

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

PLAN EXCEPCIONAL DE TITULACIÓN DE ANTIGUOS ESTUDIANTES NO GRADUADOS



**“LA NECESIDAD DE INCORPORAR UN SEGURO DE SALUD
GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA EN
BOLIVIA”**

Monografía para optar al Título Académico de Licenciatura en Derecho

POSTULANTE : LIZ PAMELA CARVAJAL ÁVILA
TUTOR : DR. JUSTINO AVENDAÑO RENEDO

LA PAZ – BOLIVIA

2013

LA NECESIDAD DE INCORPORAR UN SEGURO DE SALUD GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA EN BOLIVIA

INDICE	Pág.
DISEÑO DE INVESTIGACION	
1. ENUNCIADO DEL TEMA.....	1
2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	1
4. DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	2
4.1 Delimitación temática.....	2
4.2 Delimitación temporal.....	2
4.3 Delimitación espacial.....	3
5. OBJETIVOS DEL TEMA.....	3
5.1 Objetivo general.....	3
5.2. Objetivos específicos.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I	
CONTEXTO HISTORICO Y TEMATICO DE LA EPILEPSIA.....	8
1.1. HISTORIA DE LA EPILEPSIA.....	8
1. 1. 1. Grecia.....	10
1.1.2. Roma.....	12
1.2. Código de Hammurabi.....	15
1.3. Evangelio de San Marcos.....	15
1.4. COMO TRATARON LA CRISIS EPILEPTICA EN LA HISTORIA.....	16
1.4.1. Época antigua.....	16
1.4.2. Edad Media.....	16
1.4.3. Renacimiento.....	17

1. 5.	La Epilepsia, la Literatura y la Magia.....	18
1.6.	La epilepsia y la ideología.....	19
1.7.	EPILEPSIA.....	20
	1.7.1. Definición.....	20
	1.7. 2. El Cerebro.....	20
	1.7.3. ¿Qué es una crisis convulsiva?.....	21
	1.7.4. Tipos de crisis.....	22
	1.7.4.1. Crisis generalizadas.....	22
	1.7.4.2. Crisis focales o parciales.....	23
	1.7.4.3. Crisis parciales complejas.....	24
	1.7.5. Evolución de las crisis epilépticas.....	25
	1.7.6. Causas de la epilepsia.....	25
	1.7.7. Medios de diagnóstico.....	26
	1.7.8. Tratamiento de la epilepsia.....	28

CAPITULO II

	CONCEPTUALIZACION Y ESCENARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	29
2.1.	ORIGEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	29
2.2.	CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	30
2.3.	SISTEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	31
	2.3.1. Sistema Alemán.....	33
	2.3.2. Sistema Británico.....	33
	2.3.3. Sistema Soviético.....	35
	2.3.4. Sistema Norteamericano.....	36
	2.3.5. Sistema Neozelandés.....	37
2.4.	PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	37
	2.4.1. Principio de universalidad.....	37
	2.4.2. Principio de solidaridad.....	37
	2.4.3. Principio de la unidad.....	38
	2.4.4. Principios de eficiencia.....	38

2.5.	OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	39
2.6.	LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA.....	40
2.7.	LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA.....	41
2.7.1.	Cobertura del Código de Seguridad Social.....	43
2.8.	DIAGNOSTICO DE LA EPILEPSIA EN BOLIVIA.....	44
2.8.1.	La Epilepsia desde el enfoque socio-económico.....	44
2.8.2.	Realidad de la epilepsia en Bolivia.....	46
2.8.3	Unidad de Atención a Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes.....	47
2.8.4.	El Sistema de Salud en Bolivia y la respuesta a la epilepsia.....	47
 CAPITULO III		
MARCO JURIDICO.....		
3.1.	CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO	50
3.2.	CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	57
3.3.	CODIGO DE SALUD.....	57
3.4.	Políticas de Estado de materia de la epilepsia.....	58
3.5.	El sector no gubernamental y la Epilepsia.....	59
3.6.	Rol de las Organizaciones No Gubernamentales.....	59
3.7.	La Defensoría del Pueblo como institución del Estado.....	59
3.8.	Organización Mundial de la Salud.....	60
3.9.	LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EPILEPSIA.....	61
3.9.1.	Derechos Humanos y Salud Pública.....	63
3.9.2.	Derechos Humanos y las obligaciones de los Estados.....	63
3.9.3.	Aplicación de Derechos Humanos específicos ante la epilepsia.....	63
 CAPITULO IV		
FUNDAMENTOS PARA INCORPORARAR UN SEGURO DE SALUD		
GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA EN		
BOLIVIA.....		
4.1.	DERECHOS Y PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES.....	69

4.2. El Derecho a la Vida y la Seguridad Social.....	69
4.3. El derecho a la salud.....	71
4.4. La salud como derecho humano.....	72
4.4.1. La atención integral, los medicamentos y los derechos humanos.....	75
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
5.1. CONCLUSIONES.....	76
5.2. RECOMENDACIONES.....	77
5.3. Anteproyecto de Ley del Seguro de Salud Gratuito par a las personas que padecen de Epilepsia.....	79
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXOS	

RESUMEN

Las personas para un estado constituyen su capital humano, razón por la que es su deber protegerlos, precautelando por su salud, para que los mismos se desarrollen en condiciones óptimas y puedan significar para el país una sociedad sana y productiva.

La Constitución Política del Estado Plurinacional, establece que es deber del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución, en particular la salud, la educación, la seguridad social, etc.

La epilepsia es un problema de salud por la naturaleza misma del padecimiento es una enfermedad crónica causada por descargas eléctricas cerebrales anormales, las cuales se repiten en el tiempo. La Epilepsia es un conjunto de síntomas y signos que obedece a distintas enfermedades. No existen una sola forma de epilepsia, sino varias, ya que hay múltiples tipos de crisis y con distintos diagnósticos que necesitan de una atención médica adecuada.

Las crisis epilépticas son más frecuentes de lo que se piensa pueden comenzar a cualquier edad; aunque en la mayoría de veces se manifiesta en la niñez y la adolescencia.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más antiguas que se conocen, una situación que contrasta con el enorme desconocimiento que la rodea, incluso para los propios afectados y sus familias.

En el mundo hay aproximadamente 50 millones de personas que padecen de epilepsia, pero alrededor de tres cuartas partes de los afectados residentes en países en desarrollo no reciben el tratamiento que necesitan. Y los pacientes y sus familias pueden ser víctimas de la estigmatización y la discriminación en muchas partes del mundo.

Por razones expuestas es necesario que las personas que padecen de epilepsia tengan acceso uniforme al derecho de recibir la medicación antiepiléptica en forma gratuita, la no discriminación laboral, escolar o social; y la implementación de planes de educación permanente y campañas de divulgación destinadas a la comunidad en general, a los pacientes y familiares, y a los profesionales médicos y no médicos, acerca de lo que es la epilepsia.

El desconocimiento de esta realidad lacerante, que exige una pronta solución, ha hecho que el estado así como las instituciones inmersas, ignoren esta problemática, pese a existir disposiciones legales que establecen la prioridad e importancia del derecho a la salud.

Mientras los sectores comprometidos con este problema no asuman la responsabilidad de efectivizar lo legislado, nuestras personas que padecen de epilepsia continuaran postergados, ignorados, privados de un derecho tan elemental o igual al derecho a la vida, como es el derecho a la salud.+

Palabras clave: Epilepsia, Seguros de Salud.

DISEÑO DE INVESTIGACION

1. ENUNCIADO DEL TEMA

LA NECESIDAD DE INCORPORAR UN SEGURO DE SALUD GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA EN BOLIVIA.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A principios del siglo XXI, existen muchos problemas socio-jurídicos a los cuales se enfrenta el sistema de salud en Bolivia. Uno de los problemas que salta a la vista hasta la fecha es que no existe una política específica de salud ni leyes particulares referentes a las personas que padecen de epilepsia. La falta de conciencia por parte del Estado y la sociedad en su conjunto nos reflejan una dejadez latente que exige una pronta solución. Las reformas constitucionales de gobiernos anteriores y la actual Constitución Política del Estado Plurinacional solamente son enunciativos de buenas intenciones a esta problemática real.

El actual gobierno a pesar de tener un discurso integrador, social, equitativo e igualitario no puede plasmar estas políticas gubernamentales en las instituciones estatales. La formulación de políticas de Salud queda bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes. Pero lastimosamente esta institución estatal arrastra muchas falencias administrativas donde los afectados, entre otros, son aquellas personas que padecen epilepsia. Es por esta razón que surge la necesidad inmediata de incorporar un Seguro de Salud Gratuito en Bolivia.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La salud es un factor fundamental para el desarrollo integral de nuestro país. Es por tal razón que toda persona constituye un capital humano invaluable en toda sociedad.

La salud es un derecho y una necesidad fundamental de cada persona y a la vez es indispensable para el desarrollo y desenvolvimiento del ser humano en sociedad que forma parte del tejido institucional y comunal de nuestro país.

Por otro lado debemos tener en cuenta que las personas con epilepsia continúan siendo víctimas del abandono legal e institucional. Al no existir una política sanitaria por parte del Ministerio de Salud y Deportes, las personas que padecen epilepsia son víctimas de la incompreensión por parte de la sociedad, la falta de insumos hospitalarios y personal médico especializado para poder atender con celeridad los síntomas de la epilepsia. Al no existir una norma específica que regule las necesidades de este sector vulnerable se tiende a que los hospitales privados o públicos incurran: a) cobros excesivos; b) no hay un seguimiento clínico al paciente; c) no existe una relación médico paciente de forma continua; d) no existe provisión gratuita de medicamentos y exámenes; e) el principio de igualdad, equidad y derecho a la salud queda en entredicho por las falencias a este sector social clandestino para el Estado y la sociedad. Por estas razones indicadas urge la necesidad de incorporar un Seguro de Salud Gratuito para las personas que padecen de epilepsia en Bolivia.

4. DELIMITACIÓN DEL TEMA

4.1. Delimitación temática

La monografía estará orientada esencialmente desde la perspectiva del constitucionalismo y de la seguridad social. La investigación se circunscribirá al estudio de fundamentos jurídicos, teóricos, facticos y empíricos.

4.2. Delimitación temporal

La realización de la investigación se delimitara al período de análisis entre los años 2009 al año 2012.

4.3. Delimitación espacial

El espacio geográfico delimitado para la realización de esta investigación lo constituye la Provincia Murillo del Departamento de La Paz.

5. OBJETIVOS DEL TEMA

5.1. Objetivo general

Proponer la necesidad de incorporar un Seguro de Salud Gratuito para las personas que padecen de epilepsia en Bolivia para cubrir sus necesidades hospitalarias y cumplir con el mandato constitucional referido al derecho a la salud.

5.2. Objetivos específicos

- Analizar la vigencia o no de los principios propugnados por la Constitución del Estado Plurinacional y el Código de Seguridad Social en nuestro país.
- Determinar la condición jurídica de las personas con epilepsia a través de la legislación vigente.

- Demostrar que un seguro de salud gratuito para las personas que padecen de epilepsia es una forma efectiva de acceder al derecho de salud y así proteger el capital humano.

- Demostrar que una de las tareas fundamentales del Estado es la de proteger la salud de sus habitantes.

INTRODUCCIÓN

La persona como unidad social, se constituye en la base para la existencia del Estado, en razón de que un elemento principal de su subsistencia justamente es su población. Las funciones biológicas de las personas, se adecuan según el desarrollo de la vida humana, que en determinados momentos llega a ser lo que en términos de economía se denomina la "Población Económicamente Activa"

La vida en su concepción general, es el acto de existir de un ser con funcionamiento biológico propio; el ser humano tiene existencia propia pero condicionada a la salud, que le permite vivir.

La Constitución Política del Estado, establece como derecho fundamental de las personas, la Vida, la Salud y la Seguridad Social, este último con carácter obligatorio y según el principio de universalidad. Tales aspectos en el ámbito internacional fueron abordados ampliamente, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el Pacto de San José de Costa Rica.

La epilepsia es una enfermedad a la cual el hombre la ha atribuido una causa divina por ignorancia y por el asombro que le inspira, pues no se parece a las enfermedades ordinarias. Hipócrates 400 A.C. señalaba que es uno de los padecimientos que más afligen a la humanidad y que por sus características dramáticas se conoce desde la más remota antigüedad. Hay múltiples definiciones de la epilepsia, las cuales se han modificado según aumenta el conocimiento de su fisiopatología.

La epilepsia es una afección crónica, de causas diversas, caracterizada por la repetición de crisis resultantes de la descarga excesiva de neuronas cerebrales ("crisis epilépticas), se origina de diversas causas (hereditarias, traumáticas, infecciosas, vasculares, tumorales o desconocidas).

La epilepsia es una de las enfermedades más frecuentes, si bien no se conoce con precisión su epidemiología ya que por una parte existen muchos casos no diagnosticados y por otra, muchos otros niegan el padecimiento por los prejuicios que rodean a esta enfermedad.

Es por ello, que la presente monografía se ha estructurado en los siguientes capítulos para alcanzar los objetivos propuestos.

- El capítulo 1°. Se constituye en el marco referencia de la monografía, cuyo contenido está conformado por el marco histórico, y temático de la Epilepsia.
- El capítulo 2°. Se describe el ámbito de la seguridad social, los diferentes sistemas en el mundo y sus principios fundamentales.
Por su importancia se presenta el tratamiento de la seguridad social en América Latina y el Estado Plurinacional boliviano; finalizando este capítulo se presenta un diagnóstico de la forma en que se trata el tema de la Epilepsia a nivel nacional.
- El capítulo 3°. Se realiza un carácter dogmático - jurídico y teológico de las normas que respaldan la existencia del Seguro de Salud Gratuito para las personas que padecen de epilepsia , en razón del ordenamiento jurídico, las políticas de Estado y la participación no gubernamental .
- El capítulo 4°. Consiste en el fundamento de la monografía, en él se presentan razones de tipo empírico, factico y de derecho, para la incorporación de un seguro de salud gratuito para las personas que padecen de epilepsia.
- El capítulo 5°. Presenta las conclusiones a las que se pudo llegar como producto de la realización de la monografía misma, las conclusiones responden a los objetivos planteados en la metodología; también en él se presentan

recomendaciones emergentes del estudio, dentro estas recomendaciones se encuentran la propuesta del anteproyecto de ley del “Seguro de Salud Gratuito para las personas que padecen de epilepsia en Bolivia”, en sus dos partes de exposición de motivos y el cuerpo de norma jurídica.

CAPITULO I

CONTEXTO HISTORICO Y TEMATICO DE LA EPILEPSIA

La Organización Mundial de Salud (2009) afirma que en el mundo hay aproximadamente 37 millones de habitantes con epilepsia primaria en el mundo, lo cual llega a 50 millones de personas, cuando se suman los que sufren de epilepsia secundaria.¹

De este total se estima que aproximadamente un 90% procede de regiones en desarrollo. Sus hallazgos también muestran que la epilepsia responde al tratamiento en aproximadamente un 70% de los casos, pero alrededor de tres cuartas partes de los afectados residentes en países en desarrollo no reciben el tratamiento que necesitan. Esta organización calcula que de esta población afectada por la epilepsia, un 40% se encuentra por debajo de los 40 años.

1.1. HISTORIA DE LA EPILEPSIA

Las relaciones entre el enfermo epiléptico y la sociedad siempre han sido difíciles y no siempre se han adaptado a la realidad de los conocimientos médicos de cada momento. En la historia de la medicina tanto como la epilepsia existen numerosas referencias desde los primeros tiempos de la historia que constatan que esta enfermedad ha acompañado al hombre desde sus orígenes. Esta enfermedad era considerada como una de las enfermedades crónicas más habituales.

Pocas enfermedades ofrecen una historia tan amplia y variada como la epilepsia. Con causas de lo más diversas: desde estar poseídos, endemoniados, la luna como causa de la enfermedad, o enfermos mentales; con una larga lista de nombres - se la denomina enfermedad de los 1000 nombres -, entre otros: enfermedad sagrada, morbus hercúleus, mal de San Valentín, etc.; en ocasiones son términos que describen 'la causa' de la misma,

¹ Organización Mundial de la Salud 2001

los síntomas, la magnificencia de la enfermedad, o incorporando el nombre de quien la padecía.

La epilepsia ha servido como fuente de inspiración en la literatura, en el arte, en el cine e incluso en la música. El estigma, los síntomas de la enfermedad, el pobre status social que padecían los enfermos se retrataría en las obras de arte, en ocasiones con un acierto, lo que ha servido para hacernos una idea de las penurias que tuvieron que pasar los enfermos y sus familiares.

A la vez, ninguna enfermedad es comparable a la epilepsia en las manifestaciones clínicas de ésta, capaz de hacer perder la conciencia a quien la padece para recobrarla poco después como si nada hubiera pasado. Todas las grandes figuras del pasado se han pronunciado sobre la epilepsia, aun sin tener mucho que decir y en bastantes ocasiones para perpetuar mitos y falsas creencias que aún perduran. La charlatanería sería tomada en cuenta por parte de los verdaderos médicos (que no curanderos) que intentarían separar la enfermedad del mito y leyendas que la rodeaban, acercándose a los enfermos para aprender sobre la enfermedad, intentando ofrecer tratamientos más o menos útiles en la época y poniendo en entredicho otros de dudosa utilidad.

Resulta curioso que en la historia se mezclen períodos donde se describirían con relativa precisión el origen de la enfermedad, los status epilépticos, sus síntomas, con períodos donde las teorías demoníacas y lo vergonzante de la enfermedad ignorase, anulase y condenase las teorías más acertadas.

Miles de años antes de Cristo, las antiguas culturas hacían referencia a la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento y la etiología de la epilepsia. En la búsqueda del origen de este desorden, cada civilización hizo interpretaciones que se relacionaron con la superstición, los poderes sobrenaturales, los astros o la posesión demoníaca. Desde las épocas más antiguas, aparecería la epilepsia como enfermedad vergonzante, por ejemplo en el Código Hamurabi se permite la devolución de los esclavos si éstos padecían epilepsia.

1. 1. 1. Grecia

En la Grecia Antigua, el pensamiento mágico-religioso continuaba vigente al creer que la epilepsia era debida a la cólera de un dios o ente maligno, y el único remedio era el exorcismo o la plegaria los dioses de la salud. Los antiguos griegos pensaban que sólo un dios, podía arrojar a las personas al suelo, privarlas de sus sentidos, producirles convulsiones y llevarlas nuevamente a la vida, aparentemente muy poco afectadas.

