

1 Observatorio de Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina.

2 Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina.

3 Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de la Provincia de Santa Fe (CEMAFE). Santa Fe, Argentina.

4 Hospital Italiano de Buenos Aires. Liga Argentina Contra la Epilepsia. Buenos Aires, Argentina.

Epilepsia en Argentina: monitoreo en el marco del Plan de Acción Global Intersectorial. Estudio de accesos a asistencia médica, métodos diagnósticos y abordajes terapéuticos en seis regiones argentinas

Artículos Científicos

Astorino Francisco A.²⁻³, Costa Lucas D.¹, Fontana Rosana Dalla¹, Rodríguez Rostan M. Laura², García María del Carmen⁴

fastorino1@gmail.com;

lucascosta.bioestadistica@gmail.com;
m;
ORCID 0000-0001-9201-4052

rodallafontana@gmail.com;

laurarodriguezrostan@gmail.com;
ORCID 0009-0008-7276-4444

mariac.garcia@hospitalitaliano.org.ar;

RESUMEN

La epilepsia afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo, y cerca del 80 % vive en países de ingresos bajos y medianos (LMIC), donde la prevalencia se estima en alrededor del 10 %. En estas regiones, la brecha de tratamiento es alarmante: más del 75 % de las personas no recibe atención adecuada. El Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y otros Trastornos Neurológicos (IGAP) busca mejorar el acceso a la atención y al tratamiento, promover la salud cerebral y reducir la carga de estos trastornos. La Liga Argentina Contra la Epilepsia (LACE), en conjunto con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, llevó a cabo un monitoreo cuyo objetivo principal fue evaluar el acceso a métodos diagnósticos y tratamientos disponibles para los profesionales que atienden a personas con epilepsia en Argentina. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplicaron 369 encuestas autoadministradas: 218 neurólogos, 100 neuropediatras, 30 pediatras, 7 clínicos o generalistas y 14 de otras especialidades. El 19,9 % se desempeñaba en el primer nivel de atención de salud, el 39,4 % en el segundo y el 40,7 % en el tercero. Respecto del sistema de salud, el 8,1 % trabajaba exclusivamente en el sector público, el 43,3 % en el privado y el 48,6 % en ambos. Las principales barreras identificadas fueron la capacitación profesional, la cobertura médica, el acceso a especialistas y el acceso a métodos diagnósticos. Esta información permitirá elaborar planes para mejorar las condiciones de accesibilidad al diagnóstico oportuno y al tratamiento de esta condición.

PALABRAS CLAVE

Epilepsia, Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento, Determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

The epilepsy affects more than 50 million people worldwide, and nearly 80% of them live in low- and middle-income countries (LMICs), where the estimated prevalence is around 10%. In these regions, the treatment gap is alarming: more than 75% of people do not receive adequate care. The Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders (IGAP) seeks / seek to improve access to care and treatment, promote brain health, and reduce the burden of these disorders. In Argentina, the Liga Argentina Contra la Epilepsia (LACE), in collaboration with the School of Medicine at Universidad Nacional del Litoral, conducted a monitoring initiative aimed at evaluating access to diagnostic methods and available treatments for healthcare professionals managing epilepsy. A descriptive, observational, and cross-sectional study was carried out. It consisted of 369 self-administered surveys: 218 neurologists, 100 pediatric neurologists, 30 pediatricians, 7 general practitioners or clinicians, and 14 professionals from other specialties. In terms of health care levels, 19.9% worked in primary care, 39.4% in secondary care, and 40.7% in tertiary care. Regarding the health system, 8.1% worked exclusively in the public sector, 43.3% in the private sector, and 48.6% in both sectors. The main barriers identified were professional training, medical coverage, access to specialists, and access to diagnostic tools. These findings provide a foundation for developing plans to improve timely diagnostic and treatment accessibility for epilepsy.

KEY WORDS

Epidemiology, Epilepsy, Diagnosis, Treatment, Social determinants of health.

SigMe.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, número 3, 2025

Recepción: 27/70/2025

Aprobación: 13/10/2025

URL:

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/sigme/issue/archive>

DOI:

10.14409/sigme.2025.4.e0024



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia se define como una condición neurológica caracterizada por la presencia de episodios breves de actividad cerebral eléctrica anormal, la cual se manifiesta clínicamente con crisis epilépticas clínicamente observables como alteraciones de la conciencia, sensaciones inusuales o movimientos involuntarios. Presenta consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Se estima que esta enfermedad afecta a 50 millones de personas en todo el mundo, siendo uno de los trastornos neurológicos más comunes. Presenta una incidencia de 5 millones de casos nuevos por año. En los países de ingresos bajos y medianos (LMIC), la prevalencia de epilepsia puede alcanzar hasta el 10 % en determinadas regiones (Newton & Garcia, 2012; Burneo, Téllez-Zenteno & Wiebe, 2005). El 80 % de las personas con epilepsia vive en estos países, donde la brecha en el acceso al tratamiento supera el 75 % en los de bajos ingresos y el 50 % en los de ingresos medianos (OMS, 2024).

