de las 20 personas encuestadas 3 dijeron que **Si** esto significa un 15% y 17 dijeron que **No** que significa un 85%

Cuadro 4.4.: Respuesta a la pregunta:
¿Usted esta conforme con las Prestaciones medico-hospitalarias que le brinda el hospital obrero No.1 para recibir el tratamiento de hemodiálisis?



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

Esto demuestra que los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis NO están conformes con las prestaciones Médico-Hospitalarias, esto se debe a la falta de preocupación por parte de la Caja Nacional de Salud, que después de haber sido informados de la Auditoria Medica Integral realizada por INASES

donde se tomo en cuenta: la organización administrativa, recursos humanos, infraestructura, equipamiento, materiales o insumos y medicamentos, concluyendo con la elaboración de informe final el 14 de abril de 2007.

El mencionado informe fue entregado al Director Ejecutivo de la Caja Nacional de Salud y al Director del Hospital Obrero para su conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones efectuadas, después de transcurrido un año de presentado el informe hoy en día no se encuentran mejoras dentro la unidad de hemodiálisis existente en el Hospital Obrero No. 1 de La Paz.

En la visita realizada el 30 de marzo de 2008 a las instalaciones del la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Obrero No. 1, se pudo evidenciar lo siguiente:

1. No existe personal medico para el turno de trasnoche, se debe recurrir a los internos y residentes médicos, para atender y manejar a los pacientes.
2. Los ambientes para el lavado de materiales no guardan los cuidados suficientes, constituyéndose en área roja altamente contaminada, poniendo en riesgos la salud de los pacientes y del personal de servicio.
3. Se requiere contar con Aspirador de secreciones.
4. Los muebles con los que actualmente cuenta el servicio no abastecen para el almacenaje de insumos y no se adquirieron nuevos muebles para almacenar los materiales e insumos de forma adecuada.
5. El servicio no cuenta con un anestesiólogo exclusivo, si sucediera un caso en que lo necesiten este es llamado de otras áreas del hospital.

6. El servicio tampoco cuenta con un cirujano cardiovascular si sucediera un caso en que lo necesiten este es llamado de otras áreas del hospital.
7. En cuanto a las tomas de oxígeno central solo existen ocho se realizó el pedido para obtener las otras seis restantes y hasta a fecha no se tiene resultados.
8. Los sillones tredelemburg que son especiales para realizar la hemodiálisis con porta sueros hasta la fecha no han sido adquiridos y se siguen utilizando los catres ortopédicos.
9. En este servicio en médico NO cuenta con mandil exclusivo, con el mismo mandil circula por el Hospital, lo utiliza para ingresar a la Unidad de Hemodiálisis sin tomar en cuenta las posibles contaminaciones que esta podría ocasionar.

Esta es la realidad que viven los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica los cuales soportan todo tipo de tratos tres veces a la semana durante cinco horas hasta que consigan un trasplante de riñón, cosa que tampoco se da, lo cual les lleva a correr el riesgo de empeorar e incluso morir por la falta de atención de parte de la CNS y el Hospital.

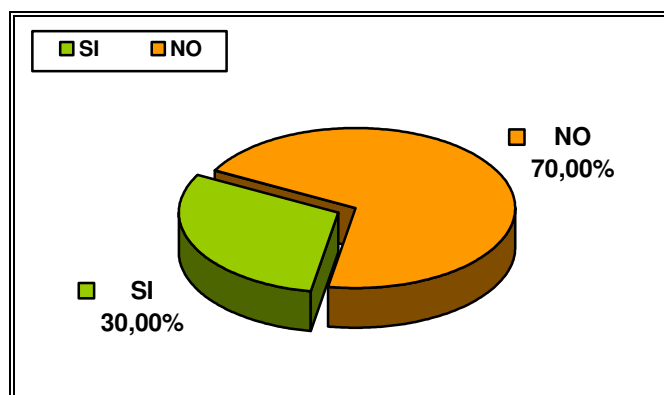
La Sra. Rosario Rodríguez Leyton, Presidenta de la Asociación Boliviana de Diálisis (ASOBOLDI), en la entrevista realizada, señala : *“No nos dan buena atención, no velan por nuestro bienestar,... imagínate en nuestro caso del turno noche y traspasado vienen a la una de la mañana y terminan de dializarse a las cinco de la madrugada, a esa hora se van pacientes muy delicados, esta lucha es desde hace mucho tiempo atrás estamos casi a un año de haber salido la Auditoría Técnica Médica que hemos pedido al INASES con el tema de la unidad de hemodiálisis de la Caja Nacional de Salud... tenemos que llegar a*

estos extremos para que nos escuchen Ministros, Derechos Humanos y todos los involucrados, queremos que el Sistema Jurídico erradique esa burocracia que hay ahora. Lo someten al paciente renal a tener que hacer notitas más notitas, cuando nuestras vidas se están yendo en esas maquinas... Queremos transplante y no nos dan hasta ahora,... pero seguimos en ese tipo de burocracias, de papelitos aquí, notitas allá, el Ministerio mando una notita al Gerente de la Caja hoy día por ejemplo el caballero le a respondido indicando que nosotros los pacientes estamos obligando a la Caja a comprar servicios de clínicas privadas...”.

4.4.- La falta de apoyo Psicológico y Nutricional por parte de la CNS a los pacientes renales.

La segunda pregunta de la encuesta estuvo destinada a determinar la existencia de apoyo psicológico por parte de la CNS a los pacientes renales, y estuvo redactada de la siguiente manera: ¿Alguna vez recibió apoyo psicológico por parte del hospital?, a la cual de las 20 personas encuestadas 6 dijeron que **Si** esto significa un 30% y 14 dijeron que **No** que significa un 70%

**Cuadro 4.5.: Respuesta a la pregunta:
¿Alguna vez recibió apoyo psicológico por parte del hospital?**



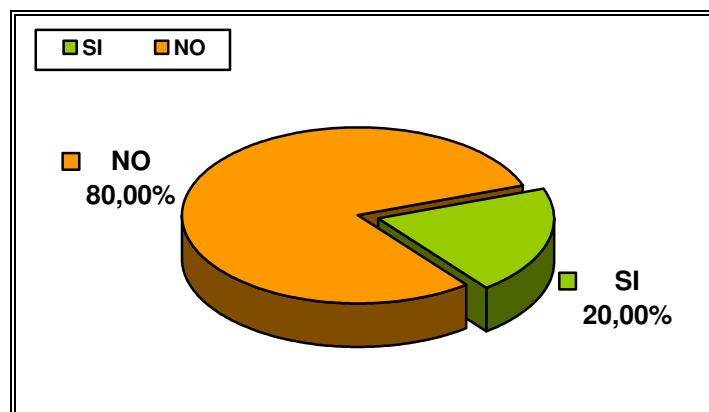
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

Los pacientes no reciben apoyo Psicológico, ya que solo se cuenta con una psicóloga que es compartida con otras unidades y para poder acceder a ella deben hacerla llamar, se pudo ver que existe un aviso en la puerta principal de ingreso a la sala de hemodiálisis donde dice: “Con el objeto de brindar una mayor calidad, y calidez de atención en nuestros servicios de hemodiálisis, toda queja, denuncia o sugerencia será atendido por la psicóloga Lic. Marcela Arzabe, de forma objetiva e imparcial para apoyar y buscar soluciones efectivas e inmediatas a los pacientes y los familiares de los pacientes”.

Como se puede advertir, no se dice nada acerca de apoyo psicológico para los pacientes, solo nos habla de quejas, denuncias o sugerencias, no toman en cuenta que el paciente Renal necesita y debe tener atención especializada por parte d un psicólogo que le ayude a superar los temores y traumas creados por las sesiones de hemodiálisis.

De igual manera la encuesta sirvió para evidenciar que la CNS no brinda consejos nutricionistas a los pacientes con enfermedades renales, ya que estos a la pregunta: ¿El hospital le brinda consejos nutricionistas para su cotidiano vivir? Respondieron de la siguiente manera:

**Cuadro 4.6.: Respuesta a la pregunta:
¿El hospital le brinda consejos nutricionistas para su cotidiano vivir?**



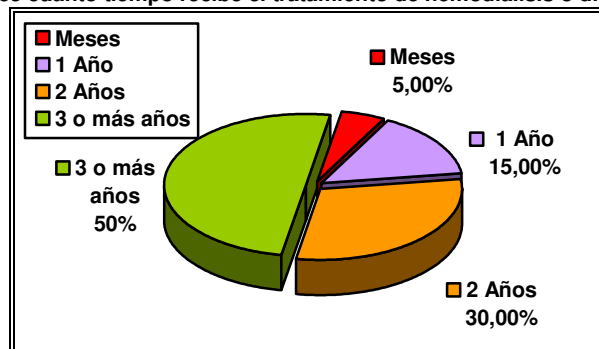
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

De las 20 personas encuestadas 4 dijeron que **Si** esto significa un 20% y 16 dijeron que **No** que significa un 80%. Lo cual demuestra que la mayoría de los pacientes tiene una nutricionista personal fuera del Hospital, ya que la que atiende a la unidad de Hemodiálisis atiende a todo el Hospital y es de difícil acceso, es sabido que una persona que padece de Insuficiencia Renal debe tener una dieta balanceada, que no es igual en todos los casos el trato debe ser individualizado tomando en cuenta si sufre de diabetes o presión arterial viendo cual es el desarrollo de la enfermedad.