La creencia de que fuesen dioses quienes provocasen los ataques conllevó que la epilepsia fuese considerada un fenómeno sobrenatural, lo que le otorgó la denominación "*morbo sacro*" o enfermedad sagrada, aunque según los criterios contemporáneos, este término no es más que expresión de magnitud y magnificencia de los síntomas del "íctus" o "ataque" que despertaban. La epilepsia y la histeria caminaban juntas y ambas eran confundidas con la locura.

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión, es decir, atribuyeron las enfermedades psíquicas a un origen natural, lo cual subsistió hasta fines del siglo XVIII.

La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto.

Sería Hipócrates (460 – 357 a. de C.) -padre de la medicina- y sus discípulos de la Escuela de Cos, quienes desarrollasen la medicina griega "científica".

Su explicación de que la flema se precipita en los vasos cerebrales, impidiendo que el aire que fluye hacia el cerebro, fue el primer intento de explicar la causa de la epilepsia basado en un proceso fisiológico que afecta el cerebro. Otra contribución importante a la medicina hipocrática fue la introducción de pronóstico.

10

Fue la primera persona que describiese el origen de origen de la epilepsia; declarándola una enfermedad natural que provenia del cerebro.

A cerca de la "enfermedad sagrada" no me parece más sagrada que las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. A mi parecer, aquellos que hicieron sagrada esta afección eran iguales que los actuales magos y purificadores, impostores y charlatanes que utilizan lo divino para ocultar su impotencia por no contar ninguna ayuda que ofrecer...

En su libro "aforismos" se refiere a la epilepsia como *morbus pueri* (o enfermedad del niño). Esta denominación se debe a la aparición y prevalencia de la enfermedad en este grupo de población.

En Grecia se describe también el aura epiléptica - que posteriormente ampliaría Galeno- y una vez más Hipócrates se refiere a la epilepsia como vergonzante; los que ya están acostumbrados a la enfermedad presienten de antemano cuándo van a sufrir un ataque y se apartan de la gente, donde sean pocos los que les puedan ver caer.

Hipócrates intentaría separar lo mágico y sobrenatural de la epilepsia, dejando patente que conocía perfectamente los síntomas de una crisis epiléptica. .. *(Los magos) echan la culpa a un dios en cada manifestación de la dolencia. Porque no invocan a uno solo sino a varios. Con que, si uno imita a una cabra, ruge y sufre convulsiones por el lado derecho, dicen que la responsable es la Madre de los Dioses. Si grita de modo más fuerte y más agudo, los asimilan a un caballo y aseguran que el responsable es Poseidón. Si se le escapa algún excremento, lo que sucede muchas veces a los que están dominados por la enfermedad, se le aplica la Diosa Enodia. Si echa espuma por la boca y da coces, Ares tiene la culpa..*

En el ensayo Sobre la enfermedad sagrada, comentó sobre la el resultado graves de estado epiléptico y la remisión espontánea de la epilepsia en los niños a medida que maduran. Hipócrates, por primera vez reconoció la lateralidad en la función cerebral, cuando describió un traumatismo como motivo para producir espasmos en la extremidad

contralateral. En su intento de demostrar que no había nada "sagrado" acerca de la epilepsia, Hipócrates declaró que no había tratamiento para la enfermedad, pero no hay propuestas concretas se presentan en sus escritos.

Seria Hipócrates la primera persona que describiese el origen de la epilepsia. Declarándola una enfermedad natural que provenía del cerebro y tendrían que pasar siglos hasta encontrar una teoría tan real.

1.1.2. Roma

En el Siglo II a. de C., la anatomía del sistema nervioso experimentó un gran progreso, se distinguió entre los nervios sensitivos y motores. El método hipocrático estaba presente en la medicina romana.

La descripción, se atribuye al médico Areteo de Capadocia (siglo III aC), "que la epilepsia es una convulsión del cuerpo, junto con un deterioro de las funciones principales", haciendo hincapié en dos síntomas: las convulsiones y la pérdida del conocimiento. Se amplía la información sobre las crisis, identifican el grito epiléptico, la desviación de los ojos, señala la protusión de la lengua al quedar atrapada entre los dientes e incluso anota que el paciente puede perder algún diente durante el ataque. Sorano, Celio Aureliano y Celso reivindicadores del maestro de Cos, tratarían de completar la descripción de la epilepsia.

Se reconocerían distintos tipos de auras - término de origen griego que significa 'frio soplo', previamente identificado por Hipócrates.

Si en Grecia era el "Morbo sacro", en Roma sería el "Morbus Comicialis". Esta denominación, se debe a, si realizándose un comicio alguno de los presentes era

sorprendido por un ataque epiléptico, éste se suspendía, pues era necesario la purificación que impidiese el contagio. Algunos autores han manifestado que la suspensión del comicio se llevaba a cabo por interpretarse la crisis como un mal presagio.

A pesar del prestigio de Hipócrates, la concepción mágica de la epilepsia, no desaparecería en todo este tiempo.

Se señalaron la gravedad de los ataques repetidos, y los médicos aconsejan advertir a los familiares sobre la gravedad y la falta de tratamiento para evitar las posibles repercusiones después de la muerte de un paciente.

El consumo de vino se asocia con convulsiones, e incluso la embriaguez de la nodriza fue citada como una causa de las crisis epilépticas en los niños.

Hipócrates, cuya descripción de las convulsiones en el ensayo Sobre 'la enfermedad sagrada' sólo hizo hincapié en los síntomas principales, Areteo proporcionó una descripción detallada de convulsiones generalizadas: *"El hombre no responde, está con los brazos y las piernas rígidas y luego moviéndolos, la cabeza se tuerce, ya sea doblada hacia el esternón o hacia atrás, hay riesgo de cortar la lengua, los ojos se vuelven hacia arriba y si no están cerrados, se quedan en blanco, el enrojecimiento inicial de la cara se sustituye por palidez, los vasos sanguíneos del cuello se dilatan, se acelera el pulso en el inicio, hay pérdida de orina y las heces o en algunos los hombres, mientras que la espuma sale de la boca.* Reconociendo además la diversidad con la que la epilepsia puede manifestarse, declaró: *"La epilepsia es una enfermedad de varias formas y horrible"*. Sin utilizar el término, describe un aura visual "luzes de color rojo o negro o ambos aparecen en los arcos antes de la los ojos, similar al arco iris ", y dio una lista detallada de las auditivas (zumbidos en los oídos), olfativos (olor nauseabundo), y otros síntomas sensoriales. Al igual que

Hipócrates, Areteo observó la mayor frecuencia con que las crisis se producen en niños y en adultos, así como la remisión espontánea en la vejez.

Galeno también tomó nota de la ocurrencia más frecuente en la infancia, una relación entre la crisis y el ciclo menstrual, y la precipitación de las crisis por el ayuno prolongado. Galeno es el introductor del aura (en griego, la brisa del mar), que describió en un hombre joven que reportaron la sensación de 'aura fría' que comenzó en el pie, marcharon hacia arriba, y anunció el inicio del ataque. Según el historiador Temkin, el término 'aura' fue introducido por un enfermo. Al parecer, Galeno estaba visitando a pacientes con crisis de características similares y uno relataba el comienzo en la extremidad inferior, el ascenso progresivo y la llegada al cuello y la cabeza sin recordar ya nada más. Y el otro paciente añadió: 'es como un viento suave y frío', lo que encajaba con la teoría de los humores y vapores que se desplazan por el organismo, en aquella época vigente.

El tratamiento en el período helenístico y romano se guió por las teorías de tres escuelas: la dogmática de Galeno Areteo (basado en la patología de la enfermedad), lo empírico-Serapio, y la metodista Sorano. Lo que era común a las tres escuelas fue la importancia de los regímenes de dieta, ejercicio, sueño, y "catarsis" a través de vomitivos, enemas, o sangrado. Se utilizaban varias técnicas de sangrado y de la cauterización de las arterias del cuero cabelludo, así como la trepanación. Tanto los metodistas como los dogmáticos -Aretio-, recomienda estos métodos. Sorano, sin embargo, estaba en contra de ellos, señalando: '*que para muchos se convierten en un castigo más que una cura*'.

1.2. Código de Hammurabi.

14

El concepto de epilepsia se deriva de la palabra griega ἐπιλαμβάνειν, *ēpilambáneim* (ser agarrado, atacado). Epilepsia es pues "ataque" o "enfermedad que se

manifiesta por medio de ataques (crisis)". Dado que hay diferentes enfermedades que producen crisis, es mejor hablar de epilepsias.

En antiguos textos mesopotámicos se describen ya sus síntomas típicos como la enfermedad de Benu, o Sitbu, aunque estos términos para algunos autores parecen designar también "contagio" o "lepra". Se comprueba también que no era infrecuente: en el código de Hammurabi, cuerpo legislativo de la Babilonia del siglo XVII a. C., se establece que, si se descubre que un esclavo adquirido recientemente sufre benu, éste puede ser devuelto a su anterior propietario en el plazo de un mes.

El cuerpo de quien padece una crisis epiléptica parece no obedecer a su dueño, sino a voluntad ajena. De ahí que se relacionara con la deidad. Los seguidores de la religión tibetana Bön tenían por elegidos a quienes la padecían, mientras que en la antigüedad judeocristiana se consideraba su padecimiento como un castigo divino o como obra de demonios.

1.3. Evangelio de San Marcos

En el Evangelio de Marcos (9, 17-18) se incluye una descripción de la época que ilustra a la perfección una crisis epiléptica, queriendo obtener una curación que consistía habitualmente en la expulsión del espíritu maligno mediante un poderoso exorcismo:26 Maestro, te he traído a mi hijo, que tiene un espíritu inmundo, y dondequiera que se apodera de él, le derriba y le hace echar espumarajos y rechinar los dientes y se queda rígido...

Evangelio de Marcos (9,17-18)

Debido al estigma bíblico, se la llamó *morbus sacer* (enfermedad sagrada).

15

1.4. COMO TRATARON LA CRISIS EPILEPTICA EN LA HISTORIA

El modo y la manera de realizar las terapias, en cualquier época histórica, dependía de la idea que se tenía del origen de la enfermedad.

1.4.1. Época antigua:

Período pre-hipocrático: Se consideraba la epilepsia como un fenómeno sobrenatural, “la enfermedad divina”, y, dado que era un mal enviado por los dioses, los “remedios” que se practicaban eran tales como realizar ofrendas a los dioses, expiaciones o ejercicios religiosos bajo la dirección de médicos – sacerdotes.

La base de la terapia era dietética. Además de la dieta, en menor medida se utilizaban “medicamentos”, que eran, prácticamente, hierbas medicinales.

1.4.2. Edad Media:

Durante este periodo se olvidaron los conocimientos que se tenían sobre el origen natural de la enfermedad y se volvió a creer que la epilepsia era algo sobrenatural y que su aparición se debía a la influencia de espíritus malignos y de los demonios, así, de acuerdo con el pensamiento de la época, cambió el tratamiento, principalmente, a rezos, ayunos, ofrendas y peregrinaciones.

Además de los tratamientos arraigados en la fe cristiana, se desarrollaron innumerables prácticas curatorias basadas en la superstición, procedimientos que se utilizaron hasta muy entrada la edad moderna, como son los conjuros, los sortilegios, el fetichismo, la utilización de amuletos, etc.

La epilepsia fue en la Edad Media, después de la peste, la enfermedad con el mayor número de santos “competentes”; el más importante fue San Valentín.

La Edad Media fue también la época de la fitoterapia o tratamiento con plantas o partes de ellas.

Apenas existía una planta que no se utilizara contra “el día extenuante de las crisis”, o sea, contra la epilepsia. Los remedios terapéuticos más importantes eran la valeriana, la peonía (rosa de pentecostés), la artemisa, el extramonio, el muérdago, la belladona, la naranja amarga y la corteza de quina.

1.4.3. Renacimiento:

Durante el período del renacimiento, se empleaban cada vez más, junto a los componentes de las plantas medicinales, sustancias químicas definidas como “remedios contra las convulsiones”. Las más significativas eran: el cobre (utilizado ya en la antigüedad), óxido de zinc, nitrato de plata, bismuto, estaño.

Una sustancia muy utilizada fue el castóreo, ya utilizada en la época greco-romana, era una sustancia resinosa de olor fuerte y desagradable, segregada por dos glándulas abdominales que el castor tiene en el ano y que se empelaba como remedio contra la “enfermedad divina”.

Hasta muy entrado el siglo XIX, se había extendido sobremanera el uso de esta sustancia como “tranquilizante y remedio contra la epilepsia”, al punto que no faltaba en ninguna farmacia.

Cráneo humano: utilizado como remedio muy poderoso contra la epilepsia, se raspaba el cráneo de una calavera y el polvillo resultante debía tomarse diariamente. Si el paciente era hombre, el cráneo a utilizar debía de ser de mujer, y viceversa.

- Artemisa:

17

Fue la hierba mágica por excelencia. Incluso en la medicina académica se consideraba, hasta muy entrado el siglo XIX, que las raíces de la artemisa eran un poderoso remedio contra la epilepsia. También el ajeno, al que pertenecen

componentes constitutivos amargos de las flores de artemisa, se utilizaba como un remedio antiespasmódico.

En la actualidad no existe ninguna duda de que estos “medicamentos” sacados de los metales no tienen ningún efecto contra las crisis epilépticas.

Fue a partir de la segunda mitad del siglo XIX, a medida que los conocimientos físicos y médicos sobre la epilepsia aumentaban, cuando se encontraron por fin medicamentos eficaces en el tratamiento de la epilepsia. Los primeros que se descubrieron fueron el bromuro (1857) y el fenobarbital (1912), sustancias que se siguen utilizando en la actualidad.²

1. 5. LA EPILEPSIA, LA LITERATURA Y LA MAGIA

...que en su condición epiléptica, existía un momento antes del ataque mismo (considerando que el ataque sobreviniera durante las horas de vigilia) cuando repentinamente, en medio de la tristeza, de la oscuridad y la opresión, su mente se inflama y todas sus fuerzas vitales se expandían al mismo tiempo, en una explosión poco usual. Su conciencia y su sensación de estar vivo se incrementaban diez veces más durante estos momentos, que se repetían como relámpagos. Su mente, su corazón se iluminaban de manera insospechada. Toda excitación, toda duda, todo problema se apaciguaban, resueltos en una calma superior llena de armoniosa felicidad y esperanza, llena de inteligencia y de razón última. Y sin embargo, estos momentos, estos destellos no eran sino el presentimiento de aquel segundo final (nunca más de un segundo) con el cual el ataque mismo comenzaba. Este segundo era, por supuesto, insoportable.

Estas palabras del príncipe Mishkin, el héroe de la novela *El idiota*, de Fiodor Dostoyevski escritor que padeció epilepsia, expresan de manera dramática lo que un

² www.todosobreepilepsia.com

paciente epiléptico puede experimentar cuando presente la llegada de la crisis. La interpretación que se ha hecho de estos signos anunciatorios ha variado según la época.³

La relación entre epilepsia y brujería contaba en aquella época (hacia 1580) con un texto: el *Malleus malificarum*, libro clásico de cacería de brujas en el que se reportaban casos de epilepsia infringida por medio de huevos que se habían enterrado junto a los cuerpos de brujas. No sabemos a ciencia cierta, cuantos pacientes epilépticos fueron “exorcizados” y de qué manera. El libro admitía, sin embargo, que existía una tremenda dificultad para distinguir a la epilepsia de la brujería.

1.6. LA EPILEPSIA Y LA IDEOLOGIA

Mahoma no ha sido el unico gran personaje de la historia considerado como epileptico. El catalogo de epilepticos famosos hecho por Artistoteles en el que se incluia a Hercules, Socrates, Platon, Empedocles, las Sibilas, etcetera, y donde agregaba a la lista a Julio Cesar, Caligula, Petrarca y hasta Carlos V. La historia ha mostrado que en la lista existe confusion entre los terminos aristotelicos de melancolia y de epilepsia.

Es tambien interesante hablar de esta creencia de la antigüedad que consideraba a los epilepticos como personas de gran inteligencia. Esto constituia una extencion de la tesis aristotelica de que la melancolia y el genio se hallaban asociados.

No esta de sobra recortar que los historiadores son humanos y como tales, son entes impresionables. Su catalogo de los personajes que padecieron epilepsia se restringe a personajes de cierta fama (justificada o dudosa) y puede encerra subjetividad. Se trata, sin embargo, de una triste celebridad.

³ FYODOR Dostoevsky. *Charge - The experience of Epilepsy*. Consultado el 2 de febrero de 2006.

Se subraya el contraste que existe entre la creencia antigua del paciente epileptico como un individuo mas cercano a la genialidad y a la sabiduria que el resto de los mortales, y la creencia actual que toma al epileptico como un individuo del que hay que alejarse, que da miedo, que es peligroso y al que hay que aislar.

Se trata de una ideologia tan nefasta como la de la antigüedad, que rebunden concepciones falsas acerca de la enfermedad y acerca de la funcion cerebral.

1.7. EPILEPSIA

1.7.1. DEFINICION

La Epilepsia son alteraciones de la función de las neuronas de la corteza cerebral que se manifiestan como un proceso discontinuo de eventos clínicos denominados “crisis epilépticas”. Se definen como una afección neurológica crónica, de manifestaciones episódicas y de diversa etiología, caracterizadas por la ocurrencia de por lo menos 2 o más crisis epilépticas.⁴

1.7.2. EL CEREBRO

El cerebro es un órgano muy importante del cuerpo que se encuentra protegido dentro de una coraza ósea formada por los huesos del cráneo, allí se encuentra recubierto de unas capas o membranas conocidas con el nombre de meninges y flota nuestro cerebro en medio de un líquido llamado líquido cefalorraquídeo que tiene funciones protectoras al disminuirle de peso, amortiguarlo de los golpes y de los movimientos de la cabeza y también le sirve de nutrición. El cerebro se nutre de sangre que le llevan las arterias que pasan por nuestro cuello y tiene un alto consumo de oxígeno el cerebro nota ya

⁴ www.wikipedia.com; Epilepsia.

deficiencias, pues nuestro órgano no tiene reservas de dicha sustancia ni de energía como lo tienen otros órganos de nuestro cuerpo.

El cerebro es el encargado de casi todas las funciones que le vemos a otras partes del cuerpo, como son el movimiento, el tacto, el dolor, la visión, la audición, la percepción de sabores y de olores, el cálculo matemático, el lenguaje verbal y el escrito, el pensamiento, la memoria y otra serie de funciones que nos quedaría corto cualquier escrito si nos encaminamos a hablar de todas ellas. Pero no sólo el cerebro regula las funciones voluntarias del ser humano, pues regula funciones automáticas de los otros órganos como son la producción de hormonas sexuales, y de otra serie de ellas, regula los latidos del corazón, la profundidad y la velocidad de nuestra respiración al igual que el movimiento de nuestras funciones intestinales.

