

**ADICIÓN DE UN ARTÍCULO 17 BIS A LA LEY INTEGRAL  
PARA LA PERSONA ADULTA  
MAYOR, LEY N.º 7935, DE 25 DE  
OCTUBRE DEL AÑO 1999**

**Expediente N.º 17.865**

**ASAMBLEA LEGISLATIVA:**

***La situación de la persona adulta mayor en Costa Rica***

El número absoluto y la proporción de personas de 65 años y más se han incrementado en las últimas décadas y continuarán haciéndolo en los próximos años. De acuerdo con las proyecciones de población vigentes, a mitad del 2008 hay aproximadamente 278 mil adultos mayores en el país y constituyen el 6% de la población.

El número de adultos mayores es diferente en la población de hombres y de mujeres. Entre los hombres a mitad del 2008 hay 129 mil personas de 65 y más años que representan un 5.7% de la población masculina. Estas mismas cifras para las mujeres son 148 mil y 6.7% de la población femenina. También existe una variación importante según la edad de las personas adultas mayores. Uno de cada tres adultos mayores se encuentra entre las edades 65 a 69 años mientras que uno de cada cinco tiene 80 años y más.

Una diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más es el estado conyugal. Dado que las mujeres tienen una esperanza de vida que es cinco años mayor que la de los hombres, la condición de viudez es más frecuente. Una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 es viuda, mientras en los hombres solo uno de cada veinte se encuentra en esa condición.

Geográficamente los adultos mayores se concentran en el área metropolitana y en pocos cantones. Aproximadamente dos tercios de la población de 65 años y más vive en la región central y la mitad vive en la zona urbana de esta región. También existe concentración en unos pocos cantones. La mitad de los adultos mayores del país reside en tan solo quince cantones.

Las personas adultas mayores tuvieron oportunidad de educarse hace muchos años; la gran mayoría estuvo en edades escolares antes de 1950 cuando las posibilidades de asistir a la escuela eran diferentes y mucho más limitadas. Por esta razón la escolaridad de las personas adultas mayores es menor a la del resto de la población.

Otra diferencia importante de los adultos mayores con respecto a la población más joven es la actividad que realizan, la participación en la fuerza de trabajo disminuye rápidamente con la edad, mientras a los 65 años el 58% de los hombres y el 16% de las mujeres se encuentran activos, a los 75 años lo están solo el 23% de los hombres y el 3% de las mujeres.

En unos 230 mil hogares o un 19% de los hogares del país vive una persona adulta mayor. La composición de estos hogares es diferente a la de los hogares donde no viven adultos mayores ya que están empezando a perder miembros o, bien, solo vive la pareja. Esta es la situación de casi dos tercios de los hogares donde viven adultos mayores, en comparación con solo 22% de los hogares sin adultos mayores.

Una característica del proceso de envejecimiento poblacional es que las generaciones se han hecho cada vez más grandes, pero el número de hijos que tienen las mujeres ha descendido y, por ende, las familias son más pequeñas. Las mujeres de 65 años y más en el 2000 tenían aproximadamente dos hijos más que las mujeres menores de 45 pero mayores de 35.

De acuerdo con las proyecciones de población vigentes en el país, aumentará el número de personas que cada año cumplan 65 años. En consecuencia, en el 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores y en el 2050 serán algo más de un millón 200 mil.

De acuerdo con las proyecciones de población vigentes, a mitad del 2008 hay aproximadamente 278 mil personas adultas mayores en el país y constituyen el 6% de la población.

El número absoluto y la proporción de personas de 65 años y más se han incrementado en las últimas décadas y continuarán haciéndolo en los próximos años. Las mismas cifras en el año 1970 eran de 66 mil personas adultas mayores y alrededor de un 3,8% de la población. La cantidad de adultos mayores es distinta a la cantidad de adultas mayores.

A mitad del 2008 hay 128.460 hombres de 65 y más años, que representan un 5.6% de la población masculina. Estas mismas cifras para las mujeres son 147.517 y 6.6% de la población femenina. Como cabría esperar, además, también existe una variación importante según la edad de las personas adultas mayores.

Uno de cada tres personas adultas mayores tiene entre 65 y 69 años, mientras que uno de cada cinco tiene 80 años y más.

En los próximos años la población de personas adultas mayores estará entre las poblaciones de mayor crecimiento.

Especialmente a partir del 2015, la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más será muy elevada, por encima de 4%. Ello equivale a que la población se duplique aproximadamente cada 15 años.