4.5.- El alto índice de personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis en la CNS por mas de tres años.

El hecho de que los enfermos renales reciban el tratamiento de hemodiálisis por periodos prolongados hace notar que la CNS realiza pocos transplantes de riñón lo cual afecta de gran manera a todos los pacientes renales y demuestra la falta de interés de la CNS para mejorar la calidad de atención prestada por los distintos centros sanitarios dependientes de la misma. Al respecto, el universo encuestado, a la pregunta: ¿Hace cuanto tiempo recibe el tratamiento de hemodiálisis o diálisis?, respondió de la siguiente manera:

Cuadro 4.7.: Respuesta a la pregunta:
¿Hace cuanto tiempo recibe el tratamiento de hemodiálisis o diálisis?



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

Como se observa, de las 20 personas encuestadas 1 eligió la opción **a)** que significa 5%; 3 eligieron la Opción **b)** que significa un 15%; 6 eligieron la opción **c)** que significa un 30% y 10 eligieron la opción **d)** que significa un 50%

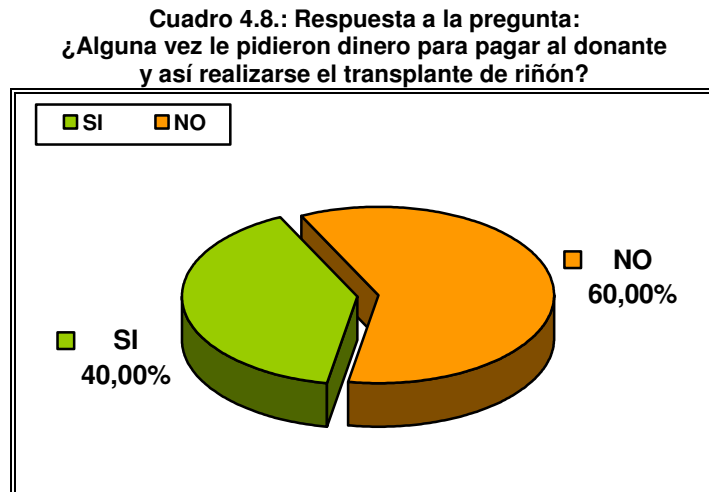
Las respuestas obtenidas nos demuestran que hay un gran número de personas que reciben el tratamiento de diálisis o hemodiálisis, hace mas de 3 años esto significa que existen una inversión de grandes sumas de dinero teniendo en cuenta que por sesión se gasta alrededor de 120 bolivianos y la mayoría de los asegurados reciben tres sesiones por semana sacando cálculos aproximados esto significa en un mes 4.320 Bs., en un año seria 5.1.840 Bs.

Si vamos sumando los años que las personas reciben la prestación medico-hospitalaria resulta siendo grandes cantidades de dinero tomando en cuenta que solo se trata de un solo paciente, si nos ponemos a analizar, nos damos cuenta que al realizar un Trasplante de Riñón resultaría mucho mas económico y lo mas importante los pacientes ya no tendrían que seguir sufriendo el tormento de ir cada semana a recibir el tratamiento de Hemodiálisis durante 5 horas por sesión lo cual realmente es traumante e inhumano

4.6.- Cobros indebidos para el trasplante de riñón

La Ley 1716 de trasplante de Órganos Tejidos y Células establece que el trasplante de riñón debe ser efectuado de manera voluntaria por parte del donante y sin que medie ningún tipo de interés económico, pese a estar regulado este asunto, se ha podido evidenciar de acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta que existen personas tanto donantes como personal medico, que piden dinero a cambio para la realización del trasplante de riñón lo cual da lugar al tráfico de órganos.

A la pregunta: ¿Alguna vez le pidieron dinero para pagar al donante y así realizarse el transplante de riñón?, de las 20 personas encuestadas 8 dijeron que **Si** esto significa un 40% y 12 dijeron que **No** que significa un 60%, como se observa en el siguiente cuadro.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

Estos resultados nos demuestran que a un gran porcentaje de los pacientes personas particulares les pidieron dinero para pagar al donante, este tema es conocido por ellos con el término de paquetes de trasplante, que incluyen el examen de compatibilidad, encontrar a donante adecuado, quirófano, tipo sanguíneo adecuado y la paga al donante por el órgano donde no interviene el interesado sino un intermediario.

A sabiendas que este tipo de tratamiento es ilegal, los involucrados camuflan sus actos, haciéndoles firmar al comprador y al vendedor un documento que indica que la “donación” es realizada de manera voluntaria por el donante y el receptor pero por detrás es un trato entre partes como ellos lo mencionan.

Esta actitud por parte de los traficantes de órganos, perjudica de gran manera a los pacientes con Insuficiencia Renal ya que solo velan por su bolsillo y no

ven que las vidas de las personas con Insuficiencia Renal Crónica se están yendo en las maquinas de Hemodiálisis no toman en cuenta que son madres, padres, niños que luchan día a día por el derecho fundamental que tiene cada ser humano a la Vida.

El periódico Argentino “El Clarín”, en fecha 26 de junio de 2006 publicó un artículo referente al tráfico de órganos en Bolivia, en el cual señala que *“cirujanos bolivianos venden y trasplantan órganos a sus pacientes, entre los cuales hay muchos argentinos. Las operaciones cuestan entre 30.000 y 40.000 dólares, y se hacen fraguando documentación oficial. El debate ético. Y el rol de los médicos argentinos”*.

Para dicho artículo, personal del periódico mencionado realizo una investigación grabando de manera oculta una conversación, haciéndose pasar por familiar de un enfermo renal, acudiendo a un nefrólogo de un Hospital en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

— *¿El donante, doctor?*

— *El donante se consigue acá. Hay gente que se dedica a hacer este trabajo. Esta persona lo busca, y nosotros vemos que esté sano y estudiamos la compatibilidad con el paciente que necesita el trasplante.*

— *¿Hay alguien que busca y selecciona personas para que donen uno de sus riñones?*

— *Claro. A diferencia de la argentina, la ley boliviana no exige que para ser donante haya que ser familiar del paciente. Sólo dice que tiene que haber una donación por altruismo, en forma espontánea y sin esperar ninguna retribución económica ni de ningún tipo. Esto tiene que estar en un documento. Porque*

nuestra ley es bien clara: tiene cárcel el que compra, el que vende y el que hace comprar.

— Claro, pero yo al órgano tengo que pagarlo...

— Sí, por supuesto

— ¿Y yo al que consigue el órgano lo voy a conocer?

— No, no.

— Yo arreglo todo con usted.

— Usted arregla conmigo.³⁷

Mientras era grabado, el médico contó en detalle los pasos de una maniobra ilegal que se alimenta con la angustia de los enfermos renales crónicos, que ven en el trasplante de riñón un camino para liberarse de los rigores del tratamiento con diálisis; la corrupción de algunos funcionarios bolivianos, que validan operaciones que son fruto de un comercio ilegal en todo el mundo; la ambición y el poco apego a la ética de médicos que cobran miles de dólares por trasplantar órganos que saben comprados. Y, por supuesto, la necesidad de cientos de miserables dispuestos a vender uno de sus riñones, quizá, para poder comer mañana.

El nefrólogo explicó los detalles de su trabajo: después de que el paciente receptor le envía sus distintos análisis médicos y la persona que lo provee de donantes elige a varios de ellos según su grupo sanguíneo, el médico realiza

³⁷ Entrevista Periódico el Clarín, suplementos, Zona Santa Cruz, Venta de Órganos., 25-06-2006.

pruebas inmunológicas, infecciosas y de compatibilidad histológica para verificar que ese riñón pueda funcionar en el cuerpo del receptor.