En América Latina persisten importantes desigualdades en el acceso al sistema de salud, lo que se traduce en deficiencias en el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. En Argentina, estas disparidades son evidentes: mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se concentra la mayor proporción de centros públicos y privados con programas especializados, profesionales capacitados y acceso a distintos métodos diagnósticos que permiten un abordaje integral, en otras regiones del país las condiciones son mucho más limitadas. En ciudades con alta densidad poblacional pueden existir restricciones en el acceso a estudios diagnósticos o tratamientos como la cirugía de epilepsia (Campos et al., 2008; Organización Panamericana de la Salud [OPS], OMS, Liga Internacional Contra la Epilepsia [ILAE] & International Bureau for Epilepsy [IBE], 2008).

En regiones de menor densidad poblacional o en provincias periféricas, la atención se concentra en hospitales de primer y segundo nivel que cuentan con neurólogos generales, y en las áreas rurales o remotas habitualmente los únicos prestadores disponibles son médicos de atención primaria. Esta situación se agrava en regiones habitadas por comunidades de pueblos originarios, quienes enfrentan mayores barreras para acceder al sistema de salud convencional, tanto por la escasa disponibilidad como por factores culturales (OPS, OMS, ILAE & IBE, 2008).

Desde 2001, Argentina cuenta con la Ley Nacional de Epilepsia N.º 25.404; sin embargo, su carácter federal ha dificultado su reglamentación en todas las provincias, generando una aplicación heterogénea. En tanto, la misma situación se genera con los planes provinciales para la cobertura de la medicación. Los medicamentos de primera generación son otorgados por los presupuestos estatales, siendo los de tercera o segunda de difícil acceso en el sistema público. Otros tratamientos, como la cirugía de epilepsia, se ven limitados por los altos costos de diagnóstico (neuroimágenes y estudios neurofisiológicos) y la falta de personal capacitado fuera de los grandes centros urbanos (Campos et al., 2008).

En noviembre de 2020, la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud solicitó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la elaboración de un Plan de Acción Mundial Intersectorial sobre la Epilepsia y otros Trastornos Neurológicos (IGAP), con el fin de reducir estas brechas. En mayo de 2022, el plan fue aprobado por unanimidad en la 75.ª Asamblea Mundial. El IGAP 2022-2031 busca mejorar el acceso a la atención y el tratamiento, promover la salud cerebral a lo largo de la vida y reducir la carga de estos trastornos, favoreciendo la recuperación, el bienestar y la participación de las personas afectadas, con un enfoque intersectorial e interdisciplinario (OMS, 2022a).

En este marco, la OMS propone medidas concretas para los Estados Miembros, como: a) apoyar financieramente políticas y programas sostenibles, mediante asignaciones presupuestarias específicas y mecanismos de financiación innovadora; b) generar o utilizar datos sobre la carga epidemiológica y económica para orientar decisiones presupuestarias proporcionales y eficientes; y c) establecer mecanismos de

protección social que garanticen una atención accesible y asequible para las personas con afecciones neurológicas, sus cuidadores y familias (OMS, 2022b). En paralelo, el International Bureau for Epilepsy (IBE) ha propuesto en sus capítulos fomentar la investigación, la innovación y reforzar los sistemas de información, ante la falta de datos epidemiológicos sólidos y la escasa inclusión de la voz de las personas con epilepsia en los estudios. Señala la necesidad de incorporar indicadores de calidad de vida y experiencia, e impulsa la Encuesta Mundial sobre Necesidades de la Epilepsia para promover evidencia que oriente políticas públicas y aumente el financiamiento en investigación (Liga Internacional Contra la Epilepsia & International Bureau for Epilepsy, 2000). La Liga Argentina Contra la Epilepsia (LACE) es una organización cuyo propósito es difundir en el país los conocimientos relacionados a las epilepsias, colaborar en temas referentes al perfil social e información de la población y comunicar permanentemente los cambios periódicos registrados. En este contexto, propone iniciar una primera etapa de registro de información que permita sentar las bases para luego iniciar el desarrollo de los objetivos estratégicos del IGAP. El objetivo de esta investigación fue evaluar el acceso a métodos diagnósticos y tratamientos disponibles para los profesionales que atienden a personas con epilepsia en Argentina, considerando localidades de alta y baja densidad poblacional, así como las diferentes modalidades de atención en el sistema de salud nacional (salud pública, obras sociales/prepagas y privado) tanto en zonas urbanas como rurales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante una encuesta autoadministrada dirigida a profesionales de la salud de todas las jurisdicciones de Argentina (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), durante los meses de marzo a mayo de 2024. Participaron médicos neurólogos, neuropediatras, clínicos, pediatras, generalistas y de familia, con y sin formación específica en epilepsia, que tuvieran a su cargo el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de personas con esta condición.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La invitación se difundió a través de sociedades científicas, instituciones de salud y redes sociales, procurando abarcar profesionales de distintas regiones del país (según regiones definidas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC]), ámbitos de atención (público/privado) y densidad poblacional (urbano/rural). El tamaño de muestra mínimo se estimó de manera referencial para una población infinita, con un nivel de confianza del 95 %, un margen de error del 5 % y una proporción esperada del 50 %, lo que arrojó un requerimiento de al menos 365 casos.

