

# **NORMA TECNICA SOBRE HOGARES PROTEGIDOS**

**OCTUBRE DE 2000**

1



**GOBIERNO DE CHILE**  
MINISTERIO DE SALUD

**DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS**  
Depto. Programas de las Personas  
Unidad de Salud Mental



# INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO CONCEPTUAL	7
3. NORMA TÉCNICA	11
AUTORES	15
BIBLIOGRAFÍA	17
ANEXO	19



# 1. INTRODUCCIÓN

La atención de la persona con enfermedad mental en una psiquiatría moderna implica, tal como se señala en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el diseño de un modelo de atención que ponga en el centro a la persona considerando sobretodo, la vulnerabilidad que impone un trastorno mental, especialmente si este es de larga evolución, que disminuye en forma significativa y permanente las habilidades sociales necesarias para una integración adecuada a la sociedad.

Este cambio propone la creación de servicios que favorezcan el enfoque comunitario de la atención psiquiátrica, a través de programas de atención ambulatoria que inserten la psiquiatría como especialidad en el contexto general de los servicios de salud de un país, con la inclusión de camas de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y que incluyan programas de rehabilitación psicosocial con el objetivo de reinsertar a la persona a su medio comunitario.

Conjuntamente se requiere la creación de instancias orientadas a favorecer la integración social de personas con discapacidad de causa psíquica tales como centros diurnos comunitarios, comunidades terapéuticas, talleres laborales protegidos y hogares protegidos.

Disponer de "Hogares Protegidos", donde personas con discapacidad de causa psíquica puedan incorporarse a la vida del vecindario de la mejor manera posible, como cualquiera de sus habitantes, es un avance notable en el compromiso de mejorar su calidad de vida.



## 2. MARCO CONCEPTUAL

Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos, psicológicos y sociales, susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. El manejo efectivo de estas enfermedades requiere acciones de salud que involucren a las personas, las familias y los grupos organizados de la comunidad, así como de servicios y aportes específicos de otros sectores.

Las enfermedades mentales afectan el funcionamiento del sistema nervioso, provocando síntomas que deben ser tratados específicamente para disminuir los efectos que provocan en las capacidades personales para relacionarse con el medio ambiente y/o en el desempeño de roles sociales. En forma conjunta con esta disminución de las capacidades, existen factores del medio ambiente, físico y/o social, que afectan las posibilidades de integración de las personas con discapacidad de causa psíquica.

Se entiende por discapacidad psíquica toda restricción o falta de habilidades en una persona, para manejarse en forma independiente, de acuerdo con los patrones considerados como "normales" en un ser humano en una sociedad y cultura dada. **Constituye una de las consecuencias de un daño en la estructura y/o funcionamiento cerebral de la persona, puede ser congénito o adquirido y, previsiblemente, de carácter permanente.**

En general, la discapacidad psíquica se manifiesta en:

- Una historia de pérdidas, de la historia personal, de la confianza en los demás, etc.
- Fenómeno psíquico conocido como "defecto", que corresponde a un proceso de retraimiento o regresión que bloquea en la persona las posibilidades de interacciones sociales nuevas. Este proceso ayuda a disminuir el sufrimiento psíquico.
- Olvido o menoscabo de habilidades sociales.
- Sentimientos de desvinculación y de no pertenencia.
- Efectos de la institucionalización: se produce como consecuencia de carencias y

empobrecimiento de las interacciones sociales, en la cual la institución hospitalaria determina el ritmo y la intensidad de las relaciones de la persona con un trastorno psiquiátrico. Este fenómeno no es privativo del hospital psiquiátrico, sino que también de cualquier otro espacio asistencial que obliga a las personas a adoptar un comportamiento que está determinado externamente.

Las personas con discapacidad psíquica presentan múltiples necesidades, tanto a nivel personal como en relación al medio ambiente físico y social. La definición de los ámbitos de responsabilidad entre los distintos sectores del Estado para satisfacer estas necesidades es materia aún pendiente en Chile.

Entre las necesidades específicas de las personas con discapacidad de causa psíquica se pueden establecer las siguientes:

- Tratamiento especializado
- Rehabilitación
- Cuidados de salud general
- Apoyo psicológico
- Apoyo familiar
- Vivienda
- Trabajo
- Ocio y tiempo libre
- Movilidad y comunicaciones
- Educación y capacitación

Este listado de necesidades amplias y complejas supera el ámbito de responsabilidad del sector salud y deben, por tanto, ser abordadas desde una perspectiva intersectorial, en donde los recursos y capacidades de distintos sectores del Estado se conjuguen adecuadamente. Sin embargo, sin la participación activa de las personas con enfermedad mental, de sus familiares y de la comunidad en general no es posible la satisfacción de este conjunto de necesidades.