— *¿Y a quién le pago, doctor?*

— *Usted puede arreglar conmigo. El trasplante es un paquete. Y ahí va incluido el órgano.*

El mecanismo del "paquete" permite a los médicos que hacen estas operaciones ofrecer su trabajo disimulando un detalle: que el órgano que pasará por sus manos es fruto de una venta. En cambio, el médico señala que *los servicios que están "incluidos": salas regulares y de terapia intensiva para donante y receptor, dos quirófanos en uso simultáneo, medicina nuclear, banco de sangre, medicamentos, y por supuesto, también el órgano. La operación dura unas cuatro horas y media, y usted está afuera en siete días.*³⁸

*La charla ya lleva casi 20 minutos, y llegó el momento de hablar de negocios: "¿Cuánto cuesta ese paquete?", se auto pregunta el médico. "30.000 dólares si es con un grupo de sangre común y corriente. Si el receptor tiene un grupo difícil (A o B negativo) aumenta 5.000 dólares. La operación es legal", se apura en aclarar. "No es legítima, pero es legal: hay un compromiso notarial, donde el receptor acepta el órgano y deslinda de cualquier problema al equipo médico y el donante dice que está de acuerdo en entregar un órgano sin esperar recompensas.*³⁹

Según lo menciona el médico involucrado el realizar trasplantes de riñón pagando el monto de 30.000 \$ por el órgano, no es legitimo pero si legal, esta es la manera mas cínica de decir que si compra y vende órganos los cuales de

³⁸ Entrevista Periódico el Clarín, suplementos, Zona Santa Cruz, Venta de Órganos., 25-06-2006.

³⁹ Entrevista Periódico el Clarín, suplementos, Zona Santa Cruz, Venta de Órganos., 25-06-2006.

acuerdo a la Ley 1716 deben ser donados de manera voluntaria sin que medie ningún interés económico de por medio.

Se deslindan de cualquier problema a través de documentos firmados por el donante y el receptor donde acreditan que de su libre voluntad están aceptando la condición de ser donante y receptor de órgano, pese a que dicho documento esta notariado se infringe la ley ya que es mentira que el donante por voluntad propia acceda a querer donar un órgano, ya que lo hace para ganar unos pesos.

Este caso debería ser una llamada de atención a El Misterio de Salud, y al Programa de Transplante de Órganos Células y Tejidos que está bajo su tutela, por no fiscalizar a los hospitales, para ver si efectivamente están cumpliendo con la Ley 1716 de Donación y Transplante de Órganos, Células y Tejidos, donde se establece claramente que todos los actos de cesión de órganos, con fines terapéuticos, en vida o después de la muerte serán realizados de manera gratuita y que la infracción a ese principio acarreará responsabilidad civil, penal y administrativa, en contra de todos los transgresores.⁴⁰

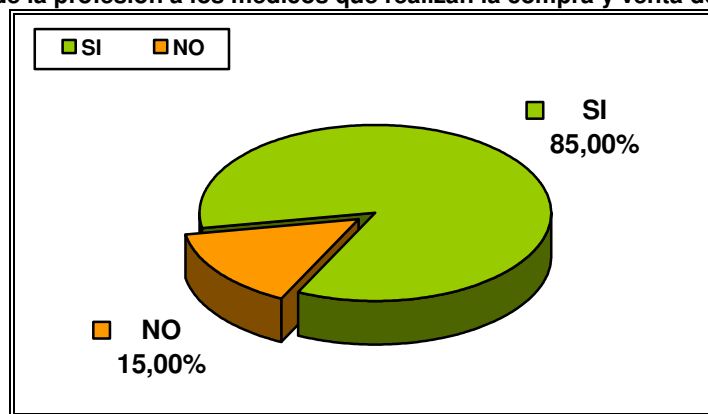
Se debería formar una comisión encargada de la Fiscalización de los centros hospitalarios autorizados para realizar los Transplantes de Órganos en las ciudades de Cochabamba y Santa Cruz que son los únicos lugares donde se realizan los transplantes de Órganos, Células y Tejidos tanto de entidades públicas como privadas.

Respecto a este tema los pacientes renales dependientes de la CNS consideran necesario que se clausure a los centros hospitalarios y se quite la licencia de ejercicio de la profesión a los médicos que realizan la compra y

⁴⁰ REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 1716, Ley Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células, Gaceta oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 5 de noviembre de 1996, Arts.9,17 y 19.

venta de Órganos, ya que de las 20 personas encuestadas 17 dijeron que **Si** esto significa un 85% y 3 dijeron que **No** que significa un 15% a la pregunta: ¿Estaría de acuerdo con que se clausure a los centros hospitalarios y se quite la licencia de ejercicio de la profesión a los médicos que realizan la compra y venta de Órganos?.

**Cuadro 4.9.: Respuesta a la pregunta:
¿Estaría de acuerdo con que se clausure a los centros hospitalarios y se quite la licencia de ejercicio de la profesión a los médicos que realizan la compra y venta de Órganos?**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

Si bien es cierto que esta establecido la prohibición de realizar comercio de órganos (trafico de órganos), en la ley 1716 y su respectivo reglamento, estas no tienen poder coercitivo sería bueno que el Ministerio de Salud y Deportes implemente un Programa que identifique y sancione tanto a los hospitales que autorizar dicho transplante y a los médicos que lo realizan por que en su mayoría se ha evidenciado que son los doctores especializados en el área de Nefrología los que ofrecen este tipo de combos como ellos lo llaman por el precio elevado de 40.000 \$ o mas.

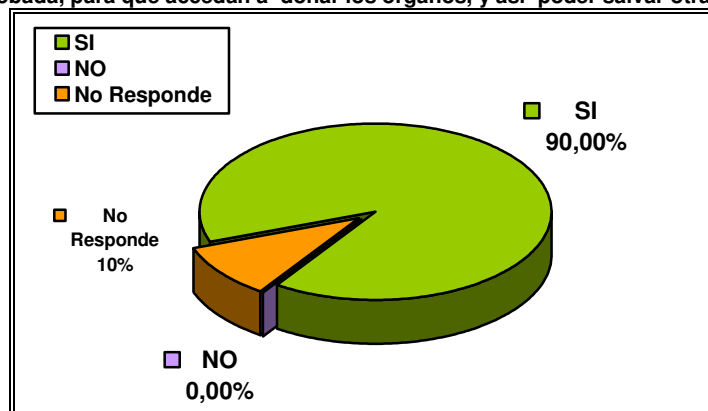
De esta manera se frenaría el gran tráfico de órganos que existe en nuestro país, que no va solo sino acompañado del tráfico de niños que son los más propensos a sufrir el daño por parte de las grandes mafias existentes.

4.7.- La importancia de que los familiares de personas con muerte cerebral donen los riñones de los mismos.

La Ley 1716 de Donación y Transplante de Órganos, Células y Tejidos establece que esta permitido el transplante de riñón de pacientes cadavéricos siempre y cuando este sea autorizado por los familiares de este a través de un documento público debidamente notariado, sin embargo cabe hacer notar que estos casos se dan en proporciones mínimas ya que muchos de los familiares de los pacientes con muerte cerebral comprobada no están debidamente informados al respecto.

Es importante que se realicen campañas de información y concientización en cuanto a este tema ya que así se pueden salvar muchas vidas, este pensamiento lo comparten los pacientes renales de la CNS quienes a la pregunta: ¿Cree usted que debería haber campañas de información a los familiares de pacientes con Muerte Cerebral comprobada, para que accedan a donar los órganos, y así poder salvar otras vidas?, respondieron:

Cuadro 4.10.: Respuesta a la pregunta:
¿Cree usted que debería haber campañas de información a los familiares de pacientes con Muerte Cerebral comprobada, para que accedan a donar los órganos, y así poder salvar otras vidas?



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

Como se observa de las 20 personas encuestadas 18 dijeron que Si esto significa un 90%; 0 dijeron que No y 2 no saben no responden esto significa 10%.

Este punto es de gran importancia, por que viendo la realidad de nuestra sociedad en la actualidad los familiares de pacientes cadavéricos no aceptan el hecho de que deben donar los órganos de sus familiares con muerte cerebral para así poder salvar otras vidas esto se debe a la falta de información que ellos reciben piensan que es una falta de respeto hacia su familiar, por otra parte también piensan que si Dios los mandó con todos sus órganos no tienen por que donarlos.

El hospital debería tomar en cuenta esta situación para que a través de una Campaña de Información, tanto a los pacientes como a los familiares se les informen de los beneficios que traería la donación de uno de sus órganos a los pacientes que lo requieren para poder sobrevivir, y que esto no significaría faltar el respeto al cadáver, ya que como esta estipulado en la ley 1716 de Trasplante de Órganos, Células y Tejidos en su Art.14. La dignidad del cadáver deberá ser preservada, evitándose en él, mutilaciones innecesarias a tiempo de proceder a la ablación de las partes utilizables.