El cuestionario utilizado fue estructurado e implementado mediante la plataforma SurveyMonkey (SurveyMonkey Inc., 2024). Las variables incluyeron edad, sexo, años de egreso de los profesionales, actividad laboral actual y aspectos relacionados con el manejo de la epilepsia: acceso a recursos profesionales y tecnológicos, métodos de diagnóstico utilizados, tratamientos disponibles y su accesibilidad, capacitación en epilepsia, tiempo de demora en el acceso a la consulta y diagnóstico, y barreras en el acceso a tratamientos de mayor complejidad. Se solicitó consentimiento informado, garantizando anonimato y confidencialidad. Para el análisis se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión (media y desvío estándar o mediana y percentiles) para variables cuantitativas, según correspondiera. Se empleó el software IBM SPSS Statistics for Windows, versión 28.0 (IBM Corp.).

RESULTADOS

Se analizaron un total de 369 encuestas respondidas por médicos y médicas. El 61 % de los participantes fue de sexo femenino y el 39 % masculino. La edad media fue de $46,5 \pm 11,3$ años, con un rango de 27 a 73 años (Figura 1).

La participación en la encuesta fue heterogénea entre provincias (Figura 2). Las regiones con mayor representación fueron la región Pampeana (48,2 %) y la Patagonia (13,7 %), seguidas por el Noroeste (NOA, 12,5 %), el Noreste (NEA, 9,9 %), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA, 9,9 %) y Cuyo (5,8 %). Esta dispersión territorial permite explorar las diferencias regionales en el acceso a recursos y las barreras en la atención de personas con epilepsia.

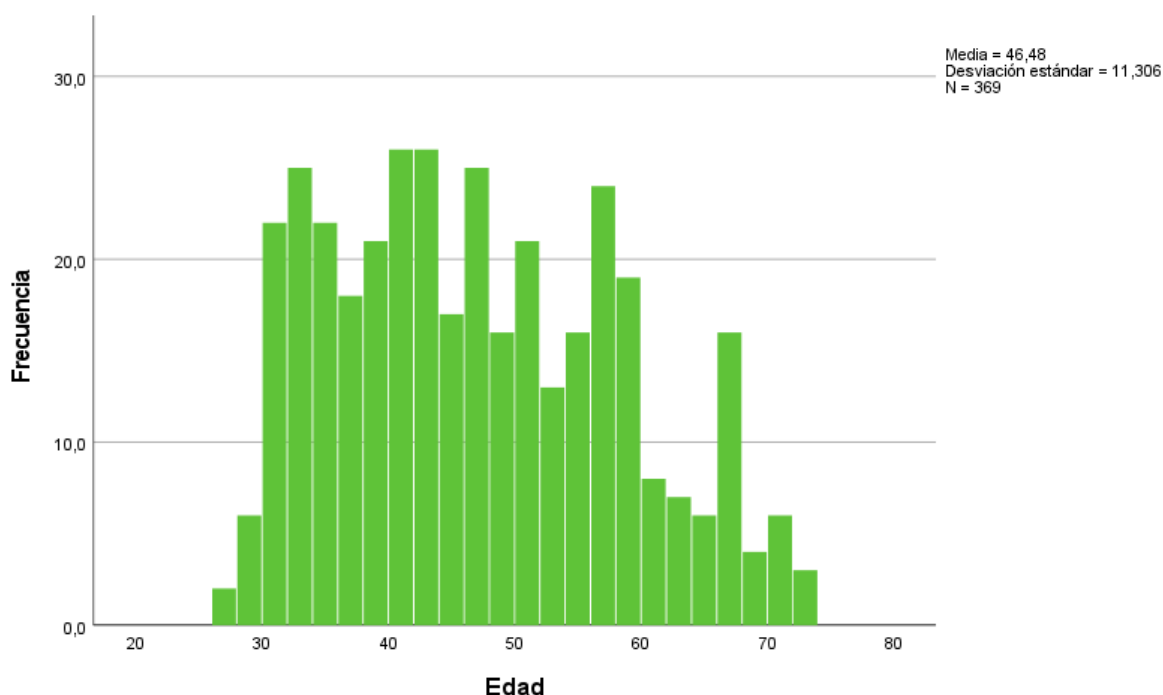


Figura 1. Distribución de los participantes según edad (n = 369).