El cerebro es complejo, está conformado por una gran cantidad de células cerebrales conocidas con el nombre de neuronas y para que tengamos una idea de la cantidad de ellas es aproximadamente la cifra de 10 seguida de 20 ceros (un millón es un 10 seguido de 5 ceros). Toda esta cantidad de neuronas se comunican entre ellas, esta comunicación no sólo es eléctrica sino también química (regulada por sustancias que en pequeña cantidad circulan por nuestro organismo) y algunas o casi todas las funciones dependerán de la estimulación eléctrica y química o mejor de la combinación de las dos en forma electroquímica, es decir, un estímulo eléctrico hace liberar a la neurona sustancias químicas con diferentes funciones.

1.7.3. ¿QUÉ ES UNA CRISIS CONVULSIVA?

Todas las células del cerebro se comunican entre sí y estas neuronas tienen funciones específicas. Por alguna razón una serie de neuronas pierden el control al excitarse más de la cuenta, sin tener un control por las otras células vecinas, esta estimulación puede propagarse a zonas vecinas y transmitirse a casi todo nuestro cerebro perdiendo temporalmente las funciones encomendadas dando origen a una convulsión generalizada.

1.7.4. TIPOS DE CRISIS

1.7.4.1. CRISIS GENERALIZADAS

Son las crisis o episodios más conocidos por la gente común y corriente y que suelen llamar “ataques”. Las crisis generalizadas como su nombre lo indica, son las crisis que afectan todo el funcionamiento del cerebro y por ende del cuerpo, puesto que es el cerebro el que regula el funcionamiento de nuestro cuerpo.

La persona suele perder el conocimiento en casi todas estas crisis, con caída al suelo unas veces sin movimiento de ninguna extremidad (CRISIS GENERALIZADAS ATONICAS), acompañado de salivación excesiva, mordedura o no de la lengua, coloración morada de los labios, la cara o las extremidades al faltarle oxígeno al cerebro por la relajación de los músculos de la faringe que no permite la entrada de aire al pulmón; también se relajan los músculos que mantienen cerrados los esfínteres de la vejiga y el ano causando micción (salida de orina) y defecación (salida de materia fecal) en forma involuntaria.

Hay otro tipo de manifestación de las crisis generalizadas y son las AUSENCIAS que se caracterizan porque la persona se queda con la mirada fija, deja lo que está haciendo o diciendo, algunas veces hace acciones de chupeteo con los labios o solamente mueve los dedos de la mano, con un ligero parpadeo, para luego seguir en la acción que venía realizando; el enfermo no se da cuenta de lo que le acaba de suceder, pero es el acompañante el que suele percatarse de los sucedido.

Mioclónicas

Son otro tipo de crisis generalizada que consiste en que la persona tiene sacudidas involuntarias de partes del cuerpo, de la mano, la cabeza, ambos pies. Son bruscas y la persona suelta lo que tiene en la mano, se le caen los objetos de la misma y

otras veces cae al suelo sin perder el conocimiento como si lo hubiera empujado hacia delante, cayendo apoyado sobre sus manos.

1.7.4.2. CRISIS FOCALES O PARCIALES

Se llaman PARCIALES porque sólo está afectada una parte de nuestra función cerebral o de nuestro cuerpo. En ellas la característica primordial es que no se pierde el conocimiento y el paciente asiste a su crisis en las llamadas CRISIS PARCIALES SIMPLES.

Dependiendo del área cerebral afectada serán los síntomas del enfermo, si se afecta el área motora la crisis será de movimiento de la extremidad correspondiente, si es del área sensitiva los síntomas serán de sensaciones correspondientes a dicha área, sensaciones de tacto, temperatura alterada en esa zona, sensaciones de “corrientazo” o de calambre. Si el área afectada es la visual se percibirán destellos de luces, si es la auditiva serán sensaciones de pitos o ruidos no muy bien definidos y así casi que de cualquier parte del cerebro que tenga representación de una función detectable por los sentidos, el movimiento, o la sensibilidad podrá teóricamente desencadenar una crisis.

Crisis parciales normales

Estas crisis se originan en el área del movimiento (área motora) y consisten en que el sujeto empieza a mover una extremidad o los músculos de la cara o de la cabeza y cuello y pueden extenderse de la mano, al brazo, al hombro, al cuello, la cabeza (PARCIAL MOTORA CON MARCHA).

Crisis parciales sensitivas

Son las que cursan con la excitación de las áreas sensitivas del cerebro y se manifiestan por sensaciones que sólo el paciente puede sentir: sensaciones de frialdad, calor, hormigueo o calambre en una zona muy bien definida y pueden al igual que las motoras viajar por toda el área sensitiva con marcha.

Crisis parciales somato sensoriales

Son síntomas visuales de luces y no de objetos ni cosas. A veces se perciben olores que el paciente no puede identificar y solo él puede sentir. Pero puede ser también la percepción de sabores o ser tan desagradable como una sensación de movimiento giratorio como si el paciente estuviera girando a alta velocidad o los objetos giraran alrededor de la persona.

Con síntomas psíquicos

Raramente ocurren sin falla de la conciencia y se manifiestan por alteraciones del lenguaje verbal, el paciente no es capaz temporalmente de hablar o lo que dice no se expresa correctamente conocidas como disfásicas. Otras veces pueden ser de pensamiento forzado en la cual la persona tiene un episodio de pensamiento que no es capaz de modificar por cierto tiempo, a veces es repetitivo o tener visión de paisajes antes vistos (déjàvu), o suelen ser tan complejas como las alteraciones leves de la conciencia como estados de ensoñación o distorsión del sentido del tiempo. A veces suele ocurrir con estados emocionales de ira y de agresividad no motivada incontrolable o cursar con la visión de los objetos reales percibidos como ilusiones al ser visto de tamaño muy grande o desproporcionado (macropsias).

1.7.4.3. CRISIS PARCIALES COMPLEJAS:

El paciente realiza todos los actos en una forma automática sin tener sentido de lo que hace. La persona suele reaccionar como si tuviera una función que realizar pero sin ningún objetivo: camina, toca objetos sin sentido, trata de manipular su ropa, chupetea, mueve los dedos y algunas veces sale corriendo (crisis gelástica), o se persigna (epilepsia benedicta). O simplemente pierde la conciencia sin caerse al suelo ni tener movimientos automáticos de ningún tipo. La persona afectada generalmente no se pone morada, sólo a veces pierde el control de los esfínteres y se orina, y suele quedar con los síntomas luego de las crisis con mareo, náuseas,

vómito y letargo y somnolencia es decir con una estado post-ictal definido. Duran mucho más que las llamadas Ausencias.

No clasificadas

Son una serie de crisis en las cuales las características descritas no son bien identificables y suelen ser de investigación por el especialista. Ocurren en los niños como movimientos natatorios (de nadar) o de pedaleo. Son raras y tienen que ser muy bien estudiadas.

1.7.5. EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS EPILEPTICAS

Una persona puede tener toda su vida una sola forma de crisis epiléptica o puede tener varias formas de presentación. Algunas veces pasa de una crisis parcial simple a una parcial compleja y luego generalizarse. Otras personas tienen un tipo de crisis y luego de iniciado un tratamiento aparecen otro tipo de crisis, que posiblemente la droga recetada no controla sino una de ellas. Es por eso que el control médico debe ser periódico para adecuar la droga al tipo de crisis y a la evolución.

1.7.6. CAUSAS DE LA EPILEPSIA

En la epilepsia se ha identificado en nuestro país algunos factores de riesgo como son la herencia, problemas durante el embarazo y parto, desarrollo de infecciones del cerebro, traumas severos de cráneo.

a) HERENCIA

Por investigaciones realizadas a niveles mundiales y comprobados en nuestro medio, se ha demostrado el factor genético como uno de los principales factores de riesgo para sufrir la Epilepsia.

25

Los hijos de padres con Epilepsia tienen un riesgo de desarrollar la enfermedad hasta 7.6 veces mayor que los niños cuyos padres no tienen la Epilepsia. Por lo

tanto se recomienda el consejo genético, se debe evitar el matrimonio cuando ambas personas sufren Epilepsia o tienen historia familiar de Epilepsia.

A las personas con Epilepsia se les puede aconsejar que tengan pocos hijos, uno o dos, y que estos sean cuidados adecuados.

b) EMBARAZO, PARTO Y DESARROLLO

Las mujeres en embarazo deben hacer el control médico periódico prenatal para así tratar de evitar complicaciones posteriores al momento del parto, el cual debe ser atendido en los hospitales para evitar los partos prolongados que pueden llevar a producir falta de oxígeno en el cerebro del niño y posteriormente sea causa de daño en el tejido cerebral y por lo tanto causa de Epilepsia.

c) INFECCIONES

Igualmente se debe educar a la comunidad sobre las infecciones del sistema nervioso central, consultar rápidamente al médico cuando el niño presente fiebre alta, convulsiones, trastornos del comportamiento, para un diagnóstico temprano de Meningitis o Encefalitis.

d) TRAUMATISMOS CRANEALES

Los traumas o golpes de cráneo; se debe cuidar a los niños de los accidentes automovilísticos, evitar las caídas desde alturas, fomentar una adecuada construcción de viviendas y terrazas seguras, para evitar riesgos de caídas.

1.7.7. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Una adecuada evaluación médica es fundamental para un diagnóstico correcto de la enfermedad, la información suministrada por el paciente y su familia basada en la observación de la crisis es de gran ayuda para el médico.

a) Electroencefalograma (EEG):

El electroencefalograma fue descubierto por el médico alemán Hans Berger (1873-1941) en los años veinte del siglo XX.

Con este examen se registra la actividad eléctrica cerebral, muchas enfermedades del sistema nervioso central pueden producir alteraciones de la actividad cerebral.

En la epilepsia el Electroencefalograma es de especial interés pues ayuda a la clasificación de los diferentes tipos de Epilepsia, lo cual es de suma importancia para la adecuada elección del tratamiento. Un Electroencefalograma normal no descarta la presencia de Epilepsia y al contrario un EEG alterado no confirma siempre Epilepsia, pues hay diferentes causas que pueden explicar esto.

b) Escanografía Cerebral

Este es un método diagnóstico en el cual se toman secuencias radiológicas del tejido cerebral y se integran por una computadora. Es de especial importancia en el estudio de las crisis convulsivas pues ayuda en el diagnóstico de la epilepsia. En Bolivia no existe este equipo.

c) Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

Es un método diagnóstico radiológico que da mayor información sobre epilepsia y por su alto costo, no es rutinario.

d) Tomografía axial computarizada

Es un método de diagnóstico radiológico que toma tangencialmente diferentes niveles de examen del cerebro.

1.7.8. TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA

El tratamiento del paciente que sufre Epilepsia es integral, para lograr su bienestar, siendo necesaria la participación de un grupo multidisciplinario (Neurólogos, Psicólogos,

Psiquiatras, Trabajadora Social, etc.), dándole al enfermo una ayuda de diagnósticos y de tratamiento especializado, para que así tenga un desenvolvimiento eficaz en la sociedad.

Desde el punto de vista médico se utilizan varias drogas para el control de las crisis. La droga ideal sería aquella capaz de curar definitivamente al paciente, pero esto no es posible de obtenerse sino con un tratamiento prolongado de varios años. Es importante recalcar que no todos los pacientes se controlan con la misma droga y dosis y que se hace necesaria la evaluación médica periódica, cada 3, 6 ó 12 meses según el médico lo indique.

CAPITULO II

CONCEPTUALIZACION Y ESCENARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

“La experiencia muestra sobradamente que los individuos, en todos los tiempos y países, ya aislados, ya en un conjunto han estado y están sometidos a determinadas incidencias que provocan necesidades sociales. Pero también demuestra la experiencia que claramente los individuos no se resignan y entregan a la fatalidad, si no busca a instauran instrumentos de protección contra esas necesidades sociales”⁵.

Es así que el hombre siempre ha buscado la superación su perfeccionamiento y mejorar su nivel de vida, ya que desde los pueblos antiguos hasta los más modernos y desarrollados se han presentados incidencias que llegan al hombre a encontrar la satisfacción de sus necesidades sociales, ahí el punto de partida de la seguridad social.

2.1. ORIGEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Pretender sin embargo ubicar una fecha exacta de nacimiento de la seguridad social, sería tanto como querer establecer los orígenes de la necesidad humana⁶. Porque cuando hay una necesidad el hombre busca satisfacerla desde las formas más rudimentarias como son las mutualidades, en Roma “la collegia”, las “Gildas” “Cofradías” “Hermandades y Montepíos” “Cajas de comunidad y el Seguro Social”. Estas siempre con un tinte religiosos de ayuda social y de solidaridad humana.

El Seguro Social originariamente nace para abordar las necesidades apremiantes de la clase obrera en las primeras épocas de la sociedad industrial de manera que se previeron los riesgos más inmediatos que pudieran afectar a la vida y la capacidad del trabajador, dando lugar al modelo de Seguridad Social de tipo profesional contributivo.

⁵ ALMANSA PASTOR, José Manuel; Derecho a la Seguridad Social

⁶ VARGAS DEL CARPIO, Oscar; Lineamientos Generales de la Seguridad Social Boliviana

La Organización internacional del Trabajo “sitúa el origen de la seguridad social a principios del siglo XIX en Europa Occidental porque es cuando la industrialización comienza a dar sus primeros pasos y aparece el proletariado”⁷.

En esta época el “proletariado” era un número significativo de obreros que tenían como el único modo de subsistencia su sueldo y quedaban sin protección cuando perdían el empleo o quedaban pacientes, pero si había una legislación de beneficencia como el socorro cuando la persona había agotado todos sus recursos y que cien años después sería perfeccionado por la seguridad social.

Los Seguros Sociales nace como tal en Alemania como producto del proceso de industrialización, las fuertes luchas de los trabajadores, la presión de la iglesia, de algunos grupos políticos y sectores académicos de la época.

Indiscutible, la implantación sistemática del régimen obligatorio fue propiciada en Alemania, mediante la obra del canciller alemán Bismarck, cuyo anuncio oficial fue dado en el parlamento, mediante discurso que a todas luces constituye un hito en la historia de la Seguridad Social⁸.

La Seguridad Social comienza a desarrollar como un derecho no de un determinado sector a la protección ni a determinados riesgos, sino de toda persona y contra todos sus riesgos y no en base a una cotización o aporte sino como una obligación del estado a proporcionar dicha protección integral como parte de su desarrollo económico y social, como distribución de su renta nacional⁹.

2.2. CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social es un sistema protectivo mucho más avanzado que el inaugurado con el Seguro Social, pues su campo de aplicación de personas protegidas

⁷ VARGAS del Carpio, Oscar; en su libro La Seguridad Social

⁸ BOCANGEL Peñaranda, Alfredo; Derecho de la Seguridad Social

⁹ CAMPERO Villalba Iván y ESPADA Lazcano Serapio; Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág. 20

alcanza a toda la población y su cobertura protectora está dirigida a todas las necesidades de carácter social, protege al hombre por el hecho de ser tal contra todas sus necesidades y se funda en el visionario principio de proporcionar a la sociedad la mayor suma de felicidad posible. En todo caso tiende a proporcionar al hombre, ya no al trabajador, protección ante toda clase de necesidades¹⁰.

Existe diversidad de conceptos acerca de esta disciplina tan humana:

- Para el Dr. Alfredo Bocangel Peñaranda, el Derecho a la Seguridad Social es una parte del Derecho Social que busca el bienestar individual y social de las personas, mediante la aplicación de instrumentos económicos, sociales idóneos, debidamente sistematizados en la normativa jurídica.
- Javier Hunicken, dice: La Seguridad Social es una disciplina jurídica autónoma, que se instrumenta a través de un conjunto de medidas destinadas a proteger al hombre contra las necesidades derivadas de las contingencias sociales y otros requerimientos vitales, mediante beneficios, prestaciones y servicios que pueden ser de carácter provisional (contributivo) o asistencial (no contributivos).

2.3. SISTEMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social, ha sido entendida y aceptada, como un derecho que le asiste a toda persona de acceder, por lo menos a la protección básica para satisfacer estados de necesidad.

Es así como la concepción universal respecto del tema ha llevado a cada nación a organizarse con el objeto de configurar variados modelos al servicio de este objetivo. En este contexto siempre se concibió al Estado como el principal, si no el único promotor de

¹⁰ CAMPERO Villalba Iván y ESPADA Lazcano Serapio; Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág. 22

esta rama de la política socioeconómica puesto que los programas de Seguridad Social están incorporados en la planificación general de este.

Sin embargo, no siempre se logró a través de tales políticas desarrollar e implementar un sistema de Seguridad Social justo y equitativo, en el cual la persona tuviera la gravitación que amerita. Se suma a ello el vertiginoso avance de la economía mundial. En otras palabras, no hubo un desarrollo paralelo de ambas áreas, condición vital para lograr un crecimiento equilibrado.

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos con el de la sanidad, la educación y en general todo el aspecto posible de Seguridad Social.

Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales, deben tener carácter gratuito, en tanto son posibles gracias a fondos procedentes del erario público, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que el Estado grava a los propios ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podría alcanzar con sus propios ingresos.

La humanidad advierte que es el hombre el que necesita ansia y merece seguridad, y con el esfuerzo mancomunado de todos, dentro de un marco recíproco de responsabilidad social, hay que buscar la solución con la decidida tutela del Estado.

El Estado se percata también de ello, y deja su actitud individualista para encarar una acción más decidida, teniendo a la protección social.

Los Estados a través de sus Constituciones o la normativa interna consagran al hombre como miembro de la sociedad el cual es útil socialmente y merece una protección para una existencia digna.

La existencia de varios sistemas de seguridad social que se ha dado en la historia del Seguro Social ha servido de modelo para que legislaciones de diferentes países adopten para si un sistema de Seguridad Social.

2.3.1. Sistema Alemán

32

Este sistema considerado como uno de los primeros que establece un sistema de seguros sociales, impulsa por el canciller alemán OTTO Von Bismarck, e implementándose en 1883 como el seguro de invalides y vejez, con lo cual quedan amparados obligatoriamente, todos los trabajadores de la industria.

Estas disposiciones trajeron consigo una serie de reacciones por parte de los empleadores como de los trabajadores ya que el financiamiento y la obligatoriedad del aportante, parece haber sido los factores para este rechazo, el aporte compulsivo del trabajador fue mal recibido por considerarse otra carga económica más.