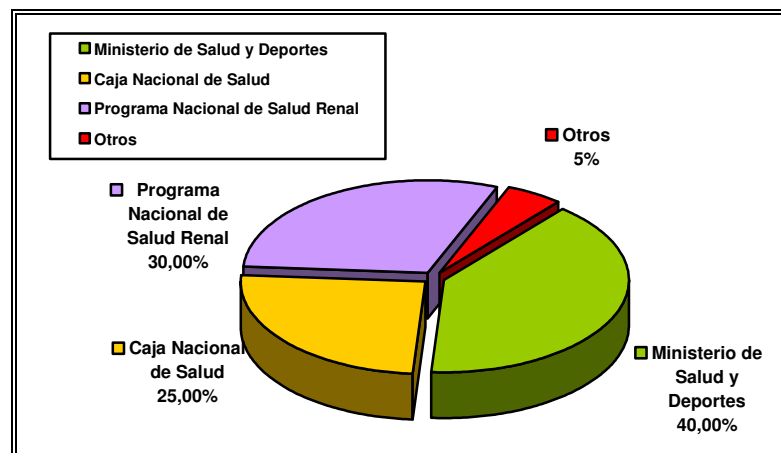
4.8.- Problemas con los que tropieza la CNS para el transplante de riñones.

El hecho de que no se realicen transplantes en la ciudad de La Paz en los distintos centros hospitalarios dependientes de la CNS no es responsabilidad exclusiva de esta debido a que otras instituciones como el Ministerio de Salud y Deportes no viabilizan los trámites respectivos que acrediten a los distintos centros hospitalarios para realizar estas intervenciones.

Según la Dra. Ana Claudia Pacheco del Programa Nacional de Salud Renal señala que: "Para el tema de trasplante de órganos lo óptimo se tendría que hacer en toda Bolivia, cualquier Centro de Salud puede realizar el trasplante renal pero siempre y cuando su centro este ACREDITADO por que eso indica la ley, en Bolivia actualmente se realizan los trasplantes solo en Santa Cruz y Cochabamba... En La Paz se hacia hace muchos años en el hospital obrero, pero ahora se ha dejado de hacer, todos están a la espera de que se acredite para hacer el trasplante renal".

Este es el principal problema con el cual tropieza la CNS, y al respecto los enfermos renales encuestados a la pregunta: ¿Según usted quien es el que pone los obstáculos, para que hasta ahora no se acredite en los hospitales de La Paz el transplante de órganos? respondieron:

**Cuadro 4.11.: Respuesta a la pregunta:
¿Según usted quien es el que pone los obstáculos, para que hasta ahora no se acredite en los hospitales de La Paz el transplante de órganos?**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta con universo de 20 personas

De las 20 personas encuestadas 8 eligieron la opción **a)** estos significa un 40%; 5 eligieron la Opción que significa un 25% **b)**; 6 eligieron la opción **c)**; que significa un 30% y 1 eligió la opción **d)** que significa un 5%.

Como se evidencia un gran porcentaje de los pacientes indican que el mayor responsable para que hasta ahora no se acredite el funcionamiento de la Unidad de Transplantes en la ciudad de La Paz es el Ministerio de Salud y Deportes ya que de su parte no muestran ningún interés por querer reactivar el programa de transplante de órganos, lo cual perjudica de gran manera a los enfermos renales.

Conclusiones

Después de haber realizado las investigaciones pertinentes y siendo confirmada la hipótesis a través de entrevistas y encuestas a pacientes renales, se llegó a las siguientes conclusiones:

Desde tiempos remotos el problema de la Seguridad Social es uno de los principales temas que aqueja a todo el mundo. En Bolivia los principios de solidaridad y Universalidad, se remonta a tiempos de la nación aymará donde la vida del ser humano era considerada la riqueza más grande para los aymaras, cuidaban de sus enfermos, viudas, niños y ancianos puesto que existía la finalidad de protección de los sectores activos a favor de los pasivos que se podría considerar como un precedente de lo que ahora llamamos Seguridad Social.

El periodo denominado de la Seguridad Social, se inicia con la promulgación del Código de la Seguridad Social, mediante Ley del 14 de diciembre de 1956. En dicho código, se encuentra incorporado el establecimiento de la Caja Nacional de Salud, encargada de la gestión, aplicación, y ejecución de los seguros, entre ellos tenemos al seguro de Enfermedad, que ofrece prestaciones médico hospitalarias para proteger a los trabajadores y sus familias.

En Bolivia, si bien es cierto que disminuyeron las enfermedades infecto-contagiosas y la morbilidad materno-infantil, se observa un aumento progresivo en la prevalencia de las enfermedades degenerativas crónicas, como la diabetes y la hipertensión arterial y la incidencia de estas en la insuficiencia renal.

La Insuficiencia Renal Crónica es la disminución gradual, progresiva e irreversible de la [función de los riñones](#) durante un período de meses o años y

definida como un [índice bajo de filtrado glomerular](#), que es usualmente determinado indirectamente por el nivel de [creatinina](#) en el suero de la sangre.

La insuficiencia renal crónica terminal requiere atención prioritaria, puesto que a pesar de los esfuerzos sanitarios y monetarios efectuados durante el último tiempo a través de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y en especial el Fondo Nórdico, el número de pacientes con IRCT aumenta cada día.

Actualmente en el país existen 422 pacientes recibiendo terapia de sustitución renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), que reciben tratamiento en alguno de los 29 centros de salud que prestan este tipo de terapia en todo el territorio nacional, entre los principales tenemos a los centros médicos u hospitalarios de la Caja Nacional de Salud, número que se hace insuficiente para cubrir la demanda existente, a pesar de que todas estas instituciones prestan servicios en toda su capacidad.

Los pacientes asegurados en la Caja Nacional de Salud, que reciben la prestación medico hospitalaria de hemodiálisis o diálisis luchan por su derecho a la vida, asistiendo a las terapias cuatro veces por semana, durante cinco horas por sesión, conectados a maquinas dializantes para purificar su sangre. Este grupo de pacientes esta organizado en la Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados a cargo de la Sra. Rosario Rodríguez, paciente asegurada en la CNS.

Si bien es cierto que la CNS brinda la prestación medico hospitalaria a los enfermos renales, que hasta el año 2006, era limitada a solo 52 semanas de emisión de la prestación, como estaba establecido en los Arts. 16-17 del Código de Seguridad Social y 39-40 de su Reglamento. En el Año 2006 con la promulgación de la Ley 3505, la prestación medico hospitalaria tiene carácter

indefinido, esto significa un gran logro para los pacientes renales ya que ellos requieren de la prestación medico hospitalaria de por vida o hasta que obtengan un transplante de riñón.

Hay falta de aplicación plena y eficacia de las Políticas Jurídicas, Institucionales y Sociales de protección por parte de la Caja Nacional de Salud y El Ministerio de Salud y Deportes, para los pacientes con insuficiencia renal crónica, en las prestaciones medico-hospitalarias en sus unidades de diálisis y/o hemodiálisis, generando la existencia de un gran índice de desprotección a los pacientes renales.

Dada la gravedad y crecimiento del problema, en Bolivia una de las maneras de disminuir el acrecentamiento de pacientes renales será a través de campañas de información brindada a la población, acerca de la prevención, protección y tratamiento de la enfermedad renal.

La Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados, lucha para que se realicen los trasplantes de riñón en todos los departamentos del país, como en el Hospital Obrero No. 1 de la ciudad de La Paz, el cual se encuentra en condiciones para realizar los trasplantes de órganos, pero la Caja Nacional de Salud muestra poco interés en agilizar los tramites de Acreditación a los Centros Médicos u Hospitalarios que estén en condiciones de realizar el Transplante de Órganos, Células y Tejidos, situación por la cual hoy no se realizan los trasplantes de riñón en la ciudad de La Paz, donde hay la mayor afluencia de enfermos renales.

Una vez que los centros médicos u hospitalarios estén acreditados para realizar el transplante de órganos, sería bueno pensar en la creación de un Banco de Órganos, donde se realice la emisión de donación y transplante de órganos, células y tejidos, disminuyendo de gran manera el índice de mortalidad de

pacientes que requieren un trasplante de órganos células y tejidos entre ellos tenemos a los pacientes renales con el trasplante de riñón.

Recomendaciones

1.- La Caja Nacional de Salud a través de la Comisión Nacional de Prestaciones debe canalizar y garantizar la calidad y eficacia del servicio medico-hospitalaria como lo establece el Decreto Reglamentario del Código de Seguridad Social en su “Art. 349 donde menciona entre sus atribuciones “la Comisión de Prestaciones es la encargada de emitir todas las resoluciones sobre calificación y reconocimiento de prestaciones en especie y dinero que prevé el código y su respectivo reglamento, así como en las no previstas en las disposiciones legales vigentes”.

