

Rige a partir de su publicación.

Peter Guevara Guth.—Carlos Ricardo Benavides Jiménez.—Daisy Quesada Calderón.—Jorge Luis Álvarez Pérez.—Mario Calderón Castillo.—María Elena Núñez Chaves.—Edwin Patterson Bent, Diputados.

NOTA: Este proyecto pasó a estudio e informe de la Comisión Permanente Especial de Turismo.

San José, 3 de agosto del 2004.—1 vez.—C-70860.—(64660).

N° 15.666

CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Asamblea Legislativa:

Los trastornos mentales constituyen un grave problema de salud pública en el mundo entero y representan el 12% de la carga de morbilidad, lo cual para el año 2020 se estima en un 15%. Pueden presentarse en cualquier sociedad y en el transcurso de toda la vida; afectan a personas sin distinción de razas, religión, sexo, edad y población.

Examen de la Situación:

Con el lema: "SI a la atención, No a la exclusión" la Organización Mundial de la Salud declaró en el 2001, la prevalencia que en lo sucesivo debía tener el tema de la salud mental en la agenda mundial de salud. Este hecho es solo un eslabón en la lista de acontecimientos relevantes que el máximo Organismo en Salud ha impulsado con el fin de examinar la situación, reorientar los servicios de salud mental y dotar a los pueblos de una visión futurista en la atención de la salud mental.

Durante los últimos cincuenta años, la percepción y la práctica de la salud mental casi no han cambiado; cualquiera puede verse afectado, pero nos comportamos como si el proceso no nos concerniera:

"Muchos enfermos mentales viven todavía encerrados, sin esperanza, en verdaderas cárceles: tal es la obra de los prejuicios sociales y de la incompreensión. Los psiquiatras más esclarecidos se esfuerzan por conseguir que los enfermos mentales sean tratados, y si es posible curados, como cualquier otro enfermo. Estos esfuerzos serán probablemente estériles mientras persista el miedo irracional a la "locura" y los miembros influyentes de la jerarquía social no comprendan que la salud mental interesa a la sociedad entera y no sólo a los especialistas."

La anterior declaración apareció hace cuarenta y cinco años en un número especial de la revista Salud Mundial dedicado al tema del Día Mundial de la Salud de 1959, y no es disímil a la idea que aun hoy las personas se hacen sobre el tema.

No obstante, se deben destacar algunos logros realizados en muchas partes del mundo por su importancia y profundidad. Hoy en día se nos presenta la oportunidad de dar colectivamente un paso gigantesco adelante y salir así de la oscuridad guiados por los tenues rayos de esperanza generada por los nuevos conocimientos, los cuales nos evidencian que los trastornos mentales y cerebrales son afecciones reales, diagnosticables y tratables y que en algunos casos sabemos, cómo aparecen y cómo prevenirlos. Es preciso aceptar que la mente y el cerebro pueden enfermar, pero también curar al igual que el cuerpo.

Reorientación de los servicios de salud mental:

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas declaró no solo que el tratamiento médico debe considerarse un derecho fundamental de las personas que sufren una enfermedad mental sino también, que estas personas deben ser protegidas contra posibles riesgos. Pueden cometerse violaciones de los derechos humanos tanto cuando se desatiende al paciente al no prestarle los cuidados necesarios como cuando es contenido por medios violentos. Lo anterior no fue el tratamiento otorgado a los enfermos mentales durante siglos.

Algunos países han dado pasos loables para modificar tan arbitraria situación, otros todavía no lo hemos hecho aun teniendo la conciencia colectiva para hacerlo.

Desinstitucionalización y derechos humanos:

La desinstitucionalización consiste en proporcionar atención a los enfermos mentales en entornos comunitarios y no en instituciones cerradas, lo cual guarda estrecha relación con la preocupación por los derechos humanos, siendo esta una condición básica previa a toda reforma de la atención de salud mental. No se trata simplemente de dar de alta administrativa a poblaciones de internados porque ello conduciría a un dramático descuido del paciente. Por el contrario, es un proceso complejo pero también conlleva la adopción de una serie de soluciones alternativas, fuera de los muros del hospital psiquiátrico o manicomio.

En muchos países europeos se desarrollaron procesos de cambio en los sistemas de atención, pasando desde los hospitales psiquiátricos a servicios de tipo comunitario. Un ejemplo de estos cambios lo tenemos en Italia, país que inicio el proceso de humanización de los hospitales psiquiátricos, tras la adopción de la reforma de la salud mental de 1978 (Legge 13 maggio 1978, N° 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontarie e obbligatori"). Tal reforma condujo a la creación de servicios de base comunitaria que permiten a los pacientes vivir en un entorno normal.