En 1911, un nuevo seguro de añade el seguro de supervivencia, en el mismo año 1911 todas esas disposiciones fueron compiladas en un Código de Seguros Sociales. Es así cuando se implementa la Constitución de Weimar en 1919 se mantiene de seguros sociales.

Los rasgos característicos del Sistema Alemán son:

- La protección social es previsiva, es de carácter obligatorio, ya que quedan amparados obligatoriamente todos los trabajadores de la industria.
- Los sujetos protegidos lo son en cuanto asalariados de modo que el derecho a la protección reposa en la consideración de la actividad profesional aportada a la sociedad y en cuanto económicamente débiles, de manera que no todos los asalariados son protegidos, sino solo los que carece de medios propios, más prestaciones son de carácter indemnizatorios y es sustitutivo al salario perdido en relación al riesgo.

- Las cotizaciones para la financiación contributiva del sistema, siempre con la relación obrero-patronal se toma en cuenta la cuantía salarial en proporción fija.

2.3.2. Sistema Británico

Un segundo gran componente de la Seguridad Social es introducido en Inglaterra por Sir W. Beveridge en 1942. Se conoce como el “Plan Beveridge”, este contiene una concepción mucho más amplia de la Seguridad Social.

Tiende a contemplar las situaciones de necesidades producidas por cualquier contingencia y trata de remediarlas cualquiera que fuera su origen.

Beveridge indica “Aliviar el estado de necesidad e impedir la pobreza es un objetivo que debe perseguir la sociedad moderna y que inspira el carácter de generalidad de la protección”¹¹.

Al principio Inglaterra también fue influenciada por el ordenamiento germano, acogiendo las características de los seguros sociales, tal como lo instituyeron en este por ejemplo en los seguros sociales, tal como lo instruyeron en este por ejemplo en los seguros de enfermedad, de invalidez lo novedoso en este sistema era la introducción del seguro de paro, pero no adoptaron un seguro de vejes ya que este grupo estaba protegido en amplitud por una medida asistencia dirigida a toda la población indigente posteriormente en 1925 se instituye un seguro de vejez y supervivencia.

El seguro se concibe como un seguro nacional y presenta los siguientes caracteres:

- Recomienda la homogeneidad en un seguro compacto, en donde se deben unificar los accidentes de trabajo (que debe abandonar su protección basada en la responsabilidad empresarial); las cotizaciones para simplicidad económica y administrativa (cubriendo una única cotización y en unidad de acto todos los riesgos)

¹¹ www.monografias.com

; la homogeneidad de prestaciones y de las condiciones para su adquisición, atendiendo mas a la necesidad que al riesgo; La unificación administrativa que requiere un Ministerio de Seguridad social, que atienda a esta como servicio público.

- La protección a todos los miembros de la población, con derecho protegible en virtud del simple título de ser ciudadano.
- La protección debe incluir todos los riesgos y necesidades, mejorando las prestaciones, las cuales deben desconectarse de los salarios para uniformarse según las exigencias de los niveles de vida.
- La financiación debe gravar, de un lado, sobre las cotizaciones, que deben desligarse también de los salarios y cuantificarse según módulos racionales y soportables
; de otro sobre el Estado, cuyas aportaciones han de enjugar los déficit que se produzcan.

2.3.3. Sistema Soviético

Este sistema en una primera etapa ha sido también influenciado por el sistema Bismarckiano.

El sistema soviético de Seguridad Social va ser centrado en el campo de una economía planificada donde la protección va ir solidariamente unido e los desarrollos de la producción y de los individuos en ella implicados, sus características son:

- La cobertura responde al principio socialista “a cada uno según su trabajo”, por lo tanto su aplicación va estar dirigida a los trabajadores pero no todos ellos pues se excluyen a los trabajadores agrícolas, así como trabajadores ocasionales.
- Los riesgos protegidos comprenden aquellos que de alguna forma impiden desarrollar la actividad laboral como por ejemplo la pérdida de capacidad de trabajo, la vejez, la enfermedad etc. A los que más tarde se añadieron otros de tipo familiar como la maternidad, infancia, familia numerosa y riesgos originados en

la contienda bélica. La asistencia sanitaria corre a cargo de un servicio de salud, la cual es gratuita. Para otros riesgos se prevén prestaciones en especie.

- La financiación queda cubierta por impuestos especiales que gravitan exclusivamente sobre las empresas sin aportación individual alguna por parte de los trabajadores, como genuina redistribución de rentas que persigue el sistema.

En este sistema el individuo debe ser protegido en la misma medida en que ha contribuido con su esfuerzo al desarrollo social.

2.3.4. Sistema Norteamericano

Este es un sistema que tardíamente se incorpora a la corriente mundial de la Seguridad Social.

La primera medida general de Seguridad Social, implementada por este sistema fue la Social Security Act de 1935. Ley, que fue deficiente, por lo que fue complementada por una ley ulterior de 1950. Las características estas leyes son:

- En su campo de aplicación la ley de 1935 es muy reducida y excluye a los trabajadores agrícolas, los autónomos, los domésticos, los funcionarios. La ley de 1950 los incluyo bajo su protección pues predomina en su finalidad el carácter laboral de su ámbito, si bien con amplitud de criterio.
- Su protección lo realiza través de medidas de prevención y asistencia 1935 se instituye el seguro de paro y de vejez y supervivencia, Medidas asistenciales estableció la ley de 1935 a favor de los ancianos y de las cargas familiares, medidas que fueron complementadas en 1950 con la asistencia a menores afectados de invalidez permanente y total, otras medidas preventivas contra el paro y de prevención sanitaria para higiene maternal e infantil, más tarde se implementa medidas protectoras contra la enfermedad e invalides.
- La financiación, los seguros se cubren a través de la contribuciones de las empresas y los salarios, las subvenciones federales presupuestarias. La asistencia y la prevención, con cargo a los fondos generales de la Federación y de los Estados.

2.3.5. Sistema Neozelandés

Este sistema, se instaura en 1938 y constituye uno de los sistemas más completos, donde se puede apreciar el ideal de la Seguridad Social.

Una ley de 14 de septiembre de 1938 sorprendió al mundo instaurado un sistema asistencia completa, basada en la idea de solidaridad más avanzada sus características son:

- El sistema protege a todos los ciudadanos en cuanto miembros de la colectividad y e igualdad de condiciones son discriminación alguna.
- Su protección comprende todas las necesidades sociales provenientes de enfermedad, vejez invalidez, muerte y desempleo y cualquier otra que pueda presentarse. Y se protegen además en la medida que requieran para otorgan un nivel de vida suficiente. Aquí encontramos el punto central de este sistema porque si solo se cubriría las necesidades primarias estaremos frente a un sistema tradicional pero este sistema abarca necesidades superiores el cual lo convierte en el ideal de la Seguridad social.
- Su financiación grava sobre impuestos elevados para una distribución solidaria.

2.4. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social se basa en los siguientes principios:

2.4.1. Principio de universalidad

Refiere al campo de aplicación y alcance de la seguridad social para que todas las personas, gocen de los beneficios de la misma. Es la garantía de protección para todas las personas ampradas por la ley, sin ningún tipo de discriminación y en todas etapas de la vida.

2.4.2. Principio de solidaridad

Es el principio fundamental de la Seguridad Social, que es una obligación solidaria de contribución que tiene la comunidad. Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema.

La solidaridad y la Universalidad son de carácter mutuo en derechos y obligaciones, donde queda establecido que la sociedad debe contribuir a establecer y sostener el fondo patrimonial de la Seguridad Social.

2.4.3. Principio de la unidad

Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos, prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo más aun la concentración en un órgano para evitar la dispersión de los recursos económicos y humanos.

2.4.4. Principios de eficiencia

Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta Ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.

Principio de Economía

Los recursos económicos asignados deben otorgados su base a una ley y debe ser utilizada, sin exceso ni recortes innecesarios.

Principio de Oportunidad

Las prestaciones y servicios deben ser otorgados en el momento preciso y adecuado y cumplir con su finalidad.

Principio de Eficacia

Se relaciona con la eficiencia de la prestación, la prestación tiene que cumplir con una finalidad eficiente y de calidad.

2.5. OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social tiene como fin el de brindar una protección integral a los habitantes de un determinado país, de las contingencias de enfermedades y accidentes, sean o no de trabajo, cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, Vélez, nupcialidad, muerte, sobrevivencia y cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, recreación que tiene todo ser humano.

La Seguridad Social debe velar porque las personas que estaban en la imposibilidad sea temporal permanente de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, más aun cuando esté en riesgo la vida, la salud de la población proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros y determinados servicios.

En consecuencia toda persona tiene derecho a la Seguridad Social: como servicio público de carácter no lucrativo, que le garantice la salud y la protección ante las contingencias establecen; el derecho a la salud se debe materializar en la creación de un sistema público nacional de salud integrado al sistema de Seguridad Social, en base a ello es que se enrumban los objetivos del Sistema de Seguridad Social¹².

Los principales fines de la Seguridad Social son la protección de la salud del capital humano a través de medidas preventivas, reparadoras y de rehabilitación así como “la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de la vida del grupo familiar” para cuyo objeto utiliza diversos instrumentos como la asistencia social y el propio seguro social, e incluso las antiguas mutualidades; en suma, el conjunto de ambiciosas medidas destinadas a satisfacer necesidades individuales y colectivas que afectan al cuerpo social¹³.

2.6. LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA

¹² SEOANE, Guillermo, Perfil del sistema de servicios de salud 2003.

¹³ CAMPERO Villalba Iván y ESPADA Lazcano Serapio; Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág 9

Los países de América Latina y el Caribe son muy diversos en extensiones territoriales, montos de población y grados de desarrollo. Se trata de una diversidad que sin embargo conserva una semejanza cultural y lingüística “iberoamericana” donde el idioma español es un alga fundamental, que permite que en tan vasta región exista un a comunicación y asimilación son semejante en el mundo, incluyendo la participación de Brasil ante la cercanía estructural entre español y portugués.

Dentro de la gran diversidad social, económica y demográfica de los países de América Latina, ninguno ha alcanzado niveles de desarrollo adecuados. Esta situación es concomitante con las formas seguidas por la seguridad social y los alcances logrados.

Argentina, Chile, Cuba y Uruguay se encuentran entre los países con los sistemas más antiguos, que establecieron programas nacionales desde los años 20 y 30 el resto de los países, lo hicieron entre los años 40 y 50 y son: México, Perú, Colombia, Venezuela. En otros, como Guatemala, Paraguay y dominicana fue hasta después de los años 60.

Como parte del contexto social, económico y también histórico y político, la Seguridad Social ha seguido un derrotero de avances y limitaciones, con algunos éxitos relativos, pero reproduciendo esquemas de desigualdad socioeconómica.

Aunque los principios de la Seguridad Social se originan en Europa a finales del siglo XIX, su concepción moderna tiende a salir de ese esquema de se afinan a mitad del siglo XX a través convenios y acuerdos emanados de la Organización Internacional del Trabajo. Bajo los principios de los derechos humanos, se concuerda que la Seguridad Social debe cumplir con normas de solidaridad, justicia y equidad para que realmente cumplan con objetivos de bienestar y protección social.

En este sentido la experiencia en América Latina señala que desde los primeros pasos históricos de la Seguridad Social y hasta el presente, muy poco se ha cumplid con estos preceptos. La realidad de la seguridad social y de los sistemas de salud es que reproducen en mucho la generalizada desigualdad social y económica. Cabe indicar que estas deficiencias han provocado poca o ninguna preocupación. El único tema de debate

político y presencia mediática es la insuficiencia financiera y, siguiendo esta tónica, la solución que se procura se centra en el equilibrio flujos financieros¹⁴.

La política social estatal no solo experimenta una revalorización sino también una reorientación. “En el presente la realidad determina que el 40% de la población latinoamericana vive en condiciones de pobreza, muchos de ellos en pobreza externa”¹⁵.

Ante este panorama de crisis social y empobrecimiento de gran parte de la población, le corresponde a la política social un papel clave para contrarrestar las consecuencias negativas de los actuales programas.

El sistema estatal de servicios sociales se ha desarrollado en forma muy diferente en los diversos países latinoamericanos. Se puede encontrar una combinación de los sistemas clásicos de seguridad social de previsión de enfermedades, veje e invalidez y sistemas de seguridad social de orientación universalista, por ejemplo el caso de los servicios gratuitos de salud pública.

En todos los países existen sistemas privados de previsión, además de los sistemas públicos de servicios sociales. Argentina, Costa Rica, Cuba, Uruguay, Brasil, Jamaica, las Bahamas y Barbados tienen los sistemas de Seguridad social más extensamente desarrollados.

En casi todos esos países se estableció relativamente un sistema de seguridad social basado en el modelo de Bismarck, el cual se extendió progresivamente a sectores cada vez más amplios de la colectividad.

2.7. LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

¹⁴ Organización Mundial de la Salud; Estudios de Costos y Alcances de Cobertura de la Seguridad Social⁴¹ en América Latina, Pag.53

¹⁵ Organización Panamericana de Salud; Condiciones de Vida en América Latina, 2004.

A principios del siglo XIX, Bolivia tenía como principal actividad económica a la agricultura, dando lugar a que la actividad laboral sea reducida y cualquier contingencia de trabajo estaba regulada por la ley Civil de Reparación de Daños.

La segunda guerra mundial opera como causa fundamental, pues los capitales bolivianos y extranjeros se asocian para desarrollar la gran industria extractiva de la minería y, entonces, florecen centros laborales mineros como Potosí, Catavi, Viloco, San José y otros, con miles de trabajadores, al estímulo de la elevadas cotizaciones que había impuesto la fabricación del material Bélico requerido para el sostenimiento de la citada contienda Bélica¹⁶.

“Bolivia contribuyo a la causa aliada vendiendo su mineral a precio 10 veces más bajo que el precio siempre. Los salarios obreros se redujeron a la nada, hubo huelga, las ametralladoras escupieron fuego: Simón Patiño, dueño del negocio y amo del país, no tuvo que pagar indemnizaciones, porque la matanza por metralla no es accidente de trabajo”¹⁷.

La actividad minera traía consigo una serie de riesgos por el trabajo que desempeñaban los mineros en medios insalubres, en toscas instalaciones y ante la falta de seguridad industrial, la historia data que los caminos que conducían a las mismas estaban cubiertos de hombres, las comunidades se vaciaban, de todas partes marchaban “prisioneros” rumbo a la boca de la mina que conducía a los socavones. Afuera, Temperaturas de hielo. Adentro el Infierno. De Cada 10 que entraban, solo tres salían vivos. En la profundidad de los socavones, el implacable polvo de sílice mataba por asfixia. Los obreros pudrían sus pulmones generando estaño y viudas.

Entonces era necesario que el Estado empiece a proteger los derechos de estas personas y sus familias.

El Estado empieza a desarrollar una serie de disposiciones legales que tienden a proteger al sector laboral entre las que es posible citar: Leyes Jubilatorias, Ley de

¹⁶ BOCANGEL Peñaranda, Alfredo; Derecho de la Seguridad Social

¹⁷ GALENO, Eduardo, En Bolivia la memoria duele y enseña.

accidentes de trabajo y enfermedades Profesionales, Ahorro Obrero Obligatorio, Ley General del Trabajo, Ley del Seguro Social Obligatorio.

En base a los principios del ahorro obrero y la ley del Seguro social Obligatorio de 1946, se implementó el Código de Seguridad Social, mediante Ley de la Republica de 14 de Diciembre de 1956, dicho instrumento jurídico constituiría el inicio de la Seguridad Social en Bolivia.

Por las disposiciones citadas, la seguridad social en Bolivia es un conjunto de normas y disposiciones destinadas a dar continuidad a los medios económicos de las personas, para su subsistencia (pensiones jubilatorias), el mejoramiento de sus condiciones de vida y la protección de la salud (régimen de la salud), tiene su aplicación en complementación con la ley general del Trabajo, por lo que tienen vigencia para todos los trabajadores, sean estos obreros o empleados es decir para personas que tiene relación obrero – patronal.

2.7.1. Cobertura del Código de Seguridad Social

El Sistema de Seguridad Social boliviano es obligatorio para todas las personas, nacionales o extranjeras, que trabajen en el territorio del estado Plurinacional y prestan servicio remunerados a otra persona, natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean estos de carácter privado o público.

El sistema de Seguridad Social y el código de Seguridad Social de Bolivia no toman en cuenta a los sectores no asalariados por su concepción Bismarkiana, teniendo que tener una relación de trabajo para acceder a dentro de la protección de la Seguridad Social.

Dentro de la cobertura del Código de Seguridad Social existe salvedades, y quedan exentos según el art. 10, “Las que ejecuten trabajos ocasionales por menos de 15 días, las personas afiliadas a una institución oficialmente extranjera para fines de los seguros de invalidez, vejez y muerte; personas extranjeras empleadas por las agencias diplomáticas

consulares e internacionales que tiene su sede en Bolivia y goce de inmunidades y privilegios diplomáticos; las que ejecuten trabajos remunerados en moneda extranjera hasta la cuantía que señala el Reglamento¹⁸.

Según el Reglamento del Código de Seguridad Social en su art. 19 expresa que: “No están incorporados dentro del campo de aplicación los trabajadores agrícolas, los de servicio doméstico particular, los trabajadores a domicilio, los trabajadores independientes debido a razones técnicas, administrativas y financieras. En cuanto se salven estas dificultades el Poder Ejecutivo mediante Decreto supremo expreso y en base a un informe técnico – financiero circunstanciado, incorpora uno o más de estos sectores laborales a parte o a la totalidad de los regímenes del código”¹⁹

El actual sistema de Seguridad Social, excluye al 76% de la población nacional²⁰.

2.8. DIAGNOSTICO DE LA EPILEPSIA EN BOLIVIA

2.8.1. La Epilepsia desde el enfoque socio-económico

En los países en vías de desarrollo existe conciencia de la existencia de una gran diferencia entre el número actual de personas con epilepsia y el número de ellas que están siendo tratadas adecuadamente. Para definir esto hablamos de brecha que es la diferencia existente entre el número de personas con epilepsia activa y el número de aquellas que están siendo tratadas adecuadamente, en una población dada.

De esta manera el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno para la epilepsia es muy desigual. Las causas hay que encontrarlas en la falta de desarrollo de los Sistemas de Salud.

En Bolivia la epilepsia no constituye una prioridad en los programas de salud de los gobiernos y los fondos disponibles son priorizados hacia otras patologías. Existe

¹⁸ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; Código de Seguridad Social Art. 10.