Nos referimos a las prestaciones medico-hospitalarias que brindan a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, en los distintos Centros Médicos u Hospitalarios que están bajo se cargo, esto puede ser realizado dictando una Resolución Administrativa donde se planteé Políticas Jurídicas, Institucionales y Sociales que protejan al Enfermo Renal.

2.- Incorporar campañas de información acerca de Prevención, Protección y Tratamiento de la Enfermedad Renal, esto con el fin de que la población este prevenida y tenga conocimiento de que la enfermedad renal no solo se presenta por estar mal de los riñones, sino se presenta por tener diabetes o presión arterial, esto quiere decir que la insuficiencia renal es una enfermedad que deriva de otras.

3.- Realizar gestiones al Fondo Nórdico mediante el del Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, el cual es uno de los Fondos Internacionales que mas apoya al tratamiento de enfermos renales solicitándole un crédito, que solo se lo invierta en el equipamiento tecnológico de los Hospitales para que puedan realizar el Transplante de Órganos, Células

y Tejidos que no solo beneficiaría al paciente renal sino a todos aquellos que requieran un trasplante de órgano.

4.- Solicitar a la Organización Panamericana de la Salud que realice licitaciones, con la finalidad de adquirir los equipos necesarios, para equipar a los hospitales que estén en condiciones de realizar el trasplante de órganos, células y tejidos.

Al tener la Caja Nacional de Salud los hospitales mas equipados y amplios a nivel nacional, serian uno de los principales postulantes para que se incorporen entre sus prestaciones el servicio de Trasplante de Órganos, Células y Tejidos, y de esta manera los gastos no incluyan la creación de nuevos centros hospitalarios que solo se encarguen del trasplante de órganos, este seria un sueño hecho realidad.

5.- A medida que se gane experiencia y realizando un programa exclusivo de Trasplante de Órganos, Células y Tejidos que incluya la creación de centros hospitalarios especializados solo para el área de trasplante pueda ser realidad, tomando en cuenta que la inversión seria grande y que esta tenga financiamiento garantizado.

6.- Mediante el Ministerio de Salud y Deportes, Incorporar un Programa encargado de controlar el tráfico de órganos existente en nuestro país, ya que Bolivia esta siendo catalogada por los traficantes de órganos uno de los mas importantes mercados, esto debido a que si bien tenemos legislación que condena estos actos no hay un programa o una institución encargada del seguimiento de estas organizaciones.

PROPUESTAS

“POLÍTICAS DE PROTECCIÓN INSTITUCIONALES Y SOCIALES PARA ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD.”

FUNDAMENTOS E IMPORTANCIA

La incorporación de las presentes políticas de protección para los enfermos renales a nivel institucional y social, están creadas con la finalidad de poder mejorar la calidad de vida de los pacientes renales ya que ellos requieren de toda la atención prestada por parte del Gobierno a través del Ministerio de Salud y Deportes con su Programa Nacional de Salud Renal, la Comisión de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud así como todas las instituciones involucradas.

Se tomó en cuenta para la realización del presente trabajo desde el trato médico-hospitalario que deben recibir los pacientes renales, la información con la que deben contar los pacientes y un punto fundamental, se plantea una propuesta para conseguir el financiamiento que requeriría el habilitar o rehabilitar, dependiendo del caso, las Unidades de Transplante de Órganos, Células y Tejidos en los distintos centros médicos u hospitalarios dependientes de la Caja Nacional de Salud que es una de la necesidad mas grande que requieren los pacientes con insuficiencia renal

1.- Se establece como norma obligatoria para todos los hospitales y centros médicos de la Caja Nacional de Salud que brindan el servicio de diálisis y/o hemodiálisis, contar con los recursos humanos necesarios del equipo principal

como ser: Médicos Nefrólogos, Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería, que cubran los cuatro turnos, (mañana, tarde, noche y trasnoche) en los que se brinda la prestación medico-hospitalaria.

2.- Se establece como norma obligatoria para todos los hospitales y centros médicos de la Caja Nacional de Salud que brinden el servicio de diálisis y/o hemodiálisis, contar con personal de apoyo permanente y exclusivo como ser: Psicólogo, Trabajadora Social, Servicio de Nutrición, Anestesiólogo y Cirujano Cardiovascular.

3.- La Caja Nacional de Salud debe proporcionar todo el equipo necesario que requieran las distintas unidades de hemodiálisis y/o diálisis requeridas cumpliendo el conducto regular y las normas legales que rigen el procedimiento de adquisición, también puede realizar importaciones directas favoreciéndose de la liberación arancelaria.

4.- Tanto el equipo principal como el personal de apoyo deben contar con uniformes exclusivos para la unidad de hemodiálisis y/o diálisis como ser: Guardapolvos, delantales, botas, lentes, barbijos, guantes, gorro para quirófano y cumplir con las normas básicas de lavado de manos antes y después de la manipulación de materiales.

5.- En cada Centro Medico u Hospital, se establece contar con un registro de datos de los pacientes que reciben atención en el lugar, señalando nombres completos, tipo sanguíneo, causa de la insuficiencia renal, tipos de alergias que padece, direcciones y teléfono, esto para resguardar la seguridad del paciente en caso de necesitarlo.

6.- Cada Centro Medico u Hospital debe contar con **un programa de Información al paciente renal** implementado guías de información que minimamente contengan:

- ¿Qué es la Insuficiencia Renal?
- ¿Qué es un paciente con insuficiencia renal?
- ¿Cuáles son las causas?
- ¿Qué es la Hemodiálisis?
- ¿Qué es la Diálisis?
- ¿Qué es el trasplante de riñón?
- Guía sobre higiene personal.
- Guía informativa sobre alimentación.
- Guía informativa sobre medicación.
- Guía informativa sobre modos y hábitos de vida.
- Guía informativa sobre complicación de la enfermedad.

Las guías deben ser entregadas al paciente después que este gestione los trámites para poder recibir la diálisis y/o hemodiálisis en los centros médicos u hospitalarios, previamente deberá tener una charla con la psicóloga de la unidad, que le entregara la guía de información al paciente renal.

Difusión del proyecto.- La Caja Nacional de Salud a través de su Servicio de Difusión y Relaciones Publicas incorporará en sus propuestas de protección al asegurado, la impresión de documentos educativos e informativos entre ellos la impresión de las guías de educación al paciente con insuficiencia renal. Por otra parte debe solicitarse Items para una Psicóloga y Nutricionista que ingresarían dentro el equipo de apoyo permanente

7.- La Caja Nacional de Salud garantiza la emisión de la prestación medico-hospitalaria para todas sus asegurados sin importar donde vivan, en caso de no

existir un centro médico u hospitalario cerca de donde se encuentre el asegurado la CNS, debe cumplir con el Código de Seguridad Social y comprar los servicios que sean necesarios.

8.- Tanto la Caja Nacional de Salud como los distintos Centros Médicos u Hospitalarios promoverán **Campañas de Información** a los familiares de pacientes con muerte cerebral comprobada, para que estos accedan a donar los órganos y así poder salvar otras vidas, bajo el principio del bien común .

Tanto la Ley boliviana de Trasplantes de Órganos, Células y Tejidos y su Reglamento Decreto Supremo 24671, promulgada en junio de 1997, insiste en la necesidad de estimular la donación cadavérica.

Estas campañas podrán ser realizadas por intermedio de la Psicóloga y Trabajadora Social de la unidad de hemodiálisis y/o diálisis en coordinación con Relaciones Públicas.

9.- La Caja Nacional de Salud en coordinación con el Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud y Deportes realizarán **Campañas de Información** por todos los medios de difusión para que la población en general se informe acerca de la importancia de donar un órgano y así salvar una vida, sin que sea perjudicial para el donante.

Apoyo para el proyecto.- El Programa Nacional de Salud Renal del Ministerio de Salud y Deportes, por ser parte del Estado tiene derecho a difundir por cualquier medio de comunicación e información concerniente al bienestar de la población, donde le cobran lo mínimo por la emisión de la propaganda, si coordinan con la Comisión de Prestaciones de la CNS el costo podría ser solventado.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre sus atribuciones se establece la de cooperar en todo lo posible a los países que necesiten de su ayuda a través de campañas de información esto se vería en las paginas Web.

La capacitación de personas que vayan a las distintas plazas de la urbe para informar acerca de los beneficios que traería la donación voluntaria de órganos está a cargo de la Caja Nacional de Salud, que en coordinación con la alcaldía conseguirían las mesas paneles y sombrillas, los afiches tendrán que ser realizados por las imprentas que trabajan con el Ministerio de Salud y Deportes.

10.- La Caja Nacional de Salud debe **Acreditar Obligatoriamente** a los Centros Médicos u Hospitalarios que estén en condiciones de realizar el Transplante de Órganos, Células y Tejidos, previo estudio de factibilidad para la realización de transplantes, en un máximo de 120 días, caso contrario se suspenderá definitivamente el funcionamiento de los centros médicos u hospitalarios.