Respecto de la especialidad, el 59 % (n = 218) fueron neurólogos, el 27 % (n = 100) neurólogos infantiles, el 8 % (n = 30) pediatras, el 2 % (n = 7) clínicos o generalistas y el 4 % (n = 14) pertenecía a otras especialidades (residentes). El 63 % de los participantes indicó tener más de 10 años de experiencia como especialista, el 19 % menos de 5 años y el 18 % entre 5 y 10 años.

El 41 % de los encuestados manifestó contar con formación específica en epilepsia. Entre ellos, el 39 % accedió mediante rotaciones, el 33 % a través de becas o fellowships, el 17 % por especialidad universitaria y el 11 % mediante otras modalidades, como concurrencias, diplomaturas o cursos de posgrado.

La mediana de pacientes atendidos por mes fue de 150, con un rango que fue desde 30 hasta más de 400 pacientes mensuales. La mediana del porcentaje de personas con epilepsia fue del 27 %, con valores que oscilaron entre el 2 % y el 95 %. El 53,8 % de los profesionales atiende principalmente a población mayor de 16 años, el 29,6 % a menores de 16 años y el 16,6 % atiende a ambos grupos etarios.

En cuanto al nivel de atención donde se brindaba asistencia a personas con epilepsia, el 19,9 % de los encuestados refirió desempeñarse en el primer nivel de atención, el 39,4 % en el segundo y el 40,7 % en el tercer nivel. Respecto del sistema de salud en el cual los profesionales brindan atención, el 8,1 % lo hacía exclusivamente en el sector público, el 43,3 % en el sector privado y el 48,6 % en ambos.

PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA



Figura 2. Distribución provincial de los participantes en la encuesta, Argentina, 2024.

En relación con la cobertura de tratamientos, el 18,5 % refirió que siempre contaban con algún tipo de cobertura (por parte del Estado, obra social o prepaga), el 56,1 % casi siempre, el 21 % solo a veces y el 4,5 % casi nunca.

Respecto de los tiempos declarados por estos profesionales, entre la primera crisis y el contacto con el sistema sanitario, se resumen en los Figura 3 y 4. La mediana de tiempo entre la primera crisis y la primera consulta fue de 1 mes (rango intercuartílico 1-3 meses) y la mediana hasta el diagnóstico fue de 2 meses (rango intercuartílico 1-6 meses). Al consultar por la accesibilidad de centros de mayor complejidad diagnóstica, los hallazgos fueron que la mediana en kilómetros fue de 150 km (rango intercuartílico 50-500 km).