¹⁹ D.S. N°05315 de 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social, Art. 19

²⁰ BOCANGEL, Alfredo. Ob. cit.

además en los servicios de salud una escasez de profesionales entrenados en epilepsia, tanto a nivel primario como secundario, un número insuficiente de profesionales de salud, provisión insuficiente de Fármacos Antiepilépticos, recursos diagnósticos insuficientes, posibles errores diagnósticos, falta de políticas de salud y de ejecución de planes nacionales de epilepsia.

Hay otros aspectos que influyen, como son los aspectos culturales. A la epilepsia se le atribuyen causas divinas o sobrenaturales y lo más probable es que algunos pacientes no busquen inicialmente la solución técnica.

La situación económica de un país también puede generar carencias o intermitencia en la provisión de Fármacos Antiepilépticos por parte de los servicios de salud o bien falta de medios de los propios pacientes para costear su tratamiento.

La Epilepsia no solo produce costos económicos significativos por su condición de enfermedad crónica sino también social.

Al analizar los costos de la epilepsia, la tendencia actual tiende a valorar los llamados costos directos, es decir visitas médicas, precio de los medicamentos, exámenes complementario etc., y los llamados costos indirectos que se relacionan con los días de pérdida de jornada laboral, de su bajo rendimiento laboral e incluso el monto mensual por pensiones de invalidez. No se ha prestado la misma atención a los llamados costos intangibles, es decir, el estigma, deterioro de calidad de vida, etc.

En muchas familias, el temor a la inseguridad se manifiesta en el intercambio entre el paciente y los padres. Tanto los padres como el paciente se sienten incómodamente conscientes de su incapacidad para controlar la Epilepsia. Los padres pueden estar excesivamente preocupados por el bienestar de su hijo, negar tenazmente su problema o simplemente desecharlo por considerarlo un problema crónico. Con frecuencia, los sentimientos de los padres hacia el niño implican un elemento de vergüenza.

Una gran mayoría de los que tienen hijos con Epilepsia no discuten nunca el problema con entera franqueza. Se sienten asustados por las crisis y a menudo no tienen idea de lo que deben hacer cuando ocurra una, incluso si lo han discutido con el médico. Más de la mitad no leen nunca acerca de la Epilepsia, pero hacen gran acopio de los rumores que difunden los amigos y conocidos. Dado que no comprenden las causas y consecuencias de la enfermedad de su hijo, muchos padres se sienten más cómodos haciendo que el paciente crezca de acuerdo con las normas arbitrarias y altamente restrictivas. Cuando más inflexibles son los padres, más probable es que la Epilepsia se convierta en un problema. Incluso el control de la crisis está relacionado con la actitud de los padres. Los pacientes con padres despóticos tienen un peor control de las crisis con fármacos antiepilépticos que los pacientes con padres menos restrictivos. Los pacientes se encuentran mejor, al menos en cuanto se refiere al control de las crisis, en las familias que les permiten un nivel normal de independencia y disciplina.

2.8.2. Realidad de la epilepsia en Bolivia

La epilepsia es una de las causas de consulta en Bolivia, en todos los Centros de salud públicos y privados. Los estudios de la epilepsia son muy escasos debido a la falta de programas del Ministerio de Salud destinados a la investigación, al personal capacitado, tecnología, etc. Estudios realizados en la población calculan una prevalencia de la Epilepsia de 12 a 20.5 x 1000 habitantes, donde el 70% , siendo más frecuentes en mujeres 13.1 y 1000 en relaciona a varones de 11.4 x 1000²¹.

En la actualidad se han logrado muchos avances significativos con respecto al diagnóstico y tratamiento de la epilepsia; sin embargo, se trata de un síndrome que continúa siendo desconocido en el medio actual, sobre todo en países subdesarrollados como Bolivia y no es de extrañarse que aún se sigan utilizando brujerías y un sin fin de artificios esotéricos para su tratamiento.

²¹ Muñoz, Crespo, Berdeja, Nuñez – EL PERFIL DE LA EPILEPSIA EN BOLIVIA, 2000.

Como se trata de un país en desarrollo, no se cuenta con un gran alcance de información acerca de la epilepsia y muchos de estos pacientes permanecen marginados, sin acceso a un tratamiento completo y no así existiendo estadísticas específicas de la enfermedad epiléptica.

2.8.3 Unidad de Atención a Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes

La Unidad de Atención a Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes, afirma que en Bolivia, tres de cada cien personas confrontan la crisis de la epilepsia, presentando convulsiones recurrentes, todo ello debido a múltiples causas que alteran la función cerebral y que producen cambios en la atención o el comportamiento.

En datos estadísticos obtenidos del Programa de Registro Único de Personas con Discapacidad, de 10.227.229 de habitantes en el país, 83. 192 presentan algún tipo de capacidad diferente, de los cuales 40. 368 fueron calificados, y de esta cifra, 940 enfrentan la enfermedad de la epilepsia.

“De las 40.368 personas calificadas con discapacidad e identificadas en el país, cuantifica que 940 personas tienen la epilepsia, lo que equivale a un 2, 33 %. Asimismo, la población masculina es identificada con mayores casos con un total de 509 personas con el mal y 431 en el caso de las mujeres”²².

2.8.4. El Sistema de Salud en Bolivia y la respuesta a la epilepsia

El sistema de salud de Bolivia, tiene muchas debilidades. La gran mayoría de los pacientes son atendidos en el nivel primario de salud por médicos generales. Es aquí donde los pacientes deben ser identificados inicialmente y eventualmente ser enviados al nivel

²² Programa de Registro Único de Personas con Discapacidad, Datos estadísticos El Diario, Año 2012

secundario o terciario para confirmación diagnóstica, comienzo del tratamiento y manejo de las complicaciones.

Las principales limitaciones en la identificación y seguimiento en el nivel primario de atención de salud son:

a) Número insuficiente de médicos generales entrenados en la semiología de las crisis epilépticas, con el consecuente sub y sobre diagnóstico de síndromes epilépticos específicos.

b) Los centros de atención primaria muchas veces están sobrepasados por la demanda y las comunicaciones con los neurólogos de atención secundaria o terciaria son insuficientes.

c) Existe poca conciencia de un manejo integral de las personas con epilepsia.

d) Las enfermeras u otros miembros del equipo de salud juegan un rol esencial en la continuidad de la atención a la comunidad. Sin embargo, muchas veces reciben un entrenamiento inadecuado sobre la epilepsia.

No solo la organización de los Programas Departamentales es deficiente, sino también la calidad de los servicios y de los profesionales. Hoy en día, en Bolivia no existen protocolos de atención, guías de manejo clínico consensuados.

Se ha evidenciado que en el Estado Plurinacional no existe un programa nacional de salud contra la Epilepsia y los intentos en la formación de Proyectos, Programas etc. contra la Epilepsia tampoco hasta hoy se han consolidado como instituciones que ayuden a mejorar esta enfermedad.

CAPITULO III

MARCO JURIDICO

Bolivia tiene una población de aproximadamente 10.389.903 de habitantes²³. Muchos de sus ciudadanos no cuentan con acceso a los servicios básicos como agua potable, alcantarillado, electricidad y atención pública primaria.

“ Presenta los índices de salud más bajos de toda América del Sur, la tasa de mortalidad infantil es de 75 por ciento nacidos vivos, la esperanza de vida apenas llega a los 64 años en el 2004”²⁴.

A pesar de que la Constitución Política del Estado, en su art.9 inc.5: “Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo”, art.18 “Todas las personas tienen derecho a la salud”. En la práctica no sucede así.

Es evidente que los derechos fundamentales de carácter constitucional apenas logran un mínimo de sus objetivos. En el actual Sistema de Seguridad Social y con relación al objeto de estudio de la presente monografía, se evidencia que existe una substancial dejadez y descuido por el propio Estado, que tiene diseñado sus políticas de salud sin planificación al resguardo de la salud de las personas que padecen de epilepsia.

En razón de los derechos fundamentales hechos referencia, en el presente capítulo se desarrolla un análisis a la normativa vigente en materia de Seguridad Social, con carácter dogmático - jurídico y Teleológico, es decir la finalidad que cada norma persigue. El razonamiento jurídico se lo realiza según la jerarquía normativa establecida y reconocida en la propia constitución.

La forma del análisis, consiste en presentar de manera textual la norma referida y seguido su razonamiento e interpretación.

²³ Instituto Nacional de Estadística Censo Nacional de Población y Vivienda 2012

²⁴ MELGAR, Armando; Sistema Boliviano de Salud de la Seguridad Social, Pag.56

3.1. CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

La Constitución Política del Estado como norma primaria del ordenamiento jurídico del Estado, reconoce derechos y deberes de todas las personas, aunque no refiere de manera directa a aspectos relacionados con la epilepsia, establece lineamientos referentes a la condición del ciudadano boliviano en cuanto al ser humano; es así que desde la perspectiva del derecho constitucional, se realiza el siguiente análisis.

Principios, valores y fines del Estado

Artículo 9.

Inc. 5: Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo²⁵.

El Artículo 9 se encuentra en el apartado dedicado a principios, valores y fines del Estado. Hace referencia a los fines y funciones esenciales del Estado. Definiendo el fin y función del Estado es constituir una sociedad justa y armoniosa.

Si el primer fin y función del Estado se encuentra relacionado con la construcción de la sociedad, el segundo está dirigido a la situación de sus diversos integrantes (personas, naciones, pueblos y comunidades). A los cuales el Estado debe garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad social y la protección e igual dignidad.

Derechos fundamentales y garantía

Artículo 13.

I. Los derechos reconocidos por esta Constitución son inviolables, universales, interdependientes, indivisibles y progresivos. El Estado tiene el deber de promoverlos, protegerlos y respetarlos.

²⁵ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; Constitución Política del Estado.

El artículo 13 se encuentra en el apartado dedicado a las disposiciones generales de los derechos fundamentales y garantías. Hace referencia a los parámetros generales reconocidos por la Constitución Política del Estado.

El primer párrafo determina las características de los derechos reconocidos por la Constitución tales como: la inviolabilidad, la universalidad, la interdependencia y la progresividad donde las acciones positivas por parte del Estado son: proteger, promover y respetar.

Proteger. La protección de los derechos recae en evitar violaciones contra los mismos, de esta manera sin excluir a otros derechos se explicita en la Constitución la protección de la dignidad y la libertad (artículo 22), a la salud (artículo 35).

Promover. La promoción de los derechos implica adoptar y ejecutar mediante todos los medios necesarios (políticos, legislativos, financieros o de cualquier otra índole) el conocimiento, aceptación, ejercicio y cumplimiento de los derechos proclamados en la Constitución. Si bien se establecen derechos en los que se determina el promover no es excluyente de otros derechos que no lo contemplen de la misma manera. Se debe entender que la promoción de los derechos debe ser de manera igualitaria y a través de agendas públicas que ayuden a generar políticas que potencien los derechos.

Respetar. La connotación de respetar va ligada con la obligación de no violar los derechos fundamentales, estas violaciones recaen en un hacer (crear trabas para que los derechos no se realicen) y de no hacer (no promoverlos ni protegerlos).

Universales. La universalidad es una característica de los derechos humanos que está plasmada desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La misma que estaba enfocada hacia los derechos del ser humano, sin embargo, este concepto de universalidad se amplía no solo a lo humano sino a todo ser vivo en virtud del artículo 33.

La universalidad radica en el derecho de tener derechos, por lo que todos contamos con los mismos y por lo tanto tenemos las mismas posibilidades que cualquier ser vivo de gozarlos plenamente.

Progresivos. La progresividad implica en primera instancia la prohibición de la regresividad, es decir el Estado no podrá adoptar medidas regresivas con relación al ejercicio de un derecho.

Artículo 14.

V. Las leyes bolivianas se aplican a todas las personas, naturales o jurídicas, bolivianas o extranjeras, en el territorio boliviano.

El artículo 14 se encuentra en el apartado dedicado a las disposiciones generales de los derechos fundamentales y garantías. Hace referencia a la personalidad y capacidad jurídica de todos los seres humanos; la prohibición y sanción de toda forma de discriminación; el ejercicio de derechos; la aplicación de las leyes bolivianas; y los derechos y deberes para extranjeras en territorio boliviano.

El párrafo V del Artículo 14 hace referencia a la aplicación de las leyes bolivianas a todas las personas, naturales o jurídicas, bolivianas o extranjeras, en el territorio boliviano- En este sentido se debe analizar el ámbito de aplicación de la ley, los sujetos sobre los que versa esta aplicación y específicamente en el ámbito de la misma.

Al determinar las leyes bolivianas, se establece que serán todas aquellas leyes nacionales que rigen en el territorio boliviano. Estas pueden ser las aprobadas y sancionadas por la Asamblea Legislativa Plurinacional para todo el territorio boliviano (Artículo 145).

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

El artículo 18 se encuentra en el apartado dedicado a los derechos fundamentales. Hace referencia al derecho a la salud, determina la obligación estatal de inclusión y acceso a la salud de todas las personas y las características y principios del derecho a la salud.

El artículo está compuesto por tres párrafos: el primero establece el derecho a la salud; el segundo determina la obligación estatal de acceso e inclusión de las personas a la salud; y el tercero estipula los principios y características del sistema de salud.

En el paragrafo II determina que la obligacion estatal recae en garantizar la inclusion y acceso a la salud; el ambito en el que se maneja la salud es la construccion progresiva desde una sociedad plural, es por esto que la inclusion y acceso no puede ser restringidos por ninguna parametro discriminatorio ni excluyente.

El derecho a la salud no sera condicionado a raza, religion, ideologia politica o condicion economica o social, tal como lo establece la Constitucion Politica del Estado en el Artículo 14 paragrafo II.

El Estado tiene como una de las funciones y fines esenciales garantizar el acceso de las personas a la salud (artículo 9), que no podrá ser limitada de ninguna manera y deberá comprender a todas las personas sin discriminación alguna con el fin de construir una sociedad justa y armoniosa.

Derecho a la Salud y la seguridad social

Artículo 35.

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

El Artículo 35 inaugura el apartado de derechos a la salud. Hace referencia a la protección y promoción del derecho de salud adicionalmente determina la incorporación de la medicina tradicional al sistema Único De Salud.

En el párrafo I establece la protección estatal del derecho a la salud a través de la promoción de políticas públicas.

La actual Constitución incorpora por primera vez la protección estatal del derecho a la salud a través de la promoción de políticas públicas y la inclusión de la medicina tradicional en el Sistema Único de Salud.

Artículo 36.

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

El artículo 36 se encuentra en el apartado referido al derecho a la salud y a la seguridad social. Hace referencia a la disposición constitucional que el Estado garantice el acceso al seguro universal de salud. Adicionalmente estipula como rol del Estado el control del ejercicio de los servicios públicos y privados de salud.

El artículo está compuesto por dos párrafos; el primero establece la obligación estatal de garantizar el acceso al seguro universal de salud, y el segundo, el control estatal los servicios de salud.

El párrafo II del artículo 36 determina que el estado controlara el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y lo regulara mediante la ley. Los servicios públicos

de salud se caracterizan por contar con un administración y regulación por parte del Estado, mientras que los servicios privados dependen administrativamente de sujetos del área privada, empero se encuentra igualmente regulados y controlados por el Estado.

El Estado garantiza los servicios públicos de salud, es decir promueve su existencia. En el caso de los servicios privados, su existencia ya no depende del Estado, sin embargo este los respeta.

El control estatal hace referencia a la supervisión y vigilancia que debe tener el Estado en relación a los servicios de salud que se prestan en territorio boliviano. En el marco de la Constitución se puede determinar sobre cuales disposiciones se debe ejercer el control de los servicios así como las instituciones llamas para hacerlo. Esta vigilancia está destinada a conseguir en bien común de la población así como proteger el derecho a la salud (Artículo 18) a través de la promoción de políticas orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar colectivo (Artículo 35, parágrafo I)

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

El artículo 37 establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener la salud, rol que constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado.

Artículo 38.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

El Artículo 38 se encuentra en el apartado de derecho a la salud y a la seguridad social. Hace referencia a los bienes y servicios públicos de salud como propiedad del estado, los

mismos no podrán ser privatizados, ni concesionados. Además determina la prestación de forma ininterrumpida de los servicios de salud, esta disposición muestra clara y contundentemente que no habrá razón que valga para la interrupción de los servicios de salud. DE esta manera no hay pretensión personal o grupal que se anteponga a este imperativo de brindar atención de salud.

El principio de conexitud del derecho a la salud está relacionado con los demás derechos fundamentales. El servicio de salud, al ser un servicio público, debe tener una prestación continua, permanente e ininterrumpida. Este servicio busca proteger principalmente el derecho a la Salud, derecho que está conectado también al derecho fundamental a la vida, la prestación interrumpida del servicio de salud vulnera derecho a la vida y a la integridad (Artículo 15), el derecho a la salud (Artículo 18) y derechos conexos que se vean involucrados.

Jerarquía normativa y reforma constitucional

Artículo 410.

I. Todas las personas, naturales y jurídicas, así como los órganos públicos, funciones públicas e instituciones, se encuentran sometidos a la presente Constitución.

II. La Constitución es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa. El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derecho Comunitario, ratificados por el país. La aplicación de las normas jurídicas se regirá por la siguiente jerarquía, de acuerdo a las competencias de las entidades territoriales:

- 1.** Constitución Política del Estado
- 2.** Los tratados internacionales

3. Las leyes nacionales, los estatutos autonómicos, las cartas orgánicas y el resto de la legislación departamental, municipal e indígena.

4. Los decretos, reglamentos y demás resoluciones emanadas de los órganos ejecutivos correspondientes.

El artículo 410 se encuentra en el apartado dedicado a la jerarquía y reforma de la Constitución, conformado por los artículos 410 y 411. Hace referencia al estatus de primacía y jerarquía normativa de la Constitución Política del Estado. Su trascendencia es de suma importancia, pues concede a la Constitución la calidad de norma *normarum* (o norma de normas) y se establece la primacía de su aplicación.

El artículo 410 está compuesto por dos párrafos. El primero establece el imperio de la Constitución; el Segundo establece la jerarquía normativa descrita en cuatro numerales.

3.2. CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 1

El Código de Seguridad social, es un conjunto de normas que tiende 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 y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar²⁶.

Las personas que viven con el padecimiento de epilepsia, constituyen también parte del capital humano del país, interesa el texto del Código de Seguridad Social que indica “la continuidad de sus medios de subsistencia”, este referente general, solo asume en el marco del derecho positivo a pacientes de epilepsia, alejándose de la realidad simplemente.