En los países nórdicos, Reino Unido, Alemania, España, Grecia, etc., se han producido cambios similares con el traslado de la atención dispensada en los hospitales hacia sistemas de base comunitaria. Esto ha dado lugar a una importante disminución del número de camas en los hospitales psiquiátricos y, en algunos casos al cierre de ellos.

El tema de la salud mental indiscutiblemente se ha arraigado en las agendas sanitarias internacionales. Así por ejemplo, el Consejo de Europa ha adoptado conclusiones sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental, producto de las conferencias sobre "La Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa: hacer frente a los desafíos de la inclusión social y la equidad", que se celebran año con año.

De igual manera los Estados Unidos de América han dado la importancia debida al tema. El 29 de abril de 2002, el Presidente George W. Bush anunció la creación de la Comisión Presidencial Nueva Libertad para la Salud Mental en la Universidad de Nuevo México, en Albuquerque. En su discurso, declaró: "Nuestro país debe asumir este compromiso porque aquellas personas que sufran alguna enfermedad mental se merecen nuestra comprensión y una atención excelente".

De igual forma, identificó los obstáculos que se interponen a la atención de calidad en la esfera de salud mental. Uno de esos obstáculos es el estigma que rodea a las enfermedades mentales, "estigma que es producto de toda una historia de malentendidos, miedos y vergüenzas".

"Como muchos lo saben, es sumamente penoso ver a un ser querido luchar contra una enfermedad que afecta su mente y sus sentimientos, así como sus relaciones con los demás", afirmó.

Además, añadió que: "El estigma produce aislamiento y hace desistir a la gente de tratar de obtener el tratamiento necesario. Los dirigentes políticos, los profesionales de salud y todos los ciudadanos deben entender y enviar este mensaje: La incapacidad mental no es un escándalo, es una enfermedad. Al igual que una enfermedad física, es tratable, especialmente cuando se empieza el tratamiento en una etapa temprana".

El mandatario identificó otro obstáculo: el fragmentado sistema de prestación de servicios de salud mental. El Presidente dijo que los centros y hospitales de salud mental, los refugios para gente sin casa ni hogar, los sistemas judiciales y escolares tienen contacto con personas que sufren trastornos mentales, pero son muchas las personas que quedan desatendidas en el sistema actual. El Presidente declaró que creó la Comisión para procurar "que se atienda a todos".

Concluyó su discurso diciendo que "debemos trabajar para alcanzar una sociedad que sea acogedora y compasiva, una sociedad en la que ninguna persona quede descartada ni olvidada. Es esta la gran historia prometedora de nuestro país y podemos escribir otro capítulo. Debemos brindar a todos aquellos que sufran enfermedades mentales, el tratamiento y el respeto que se merecen".

Por su parte, la Comisión trabajó durante más de un año, arrojando un "Interim Report" en octubre del 2002 y el "Final Report" el 22 de julio del 2003.

"Nos imaginamos un futuro donde toda persona con una enfermedad mental se recuperará; un futuro en el que las enfermedades mentales se podrán prevenir o curar; un futuro cuando toda enfermedad mental será diagnosticada tempranamente y un futuro donde cada persona con una enfermedad mental en cualquier etapa de su vida tendrá acceso a tratamientos efectivos y los apoyos esenciales para vivir, trabajar, aprender y participar plenamente en su comunidad". Fue la cita final de la Comisión.

La salud mental como parte de los servicios generales de atención sanitaria:

La atención de salud mental es un elemento básico e indispensable para lograr una buena salud a lo largo de la vida. Se debe insistir reiteradamente en que el médico de familia y el generalista tienen que ser cada vez más capaces de reconocer cualquier afección mental o trastorno cerebral para dispensar cuidados de buena calidad. Asimismo, en todo el mundo se reconoce que la participación de la familia en el cuidado y la rehabilitación de las personas que padecen una enfermedad mental o cerebral es decisiva para el éxito del tratamiento.

Planteamiento:

La atención de la salud mental es tarea de todos; es una tarea colectiva y continúa que implica conservar y recuperar lo que hace humanas a las personas, junto con su vida espiritual. Requiere un entorno saludable y pacífico en el que todos puedan prosperar, en el que reine la tolerancia y no haya lugar para la violencia. Sin ello, estaremos todos más expuestos a tener problemas de salud mental.