Este aumento se debe a que en los próximos años, y, en especial a partir del 2015, empezarán a cumplir 65 años las generaciones nacidas en la década de 1950, cuando el número de hijos por mujer aumentó considerablemente.

Así, por ejemplo, mientras en 2008 hay algo más de 92 mil personas de edades entre 65 y 69 años, se estima que en el 2025 habrá casi 225 mil.

De la misma manera como irán aumentando el número de personas que entren a la edad adulta mayor, aumentarán los de edades más avanzadas. El número de personas de 80 y más años se duplicará entre 2008 y 2025 en la población total. Si bien actualmente son solo el 1,4% de la población total del país y en el 2025 serán aproximadamente 2,3%, alrededor de una de cada cinco personas adultas mayores tiene más de 80 años. Esta población entre este grupo etéreo es la que requiere mayor atención de servicios formales y redes de apoyo informales, por lo que su aumento numérico tiene consecuencias importantes para el resto de la sociedad. Se trata de las personas que actualmente tienen entre 63 y 78 años y de los cuales ya se conocen algunas características, por ejemplo, cuántos tienen pensión o derecho a pensión. Se sabe que una alta proporción no tiene pensión y no ha cotizado a un sistema de pensiones.

***El derecho humano a la vida, a la salud y a la seguridad social en la persona adulta mayor***

Cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de su salud como regular o mala; ello es más frecuente en las mujeres y en quienes viven fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM). Sin embargo, a pesar de que las condiciones de salud se presentan más desventajosas para las mujeres, son los hombres quienes tienen mayores tasas de mortalidad.

Adicionalmente, las personas mayores residentes de las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Pacífico Central, presentan indicadores generales más desfavorables.

Entre las enfermedades crónicas que reportaron padecer las personas adultas mayores, las más frecuentes son la hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, osteoporosis y artritis. De ellas, la hipertensión arterial y la diabetes son los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la cual es, en este grupo, y en la población en general, la principal causa de muerte.

A pesar de ello, alrededor de una sexta parte de las personas hipertensas y diabéticas, no utiliza medicamentos para controlar su enfermedad. Esta población podría tener un riesgo más elevado de padecer otras enfermedades asociadas si no controlan su padecimiento con formas alternativas como dieta y ejercicio.

Cuando se compara la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la población adulta mayor con la de otros países latinoamericanos en etapas similares de la transición epidemiológica, Costa Rica se encuentra en un nivel intermedio. Es más grave la situación de las enfermedades tumorales, pues Costa Rica tiene una de las prevalencias y tasas de mortalidad por cáncer más altas.

A medida que avanza la edad, las personas adultas mayores sufren una serie de cambios asociados a la funcionalidad, la discapacidad y la dependencia de cuidados de otras personas. Una encuesta reciente (Creles) permite describirlos; algunos de los más notables son:

- Las dificultades de movilidad, funcionalidad básica e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad, lo que las hace más vulnerables.

Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos cognitivos y la depresión también tienen efectos sobre el funcionamiento físico.

- En lo que se refiere a las disfunciones sensoriales, tres de cada diez personas adultas mayores manifiestan haber sido diagnosticadas con cataratas, pero de ellos solo la mitad han sido operadas.

- Alrededor de una sexta parte de las personas adultas mayores costarricenses padece algún grado de depresión. El porcentaje de las personas con depresión severa o en riesgo de depresión se mantiene más o menos constante con la edad.

- Aun cuando la estimación depende de la metodología y los puntos de corte que se utilicen, un 14% de las personas adultas mayores de Costa Rica presenta un deterioro cognitivo severo.

En Costa Rica, alrededor del 24,3% de los y las adultas mayores presentan bajo peso según los criterios de corte para el índice de masa corporal (IMC) de la Oficina Panamericana de la Salud. Los hombres muestran un mayor porcentaje de peso normal, mientras que el porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas, según la circunferencia de la cintura, es cerca del triple que el de los hombres. La proporción de adultos mayores con desnutrición aumenta con la edad, lo cual habla de la aparición de síndromes geriátricos de alta complejidad que requieren atención especializada.

La nutrición adecuada es fundamental para mantener un buen estado funcional y cobra especial importancia en las personas adultas mayores que superan los 80 años. En las personas de edad más avanzada, las reservas corporales de grasa y músculo se modifican sustancialmente y requieren, por lo tanto, una interpretación del índice de masa corporal desde la perspectiva particular del individuo mayor, sus riesgos y co-morbilidades. La construcción de protocolos de abordaje nutricional diferenciados para este grupo de población debería tener como prioridad de intervención, el bajo peso más que la intervención del sobrepeso.