3.3. CODIGO DE SALUD

²⁶ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; Código de Seguridad Social.

Artículo 1

La finalidad del Código de Salud es la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes.

Artículo 2.

La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

Artículo 4.

Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

Artículo 5 inc. a) y b)

El derecho a la salud del habitante boliviano consiste en:

- a) Gozar de las prestaciones integrales de salud de la misma calidad, en eficacia y oportunidad.
- b) A ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud²⁷.

3.4. POLITICAS DE ESTADO EN MATERIA DE LA EPILEPSIA

Para el Estado, la epilepsia debe ser una prioridad en relación con la salud pública. En cuanto a la epilepsia, específicamente se han implementado las siguientes políticas:

²⁷ Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia; Código de Salud.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).- Contempla la atención a toda mujer embarazada, desde el inicio de la gestación, hasta los seis meses posteriores al parto y la atención a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. La atención a la mujer embarazada comprende la prevención del padecimiento de la epilepsia.

Lamentablemente, la ejecución de planes, programas y políticas del Estado para dar respuesta a la epilepsia, acusa grandes deficiencias, al no haber incorporado de manera coherente y sistemática el componente de Derechos humanos. El propio Ministerio de Salud reconoce como debilidades la carencia de profesionales capacitados, la inestabilidad funcionaria y la falta de responsabilidad social.

3.5. El sector no gubernamental y la Epilepsia

El sector no gubernamental, está comprendido por instituciones que no son parte del Poder Ejecutivo del Estado y su intervención es de la siguiente forma:

3.6. Rol de las Organizaciones No Gubernamentales

Las estrategias contempladas para la epilepsia, incluyen la participación activa de entidades públicas y privadas que están vinculadas al sector salud y la educación, como la Iglesia, ONG's, Cruz roja, etc. Según el Ministerio de Salud, el personal ejecutivo y técnico de las ONG's, que trabajan sobre la epilepsia, indica como barrera el hecho que no tienen información básica (origen, prevención, atención, tratamiento, DDHH, etc.) y sus conceptos sobre el tema no están actualizados. Indican que el enfoque no es integral.

Sin embargo, la Asociación de la Liga Boliviana de Lucha contra la epilepsia, por iniciativa propia desarrolla la atención, prevención, educación, diagnóstico y tratamiento con relación a las necesidades de la población.

3.7. La Defensoría del Pueblo como institución del Estado

La Constitución Política del Estado en su artículo 218 así como el artículo 1 de la ley n° 1818 (Ley del Defensor de Pueblo), establecen que el Defensor del Pueblo tiene el mandato de defender, velar, promocionar y divulgar los derechos humanos frente a la actividad de la administración pública, recordando sobre todo a las autoridades sobre sus deberes y estando facultada para investigar y denunciar actos u omisiones que resuelven o reviertan situaciones o conductas sensiblemente violatorias a los derechos humanos.

Entre las facultades del Defensor del Pueblo, está la de poder interponer los recursos de inconstitucionalidad, el directo de nulidad, así como las Acciones de defensa (Acción de libertad, Acción de Amparo constitucional, Acción de protección de privacidad, Acción de cumplimiento, Acción Popular y Acción de inconstitucionalidad), sin necesidad de mandato. Por esta razón la Defensoría del pueblo, ha planteado en diversas oportunidades recursos de Acción de Libertad, existiendo así jurisprudencia Constitucional sobre el derecho a la vida y la salud de las personas que padecen de epilepsia.

3.8. Organización Mundial de la Salud

La OMS y sus asociados reconocen que la epilepsia es un importante problema de salud pública. La OMS, la Liga Internacional contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia están llevando a cabo una campaña mundial bajo el lema *Salir de la sombra*, cuyos objetivos son proporcionar mejor información y mayor sensibilización sobre la epilepsia, y reforzar los esfuerzos públicos y privados por mejorar la atención y reducir el impacto de la enfermedad.

En muchos países hay en marcha proyectos para reducir la brecha terapéutica y la morbilidad de los pacientes con epilepsia, educar y capacitar a los profesionales sanitarios, acabar con la estigmatización, identificar las posibilidades de prevención y elaborar modelos que integren la lucha contra la epilepsia en los sistemas de salud locales²⁸.

²⁸ Organización Mundial de Salud Nota descriptiva N°999 Octubre 2012

3.9. LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EPILEPSIA

El concepto “derechos humanos” hace relación a una serie de atributos naturales intrínsecos de los seres humanos comunes en todos los hombres inviolables, indivisibles y fundamentales como son el derecho a la vida, a la libertad y seguridad personal al honor pero también son aquellos que posibilitan a la persona a exigir de la autoridad respectiva la satisfacción de sus necesidades básicas.

Los derechos humanos, opina Henkin, son reclamaciones a la sociedad, representada esta por el gobierno y sus funcionarios (citados por Pablo Dermizaky Peredo).

En cuando a la justificación de los derechos fundamentales hay tres escuelas: la del derecho natural, que considera que corresponde a atributos innatos en el hombre; la historicista, que los considera derechos históricos, es decir adquiridos por la historia; y la ética, que condice con la primera, porque les da una fundamentación ética derivada de su calidad de atributos naturales²⁹.

En todo caso los derechos humanos son derechos son naturales por que atienden a requerimientos biológicos sin los cuales el ser humano no puede vivir, desarrollarse ni trabajar.

La mayoría de la naciones del mundo adoptan en sus ordenamientos jurídicos uno de los postulados de la Revolución Francesa contenido en la “Declaración e los Derechos del Hombre y del Ciudadano” del 26 de agosto de 1789 que, definía los derechos naturales del hombre, entre los que consideraba básicos la libertad (individual, de pensamiento, de prensa y credo), la igualdad (que debía ser garantizada al ciudadano por el Estado en los ámbitos legislativo, judicial y fiscal), la seguridad y la resistencia a la opresión³⁰.

El iusnaturalismo es “la corriente jurídico filosófica que concibe al hombre dotado de derechos congénitos superiores a la sociedad que exalta a la persona humana y 

²⁹ DERMIZAKI, Peredo Pablo; Derecho Constitucional 2004.

³⁰ Diccionario Microsoft Encarta 2006

considera como “entidad suprema” de la sociedad y que forma fundamentalmente las relaciones entre Estado y la sociedad”.

Sin duda, la Declaración Universal de Derechos Humanos es uno de los documentos más importantes de toda la historia de la humanidad, fue apropiada el 10 de diciembre de 1948 por las Naciones Unidas. Esta Declaración parte del hecho de que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos del hombre han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad “por lo que se hace necesario promover mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades”. Seguidamente señala 30 artículos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales del ser humano, que asimilan en sus principios al iusnaturalismo.

La promoción y protección de los derechos humanos es fundamental para la respuesta a la epilepsia. Privar de sus derechos a las personas que padecen con la epilepsia; No solo pone el peligro de su bienestar, si no al vida misma. Más 50 millones de personas de padecen de la epilepsia en el mundo entre mujeres y hombres de diferentes edades.

Son llamados derechos humanos porque son del hombre, de la persona humana, de cada uno de nosotros. El hombre es el único destinatario de esos derechos. Por ende, reclaman reconocimiento, respeto tutela y promoción de parte de todos y esencialmente de la autoridad.

Estos derechos son inherentes a la persona humana, así también son inalienables, imprescriptibles.

3.9.1. Derechos Humanos y Salud Pública

Los derechos humanos y la salud pública comparten el objetivo común de promover y proteger los derechos y el bienestar de todos los individuos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la manera de alcanzar los objetivos de salud pública es promover la salud para todos, en particular de los vulnerables a las amenazas, a su bienestar físico,

mental o social. Por los vulnerables a las amenazas, a su bienestar físico, mental o social. Por tanto, la salud y los derechos humanos se completan y refuerzan mutuamente en todos los ámbitos, como se complementan y refuerzan mutuamente en lo relativo a la epilepsia.

3.9.2. Derechos Humanos y las obligaciones de los Estados

La declaración y el programa de Acción de Viena, aprobados en la conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993, afirmaron que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Aunque debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.

Por tanto, un planteamiento del problema de la epilepsia que tenga en cuenta los derechos humanos ha de basarse en la obligación de los Estados de protegerlos. El problema de la epilepsia demuestra la indivisibilidad de los derechos humanos, ya que la realización de los derechos económicos, sociales y culturales, así como de los derechos civiles u políticos es esencial para una respuesta eficaz.

3.9.3. Aplicación de Derechos Humanos específicos ante la epilepsia

La aplicación de estos derechos, deben ser en el marco del significado de las particularidades nacionales y regionales y los distintos patrimonios históricos, culturales y religiosas.

a) No discriminación e igualdad ante la ley

La normativa internacional de derechos humanos garantiza el derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. La discriminación por

cualquiera de estos motivos no solo es injusta en sí, sino que crea y mantiene condiciones que conducen a la vulnerabilidad social a los que padecen de epilepsia, en particular la falta de acceso a un entorno favorable que promueva el cambio de conductas y permita a las personas hacer frente a la epilepsia.

b) Derechos humanos de la mujer

La discriminación de la mujer de jure y de facto la hace excesivamente vulnerable a la epilepsia.

En lo que respecta a la prevención y tratamiento de la epilepsia, los derechos de las mujeres y de las niñas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, a la educación, a la libertad de expresión y a la libertad de recibir y difundir libremente información deben hacerse extensivos a la igual de accesos a la información, la educación, los medios de prevención y los servicios de salud relacionados con la epilepsia.

c) Derechos humanos de los niños

Los derechos de los niños están protegidos por todos los instrumentos internacionales de derechos humanos y en particular por la Convención sobre los Derechos del Niño, que da una definición internacional del niño como “todo ser humano menor a 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (art. 1). La convención reafirma que los niños tienen derecho a muchos de los derechos que protege a los adultos (los derechos a la vida, a la no discriminación, a la integridad de la persona, a la libertad y la seguridad, a la intimidad, al asilo, a la libertad de expresión, a la asociación y reunión, y a la educación y la salud), además de los derechos particulares para los niños establecidos por la Convención.

d) Derecho a contraer matrimonio, a fundar una familia y a la protección de la familia.

El derecho a contraer matrimonio y fundar una familia comprende el derecho de “los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil,... sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, a disfrutar de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio, y a que el Estado y la sociedad protejan a la familia como “el elemento natural y fundamental de la sociedad”. Por ejemplo:

- En la China y la India, la epilepsia es considerada a menudo como motivo para prohibir o anular el casamiento.
- En el Reino Unido, la ley que prohibía a los epilépticos casarse no se derogó hasta 1970.

e) Derecho a disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones.

El derecho de disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones son importantes en relación con la epilepsia dado los rápidos y constantes adelantos de los análisis, las terapéuticas y la elaboración de fármacos.

Los adelantos científicos relevantes para la epilepsia conciernen a la seguridad del suministro de medicamentos que sean los suficientes para el tratamiento de la Epilepsia.

f) Derecho a la libertad de circulación

65

El derecho a la libertad de circulación comprende el derecho de toda persona que se encuentre legalmente en el territorio de un estado a la libertad de circulación dentro de ese estado y a la libertad de elegir residencia, así como el derecho de los nacionales a salir del propio país y entrar en el mismo. Igualmente, el extranjero que se encuentre legalmente en un Estado solo puede ser expulsado por una decisión legítima con las debidas garantías procesales.

No hay razones de salud pública para limitar la libertad de circulación o de la elección de residencia por motivos de la situación respecto a la epilepsia.

- En los Estados Unidos, hasta los años setenta a las personas con ataques se les podía negar el acceso a restaurantes, teatros, centros recreativos y otros edificios públicos.

g) Derecho a la educación

El artículo 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos en parte dice que “Toda persona tiene derecho a la educación...La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respecto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales. Favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad...”. Este derecho comprende tres aspectos generales que son aplicables al problema de la epilepsia.

El Estado tiene obligación de velar porque, dentro de su tradición cultural y religiosa, se faciliten los medios apropiados para que en los programas de enseñanza académicos y extra académicos; debe procurar que a los niños y adultos con epilepsia no se les deniegue discriminatoriamente el acceso a la educación, ni sean objeto de restricciones por su situación.

Los Estados por medio de la educación, deben promover la comprensión, el respecto, la tolerancia y la no discriminación respecto de las personas con epilepsia.

66

h) Libertad de expresión e información

El artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos declara en parte que “Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole...” Por tanto, este derecho comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información relacionada con la prevención y atención médica de la epilepsia.

i) Libertad de reunión y asociación

El artículo 20 de la Declaración de Derechos Humanos dispone que: “Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas”.

La libertad de reunión y de asociación con otros es esencial para la formación de grupos de testimonio, de protección de intereses y de autoayuda que representen los intereses y satisfagan las necesidades de los distintos grupos afectados por la epilepsia, en particular las personas que lo padecen.

j) Derecho al más alto nivel posible de salud física y mental

El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental comprende, entre otras cosas “el tratamiento de las enfermedades” y “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Se debe garantizar la posibilidad de recibir tratamiento y medicamentos adecuados, dentro de su política general de salud pública, de modo que las personas con epilepsia puedan vivir mejor y normalmente posible.

k) Derecho a un nivel de vida adecuada y a la seguridad social

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que “Toda ⁶⁷ persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

l) Derecho al trabajo

“Toda persona tiene derecho al trabajo... (y) a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo”. El derecho al trabajo entraña el derecho de toda persona a obtener un empleo sin otros requisitos que la competencia profesional requerida.

Algo tan básico como el derecho al trabajo, no resulta tan fácil de lograr y mantener en personas que tienen epilepsia. Debido a la falta de información y de educación del público en general sobre esta condición, aquellas personas con epilepsia frecuentemente la ocultan de sus empleadores, compañeros de trabajo y, en ocasiones más comunes de lo que desearíamos, son despedidos al tener una crisis en su centro laboral. Las personas con epilepsia están aptas para realizar los más diversos trabajos y tareas.

CAPITULO IV

FUNDAMENTOS PARA INCORPORAR UN SEGURO DE SALUD GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA EN BOLIVIA

En este capítulo, se presentan razones que evidencian en la realidad empírica la actual atención de la salud a las personas que padecen de epilepsia, aspecto que respalda la existencia del Seguro de Salud, en razón a la evidencia social.

4.1. DERECHOS Y PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES

La atención de las personas que padecen de epilepsia, mediante un Seguro de Salud con carácter integral y universal, tiene inicialmente fundamento en una interpretación de criterio amplio a los Derechos, Principios Constitucionales y Derechos Humanos.

4.2. El Derecho a la Vida y la Seguridad Social

La norma constitucional del Estado Plurinacional de Bolivia, ha definido a la vida como el bien jurídico más importante que pueda y deba ser tutelado por las leyes, le ha dado el rango de valor principal dentro de la escala de los derechos del hombre, sin ella todos los demás derechos resultarían inútiles y en esa medida el Estado se hace responsable de su tutela mediante un adecuado ordenamiento jurídico.

Siendo el derecho a la vida, el origen de donde emergen los demás derechos su ejercicio no puede ser obstaculizado por procedimientos burocráticos no sujetos a recursos previos. Para el ejercicio real y efectivo de ese importante derecho, el art. 35 (C.P.E.), fija al “Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud, obligando al Estado a establecer un régimen de Seguridad Social inspirando en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, económica, oportunidad y eficacia”. Estos se deben enfocar en mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Toda persona tiene derecho al ser y a la existencia, su característica esencial base para el ejercicio de los demás derechos, es la vida misma, es el presupuesto indispensable para que haya titularidad de derechos y obligaciones.

Los derechos constitucionales antes expuestos, en su realidad frente a las personas que padecen de epilepsia, el principio de universalidad del derecho a la salud, contrariamente son discriminados, la solidaridad y de protección al capital humano no es prioridad del Estado.

El Estado tiene la obligación de ofrecer a todas las personas, las prestaciones y servicios necesarios para asegurar igualdad de oportunidades. Que es el fin que persigue el Estado Social de Derecho, brindando condiciones reales de igualdad, en especial para sectores vulnerables de la población.

Las personas que sufren de epilepsia, no gozan de los mismos derechos que tiene el conjunto de los ciudadanos, pese a que debido al carácter de la enfermedad, las autoridades están en la obligación de darles protección especial, en afanes a garantizar sus derechos humanos y su dignidad.

Existe discriminación y estigmatización hacia las personas que padecen de epilepsia, en la prestación de servicio de salud. Los derechos a la igualdad, a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, al trabajo, a la salud, entre otros, no pueden ser objeto de vulneración o amenaza por parte de autoridades o de los particulares, en muchos casos. Esta reacción negativa debe ser contrarrestada con una eficaz acción estatal.

La salud reviste naturaleza de derecho fundamental, merced a su relación imprescindible con el derecho a la vida y al mínimo vital. La vinculación entre el derecho a la vida y el derecho de la salud, se aprecia con absoluta claridad, ya que la presencia de una enfermedad, desmejora la calidad de la vida durante el tiempo al que todavía pueda aspirarse.

En la realidad empírica social, la prestación gratuita del servicio de salud, constituye un privilegio que se justifica constitucionalmente, la atención integral y gratuita es parte de la protección a cargo del Estado, cuando la ausencia de medios económicos le impide a la persona aminorar el sufrimiento y la discriminación.

El acceso a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la epilepsia, es primordial para hacer realidad el derecho fundamental a la salud; conforme a los derechos humanos reconocidos en los acuerdos internacionales, el Estado Plurinacional de Bolivia tiene la obligación de adoptar medidas legislativas, presupuestarias y administrativas positivas que impulsen progresivamente el derecho a nivel de salud de mayor calidad posible. Invariablemente ese compromiso debe emparejarse con los recursos necesarios para brindar las prestaciones necesarias, incluidas las procedentes de donantes y de la comunidad internacional.

Continuando con esta valoración de los derechos constitucionales, en el Estado Social de Derecho, los principios de la dignidad humana y solidaridad social, vistos teológicamente, tienen la finalidad esencial de promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los derechos, deberes y principios constitucionales.

El deber del Estado de tomar medidas precisamente con relación a la protección de la vida de las personas vulnerables e indefensas, en situación de riesgo.

4.3. El derecho a la salud

La salud es un derecho, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, y en virtud de lo que dispone el art. 410 de la Constitución Política del Estado, adquiere una categoría de derecho constitucional.