11.- El Programa Nacional de Salud Renal del Ministerio de Salud y deportes junto con la Caja Nacional de Salud realizara gestiones para que los **Transplantes de Órganos Células y Tejidos**, se lleven a cabo en todos los departamentos del país, beneficiando de gran manera a todos los pacientes.

Proyecto en la Ciudad de La Paz.- Si bien es cierto que el primer transplante de riñón fue realizado con éxito con un donante cadavérico en el Hospital Obrero No 1 de La Paz, en noviembre de 1979, por el equipo del Dr. Néstor Orihuela Montero, hoy en día ya no se lo realiza, esto se debe según el Programa de Salud Renal a la falta de acreditación de los centros sanitarios en este caso el Hospital obrero No. 1.

Se pudo evidenciar que el hospital obrero No. 1, No cuenta con todos los requisitos establecidos en el Decreto Supremo No. 24671 Reglamento de la Ley de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células en su anexo A donde señala: la infraestructura física mínima requerida para los centros hospitalarios autorizados para realizar ablación, conservación y transplante de órganos, células y tejidos

- a.** Deben disponer de ambiente de naturaleza quirúrgica en marco de la máxima asepsia, separados de otras áreas que por razones técnicas se exijan.
- b.** Dos quirófanos como mínimo, completamente equipados, debiendo contar cada uno con máquinas de anestesia, monitor cardiaco, oxímetro de pulso, capnógrafo, sistema de monitorización permanente de presión arterial media y presión venosa central y cuyo funcionamiento sea simultáneo.
- c.** Unidad de Cuidados Intensivos.
- d.** Unidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- e.** Laboratorio Clínico y Banco de Sangre debidamente acreditados.

Uno de los principales apoyos que tiene el Programa Nacional de Salud Renal es a través del FONDO NORDICO, quien en varias ocasiones ha donado equipos para las Hemodiálisis y Diálisis en todo el país, cabe hacer notar que las donaciones han sido dadas para la salud pública y no para los entes gestores, los créditos obtenidos por el Fondo Nórdico son utilizados para el desarrollo social del país.

Esto implica que si se incluye en el próximo pedido de crédito la necesidad de obtener equipos y tecnología para la reapertura de Área de Transplante de Órganos en el Hospital Obrero No. 1 lo obtendríamos y a través de la organización Panamericana de la Salud se realizaría la licitación para obtener los equipos y tecnología necesarios.

Los recursos humanos estarían conformados por los 10 médicos entre ellos nefrólogos que mandaron a especializarse en el área de transplante de órganos a Cuba, las enfermeras titulares que deberán realizar un curso de capacitación, mas un equipo de apoyo medico como ser anesthesiologo, cirujano cardiovascular y todo el personal que sea necesario.

La Ley 1716 en su Art. 3., establece, que la Secretaría Nacional de Salud otorgará las licencias de funcionamiento a los centros hospitalarios que acrediten poseer equipo técnico adecuado y medios idóneos para realizar transplantes de órganos, tejidos y células con sujeción a las disposiciones de esta ley, de esta manera se conseguiría que el Hospital Obrero No. 1 de La Paz abra sus puertas para realizar nuevamente transplante de Órganos.

11.- La Comisión Coordinadora Nacional de Trasplantes creada por Resolución Ministerial el 19 de abril de 1999, tiene entre sus principales atribuciones, controlar la practica de los transplantes en todo el territorio nacional.

En caso de que existiera algún centro medico u hospital que infringiera la norma a través del trafico de órganos se le quitara la licencia de funcionamiento, y a los médicos responsables se les quite la licencia de ejerció de la profesión de carácter irrevocable.

Anteproyecto

Fundamentos:

La incorporación de la presente resolución administrativa en la Caja Nacional de Salud a través de la Comisión Nacional de Prestaciones es dada con la facultad que le otorga el Decreto Reglamentario del Código de Seguridad Social en su Art. 349 donde establece “la Comisión de Prestaciones es la encargada de emitir todas las resoluciones sobre calificación y reconocimiento de prestaciones en especie y dinero que prevé el código y su respectivo reglamento.

También deberá resolver el otorgamiento de las prestaciones en dinero o en especie de todos aquellos casos en discrepancia o en los no previstos en las disposiciones legales vigentes”. Así mismo, esta comisión tiene la facultad de de pronunciarse en casos no previstos en las disposiciones legales vigentes.

La emisión de esta resolución es de suma importancia ya que todos los centros médicos y hospitales que brindan la prestación de hemodiálisis y/o diálisis, requieren implementar políticas de protección para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, donde se establezcan las directrices que deben seguir tanto los pacientes como los médicos especialistas que los atienden.

Por lo cual se presenta a continuación el Proyecto de Resolución Administrativa, donde se señala cuales deben ser las políticas implementadas en los centros hospitalarios dependientes de la Caja Nacional de Salud.

Resolución Administrativa de la Comisión Nacional de Prestaciones de la Caja Nacional de Salud

“POLÍTICAS DE PROTECCIÓN JURIDICAS PARA ENFERMOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD.”

Vistos.

La Ley 1956 de 14 de diciembre de 1956, (Código de Seguridad Social), así como el Decreto Supremo No. 05315 de 30 de septiembre de 1959, (Reglamento del Código de Seguridad Social), establecen en su Art.1.- El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tienden a **proteger la Salud del Capital humano del País, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas...**

La Ley 3505 de 23 de octubre de 2006, en su artículo único, ratifica la necesidad de proteger el capital humano, a través de la derogación de los arts. 16-17 de la ley 1956 y 39-40 del Decreto Supremo 05315, emitiendo de esta manera las prestaciones medico-hospitalarias sin limite de tiempo, sino hasta que la recuperación del paciente lo requiera.

Considerando.

Que el Art.14 de la Ley 1956 establece que en caso de enfermedad, reconocida por los servicios médicos de la Caja, el asegurado y los beneficiarios tienen derecho a las prestaciones en especie que dichos servicios consideran indispensables para la curación, esto quiere decir a la necesaria asistencia medica general y especializada, quirúrgica, hospitalaría y el suministro de medicamentos que requiera el estado del enfermo...

Que en los Arts. 16 y 17 de la Ley 1956 establece que las prestaciones medico-hospitalarias tienen un límite de emisión de la prestación de 26 semanas para una misma enfermedad prorrogables por otras 26 semanas por única vez.⁴¹

Que la Ley 3505 en su artículo único establece la derogatoria de los Arts. 16-17 de la Ley 1956 y 39-40 del Decreto Supremo No. 03515 de 30 de septiembre de 1959,⁴² así como todas aquellas normas que sean contrarias a esta Ley donde indica que las prestaciones medico-hospitalarias serán de carácter indefinido para todas las enfermedades, esta ley ha sido conseguida por la lucha de los pacientes con Insuficiencia Renal a través de la Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados

Se considera que es necesaria la creación de Políticas de Protección para los Enfermos Renales Crónicos dentro la Caja Nacional de Salud, ya que todos los pacientes renales requieren de una mejor calidad de emisión de la prestación medico-hospitalaria en las unidades de hemodiálisis y/o diálisis e implementar dentro las prestaciones que brindan, el transplante de órganos células y tejidos en este caso el transplante de riñón en los Departamentos del País

⁴¹ REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 1956 Código de Seguridad Social, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 14 de diciembre de 1956., Arts. 1 y 5

⁴² REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 3505, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 23 de octubre de 2006., Art. Unico.

Por tanto.

Se establece las siguientes políticas de protección para los Enfermos Renales Crónicos en base a los estudios realizados en las distintas unidades de hemodiálisis y diálisis a nivel Nacional de la Caja Nacional de Salud.

Resuelve:

Primero.- Implementar obligatoriamente en los programas de salud, medidas institucionales y sociales que establezcan una política de protección para enfermos con insuficiencia renal crónica en los distintos centros médicos, hospitalarios de la Caja Nacional de Salud.

Segundo.- Se establece como norma obligatoria para todos los hospitales y centros médicos de la Caja Nacional de Salud que brinden el servicio medico-hospitalario a los pacientes renales, contar con los recursos humanos especializados necesarios del equipo principal y personal de apoyo los cuales deben ser permanentes y exclusivos para las unidades de hemodiálisis y/o diálisis.

Tercero.- La Caja Nacional de Salud debe proporcionar todo el equipo necesario que requieran las distintas Unidades de hemodiálisis y/o diálisis.

Cuarto.- Cada Centro Medico u Hospital debe contar con un **registro de datos** de todos los pacientes que reciben atención en el lugar, señalando nombres completos, tipo sanguíneo, causa de la insuficiencia renal, tipos de alergias que padece, direcciones y teléfono, esto para resguardar la seguridad del paciente en caso de necesitarlo.