Los individuos deben fomentar en los niños la formación temprana de lazos afectivos saludables y la adquisición de las habilidades propias de la edad, buscando ayuda si tienen un problema de salud mental o si creen tener síntomas y uniéndose a los esfuerzos para disipar los mitos sobre las enfermedades mentales y los trastornos cerebrales.

Las familias deben ayudar en las crisis, haciendo participar a todos sus miembros en la solución del problema y apoyándose emocionalmente unos a otros, reconociendo los síntomas precoces y estimulando a los miembros afectados para buscar ayuda si esta es necesaria, apoyando a los que sufren y no desestimando sus síntomas, y uniéndose a otras familias para apoyarse mutuamente y modificar los conceptos erróneos más comunes.

La comunidad debe crear oportunidades educativas para que los ciudadanos aprendan la importancia de la salud mental, se debe enseñar a los niños la tolerancia ante las diferencias entre las personas y la aceptación de las discapacidades, se debe integrar a los que tienen problemas de salud mental proporcionándoles la oportunidad de contribuir a la sociedad.

Los profesionales en salud deben examinar la situación emocional de los pacientes, además de su estado físico, deben buscar la formación idónea para reconocer los síntomas y aprender a atender a las personas con trastornos, haciendo participar a las familias en asistencia al paciente.

Las autoridades políticas deben velar porque las políticas se extiendan más allá del sistema de atención de salud mental e incluyan la educación, el trabajo, la justicia y los sistemas integrales de salud, proporcionando cobertura de los costos de la atención de salud mental como garantía básica y asignando fondos a la investigación en salud mental en todos sus componentes.

Los científicos deben estudiar de modo integral todos los factores, incluidos los genes, el entorno y el comportamiento, que causan los trastornos mentales y cerebrales, su duración y recuperación de la salud.

Las asociaciones diversas pro salud mental deben defender la idea de que la atención debe ser equitativa y debe prestarse en las mejores condiciones posibles.

Los medios de comunicación deben contribuir a dar poder efectivo a las comunidades difundiendo información pertinente, desterrando los estereotipos y el sensacionalismo, y concediendo la debida importancia a los derechos humanos de los enfermos mentales.

Las organizaciones no gubernamentales deben educar al público sobre la salud mental y sus trastornos, contribuyendo con la información idónea a la movilización de la opinión pública respecto de las políticas, los programas y las prestaciones sociales para los enfermos mentales.

La situación costarricense:

Costa Rica ha tenido avances importantes en salud como lo demuestran sus indicadores. El perfil epidemiológico actual muestra un predominio de las enfermedades crónicas entre las que figuran las enfermedades mentales. Los trastornos afectivos constituyen la cuarta causa de incapacidad laboral en el país. Consultas y estudios recientes señalan como necesidades más sentidas de la población, la violencia familiar, el alcoholismo y la drogadicción, el abuso sexual y los trastornos depresivos.

En Costa Rica, al igual que en el resto de países se ha dado prioridad a la atención de la enfermedad más que a la salud mental, y hasta el año pasado no había sido objeto de políticas nacionales. Hasta el año 2002 el Ministerio de Salud condujo un proceso concertado de análisis de situación en salud mental, para identificar los asuntos críticos que se tomaran como base para definir los lineamientos de la política en salud mental, objetivos, y grandes estrategias para reorientar el accionar, el cambio del modelo actual con un enfoque de promoción de la salud mental. Pero a la fecha no existe una investigación epidemiológica que cuantifique de manera real la magnitud de los trastornos mentales en el país.

En el campo de la legislación no escapa el estigma de la carencia de salud mental bajo el enfoque terapéutico, anómalo y morfológico. (Se anexa a este proyecto la presentación titulada "Salud Mental: Regulaciones Vigentes en Costa Rica y las Nuevas Perspectivas" elaborada por el Lic. David Valverde Méndez, Asesor parlamentario).

El proyecto:

El presente proyecto pretende la constitución del Sistema Nacional de Salud Mental, el cambio de paradigma en el tratamiento del tema, el fomento de la prevención y diagnóstico temprano, la maximización de los recursos públicos y el fortalecimiento y coordinación de la red nacional de salud mental. Tiene como propósito humanizar la atención de las personas con problemas mentales; eliminar el estigma; universalizar el acceso a servicios óptimos, de calidad y cercanos a donde residen los usuarios, para reducir la discapacidad, la violencia, el abuso y la inequidad. Insta a las instituciones públicas y a los organismos no gubernamentales relacionados con la salud mental, a incluir en sus estructuras programáticas, acciones específicas en salud mental, según los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental. El componente de salud mental debe ser vital en la esfera de la seguridad nacional.