El perfil de salud de la población adulta mayor caracterizado sobre todo por enfermedades crónicas de larga evolución tal como la hipertensión y diabetes, implica la necesidad de la detección temprana y de acciones preventivas que permitan que las personas lleguen a su vida adulta mayor preservando su funcionalidad, su capacidad cognitiva y su autonomía.

#### **Consumo de medicamentos en las personas adultas mayores**

La polifarmacia es alta principalmente en las mujeres de las personas adultas mayores de Creles, a un 79% de la población se le refirió consumir medicamentos, la mayoría mujeres (58%) residentes de la GAM.

Dichos medicamentos proceden, en especial, de la Caja Costarricense de Seguro Social (87%), y de ellos destacan los grupos terapéuticos: antihipertensivos (18%), anti-trombolíticos (11%), diuréticos (8%), hipoglucemiantes (7%), hipolipemiantes (6%), que concordaron con el autorreporte de hipertensión, colesterol elevado y diabetes. El 60% de las personas adultas mayores utiliza de 1 a 4 medicamentos, el 40% tiene polifarmacia (5 a 17 medicamentos), en especial las mujeres que predominan como usuarias en todas las edades y en todas las agrupaciones de medicamentos.

No toda la población adulta mayor que reporta padecer hipertensión arterial recibe tratamiento.

Al revisar el botiquín de las personas adultas mayores de Creles, se encuentra que un 44% toma medicamentos para el control de la hipertensión. El consumo es mayor entre las mujeres (49%) respecto a los hombres (37%). A pesar de que un 50% de la población adulta mayor sabe que es hipertensa, un 18% de ella no tiene antihipertensivos en su botiquín. Este grupo de personas adultas mayores podría presentar un riesgo más elevado de presentar complicaciones asociadas a la hipertensión si no estuvieran controlando la enfermedad con formas alternativas como, por ejemplo, dieta y ejercicio. Por otra parte, se identificó un 9% que no conoce su condición de hipertenso, pero sí cuenta con medicamentos antihipertensivos en su botiquín, lo cual informa de deficiencias en la educación en salud.

Respecto a la diabetes, un 18% de todas las personas adultas reporta medicamentos vía oral o subcutánea para el control de esta enfermedad. Este reporte es mayor entre las mujeres (21%) que entre los hombres (15%).

En cuanto a la medicación para reducir los niveles lipídicos, el medicamento frecuentemente encontrado en los botiquines del grupo de adultos mayores costarricenses es la estatina (inhibidor de la HMGCoA reductasa): un 16% tiene este tipo de medicamento

en sus botiquines, aunque entre aquellos con diagnóstico de hipercolesterolemia esta proporción es de un 35%. No obstante, un 5% de las personas que no reporta este tipo de diagnóstico está consumiendo este medicamento.

Entre las personas con este diagnóstico, las mujeres y los habitantes de la GAM tienen mayor probabilidad de contar con estatinas en su botiquín. Este diferencial por región podría indicar limitado acceso a este tipo de medicamento entre la población adulta mayor que vive en las regiones periféricas.

Reiterada jurisprudencia de nuestra Sala Constitucional, entre ella los votos 5130 del año 1994, 3004 del año 2003, 14219 y 13767, ambos del año 2004 y 5646 del año 2005, ha sido conteste en indicar con respecto al derecho a la vida -y, con él, al derecho a la salud- que:

*“Doctrina y Filosofía a través de todos los tiempos han definido a la vida como el bien más grande que pueda y deba ser tutelado por las leyes, y se le ha dado el rango de valor principal dentro de la escala de los derechos del hombre, lo cual tiene su razón de ser pues sin ella todos los demás derechos resultarían inútiles, y precisamente en esa medida que debe ser especialmente protegida por el Ordenamiento Jurídico. En nuestro caso particular, la Constitución Política en su artículo 21 establece que la vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo en definitiva al Estado a quien le corresponde velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella”.*

En efecto, la preponderancia de la vida y de la salud, como valores supremos de las personas, está presente y señalada como de obligada tutela para el Estado, no solo en la Constitución Política, sino también en diversos instrumentos internacionales suscritos por el país. Entre ellos, los artículos 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 4° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1° de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estipula:

#### **“Artículo 12**

**1.** Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

**2.** Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

(...)