Quinto.- Todo Centro Medico u Hospital debe contar con un programa de información al paciente renal implementado guías de información, minimamente conteniendo:

- ¿Qué es la Insuficiencia Renal?
- ¿Qué es un paciente con insuficiencia renal?
- ¿Cuáles son las causas?
- ¿Qué es la Hemodiálisis?
- ¿Qué es la Diálisis?
- ¿Qué es el transplante de riñón?
- Guía sobre higiene personal.
- Guía informativa sobre alimentación.
- Guía informativa sobre medicación.
- Guía informativa sobre modos y hábitos de vida.
- Guía informativa sobre complicación de la enfermedad.

Sexto.- La Caja Nacional de Salud debe garantizar la emisión de la prestación medico-hospitalaria para todos sus asegurados sin importar donde vivan, en caso de no existir un centro medico u hospitalario cerca de donde se encuentre el asegurado, la CNS debe cumplir con lo previsto en el Código de Seguridad Social, el Reglamento del Código de Seguridad Social y el Reglamento de la Comisión de Prestaciones, donde se establece la compra de servicios que sean necesarios para el asegurado.

Séptimo.- La Caja Nacional de Salud en coordinación con el Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud y Deportes deberá realizar **Campañas de Información** por todos los medios de difusión para que la población en general se informe acerca de la importancia de donar un órgano y así salvar una vida, sin que sea perjudicial para el donante.

Octavo.- La Caja Nacional de Salud debe **Acreditar Obligatoriamente** a los Centros Médicos u Hospitalarios que estén en condiciones de realizar el Transplante de Órganos, Células y Tejidos, previo estudio de factibilidad para la realización de trasplantes, en un máximo de 120 días, caso contrario se suspenderá definitivamente el funcionamiento de los centros médicos u hospitalarios.

Noveno.- La Caja Nacional de Salud debe realizar gestiones para que los **Transplantes de Órganos Células y Tejidos**, se lleven a cabo en todos los centros medico-hospitalarios del país, beneficiando de gran manera a todos los pacientes.

REGÍSTRESE, COMUNIQUÉSE, ARCHÍVESE.

Firmado: Miembros de la Comisión Nacional de Prestaciones.

Las autoridades respectivas de la Caja Nacional de Salud pondrán en ejecución la presente resolución una vez homologado por el Honorable Directorio de la Caja Nacional de Salud.

Bibliografía

Leyes:

- REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 2650, Constitución Política del Estado, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 2004.
- REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 3505, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 23 de octubre de 2006.
- REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 1956 Código de Seguridad Social, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 14 de diciembre de 1956.
- REPUBLICA DE BOLIVIA, Ley N° 1716, Ley Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células., Gaceta oficial de Bolivia, La Paz, Bolivia, 5 de noviembre de 1996.
- REPUBLICA DE BOLIVIA Decreto ley 14643, Gaceta Oficial de Bolivia, La Paz Bolivia 11 de junio de 1977.
- REPUBLICA DE BOLIVIA Decreto Supremo 05315, Reglamento del Código de Seguridad Social, La Paz Bolivia 30 de septiembre de 1959.
- REPUBLICA DE BOLIVIA, Decreto Supremo 24671, Reglamento de la Ley de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, La Paz Bolivia 21 de julio de 1997.

Sentencia Constitucional:

- REPUBLICA DE BOLIVIA, Sentencia constitucional No-. 1052/01-r sucre 28 de septiembre de 2001, El tribunal constitucional en virtud de la jurisdicción que ejerce por mandato de los Arts. 19 IV y 120.7a CPE. Y Arts. 7.8a) y 102 V LTC, en revisión resuelve APROBAR con los fundamentos precedentes la resolución de fs. 98 a 99 de 8 de agosto de 2002.

Libros:

1. BOCANGEL Peñaranda Alfredo , Derecho de la Seguridad Social, Segunda Edición, Ciudad de La Paz, 2004.
2. CABANELAS De Torrez Guillermo Diccionario Jurídico Elemental, Editorial Heliasta SRL, Argentina 1993.
3. CISS, La seguridad Social en América, 1994, pp.107 al 111, citado en el libro de la Dra. TUFÍÑO, Rivera, Nancy
4. Defensor del Pueblo, Asamblea Permanente de Derechos Humanos de Bolivia, Saber Para Actuary, Editorial EDOBOL, La Paz-Bolivia.
5. FRIEDRICH, Wolff, Gaspar, Desarrollo de la Medicina, Washington D.C., traducido en Chile editorial Chile.
6. HERNANDEZ, Leon, Martha, Eugenia,, Fundación Santa Fe de Bogotá, Correspondencia enfermeri@fsfb.org.co, Febrero 09-2008
7. Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Auditoria Medica Integral de Hemodialisis, Hospital Obrero No. 1 La Paz, 2007
8. Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Anuario 2006 Los Seguros de Salud En Bolivia.
9. LANDAN Cesar, Cuestiones Constitucionales, Revista Mexicana Constitucional, C 2008, Investigaciones Jurídicas
10. PACHINI Ángelo Tesis: La Vida es un Derecho Humano de Verdad, Universidad del Valle, Colombia -2000
11. PEREZ, Paton, Roberto, El Seguro Social en Bolivia, Primera Edición, Ciudad de La Paz 1951.
12. RAMIREZ, Méndez, Reynaldo, Opinión y análisis acerca del derecho a la vida, México Lunes, 4 de julio de 2005, Editorial Mexico.
13. TUFÍÑO, Rivera Nancy, Seguridad Social Para Todos, Primera Edición, Ciudad de La Paz, 2007

Entrevistas:

- Entrevista, ANA CLAUDIA PACHECO, Directora del Programa Nacional de Salud Renal, 15 de febrero de 2008
- Entrevista, ROSARIO RODRIGUEZ L. Presidenta de la Asociación Boliviana de Dializados y Transplantados, 21 de febrero de 2008.

Periódicos:

- El Diario, Artículo de prensa, La Paz - Bolivia, 24 de mayo de 2006
- Entrevista Periódico el Clarín, suplementos, Zona Santa Cruz, Venta de Órganos, 25-06-2006.
- ARCE Silvetres, Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas Santa Bárbara, Sucre-Bolivia.
- CORTES Virginia, Directora del Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas Santa Bárbara, Sucre-Bolivia

Paginas Web:

- [http://WWW. Wikipedia](http://WWW.Wikipedia) la enciclopedia libre
- www.wikilearning.com/glosario_de_ecologia_de_la_produccion-wkccp-12307-1.htm
- www.iqb.es/d_mellitus/paciente/diccio/diccio13.htm
- www.ginecologomx.com/terminos_de_ginecologia/index.html
- es.wikipedia.org/wiki/Transplante
- www.uchospitals.edu/online-library/content=S04054
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte_cerebral"](http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte_cerebral)

ANEXO 1

Encuesta

Sexo: F M

Edad:

1.- ¿Usted esta conforme con las Prestaciones medico-hospitalarias que le brinda el hospital obrero No.1 para recibir el tratamiento de hemodiálisis?

SI

NO

2.- ¿Alguna ves recibió apoyo psicológico por parte del hospital?

SI

NO

3.- ¿El hospital le brinda consejos nutricionistas para su cotidiano vivir?

SI

NO

4.- ¿Hace cuanto tiempo recibe el tratamiento de hemodiálisis o diálisis?

a) meses

b) 1 año

c) 2 años

d) 3 o más años

5.- ¿Alguna ves le pidieron dinero para pagar al donante y así realizarse el transplante de riñón?

SI

NO

6.- ¿Cree usted que debería haber campañas de información a los familiares de pacientes con Muerte Cerebral comprobada, para que accedan a donar los órganos, y así poder salvar otras vidas?.

SI

NO

7.-¿ Según usted quien es el que pone los obstáculos, para que hasta ahora no se acredite en los hospitales de La Paz el transplante de órganos?

a).- El Ministerio de Salud y Deportes.

b).- La Caja Nacional de Salud.

c).- El Programa Nacional de Salud Renal. d).- otros.....

8.-¿ Estaría de acuerdo con que se clausure a los centros hospitalarios y se quite la licencia de ejercicio de la profesión a los médicos que realizan la compra y venta de Órganos?.

SI

NO

Gracias por su colaboración

ANEXO 2

Entrevista

La Paz, Jueves 21 de Febrero de 2008.

Sra. Rosario Rodriguez L.

Presidenta de la Asociación Boliviana de Diálisis (ASOBOLDI).

En el segundo día de huelga de hambre de los pacientes con insuficiencia renal; pidiendo un mejor trato a los pacientes que se dializan en horario nocturno de 1:00 a.m. A 5:00 a.m..