Se crea la Unidad de Salud Mental, como unidad independiente pero perteneciente a la Dirección de Desarrollo del Ministerio de Salud. Dicho departamento tendrá el rango de Unidad, para los efectos presupuestarios y administrativos pertinentes dentro de la estructura ministerial.

Por todo lo anterior someto a conocimiento de los señores diputados y las señoras diputadas la siguiente iniciativa:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, DECRETA:

CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°—**Objeto y Propósito.** La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito del territorio costarricense.

El propósito de esta Ley es humanizar la atención de las personas con problemas mentales; eliminar el estigma; universalizar el acceso a servicios óptimos, de calidad y cercanos a donde residen los usuarios, para reducir la discapacidad, la violencia, el abuso y la inequidad.

Artículo 2°—**Interés Público.** Declárase de interés público la consecución y mantenimiento de la salud mental.

Artículo 3°—**Principios.** La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

- Lo establecido por la Constitución Política en cuanto al derecho a la vida y por extensión jurisprudencial constitucional al derecho a la salud.

b) La Ley General de Salud.

c) El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.

d) El desarrollo de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de cada uno de dichas esferas.

e) La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Mental.

f) La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario.

g) La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios.

h) El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental.

i) La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria. Evitando políticas, técnicas y prácticas discriminatorias o estigmáticas.

Artículo 4°—**Derechos.** Son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema Nacional de Salud Mental:

a) Los establecidos por la Constitución Política, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales ratificados por el país.

b) A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia.

c) El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención.

d) A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico.

e) A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención.

f) A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento.

g) La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales.

h) El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad.

i) La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad.

j) La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria.

k) A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

Artículo 5°—**Rectoría.** Al Ministerio de Salud, como rector del sector salud, le corresponde la rectoría en materia de políticas públicas nacionales a favor de la Salud Mental.

CAPÍTULO II

Del Sistema Nacional de Salud Mental

Artículo 6°—**Creación.** Créase el Sistema Nacional de Salud Mental, como el conjunto de políticas, planes, programas, recursos materiales, establecimientos de salud o conexos, dirigidos a la prevención, capacitación, investigación, diagnóstico temprano, tratamiento y asistencia, de los problemas que atentan contra la plena salud mental.

El Sistema Nacional de Salud Mental funcionará de conformidad con el Plan Nacional de Salud Mental.

Artículo 7°—**Conformación.** El Sistema Nacional de Salud Mental estará conformado por:

La Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, que se crea mediante esta Ley.

El Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La Red Nacional de Salud Mental, definida como el conjunto de facilidades e infraestructuras del sistema hospitalario nacional, dedicadas de manera directa o indirecta a la atención de los problemas y afecciones mentales. La red está conformada por el Hospital Nacional Siquiátrico y por los demás hospitales, clínicas y Ebais de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Artículo 8°—**Unidad de Salud Mental.** Créase la Unidad de Salud Mental, como unidad independiente pero perteneciente a la Dirección de Desarrollo del Ministerio de Salud. Dicho departamento tendrá el rango de Unidad, para los efectos presupuestarios y administrativos pertinentes dentro de la estructura ministerial.

CAPÍTULO III

Del Plan Nacional de Salud Mental

Artículo 9°—**Plan Nacional de Salud Mental.** El Ministerio de Salud, en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, es el ente encargado de formular el Plan Nacional de Salud Mental, el cual abarcará todas las políticas públicas nacionales en salud mental.

Al Ministerio de Salud le corresponderá la definición y ejecución de las políticas relacionadas con la prevención, investigación epidemiológica y capacitación. Asimismo, evaluará y fiscalizará la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental.

Corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social la definición y ejecución de las políticas programáticas de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, asistencia, investigación científica, docencia y capacitación en la esfera de las afecciones mentales, así como cualquier otra actividad relacionada. También coordinará el funcionamiento de la red de servicios y las relaciones con otras instituciones de bienestar social necesarias para la capacitación, obtención de empleo y vivienda de pacientes calificados.