**c)** La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

**d)** La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

De lo expresado, debe quedar absolutamente en claro no solo la relevancia de los derechos a la vida y a la salud, sino también el grado de compromiso que el Estado costarricense ha adquirido en cuanto a acudir de manera incuestionable e incondicional en su defensa y protección, siendo consecuente con ello, es deber del Estado conferir a la persona adulta mayor y enferma el medicamento recomendado por su médico tratante, no lesionando así el derecho de la Constitución, toda vez que en la actualidad lamentablemente dicha decisión se sustenta en criterios de orden económico y burocrático, criterios que han permitido que tengamos en Costa Rica, donde se dice que todos somos iguales ante la ley sin discriminación alguna contraria a la dignidad humana, que hayan entre las personas adultas mayores enfermas de Alzheimer y/o otras enfermedades, dos categorías de costarricenses, unos que cuentan con recursos económicos propios y suficientes para acceder a medicamentos de calidad y otro grupo de costarricenses, la gran mayoría, personas adultas mayores, que por criterios burocráticos y económicos, y no médicos, se les confiere medicamentos no recomendados, en clara violación a su derecho humano a una vida en condiciones de dignidad, y más aun en sus últimos años de vida.

En este sentido, la jurisprudencia ha dicho:

**I.-** En reiteradas sentencias de amparo esta Sala ha señalado a la Caja Costarricense de Seguro Social que ha de prevalecer el criterio del médico tratante en cuanto a la administración de medicamentos que no forman parte de la Lista Oficial de la Caja (v. sentencias #8678-98 de 16:45 hrs. de 2 de diciembre de 1998, 1999-857 de 14:57 hrs. de 10 de febrero de 1999, 2002-7390 de 8:53 hrs. de 26 de julio de 2002), considerando violatorio de los derechos fundamentales a la salud y a la vida, así como al derecho a la seguridad social las negativas a brindarlos. Por lo anterior, resulta lamentable que los asegurados tengan que acudir a la vía del amparo para que se respete ese criterio ya vertido, incluso en casos en que el recurrido ha sido, precisamente, el Comité Central de Farmacoterapia de la Caja y se han dispuesto órdenes expresas a su coordinador Dr. Albin Chaves Matamoros (p. ej., la reciente sentencia #2002-2811 de 14:54 hrs. de 19 de marzo de 2002), en lugar de que la propia Caja Costarricense de Seguro Social, garante de la salud de los asegurados, asuma las exigencias constitucionales de su misión, desarrolladas por la jurisprudencia vinculante de este Tribunal.

**II.-** Como según los informes rendidos por los recurridos, tanto el médico tratante como el Comité Local de Farmacoterapia del Hospital San Juan de Dios han recomendado la aplicación al amparado de goserelina 10, 8 mg. cada tres meses intra muscular (v. folios 16 y 17), procede estimar el amparo y ordenar, bajo los apercibimientos penales, al Dr. Alvin Chaves Matamoros, en su condición de Coordinador del Comité Central de Farmacoterapia de la Caja Costarricense de Seguro Social, suministrar al amparado el medicamento Goserelina, en el esquema de dosificación ordenado por su médico tratante Dr. Jaime Gutiérrez Góngora, a la mayor brevedad posible”.

Por su parte, en la sentencia N.º 2003-05246 de las 16:57 hrs. de 17 de junio de 2003, la Sala expuso:

“Sobre el fondo. De importancia para esta resolución debe indicarse que la Sala ha resuelto casos semejantes al aquí planteado, siendo un ejemplo de ello la sentencia 9678-01 de las once horas con veintisiete minutos del veintiséis de setiembre del dos mil uno, en la cual la Sala indicó en lo conducente:

**III.-** Sobre el fondo. El recurrente reclama la denegatoria del Departamento de Farmacoterapia de la Caja Costarricense del Seguro Social de autorizar medicamentos agonistas de la hormona liberadora de leutinizante para combatir un carcinoma de próstata metastático que le aqueja (ver oficio DF-1016-07-01 a folio 14). La negativa de los recurridos se fundamenta en que “para nuestro medio la primera opción (la orquidectomía) es la más práctica no sólo porque es la recomendación científica, sino además está amparada a nivel nacional por el Consejo Nacional de Cáncer...”, que en la castración química, propuesta como una alternativa, el logro de condición de “castración” es probable sin embargo puede haber variantes interindividuales de respuesta, a esto adicionamos los efectos adversos a los que se expone el paciente por largo tiempo. Indica además que el Comité Central de Farmacoterapia acordó dar resolución a casos excepcionales en los que el médico tratante justifique que la cirugía está contraindicada por riesgo anestésico. El amparado cuenta con la observación del Jefe de Clínica del Servicio de Urología del Hospital Calderón Guardia (folio 19), quien a su vez es el médico que lo atiende e indica que: “...desde el punto de vista de manipulación hormonal hay dos maneras de abordaje aceptadas internacionalmente en la actualidad que son orquidectomía bilateral o el bloqueo androgénico mediante el uso de superanálogos L.H.R.H., asociados a un antiandrógeno ...”; Decir que los médicos no cuentan en su arsenal terapéutico en la Caja Costarricense de Seguro Social con los medicamentos mencionados y han estado tratando a los pacientes de este tipo mediante orquidectomía bilateral, no constituye justificación alguna para la negativa de los recurridos a brindar un tratamiento alternativo que debe ser una elección del médico tratante y su

paciente. No puede imponerse una sola alternativa cuando de la documentación recibida se infiere que hay dos alternativas y ambos tratamientos son equivalentes, sin embargo se limita la posibilidad de elección tanto al paciente como a su médico tratante. Al comprobarse la lesión al derecho a la salud, el recurso debe estimarse. Se ordena al Comité Central de Farmacoterapia autorizar el suministro al amparado del medicamento y en los términos que lo prescriba su médico tratante”.

Como se desprende del precedente parcialmente transcrito, la Sala ha reconocido que ante la existencia de dos posibilidades de tratamiento con igual resultado, es el paciente con su médico tratante quienes deben tener la posibilidad de escoger, sin que criterios económicos sean los determinantes para inclinarse por uno u otro.

Es evidente que es el médico tratante el que debe medir en cada caso el impacto que podría ocasionar uno u otro tratamiento para su paciente, sin que el hecho de que el medicamento no esté en la lista oficial de medicamentos sea motivo para excluir a priori la utilización de dicho medicamento.

Partiendo, pues, de las consideraciones esbozadas en las sentencias transcritas, es como surge la presente propuesta de ley, para que venga a dar respuesta a los problemas que siguen afectando a la población adulta mayor en su derecho humano a la vida, a la salud y a la seguridad social, y siendo con la finalidad de concretar la iniciativa expuesta que se hace necesario aprobar el presente proyecto de ley, el cual reza:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA  
DECRETA:

**ADICIÓN DE UN ARTÍCULO 17 BIS A LA LEY INTEGRAL  
PARA LA PERSONA ADULTA  
MAYOR, LEY N.º 7935, DE 25 DE  
OCTUBRE DEL AÑO 1999**

**ARTÍCULO ÚNICO.-** Adiciónase un artículo 17 bis a la Ley integral para la persona adulta mayor, Ley N.º 7935, de 25 de octubre del año 1999. El texto legal dirá:

**“Artículo 17 bis.- Deber estatal con respecto a los  
medicamentos**

Al brindar servicios de salud en favor de las personas adultas mayores, corresponderá al Estado, de manera pronta y cumplida y por medio de sus instituciones, conferir al enfermo el medicamento recomendado por su médico tratante, en padecimientos tales como el Alzheimer, entre otros propios de este grupo etáreo.”

Rige a partir de su publicación.

Elibeth Venegas Villalobos  
DIPUTADA

23 de setiembre de 2010.

**NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión  
Permanente de Asuntos Sociales.**

1 vez.—O. C. N° 20339.—Solicitud N° 40792.—C-380800.—  
(IN2010084628).

**DECLARACIÓN DE HÉROE NACIONAL  
Y LIBERTADOR A JUAN SANTAMARÍA**

**Expediente N.º 17.866**

**ASAMBLEA LEGISLATIVA:**

El 19 de noviembre de 1857, Manuela Carvajal (alias Santamaría), madre de Juan Santamaría, presentó al Poder Ejecutivo una solicitud de pensión, en la que indicó que su hijo había muerto en la batalla de Rivas (11 de abril de 1856) mientras le prendía fuego al mesón.

La solicitud de la señora Carvajal fue aprobada por el Poder Ejecutivo el 24 de noviembre de ese mismo año, mediante una anotación en la que se certificaba la veracidad de los hechos, firmada por el Ministro Joaquín Bernardo Calvo y rubricada por el presidente de la República, Juan Rafael Mora Porras.

Juan Santamaría ofreció su vida en defensa de la libertad de Centroamérica, en general, y de Costa Rica, en particular.