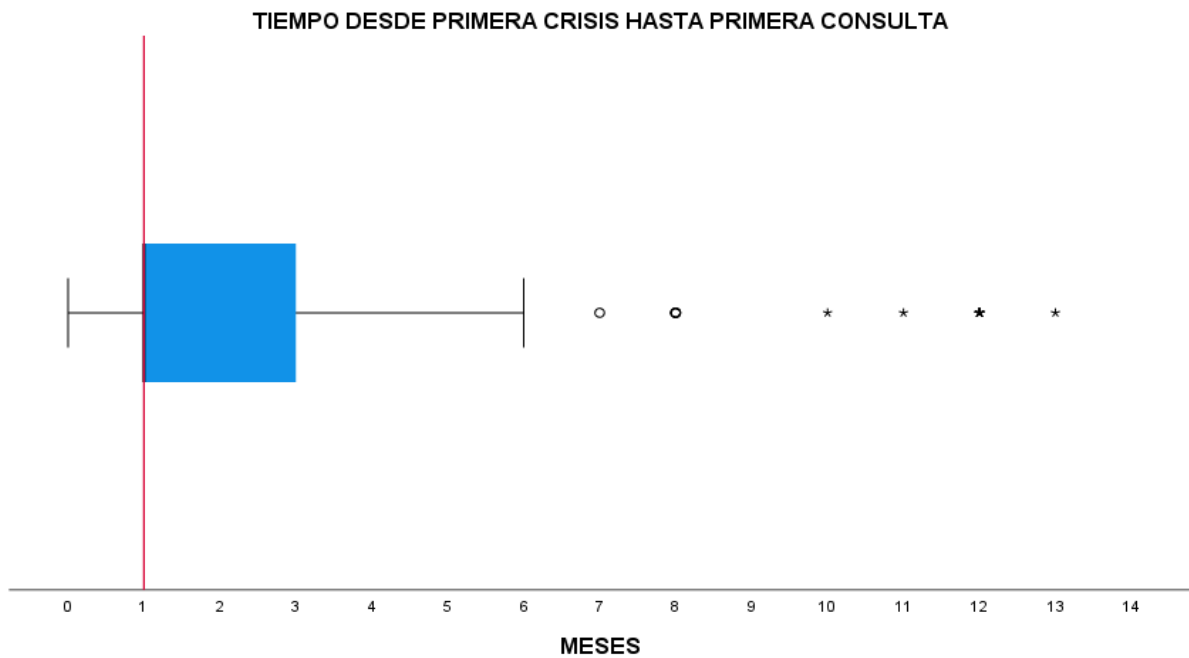


Figura 3. Box plot del tiempo (en meses) desde la primera crisis hasta la consulta con especialistas.

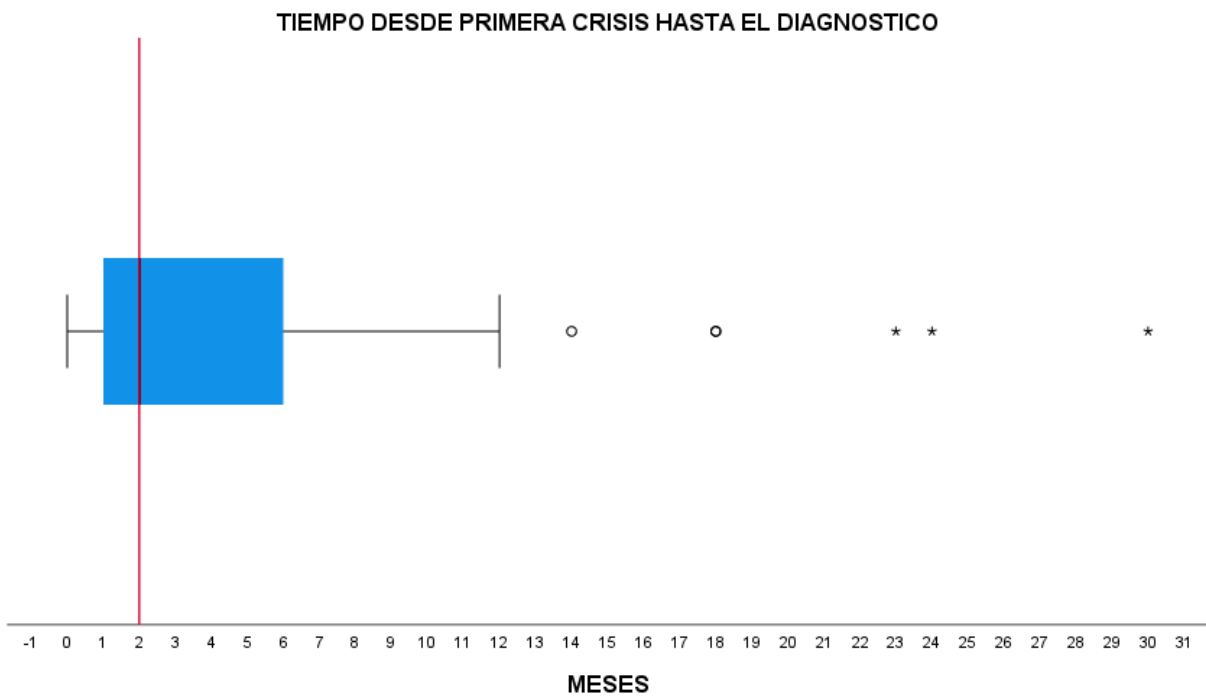


Figura 4. Box plot del tiempo (en meses) desde la primera crisis hasta el diagnóstico de certeza.

En la Tabla 1 se detallan los métodos diagnósticos y tratamientos a los que los profesionales encuestados declararon tener acceso.

Los profesionales encuestados jerarquizaron diversas limitaciones que enfrentan en la atención de personas con epilepsia, cuyas frecuencias se presentan en el Figura 5.