Artículo 10.—**Instituciones Relacionadas.** Se insta a las instituciones públicas y a los organismos no gubernamentales relacionados con la esfera de la salud mental, a incluir en sus estructuras programáticas, acciones específicas en salud mental, según los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 11.—**Docencia e investigación.** Promuévese la docencia y la investigación en todos los ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud Mental.

Artículo 12.—**Seguridad nacional.** Declárase el componente de salud mental como elemento imprescindible en la preparación, entrenamiento y ejecución de medidas, planes, programas y recurso humano, tendientes o destinados al ámbito de la seguridad nacional en sus diversas modalidades. Corresponde al Ministerio de Seguridad Pública la ineludible obligación de observar e incorporar dicho componente en la preparación profesional del personal destinado o relacionado con la seguridad, civil, policial, diplomática o de cualquier índole.

Artículo 13.—**Reglamentación.** El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley dentro de los noventa días siguientes a su promulgación. La ausencia de reglamento no impedirá su aplicación.

Transitorio I.—En un plazo no mayor a diez años a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, el Hospital Nacional Siquiátrico deberá reducir su población de pacientes internados en alrededor de un cincuenta por ciento (50%) en relación con la cifra estadística actual. A la vez, se crearán pequeñas unidades de internamiento en los hospitales regionales y otros, en los cuales habrá posibilidad de recibir atención proporcional, medicamentos de calidad, rehabilitación y facilidades de reinserción social.

Rige a partir de su publicación.

Edgar Mohs Villalta, Diputado.

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

San José, 3 de agosto del 2004.—1 vez.—C-117060.—(64661).

N° 15.672

REFORMAS DEL ARTÍCULO 2°, PÁRRAFO PRIMERO DEL ARTÍCULO 3°, PÁRRAFO SEGUNDO DEL ARTÍCULO 6°, EL INCISO CH) DEL ARTÍCULO 24, EL INCISO CH) DEL ARTÍCULO 34, LOS PÁRRAFOS PRIMERO Y ÚLTIMO DEL ARTÍCULO 36, EL INCISO G) DEL ARTÍCULO 97, EL PÁRRAFO PRIMERO DEL ARTÍCULO 105 Y EL ARTÍCULO 133, Y SE DEROGA EL ARTÍCULO 106 TODOS DEL CÓDIGO DE MINERÍA, LEY N° 6797, DEL 4 DE OCTUBRE DE 1982

Asamblea Legislativa:

El Código de Minería, Ley N° 6797, establece la posibilidad de obtener concesiones para la explotación de materiales, actividad que fue reglamentada por medio del Decreto N° 29300-MINAE, mediante los artículos 128, 129, 152 y 153. En ellos se contemplan requisitos específicos para el desarrollo de proyectos menores de explotación por un plazo de hasta cuatro meses y un volumen máximo de 20.000 metros cúbicos.

Por otra parte, la Ley N° 8246 Modificaciones al Código de Minería y Ley N° 6797, en su artículo 39, da la posibilidad de otorgar concesiones temporales a los ministerios y municipalidades para extraer dichos materiales por un período máximo de ciento veinte días.

Es necesario hacer notar que los materiales de los cauces de dominio público y/o tajos, obtenidos por las concesiones temporales representan uno de los insumos más importantes con que cuentan las instancias del Estado (municipalidades e instituciones públicas) para desarrollar proyectos que permitan mejorar la red vial (cantonal y nacional). Sin embargo, y pese a esta importancia, la normativa existente hace nugatoria la posibilidad de adquirir la autorización, con lo cual las municipalidades se han visto limitadas en la ejecución de sus proyectos.

Estos trámites exigen la presentación de un estudio de impacto ambiental, de conformidad con el Código de Minería (Ley N° 6797). No obstante, la presentación de estos estudios, representa grandes inversiones económicas y trámites administrativos engorrosos para realizar la contratación del equipo interdisciplinario exigido por ley.

Asimismo, el tiempo de respuesta para este trámite, por parte de la Secretaría Técnica Nacional Ambiental (SETENA), no ha sido impuesto dentro de la normativa existente, razón por la cual la notificación de la

viabilidad ambiental puede demorar varios meses o hasta años, situación que dificulta el cumplimiento de los planes de mantenimiento rutinario y rehabilitación de la red vial, siendo estos, eje fundamental para el desarrollo de los diferentes sectores socio-económicos de los pueblos y por ende, del país.

Estamos conscientes de la gran importancia que los entes estatales cumplan con la evaluación de impacto ambiental, según se establece en la Ley Orgánica del Ambiente (Ley N° 7554 artículo 17), con lo cual se garantiza la protección al ambiente.