71

El derecho a la salud es un derecho fundamental, que debe ser resguardado con mayor razón cuando se encuentra en conexitud con el primigenio derecho a la vida o a la dignidad humana, especialmente en el caso de personas vulnerables de la población, como los niños, las personas con discapacidad, de la tercera edad y los enfermos crónicos o terminales.

Asimismo, el derecho a la salud es aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales “especialmente la familia” como titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del Estado, en cuanto sujetos pasivos, que establezcan las

condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y garanticen el mantenimiento de esas condiciones.

El derecho a la salud no significa solamente el derecho a estar en contra de la enfermedad, sino el derecho a una existencia con calidad de vida.

4.4. La salud como derecho humano

Los autores de manera general indican que: la salud es la ausencia de enfermedad”, pero en otra concepción la Organización Mundial de la salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”.

La salud tiene la característica de ser por un lado derecho en sí mismo y por el otro, ser condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos.

No siempre la salud fue considerada un derecho. Un síntoma de las dificultades para consagrarlo como tal, lo da el hecho de que cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración ⁷² Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por otro los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

El derecho a la salud aparece en el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, las posibilidades de exigir al Estado su cumplimiento tiene las mismas dificultades que la mayoría de los derechos humanos.

El problema es que la obligación de adoptar medidas es un poco extenuada y los Estados han olvidado que si bien los derechos debían lograrse de manera paulatina, el

objetivo debía adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del pacto.

La obligación de progresividad implica la de no regresividad. Dicho en otras palabras, no se puede retroceder en la implementación, o tomar medidas que disminuyan este derecho.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, en 1993, se concluye que estos derechos tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario de los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección. De hecho según algunos autores, existen niveles de obligaciones estatales que son comunes a ambas categorías de derechos.

El derecho a la salud “no debe entenderse como un derecho a estar sano”. Según el Comité de los Derechos Económicos, sería muy difícil que los Estados” pudieran garantizar la buena salud y brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona”.

73

“Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una escala de facilidades, viene, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.

El derecho a la salud conlleva de fondo libertades y derechos. Entre las libertades figura la de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica; la de no padecer injerencias; el estar libre de torturas o de padecer tratamientos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, dentro de un Estado de Derecho, que impida las discriminaciones de todo tipo.

El consecuencia el derecho a la salud está consagrado en numerosos instrumentos de derecho internacional. La declaración Universal de Derechos Humanos los insta en el artículo 25, párrafo 1, cuando afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuada que se asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. También está reconocido en el inciso IV, apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979.

El Ministerio de Salud, en su análisis de la problemática, presenta cifras que por su gravedad muestran de manera clara el estado de la salud en nuestro país:

- El 77% de la población se encuentra excluida de los servicio de salud, con fuerte incidencia en regiones del altiplano y valles rurales. Las barreras de exclusión son la económica, la geográfica, la cultura y la social³¹.

4.4.1. La atención integral, los medicamentos y los derechos humanos

74

Corresponde al Estado, mediante sus instituciones llevar adelante estudios reales sobre las necesidades que presentan las personas que padecen de epilepsia en cuanto a asistencia. Igualmente el desarrollo de efectivos programas de prevención y cuidado a fin de evitar el aumento de casos, así como estudios para intervenciones efectivas en poblaciones vulnerables.

Los derechos a la salud, a la vida y el acceso a la ciencia y tecnología se encuentran estrechamente vinculados con la solicitud de tratamientos. El derecho al acceso a la ciencia y tecnología, entonces permitirá a las personas que padecen de epilepsia, una garantía de atención de las condiciones mínimas vitales (derecho a la salud), lo que en estos casos, significara la posibilidad de mejorar la calidad de vida.

³¹ www.sns.gob.bo

Las políticas de estado deberían tener la orientación de prioridad nacional, tal como se dio en otros países de la región sudamericana, el caso de Chile en el año 1999 con el apoyo de la Sociedad Chilena de Epilepsia, el Ministerio de Salud nombró un “Grupo Normativo en Epilepsia”, integrado por distintos tipos de profesionales relacionados con la epilepsia que formularon las bases de un Plan Ministerial para esta enfermedad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

El derecho a la vida, en su condición de derecho fundamental y constitucional constituye el bien jurídico más preciado, frente a derechos patrimoniales de terceros, goza de protección constitucional, aspecto que fue ratificado en el Tribunal Constitucional, mediante Sentencia Constitucional N° 1052/2001.

La epilepsia, es una realidad en el contexto mundial, está presente en todo tipo de sociedades y Estados, sean estos desarrollados o estén en vías de desarrollo, y universalmente las dos únicas maneras de hacerle frente son la atención y/o tratamiento mediante el diseño e implementación de la salud para aquellos pacientes de epilepsia.

Por su generalidad, tanto en el ámbito internacional como nacional, las estadísticas evidencian que las personas que padecen de epilepsia, son personas de cualquier edad.

La falta de prioridad a la epilepsia en los planes de salud de los gobiernos, la ignorancia, el estigma, el prejuicio y la discriminación que sufren las personas con epilepsia explican la enorme brecha que existe en su tratamiento. Se requiere con urgencia medidas dirigidas a financiar y desarrollar estudios regionales sobre incidencia, prevalencia, mortalidad, estudios clínicos y calidad de vida de las personas con epilepsia. Se requieren medidas dirigidas a desarrollar políticas de prevención de las causas sintomáticas y de las consecuencias psicosociales de la epilepsia.

La solución de todos estos problemas exige la determinación de la prevalencia y la incidencia de la enfermedad y el estudio de los medios apropiados para localizar los casos y, si necesario fuera, para llevar un registro de ellos.

Cabe decir, en resumen, que las actividades de los Sistemas de Salud deben abordar los siguientes extremos:

- a) Estudio de la incidencia y la prevalencia de la epilepsia (desde el punto de vista nacional e internacional).
- b) Capacitación del personal médico y paramédico en el tratamiento integral de la epilepsia.
- c) Asesoramiento a las familias de los epilépticos;
- d) Educación del público, para que desaparezcan los prejuicios infundados acerca de la epilepsia.
- e) Investigaciones encaminadas al mejoramiento de los métodos profilácticos y terapéuticos.

5.2. RECOMENDACIONES

En la realización del presente estudio: “NECESIDAD DE INCORPORAR UN SEGURO DE SALUD GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA EN BOLIVIA”, se fueron visualizando una serie de omisiones en la legislación vigente respecto a la efectivización, materialización y cumplimiento de los derechos humanos y constitucionales de las personas que padecen de epilepsia, en razón a ello, se sugieren las siguientes recomendaciones:

El Estado Plurinacional Boliviano debe asumir su obligación de carácter constitucional la protección al derecho a la salud, garantizando la atención de la salud según el principio de universalidad y gratuidad, a través de todo el sistema de salud, independientemente de su condición de público o privado.

El Ministerio de Salud como instancia máxima responsable del diseño de Políticas de Estado en materia de Salud, debe enfocar la realidad de la epilepsia en sus dos dimensiones; a la protección y atención integral a las personas que padecen de epilepsia.

Es necesario mejorar el conocimiento científico de la epilepsia de los profesionales que la tratan. Disponer de guías clínicas que optimicen el beneficio del diagnóstico y

tratamiento de la epilepsia, disponer de acceso a publicaciones internacionales sobre la epilepsia, realizar foros o congresos regionales con el fin de diseñar políticas, estrategias e investigaciones conjuntas, (es posible aprender unos de otros, particularmente de aquellos más desarrollados) y certificar la sub-especialidad de epilepsia en aquellos países que sea posible o bien al menos establecer mecanismos regulares de actualización de los especialistas a cargo del tratamiento de la epilepsia. Hay que racionalizar el uso de los recursos en salud y ello incluye la formulación de planes nacionales de salud y propender el desarrollo de centros terciarios para la atención de los casos complejos o refractarios, incluyendo la cirugía de la epilepsia.

Realizar campañas educativas dirigidas a informar y mejorar el conocimiento general sobre la epilepsia para los pacientes, sus familiares, público en general así como en el nivel educativo para maestros y alumnos de educación básica. Es igualmente importante el apoyo de la Industria Farmacéutica para algunas de estas iniciativas, particularmente las relacionadas con la investigación.

Desde la perspectiva del Derecho Constitucional, la Norma Fundamental y los Derechos Humanos reconocidos internacionalmente, el Estado Plurinacional Boliviano tiene la obligación de brindar información y atender el tratamiento de acorde a la realidad de nuestro país en este caso en relación con la epilepsia, sin la omisión de la información.

El Estado debe comprometerse a la creación de una Ley Marco para que regule la elaboración de medicamentos antiepilépticos, con fondos estatales, y procurar la creación de políticas internacionales para la donación de medicamentos no existentes en el país y que forman parte de los tratamientos de estabilidad para las personas que padecen de epilepsia.

Desde existir conciencia en el sector profesional químico - farmacéutico, sobre la necesidad de producir los medicamentos requeridos para la epilepsia, no como lucro, sino como un aporte al tratamiento, con la característica de ser subsidiado por el Estado, como

beneficio para la población en general, derecho que se desprende de la Constitución Política del Estado.

Se deben crear Programas de atención y tratamiento de acuerdo a la identidad étnica y sociocultural, a la edad cronológica, a la situación de vulnerabilidad, de acuerdo al credo religioso, de acuerdo a la identidad laboral.

Debe existir un marco normativo donde se dispone que la aduana brinde la exención de impuestos a cualquier medicamento para el tratamiento de la epilepsia.

Finalmente se recomienda considerar mediante procedimiento legislativo, la propuesta de la presente investigación, a manera de iniciativa legislativa ciudadana, consiste en el “Anteproyecto del Seguro de Salud Gratuito para las personas que padecen de epilepsia”, para que así pueda obtener la calidad de ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

5.3. ANTEPROYECTO DE LEY SEGURO DE SALUD GRATUITO PARA LAS PERSONAS QUE PADECEN DE EPILEPSIA

El Anteproyecto de Ley considera esencialmente la situación de desprotección y discriminación que viven los pacientes con epilepsia.

Se contemplan tres aspectos fundamentales: el derecho de los pacientes a recibir la medicación antiepiléptica en forma gratuita, cuando carecen de cobertura social. La no discriminación laboral, escolar o social.

Implementación de planes de educación permanente y campañas de divulgación destinadas a la comunidad en general; a los pacientes y familiares y a los profesionales médicos y no médicos, acerca de lo que es la epilepsia.

Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º (Objeto)

La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en esta Ley, el Ministerio de Salud acondicionara los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren dicha enfermedad.

Las instituciones prestadoras de salud, pública y privada, deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención integral a la población que padece de epilepsia, en los alcances que establece la Constitución.

ARTÍCULO 2º (Definiciones)

Epilepsia: Enfermedad crónica de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga eléctrica excesiva de las neuronas, considerada como un trastorno neurológico, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas que padecen epilepsia, en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Proceso de Atención Integral: Toda actividad destinada a diagnosticar y atender en forma oportuna, eficaz, continua y permanente, a todos los pacientes con epilepsia, a fin de brindar un tratamiento multi e interdisciplinario, que incluya ayudas diagnósticas

invasivas, el servicio médico general, especializado y subespecializado, farmacológico y/o quirúrgico, el acceso a grupos de apoyo con personal idóneo entrenado en el manejo de problemas del desempeño psiconeurológico; para la adaptación y rehabilitación del paciente.

Sistema armonizado institucional: Es un conjunto de entidades públicas del nivel nacional, departamental, municipal y distrital, organismos e instituciones públicas y privadas, equipos de profesionales competentes que integrarán sus actividades y recursos con el fin de garantizar la accesibilidad a la atención integral continua y de calidad, utilizando mecanismos y sistemas de coordinación.

Prevención: Integración de acciones dirigidas a la detección temprana de la epilepsia, su control para impedir que se produzcan daños físicos, mentales y sensoriales, disminuir la aparición de complicaciones o secuelas que agraven la situación de la salud o el pronóstico del paciente que padece esta patología.

Rehabilitación: Es un proceso de duración limitada, con un objetivo definido, dirigido a garantizar que una persona con epilepsia alcance el nivel físico, mental, social y funcional óptimo de acuerdo a su condición.

Accesibilidad: Generación y continuidad de condiciones de máxima calidad y favorabilidad para que los pacientes con epilepsia reciban los servicios necesarios en el manejo integral de su patología, la capacitación y apoyo al cuidador para su adecuada atención que le permitan incorporarse a su entorno familiar, social y laboral con calidad.

Limitación en la actividad: Dificultad que una persona con epilepsia puede tener en el desempeño o realización de una actividad o empleo.

ARTÍCULO 3° (Prohibición)

Se prohíbe a toda persona natural o jurídica, que realice o propicie cualquier acto discriminatorio, en cualquiera de sus formas, que con ocasión a su enfermedad, se presente contra la persona que padezca de epilepsia.

ARTÍCULO 4° (Principios)

Universalidad: El Estado garantizará a todas las personas que padecen epilepsia, el acceso y continuidad en igualdad de condiciones a la atención integral en el marco de las definiciones adoptadas por la presente ley.

Solidaridad: En cumplimiento al principio de solidaridad, la sociedad en general, las organizaciones, instituciones, la familia y demás entes especializados nacionales e internacionales, participarán en acciones conjuntas para prevenir, promover, educar y proteger a todas las personas que padecen epilepsia.

Dignidad: El Estado Plurinacional de Bolivia propiciará ambientes favorables a todas las personas que padezcan epilepsia y a sus familias garantizando un desarrollo armónico permitiéndole su incorporación a la sociedad mediante políticas públicas, estrategias y acciones que logren el respeto y aplicación de los derechos humanos.

Igualdad: El Estado Plurinacional de Bolivia, promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de todas las personas que padezcan epilepsia, para que estas gocen de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación.

Integración. Las autoridades de salud, las organizaciones que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y la sociedad civil, propenderán que en todas las instancias tanto públicas como privadas en las que se relacione el paciente con epilepsia, reciba trato

preferente y con calidad en el marco de los principios rectores de la atención integral, basado en el respeto a los derechos humanos.

CAPÍTULO II

CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN INTEGRAL.

ARTÍCULO 5° (Directrices de Política)

El Ministerio de Salud, será el responsable de la formulación, adopción, ejecución, cumplimiento, evaluación y seguimiento de una Política Pública de atención integral a las personas que padecen epilepsia.

ARTÍCULO 6° (Programas Integrales de Protección a las personas que padecen Epilepsia)

El Ministerio de Salud exigirá a todos los entes e instituciones de salud del país, la implementación de programas integrales de protección a las personas con epilepsia, en los cuales se incluirá un capítulo especial dirigido a la investigación, detección, tratamiento, rehabilitación, registro y seguimiento a la atención médica integral que se debe brindar a las personas que padecen epilepsia, para tal fin el Ministerio de Salud reglamentara la materia.

Todas las instituciones que tengan que ver con la salud, adoptarán las disposiciones establecidas en la presente Ley y sus normas reglamentarias a fin de otorgar a quienes padecen epilepsia; y a sus familias acciones acordes para su integración en la sociedad .

ARTÍCULO 7° (Concientización para el Trabajo Conjunto)

A efecto de cumplir con el objeto de la presente ley, en particular en cumplimiento del principio de solidaridad, las autoridades de salud, implementarán programas 83

divulgación, concientización y participación ciudadana destinadas a la promoción, educación y prevención a grupos específicos de ciudadanos, tendientes a crear conciencia sobre la enfermedad y alertar sobre la necesidad de proporcionar un tratamiento integral así como garantizar los derechos fundamentales de las personas con epilepsia.

a) Las Entidades Territoriales dentro de la autonomía que les otorga la Constitución y la ley, podrán establecer disposiciones y políticas especiales, tendientes a integrar, proteger, atender y rehabilitar a esta población vulnerable.

ARTÍCULO 8° (Cooperación Internacional)

El Estado Plurinacional de Bolivia podrá establecer estrategias de cooperación nacional e internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente ley, pudiendo también implementar mecanismos que permitan el desarrollo de proyectos estratégicos con otros Estados, ello, en beneficio del mayor bienestar de las personas que padecen epilepsia.

ARTÍCULO 9° (Fuente de Financiación)

El Estado Plurinacional de Bolivia podrá crear una cuenta con distintas fuentes o aportes: privados, públicos o de recursos de la cooperación internacional para la prevención, investigación, atención médica integral oportuna y permanente, asegurando así, la disponibilidad de equipamiento moderno, la capacitación del recurso humano involucrado en la atención integral del paciente con epilepsia.

Los gastos que demande la presente se tomarán de los créditos que correspondan a la partida presupuestaria del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 10° (Responsabilidad del Estado)

Será responsabilidad del Estado Plurinacional de Bolivia, mediante el Ministerio de Salud, llevar a cabo las acciones necesarias para dar cumplimiento al objeto de la presente ley, considerando como prioritarias para tal efecto:

1. Generar la investigación, docencia, información, prevención, educación, promoción, diagnóstico, tratamiento integral, sistemas de vigilancia epidemiológica y salud pública.
2. Emitir normas que desde su competencia permitan el mejor cumplimiento del objeto de la presente ley.
3. Desarrollar campañas educativas destinadas a la comunidad en general y a grupos específicos en especial a la familia del paciente.
4. Coordinar y establecer mecanismos de participación, solidaridad y responsabilidad comunitaria para la integración de las personas con epilepsia y sus familias.
5. Propiciar y gestionar la ayuda científica y tecnológica a las autoridades de salud de las entidades regionales a fin de elaborar sus programas.
6. Promover la suscripción e implementación de acuerdos internacionales, para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta Ley.
7. Propiciar la suscripción de convenios de mutua colaboración entre el Gobierno central boliviano y los gobiernos autónomos departamentales.
8. Garantizar a los pacientes carentes de recursos económicos, con y sin cobertura, la asistencia médica integral y oportuna, en los términos de la presente Ley, así como también, el tratamiento integral de forma gratuita de la medicación requerida en casos de pobreza extrema.
9. Realizar todas aquellas otras acciones que propicien el cumplimiento de la presente Ley y su reglamento.

ARTÍCULO 11° (Responsabilidad del Estado)

El Estado Plurinacional de Bolivia establecerá políticas que garanticen la creación de un registro nacional mediante el reporte de casos de epilepsia advertidos en las entidades públicas y privadas, siendo obligación del Ministerio de Salud registrar la estadística de control y seguimiento.

CAPÍTULO III

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON EPILEPSIA

ARTÍCULO 12° (Fundamentos de la protección)

Las personas con epilepsia, sin distinción alguna, tendrán derecho a la vida, a la igualdad, al trabajo, a la dignidad humana; y, a la salud.