Tabla 1. Métodos diagnósticos y tratamientos disponibles según profesionales encuestados, Argentina, 2024.

| CATEGORÍA | MÉTODO / TRATAMIENTO | PORCENTAJE |
|-----------------|---|------------|
| Neuroimágenes | RNM de cerebro con protocolo de epilepsia | 78% |
| | TAC de cerebro | 65% |
| | PET | 22% |
| Neurofisiología | Ninguna | 0.5% |
| | EEG vigilia | 77% |
| | EEG de sueño | 69% |
| | Videoelectroencefalograma | 39% |
| Laboratorio | Ninguna | 2% |
| | Bioquímica general | 84% |
| | Genético | 33% |
| | Metabólico | 46% |
| | Dosaje de medicaciones anticrisis | 69% |
| Tratamientos | Ninguna | 0.5% |
| | Fármacos de primera generación | 77% |
| | Fármacos de segunda generación | 79% |
| | Fármacos de tercera generación | 52% |
| | Dietas para epilepsia | 36% |
| | Estimulación vagal | 23% |
| | Tratamiento quirúrgico | 24% |

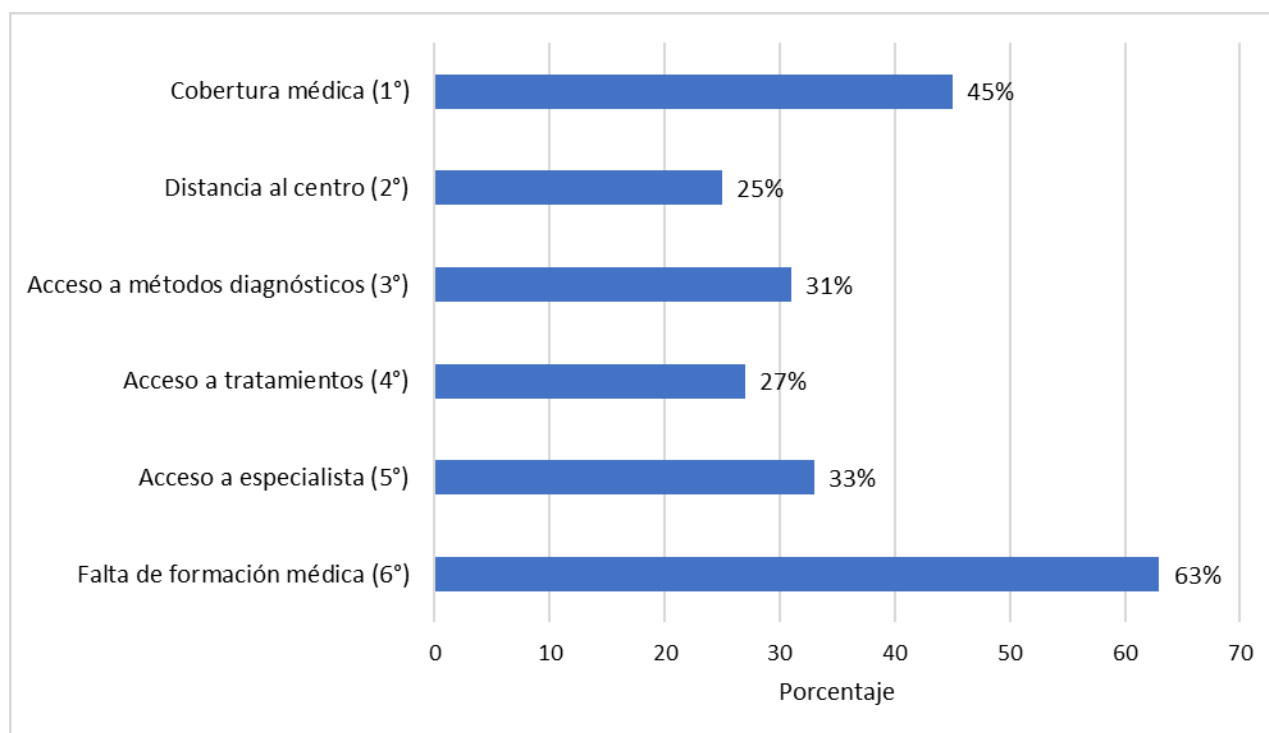


Figura 5. Principales limitaciones jerarquizadas por los profesionales para la atención de personas con epilepsia, Argentina, 2024.

Análisis regional

En relación con el análisis regional de la formación específica en epilepsia de los profesionales encuestados, se halló que la región de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y región metropolitana cuenta con un 80 % de formación, seguida por la región de Cuyo con un 79 % y la Pampeana con un 64 %, en tanto los porcentajes en Patagonia, Noroeste y Nordeste fueron del 49 %, 46 % y 45 %, respectivamente.

Finalmente, las principales barreras y limitaciones en la atención de personas con epilepsia permitieron identificar diferencias en las dificultades percibidas por los profesionales según la región, tanto estructurales como relacionadas con el acceso a diagnóstico, tratamiento y especialistas (Tabla 2).