Sin embargo, es necesario contar con mecanismos ágiles que permitan realizar trámites expeditos para autorizar la obtención de concesiones temporales.

De ahí que la presente iniciativa reviste de gran importancia en el tanto que facilita la tramitación y la autorización de los permisos de explotación de materiales por medio de una modificación de varios artículos del Código de Minería.

Con esta modificación se brinda la posibilidad de que en pequeñas extracciones, se puedan presentar otros instrumentos alternativos que, garantizando la protección del ambiente, puedan ser de más fácil cumplimiento para la obtención de la viabilidad ambiental.

Entre los instrumentos que podrán ser solicitados por SETENA dentro de la evaluación de impacto ambiental está la declaración jurada de compromisos ambientales, el Plan de Gestión Ambiental, la elaboración del estudio de impacto ambiental, u otros instrumentos de evaluación debidamente establecidos por dicha entidad.

La aplicación de cualquiera de ellos, permite identificar y predecir los efectos que se ejercerán sobre el ambiente en una posible extracción y el instrumento más adecuado por desarrollar, para conducir a la toma de decisiones.

Asimismo, la evaluación de impacto ambiental, se considera un mecanismo ágil en cuanto a la versatilidad y variedad de sistemas de evaluación que pueden ser adoptados para un proyecto dado, en tanto que en la actualidad, la exigencia que establece la ley con respecto a la presentación de estudios de impacto ambiental limita las posibilidades de seleccionar, otros mecanismos de evaluación más convenientes y ágiles, en función de la magnitud de los proyectos.

Los beneficios descritos anteriormente se podrán lograr con la modificación de los artículos contenidos en el presente proyecto de ley, en el cual se sustituye el estudio de impacto ambiental por la evaluación de impacto ambiental, razón por lo cual lo someto al conocimiento de los señores y las señoras diputadas para lograr su pronta aprobación.

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA

DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA, DECRETA:

REFORMAS DEL ARTÍCULO 2°, PÁRRAFO PRIMERO DEL ARTÍCULO 3°, PÁRRAFO SEGUNDO DEL ARTÍCULO 6°, EL INCISO CH) DEL ARTÍCULO 24, EL INCISO CH) DEL ARTÍCULO 34, LOS PÁRRAFOS PRIMERO Y ÚLTIMO DEL ARTÍCULO 36, EL INCISO G) DEL ARTÍCULO 97, EL PÁRRAFO PRIMERO DEL ARTÍCULO 105 Y EL ARTÍCULO 133, Y SE DEROGA EL ARTÍCULO 106 TODOS DEL CÓDIGO DE MINERÍA, LEY N° 6797, DEL 4 DE OCTUBRE DE 1982

Artículo 1°—Reformáse el artículo 2°, párrafo primero del artículo 3°, el párrafo segundo del artículo 6°, el inciso ch) del artículo 24, el inciso ch) del artículo 34, los párrafos primero y último del artículo 36, el inciso g) del artículo 97, el párrafo primero del artículo 105, y el artículo 133 del Código de Minería, Ley N° 6797, del 4 de octubre de 1982, para que se lean de la siguiente manera:

“Artículo 2°—**Evaluación de impacto ambiental:** Procedimiento administrativo, científico-técnico que permite identificar y predecir cuáles efectos se ejercerán sobre el ambiente, una actividad, obra o proyecto, cuantificándolos y ponderándolos para conducir a la toma de decisiones. De forma general la evaluación de impacto ambiental abarca tres fases:

- La evaluación ambiental inicial.
- La confección del estudio de impacto ambiental o de otros instrumentos de evaluación que corresponda.
- El control y seguimiento ambiental de la actividad, obra o proyecto por medio de los compromisos ambientales establecidos.

Artículo 3°—No podrán hacerse exploraciones o explotaciones de sustancias minerales sin el previo permiso de exploración o la concesión de explotación. Corresponderá al Ministerio de Ambiente y Energía, por medio de la Dirección de Geología y Minas, otorgar permisos exclusivos de exploración y concesiones de explotación, previo análisis y, aprobación de la evaluación que haga el correspondiente organismo gubernamental de control sobre el impacto ambiental de tales actividades.

[...]

“Artículo 6°—

[...]

Excepto con autorización expresa de la Asamblea Legislativa, los permisos o concesiones podrán negarse o condicionarse, de acuerdo con el análisis de la evaluación sobre el impacto social y ambiental que se hagan, en los cuales participarán las comunidades