- ¿Cuál su reclamo?

No nos dan buena atención, imagínate en nuestro caso del turno noche y traspasado vienen a la una de la mañana y terminan de dializarse a las cinco de la madrugada, a esa hora se van pacientes muy delicados, esta lucha es desde hace mucho tiempo atrás estamos casi un año de haber salido la auditoria técnica medica que hemos pedido al INASES con el tema de la unidad de hemodiálisis de la Caja Nacional.

Para que veas que tenemos que llegar a estos extremos para que nos escuchen Ministros, Derechos Humanos y todos los involucrados.

Te voy a proporcionar toda la documentación hecha hasta ahora con la Caja Nacional ahí tu vas a poder verificar vas a ver como nos han mandado Herodes a Pilatos con papelitos aquí, papelitos allá y no hay resultados de ninguna clase.

Donde puedes proponer por Ejemplo que el Sistema Jurídico erradique esa burocracia que hay ahora. Lo someten al paciente renal a tener que hacer notitas más notitas, cuando nuestras vidas se están yendo en esas maquinas.

Queremos transplante y no nos dan hasta ahora, osea son cosas que ya hartan, pero seguimos en ese tipo de burocracias, de papelitos aquí, notitas allá, el Ministerio mando una notita al gerente de la Caja hoy día por ejemplo el caballero le a respondido indicando que nosotros los pacientes estamos obligando a la Caja a comprar servicios de clínicas privadas.

¿Cuáles clínicas privadas?

Las clínicas privadas tienen ellos que están ahí, no somos nosotros.

Nosotros estamos exigiendo que se compren servicios a las personas que viven en el Alto, por que el convenio era que se tenia que inaugurar el Centro de el Alto, nosotros no tenemos la culpa de que sean inoperantes estos caballeros, haber hasta cuando los vamos a esperar o no, a la una de la mañana bajan del Alto para dializarse y terminar a las cinco de la mañana , ¿eso es humano?.

Sin embargo el Viceministro asevera, que todos los pacientes que son atendidos en el turno de trasnoche están internados, eso es una falsedad eso es una mentira, por que el Viceministro no viene a verificar, son cosas que ya basta ya no queremos papelitos.

- Existe un reportaje del periódico el Clarín de Santa Cruz donde se indica que Bolivia es un mercado negro de riñones ¿qué opina usted de esto?.

Si claro que si, es que somos baratísimos, y quien esta socapando este trafico de órganos el mismo Ministerio de Salud, al negarnos el trasplante de cadáver.

Por que ya esta todo ellos mismos han mandado a especializar a unos médicos que ya han regresado y los tienen hace más de una año sin trabajar.

Entonces quien esta incentivando al trafico de órganos el mismo Ministerio de Salud y sin embargo ellos aseveran que son ángeles.

Nosotros solo peleamos por nuestro derecho a la vida nada mas, no nos interesa que compren servicios de clínicas privadas o no privados eso no nos interesa. Yo en lo personal o Zulma o cualquiera de los pacientes, o ¿cuál de los pacientes tiene una clínica de diálisis, por que están aquí entonces? .

Entonces como vamos a exigir de compren servicios de clínicas privadas dice, como va ha aseverar eso un Viceministro, y el que dice que le ha pasado la información , me acaba de aclarar la Ana Claudia, por escrito es el Doctor Andrade que ayer nos trato muy bien, ahora haber que nos va ha decir por escrito.

Nosotros recién estamos conformando lanuela directiva por que hemos tenido elecciones recién el domingo 17 de febrero de 2008, pero ha razón de que teníamos esta emergencia no hemos llegado ni siquiera a concretar el directorio, si sabemos que personas están son las mismas, pero volveremos a modificar a lo mejor otras personas pasaran de cartera en fin también faltan otras personas para las distintas secretarias se va ir llenando con otras personas de los distintos centros.

- Qué me puede hablar del proyecto de ley de Enfermos Renales.

Hemos presentado nosotros y nos han devuelto con las modificaciones y nos han prometido trabajar con nosotros los abogados del Defensor, pero lamentablemente no nos hemos podido sentar a dialogar con ellos, por que esto va en temas legales, por que ellos están bien involucrados con esto, por que ellos también nos han ayudado en la derogación de los artículos.

Con la derogación de los Arts. 16 y 7 del Código de Seguridad Social y 39 y 40 de su Decreto Reglamentario todos los pacientes terminales han sido beneficiados vale decir sida, cáncer, etc., si todos los pacientes terminales.

Nadie está libre de esta enfermedad ni de ninguna; esto es como la lotería o un bingo al que le toca le toca, lamentablemente somos más a los que nos toca no es cierto, y esto se está complicando más todavía.

Si vemos los derechos de los enfermos renales hay por ejemplo hemodiálisis para ancianos que tiene que ser muy diferente al tratamiento nuestro.

ANEXO 3

Entrevista

La Paz, Miércoles 19 de Febrero de 2008.

Dra. Ana Claudia Pacheco.

Directora del Programa Nacional de Salud Renal.

Datos provenientes del Programa Nacional de Salud Renal del Ministerio de Salud y Deportes.

Período de Abril de 2006 a Junio de 2007.

Tenemos 1.080 personas que reciben terapia de sustitución renal en todo el territorio de Bolivia, de la cuales 905 se encuentran en unidades de Hemodiálisis y 175 en unidades de diálisis peritoneal.

Hay un crecimiento estimado del 60% más o menos en 15 meses; una incidencia del 36 pacientes por millón de población y una prevalencia del 179 pacientes igual por millón de población de habitantes.

La mayor concentración de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal se encuentra en el eje troncal de Bolivia: La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y se ha encontrado también en Oruro un índice alto.

Las principales causa etiológicas de la Insuficiencia Renal son: La Diabetes, Hipertensión Arterial, el glomérulo nefritis, entre otras pero esas son las principales causas en Bolivia para las personas que llegan a tener insuficiencia renal.

Con relación al sexo es indistinto tienen más o menos el mismo porcentaje de hombres y mujeres de obtener insuficiencia renal, en el masculino tenemos un porcentaje del 55.8% y en el femenino del 41.2%, la raza es la mestiza., la edad esta entre mas o menos los 51 a 60 años, pero cada ves se esta cortando esta brecha y se va encontrando pacientes con insuficiencia renal.

El nivel de instrucción se ve que tanto el analfabeto como el alfabético primario, secundario, universitario, postgrado, etc., todos tienen las mismas posibilidades de tener insuficiencia renal, o sea no hay un índice de nivel de instrucción de los pacientes, es equitativo.

El índice de mortalidad haciende a 29%, esto se ha visto que es por abandono que puede ser por recursos económicos , por ser una enfermedad cara y por que muchos abandonan este caso mas se lo ve en la Diálisis Peritoneal por ser mas traumático el tratamiento, entonces abandonan mas los que están en diálisis peritoneal.

El 71% de los pacientes es de Raza mestiza el 28.8% es de raza blanca y el 1,1% de raza negra.

El 59.5% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica cuentan con un Seguro Social de esta población aproximadamente, el 43% se encuentran afiliados como beneficiarios de algún familiar, el 41% son jubilados, el 9% acceden al seguro a través del Seguro de la Vejez y el 7% restante no tiene seguro social.

De los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento dialítico solo el 3.6% acceden a tener un trasplante de renal el nivel es muy bajo.

El trasplante de órganos lo optimo se tendría que hacer en toda Bolivia, cualquier Centro de Salud puede realizar el trasplante renal pero siempre y

cuando su centro este ACREDITADO por que eso indica la ley, en Bolivia actualmente se realizan los trasplantes solo en Santa Cruz y Cochabamba.

En La Paz se hacia hace muchos años en el hospital obrero, pero ahora se ha dejado de hacer, pero todos están a la espera de que se acredite para hacer el trasplante renal.

LA CAJA NACIONAL GENERAL:

El Hospital Obrero # 1.- Solo presenta unidades de hemodiálisis con 209 pacientes.

El Hospital Obrero # 2.- Realiza Diálisis peritoneal a 7 pacientes y Hemodiálisis a 47 pacientes.

El Hospital Obrero # 4.- Realiza Diálisis Peritoneal a 1 paciente y Hemodiálisis a 11 pacientes.

El Hospital Obrero # 5.- Realiza Diálisis Peritoneales a 30 pacientes y hemodiálisis a 15 pacientes.

El Hospital Obrero # 6.- Realiza Diálisis Peritoneal a 12 pacientes y hemodiálisis a 7 pacientes,

El Hospital Obrero # 7.- Realiza Diálisis Peritoneal a 7 pacientes.

De el Hospital Obrero # 3 no nos hicieron llegar la información.