Tabla 2. Principales barreras y limitaciones en la atención de personas con epilepsia según región, Argentina, 2024.

| | REGIÓN | | | | | |
|------------------------|--------|------|-----|-----|----------|-----------|
| | CABA | CUYO | NEA | NOA | PAMPEANA | PATAGONIA |
| COBERTURA | 93% | 69% | 74% | 63% | 76% | 73% |
| DISTANCIA | 45% | 63% | 74% | 60% | 61% | 58% |
| MÉTODOS DIAGNÓSTICO | 59% | 55% | 55% | 57% | 56% | 52% |
| TRATAMIENTOS | 62% | 69% | 49% | 26% | 46% | 34% |
| ACCESO A ESPECIALISTAS | 35% | 31% | 37% | 73% | 43% | 55% |
| FORMACIÓN MÉDICA | 7% | 12% | 11% | 20% | 19% | 26% |

DISCUSIÓN

La epilepsia es un trastorno neurológico prevalente a nivel mundial, cuya incidencia anual, alrededor de 5 millones de nuevos casos, evidencia el tamaño del desafío global (OMS, 2024). Como condición neurológica, al igual que otras enfermedades crónicas no transmisibles, la epilepsia genera costos sociales y económicos para aquellas poblaciones que la padecen (Olesen et al., 2012). Así, el IGAP como plan de acción (2022-2031) pretende mejorar la atención y el tratamiento de esta enfermedad (OMS, 2022a). En ese contexto surge la presente investigación con el objeto de evaluar esas condiciones y brindar información para políticas públicas acordes.

De acuerdo con el informe presentado por el International Bureau for Epilepsy (IBE, 2000), esta enfermedad presenta una prevalencia alta en países de bajos y medianos ingresos (LMIC) y baja disponibilidad económica en su tratamiento por parte de los Estados. Según estimaciones de IBE, existe escasez de profesionales especializados (0,1 por 100.000 personas en LMIC) (OPS, OMS, ILAE, & IBE, 2008). En los hallazgos presentados en esta investigación se observa que el 41 % de los participantes presentaba especialización en epilepsia y que la gran mayoría se concentra en áreas metropolitanas. Esta situación genera que los pacientes y sus familias deban trasladarse largas distancias en otras regiones para completar diagnóstico y tratamientos. La mediana desde la primera crisis hasta el diagnóstico fue de 2 meses, con rango hasta los 6 meses, con el riesgo que puede generar la ausencia de tratamiento en ese período.

Newton y Garcia (2012) hacen referencia a que las principales barreras en el diagnóstico y tratamiento en Perú se deben a los accesos a tecnología y disponibilidad de drogas. Según los resultados del presente monitoreo, los profesionales estiman que las dificultades en Argentina son: 63 % déficit en la formación específica profesional, 45 % cobertura médica de su tratamiento y 31 % acceso a métodos diagnósticos, entre otros.

Medina et al. (2005) desarrollaron una investigación epidemiológica en un área de Honduras donde se evaluaron 9.864 personas, con hallazgos de una prevalencia de 7,7/1000, en tanto la brecha de tratamiento fue del 53 % en 1997, y luego de un programa nacional de capacitación en atención primaria se hallaron reducciones en esta misma área de hasta 13 % en 2014 (Medina et al., 2014). De esta manera, se expone que el conocimiento de la patología, así como su epidemiología, permite la elaboración de políticas públicas que reduzcan estas dificultades.

En Argentina, esta desigualdad global se refleja regionalmente. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su área metropolitana concentran la mayoría de los servicios especializados, recursos diagnósticos y profesionales capacitados. En cambio, otras regiones, especialmente rurales o con comunidades originarias, presentan limitaciones notables en el acceso a diagnóstico, tratamiento y atención especializada, inclusive en ciudades densamente pobladas. La cobertura de medicación de segunda o tercera generación es irregular, y la cirugía de epilepsia es una práctica poco frecuente fuera de los grandes centros urbanos (OPS, OMS, ILAE, & IBE, 2008).

Nuestro trabajo confirma estas disparidades, evidenciando barreras significativas, como son déficits en la formación médica específica, cobertura médica limitada de tratamientos complejos y acceso restringido a métodos diagnósticos avanzados, junto a otros obstáculos relacionados con infraestructura, estigma y coordinación del sistema de salud.

CONCLUSIÓN

El compromiso de organizaciones como la Liga Argentina Contra la Epilepsia (LACE), en conjunto con instituciones educativas, como la Universidad Nacional del Litoral (Facultad de Ciencias Médicas), es esencial para impulsar iniciativas orientadas a la generación de datos epidemiológicos robustos y a la inclusión de indicadores de calidad de vida y experiencia de los pacientes que sean la base de políticas públicas fundamentadas.