ARTÍCULO 13° (Accesibilidad laboral y educativa)

No podrá ser considerado como factor discriminatorio el padecimiento de epilepsia, para la postulación, el ingreso y desempeño laboral, deportivo o escolar en condiciones dignas y justas, excepto por gravidez, reconocida por informe médico, siendo obligación del paciente informar de tal condición.

A pedido del paciente, el médico tratante, expedirá un certificado de aptitud laboral, en el cual constara de ser necesario, las limitaciones y las recomendaciones del caso.

El paciente epiléptico tiene derecho a acceder a la educación en sus distintos niveles sin limitación alguna que reconozca como origen su enfermedad.

ARTÍCULO 14° (Igualdad en el acceso a seguros)

En la obtención de seguros, no deberá considerarse a la epilepsia como enfermedad que acrecienta el riesgo de siniestralidad, al extremo que impida la obtención del mismo, ya sea en los servicios de vida y/o de salud.

En casos de afección extrema al desarrollo cotidiano del paciente, será considerado como situación excepcional a lo dispuesto en el párrafo anterior, salvo aprobación previa del médico tratante elegido por el paciente.

ARTÍCULO 15° (Declaración de discriminación)

Es desconocimiento de los derechos emergentes en los artículos 13° y 14° de la presente Ley, será considerado como acto discriminatorio, considerado también como discriminatorio cualquier otro acto que contravenga la dignidad del paciente.

ARTÍCULO 16° (Alcance de protección judicial)

Frente a la existencia de controversia judicial o extrajudicial, en la cual el carácter de paciente epiléptico fuere invocado para negar, modificar y extinguir derechos subjetivos de cualquier naturaleza, será imprescindible el dictamen de una junta médica para determinar el alcance de la enfermedad y sus efectos en el desenvolvimiento del paciente, informe que no podrá ser suplido por otros medios probatorios.

CAPÍTULO IV

VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 17° (De la sanción)

Frente al incumplimiento u omisión de la presente Ley, las autoridades competentes impondrán las sanciones administrativas, penales o disciplinarias a que hay lugar, sin perjuicio de la responsabilidad que sea imputable por daños a la salud física y psicológica de la persona que padece epilepsia y de sus familiares.

ARTÍCULO 18° (Del cumplimiento y vigilancia integral nacional)

La autoridad de salud de la respectiva jurisdicción, deberá cumplir las funciones propias de prevención, inspección, vigilancia y control para el debido cumplimiento de la presente Ley.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA (Derogaciones)

Quedan derogadas todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

SEGUNDA (Reglamentación)

El Poder Ejecutivo, queda encargado de la reglamentación de la presente Ley.

DISPOSICIÓN FINAL.-La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALMANSA Pastor, José Manuel. Derecho a la Seguridad Social.
- BOCANGEL Peñaranda, Alfredo; Derecho de la Seguridad Social
- BOCANGEL, Alfredo. Ob. cit.
- CAMPERO Villalba Iván y ESPADA Lazcano Serapio; Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág. 20
- CAMPERO Villalba Iván y ESPADA Lazcano Serapio; Introducción al Estudio de la Seguridad Social, Pág. 22
- DERMIZAKI, Peredo Pablo; Derecho Constitucional 2004.
- DICCIONARIO Microsoft Encarta 2006
- FYODOR Dostoevsky. *Charge - The experience of Epilepsy*. Consultado el 2 de febrero de 2006
- GALENO, Eduardo, En Bolivia la memoria duele y enseña.
- GUZMÁN de Rojas, Cecilia; Evaluación Neuropsicológica de los procesos cognitivos en la Epilepsia, Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, La Paz-Bolivia
- I.N.E; Instituto Nacional de Estadística Censo Nacional de Población y Vivienda 2012
- KELSEN ,Hans, Teoría Pura del Derecho, Editorial Eduba Buenos .Aires, 1989
- MELGAR, Armando; Sistema Boliviano de Salud de la Seguridad Social, Pag.56
- MICROSOFT ENCARTA 2007. Diccionario de la Real Academia Española. EE.UU. Microsoft Corporation. 2007. (Edición digital).
- MUÑEZ, Crespo, Berdeja, Nuñez – EL PERFIL DE LA EPILEPSIA EN BOLIVIA, 2000.
- OMEBA ENCICLOPEDIA JURÍDICA. Interdicción. Tomo Derecho Canónico. Editorial OMEBA. México. Pág. 62. (Edición Digital)
- O.M.S.; Organizaion Mundial de la Salud, 2001
- O.M.S.; Organización Mundial de la Salud; Estudios de Costos y Alcances de Cobertura de la Seguridad Social en América Latina, Pag.53
- O.M.S.; Organización Mundial de Salud Nota descriptiva N°999 Octubre 2012

- O.P.S.; Organización Panamericana de Salud; Condiciones de Vida en América Latina, 2004.
- CITADO: Programa de Registro Único de Personas con Discapacidad, Datos estadísticos El Diario, Año 2012
- SEOANE, Guillermo, Perfil del sistema de servicios de salud 2003.
- BRAILOWSKY Simon ,Instituto de Fisiología Celular Universidad Nacional Autonomo de Mexico, La epilepsia: Historia, Conceptos y Aportaciones
- UNIDAD de Atención a Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia
- VARGAS DEL CARPIO, Oscar; Lineamientos Generales de la Seguridad Social Boliviana
- VARGAS del Carpio, Oscar; en su libro La Seguridad Social

LEGISLACIÓN UTILIZADA

- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Constitución Política del Estado
- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Código de Seguridad Social.
- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Código de Salud.
- D.S. N° 05315 de 30 de septiembre de 1959, reglamento del Código de Seguridad Social.
- D.S. N°05315 de 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social, Art. 19

INTERNET

- www.sns.gob.bo
- www.todosobreepilepsia.com
- www.wikipedia.com; Epilepsia
- www.monografias.com

ANEXOS

[El uno por ciento de los bolivianos sufre epilepsia](#)

SALUD. Cirugía epiléptica, una opción para mejorar la calidad de personas con epilepsia. El 1% de la población boliviana padece epilepsia. Ya se realizan en Santa Cruz cirugías. Este proceso puede ser aplicado a partir de los 15 años según protocolos establecidos y con los datos ya expuestos

Fuente: La Estrella del Oriente - 11 de Marzo del 2013



La epilepsia es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos.

La epilepsia es una patología que está presente en un 1% en nuestro país, provocada generalmente por la cisticercosis, tuberculosis y tumores cerebrales, se presenta principalmente en niños. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la epilepsia es un trastorno neurológico crónico que afecta a personas de todas las edades, en el mundo hay aproximadamente 50 millones de personas con epilepsia y cerca del 80% de los pacientes proceden de países en desarrollo. La cirugía para la epilepsia trata de mejorar la calidad de vida de estas personas reduciendo las convulsiones o en muchos casos quitarlas y curarlas. La epilepsia es una enfermedad que tiene crisis convulsivas y no convulsivas que son cotidianas por irritaciones cerebrales que necesariamente aplica medicación para controlarlas pero en algunos pacientes estas no causan efecto, en nuestro país se habla de un 20 a 30%. Para esta situación, como una medida que ayuda a pacientes fármaco resistentes el neurocirujano Dr. Mirko Mantilla, dijo que una alternativa es optar por la cirugía epiléptica, que se aplica exclusivamente en pacientes con epilepsia fármaco resistente, debido a que las inflamaciones se presentan en zonas del cerebro que no tiene funciones. Un 80% de los enfermos con epilepsia se mantiene libre de crisis con los fármacos. El otro 20% restante padecen lo que se denomina epilepsia fármaco resistente y es en este porcentaje de pacientes donde la cirugía puede ser el tratamiento más eficaz. Para acceder a esta cirugía, que también es realizada en nuestro país, el paciente debe atravesar por un estudio prequirúrgico, que consiste en hacer la evaluación mediante resonancia magnética, fonograma cerebral y valoración clínica completa, además de hacer una evaluación riesgo beneficio. La cirugía procederá en el paciente a retirar la zona afectada o inflamación, siempre y cuando esta se encuentre ubicada en una zona no funcional ni motora para no afectarla y dejar al paciente hemipléjico. Este proceso puede ser aplicado a partir de los 15 años según protocolos establecidos y con los datos ya expuestos. Por otro lado, existen otras cirugías que también favorecen en mejorar la calidad de vida de estos pacientes, como la cirugía curativa y receptiva que evita que la crisis se disemine por otras zonas del cerebro formando cuerpos callosos.

**ASOCIACIÓN DE LA
LIGA BOLIVIANA DE
LUCHA CONTRA LA
EPILEPSIA**

ESTADISTICAS

- **POBLACIÓN.**
– 9.827.522 Habitantes.
- **PREVALENCIA EPILEPSIA.**
– 10 al 18 %
- **INCIDENCIA**
– Desconocemos.

RECURSOS HUMANOS

- **NÚMERO DE NEUROLOGOS.**
– 50 1 x 180.000.
- **NÚMERO DE NEUROCIRUJANOS.**
– 60 1 x 150.000
- **NÚMERO DE NEUROPEDIATRAS.**
– 10 1 x 900.000
- **NÚMERO DE PSIQUIATRAS.**
– 70 1 x 130.000

SEGURO SOCIAL

- **POBLACION TOTAL.**
– 9.827.552 Habitantes.
- **NUMERO DE ASEGURADOS.**
– 3.018.193 Habitantes
– 30.7%
- **NUMERO SIN SEGURO.**
– 6.809.359 Habitantes.
– 69.3%

SEGURO SOCIAL



CON SEGURO



40 NEUROLOGOS
1 X 7500



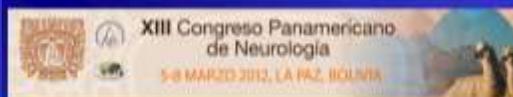
SIN SEGURO



10 NEUROLOGOS
1 X 600.000

PROBLEMAS ESPECIFICOS

- POBLACIÓN DISPERSA.
- FALTA DE RECURSOS HUMANOS.
- FALTA DE EQUIPAMIENTO.
- FALTA HOSPITALES DE TERCER NIVEL.
- EQUIPOS PUBLICOS EN MAL ESTADO.
- FALTA DE PROGRAMAS ESPECIFICOS.
- FALTA DE PROGRAMAS POR PARTE DEL MINISTERIO.
- FALTA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS.



Primeros Auxilios para ATAQUES DE EPILEPSIA (CRISIS - CONVULSIONES)



MANTENGA LA CALMA



PONGA ALGO SUAVE DEBAJO DE LA CABEZA



AFLOJE LA CORBATA, CAMISA O CUALQUIER COSA ALREDEDOR DEL CUELLO



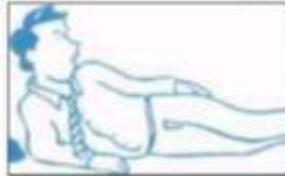
VOLTEE A LA PERSONA DE LADO



NO PONGA NADA EN LA BOCA



NO SUJETE EL CUERPO DE LA PERSONA



MANTÉNGASE CERCA HASTA QUE LA RESPIRACIÓN SE NORMALIZE Y LA PERSONA COMIENZE A LEVANTARSE.



Los ataques normalmente terminan después de uno o dos minutos sin causar daño alguno. Algunas veces, se hace necesario el pedir ayuda urgente. Un ataque en una persona que no padece de epilepsia, puede ser señal de una enfermedad.

OTRAS RAZONES POR LAS CUALES DEBERIAMOS ACUDIR AL HOSPITAL

- * Un ataque que dura más de cinco minutos.
- * Cuando la persona no padece de epilepsia o de desórdenes convulsivos.
- * La persona tarda en recuperarse, el ataque se prolonga o le termina uno y le comienza otro, o muestra dificultad en respirar.
- * Indicación de embarazo u otra condición médica.
- * Señal de que la persona se ha golpeado o parece estar enferma.

INFORME SOBRE LA EPILEPSIA EN LATINOAMÉRICA



Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica

Resumen de estudios de prevalencia de epilepsia en Latinoamérica y El Caribe, 1972 a 2002

País	Año y autor(es)	Pobloc. N°	Tasa		Validación		Razón VP	Urb M / F	Rur	Aspectos destacables	Ref
			Tipo	x 1.000	Sn	Es					
Argentina	1972, Grimes et al	ND	ND	13	ND	ND	ND	ND	U	Estudio psiquiátrico	62
	1989, Somoza et al	6.194	I	3,7	ND	ND	ND	ND	U		63
Bolivia	ND, Barragán et al	ND	ND	20,2	ND	ND	ND	ND	R	OMS	64
	1999, Nicoletti et al	9.955	G	11,1	96	86	-	0,87	R	CRA-A, OMS	65
Brasil	1978, Santana	ND	I	1,0	ND	ND	ND	ND	U	Estudio psiquiátrico	66
	1980, Almeida Filho	ND	A	8,0	ND	ND	ND	ND	U	Estudio psiquiátrico	67
	1987, Marino et al	7.603	G	13,3	-	-	-	1	U	CRA-A	68
	2001, Alves et al	483	G	12,4	88	97,8	-	0,85	R	CRA-A, CME	69
	2002, da Mota-Gomes et al	982	G	5,1	93	73	-	1,79	U	CRA-A, CME	70
Colombia	1974, Gómez et al	8.658	G	19,5	-	-	-	0,68	U	CRA-A, EBC	71
	1984, Pradilla et al	1.001	G	17,0	90	68	86,8	0,67	U7	CRAA, OMS	72
	1986, Zuloaga et al	4.549	G	21,4	-	-	-	0,90	U	CRA	73
	2002, Pradilla et al (a)	544	G	25,7	-	-	62,2	2,42	R	CRA-A, OMS	74
	2002, Pradilla et al	1.454	G	22,7	-	-	96,3	-	U+R	CRA-A, OMS	75
Chile	1979, Chidifalo et al	2.104	I		31,4	-	-	-	R	CRA	76
	1986, Chidifalo et al	7.195	G	17	-	99,9	99,8	1,03	U	CRA-A, OMS	77
	1992, Lavados et al	17.694	G	17,7	ND	ND	ND	ND			36
Cuba	1980, Pascual et al	45.537	G	7,5	-	-	-	1,29	U		32
	1980, Simon et al	103.029	ND	3,8	ND	ND	ND	ND	U	RSS + encuesta	33
	1988, Naranjo et al	79.584	ND	3,4	ND	ND	ND	ND	U+R	RSS + encuesta	34
Ecuador	1982, Psiquiatras (b)	10.000	G	22	ND	ND	ND	ND	U	EBC	78
	1984, Placencia et al	878	G	17	96,3	48	27,1	0,95	R	CRA-A, OMS	46
	1984, Cruz et al	1.686	G	7,1	90	-	51,7	0,59	R	CRA-A, OMS	79
	1984, Cruz et al	1.113	G	17,0	90	-	51,7	0,94	R	CRA-A, OMS	80
	1986, Carpio et al	935	G	18,2	93	-	-	0,25	R	CRA-A	81
	1986-89, Placencia et al	72.121	G	7,5	79,3	92,9	92,7	0,87(c)	U+R	CRA-A, CME	13,47
Guatemala	1996, Mendizábal et al	1.882	G	5,8	64	-	-	0,78	R	CRA-A, OMS	82
México	1972, Olivares et al	621.793	G	3,5	NA	NA	NA	1,54	U	RSS	30
	1979, Gutiérrez et al	360	I	25-41,6	-	-	-	-	R		83
	1980, Gutiérrez et al	1.013	I	12,6-23,6	86	80	-	-	U	CE, EBC	84
	1983, García-Pedroza et al	2.027	I	18,3-44,3	79	10	-	-	U	CRA	85
	1990, Häuser et al	ND	ND	5,9	ND	ND	ND	ND	R		86
Panamá	1988, Gracia et al	ND	ND	22	ND	ND	ND	ND	U		87
	1990, Gracia et al	395	G	57	-	-	-	-	R	CRA-A, OMS	54
Uruguay	1997, Ketzioan	ND	G	11,5	ND	ND	ND	ND	U		88
Venezuela	1985, Ponce et al	1.147	G	22,6	-	-	-	0,84	R	CRA-A, OMS	89
	1985, Ponce et al	5.833	G	16,1	-	-	-	0,61	R	CRA-A, OMS	89

Tipo de Población: General (G), Infantil (I), Adultos (A) | Validación del cuestionario de encuesta: Sensibilidad (Sn), Especificidad (Es), Valores Predictivos (VP) | M/F: Razón de la prevalencia Masculina/Femenina. | Urb, Rur: Urbana o Rural. | Ref: Referencia bibliográfica. | (-): Información que no consta en la publicación. | ND: Información no disponible para el autor. | NA: No aplicable. | OMS: Con el Protocolo de la OMS para Estudios Epidemiológicos de las Enfermedades Neurológicas. | CME: con protocolos del proyecto Community Management of Epilepsy. En comentarios: CRA-A: Crisis Recurrentes Afebriles-Activas. | CE: crisis epilépticas. | RSS: datos de Registros de Servicios de Salud. | EBC: Encuesta de Base Comunitaria. | (a) Este estudio es de una población (Aratoca) contenida en los 1.544 de la siguiente investigación. | (b) Autoría colectiva del Postgrado de Psiquiatría de la Universidad Central de Quito, como tesis de ese año. | (c) Razón corregida (Elaboración: MP).

Tabla 1. Resumen de estudios de prevalencia de epilepsia de Latinoamérica y El Caribe, 1972 a 2002. (Manuel G. Campos - Andrés M. Kanner. Epilepsias Diagnóstico y Tratamiento) (26).

Tabla 6
Los cinco problemas más importantes que tienen los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de la Epilepsia

- 1.- Accesibilidad a los medicamentos
- 2.- Acceso a procedimientos de diagnóstico
- 3.- Falta de especialistas dedicados a la epilepsia
- 4.- Falta de política de salud de los gobiernos
- 5.- Entrenamiento inadecuado del personal de atención primaria

Tabla 7
Los cinco problemas más importantes que tienen las personas con Epilepsia

- 1.- Acceso a los fármacos antiepilépticos
- 2.- Discriminación, estigma social.
- 3.- Marginación laboral
- 4.- Escasez de medios de diagnóstico
- 5.- Educación de los pacientes.

Tabla 8
Las cinco tareas principales de los profesionales de atención primaria vinculadas al tratamiento de la epilepsia

- 1.- Seguimientos de los tratamientos
- 2.- Acceso a los fármacos antiepilépticos
- 3.- Diagnóstico
- 4.- Educación del paciente y su familia
- 5.- Referencia de pacientes a centros especializados