Además, los resultados de investigaciones locales son una herramienta fundamental para trazar una hoja de ruta estratégica que permita avanzar hacia una mayor equidad en la atención, fortalecer los sistemas de salud y cerrar las brechas existentes en el acceso al diagnóstico y tratamiento de la epilepsia.

Apoyar políticas sostenibles, financiar estudios que recopilen información epidemiológica y garantizar una cobertura integral y accesible son pasos imprescindibles para lograr un abordaje más justo y eficaz de la epilepsia, tanto en Argentina como a nivel global.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Burneo, J. G., Téllez-Zenteno, J., & Wiebe, S. (2005). Understanding the burden of epilepsy in Latin America: A systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Research*, 66(1–3), 63–74. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2005.07.002>

Campos, M. G., Pomata, H. B., & Sakamoto, A. C. (2008). Essential elements for establishing an epilepsy surgery program. En H. Lüders (Ed.), *Textbook of epilepsy surgery* (pp. 1749–1758). Informa Healthcare. <https://doi.org/10.3109/9780203091708-172>

Collaborators in Neurology GBD 2016. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 459–480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)

International League Against Epilepsy. (1997). Recommendations for neuroimaging of patients with epilepsy. *Epilepsia*, 38(11), 1255–1256. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1997.tb01226.x>

International League Against Epilepsy & International Bureau for Epilepsy. (2000). Latin American declaration on epilepsy. <https://www.globalcampaignagainstepilepsy.org/files/latin-american-declaration-epilepsy-spanish.pdf>

Marson, A. G., Kadir, Z. A., Hutton, J. L., & Chadwick, D. W. (1997). New antiepileptic drugs: A systematic review of their efficacy and tolerability. *Epilepsia*, 38(8), 859–880. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1997.tb01251.x>

Mbuba, C. K., Ngugi, A. K., Newton, C. R., & Carter, J. A. (2008). The epilepsy treatment gap in developing countries: A systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. *Epilepsia*, 49(9), 1491–1503. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01693.x>

Medina, M. T., Durón, R. M., Martínez, L., Osorio, J. R., Estrada, A. L., Zúñiga, C., Cartagena, D., Collins J. S., Kenton, R. H. (2005). Prevalence, incidence, and etiology of epilepsies in rural Honduras: The Salamá Study. *Epilepsia*, 46(1), 124–131. <https://doi.org/10.1111/j.0013-9580.2005.11704.x>

Medina, M. T., Molina, L., Durón, R. M., Martínez, L., & Proyecto Juticalpa Working Group. (2014). Reducing the epilepsy treatment gap: Demonstration project in Juticalpa, Honduras. *International League Against Epilepsy & International Bureau for Epilepsy*. <https://www.ibe-epilepsy.org/wp-content/uploads/2014/01/Lazaro-Molina-Santiago-Agosto-2013.pdf>

Meyer, A.-C., Dua, T., Ma, J., Saxena, S., & Birbeck, G. (2010). Global disparities in the epilepsy treatment gap: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), 260–266. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.064147>

Newton, C. R., & Garcia, H. H. (2012). Epilepsy in poor regions of the world. *The Lancet*, 380(9848), 1193–1201. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61381-6)

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Epilepsia: un imperativo de salud pública. Resumen. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/325445>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). Draft intersectoral global action plan on epilepsy and other neurological disorders 2022–2031. <https://www.who.int/news/item/28-04-2022-draft-intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). Global targets and indicators draft. <https://www.who.int/news/item/12-01-2022-draft-intersectoral-global-action-plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders-2022-2031>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 7 de febrero). Epilepsia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

Organización Mundial de la Salud, International League Against Epilepsy, & International Bureau for Epilepsy. (2003). Epilepsy: Out of the shadows. https://www.who.int/mental_health/management/en/GcaeBroEn.pdf

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, International League Against Epilepsy, & International Bureau for Epilepsy. (2008). Epilepsy in Latin America: Report. <https://www.infocom-ca.org.pa/files/Informe%20epilepsia.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Mortality database explorer – Total deaths by country, year, sex, age group, and cause of death. https://ais.paho.org/phis/viz/mort_totaldeaths.asp

Pearl, P. L., Robbins, E. L., Bennet, H. D., & Conry, J. A. (2005). Use of complementary and alternative medicine in epilepsy: Reasons for concern. Archives of Neurology, 62(9), 1472–1475. <https://doi.org/10.1001/archneur.62.9.1472>

SurveyMonkey Inc. (2024). SurveyMonkey [Software]. <https://es.surveymonkey.com>