Al sector salud le corresponde responder a todas aquellas necesidades relacionadas con el manejo de la patología, a través de acciones tales como:

- **Tratamiento especializado** con el propósito de controlar y estabilizar los síntomas del trastorno utilizando psicofármacos, psicoterapia, terapia familiar, entre otras. Esta atención se realiza en las distintas instancias de la red asistencial de salud mental y psiquiatría.
- **Acciones de rehabilitación** para desarrollar destrezas y habilidades que permitan a la persona con discapacidad de causa psíquica, alcanzar el máximo nivel de autonomía posible, facilitando su posterior integración social. Incluye desde la adquisición de hábitos para la vida cotidiana hasta la rehabilitación sociolaboral y



se realiza en unidades especializadas de la red asistencial de salud mental y psiquiatría con refuerzo en los espacios de la vida habitual de las personas.

- **Atención general** de salud para el cuidado de la salud física y el mejoramiento de los trastornos somáticos relacionados o no con el trastorno mental. Se realiza en los establecimientos de la red de salud general y se basa en controles de salud periódicos.
- **Apoyo emocional** para el refuerzo en áreas tales como sexualidad, pareja, sentimientos de soledad, paternidad, crianza, etc. y que no corresponden a síntomas del trastorno mental. Este apoyo se realiza en las distintas instancias de la red asistencial de salud mental y psiquiatría.
- **Apoyo a la vida en comunidad** con el propósito de facilitar las condiciones para que las personas con discapacidad de causa psíquica puedan incorporarse a la vida del vecindario de la mejor manera posible

Gran parte de las necesidades específicas de las personas con discapacidad de causa psíquica requieren de acciones de otros sectores del Estado y de la propia comunidad, sin las cuales las intervenciones propias de salud no serían eficientes. En este sentido, es también responsabilidad del sector salud el impulsar un trabajo intersectorial que permita que otros sectores del Estado asuman su responsabilidad en acciones tales como:

- **Apoyo familiar** para potenciar a la familia como el principal recurso terapéutico, y teniendo presente su necesidad de terapia o trabajo de apoyo cuando la relación con el paciente los desborda. Estas acciones pueden ser desempeñadas por las agrupaciones comunitarias, especialmente las agrupaciones de familiares, utilizando la modalidad de autoayuda y asesoradas por el equipo de salud.
- **Programas habitacionales** para satisfacer las necesidades de vivienda de personas con discapacidad de causa psíquica que carecen de apoyo social y que no cuentan con las habilidades necesarias para satisfacer en forma adecuada esta necesidad. Estos programas deberían ser de responsabilidad del sector vivienda, con asesoría directa y permanente del sector salud.
- **Programas de inserción** laboral para poner a disposición de las personas con trastornos mentales, alternativas de trabajo que incluyan desde puestos protegidos hasta puestos plenamente competitivos. Estos programas deberían ser de responsabilidad del sector trabajo, con asesoría directa y permanente del sector salud.
- **Programas recreacionales** para satisfacer las necesidades de ocio y tiempo libre de las personas con trastornos mentales, facilitando el acceso y la participación en las alternativas recreacionales a las que todas las personas tiene derecho y/o al desarrollo de alternativas propias como clubes sociales u otras. Estos programas deberían ser de responsabilidad del sector educación y cultura en conjunto con la Dirección de Deportes y Recreación, con asesoría directa y permanente del sector salud.
- **Programas de transporte y comunicaciones** para responder a las necesidades de desplazamiento por la ciudad (locomoción pública) y de contar con alternativas tele-

fónicas de apoyo o ayuda en caso de problemas. Estos programas deberían ser de responsabilidad del sector transportes y telecomunicaciones con asesoría directa y permanente del sector salud.

- **Programas de Educación y Capacitación** para dar respuesta a las necesidades de recuperación de la educación interrumpida por el trastorno mental y/o a las necesidades de acceso a instancias de formación técnico profesional. Estos programas deberían ser de responsabilidad del sector educación, con asesoría directa y permanente del sector salud.

La evidencia nacional e internacional demuestra que es posible mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad de causa psíquica, para lo cual se requiere, además de los tratamientos psicofarmacológicos, de una red de apoyo social de tipo comunitario en la cual, tanto las condiciones ambientales como el comportamiento social de la familia y de la comunidad, influyan positivamente en la estabilidad y calidad de vida de las personas con trastornos mentales. Puesto que la discapacidad psíquica se expresa a nivel de las relaciones sociales, será a través de la interacción con otras personas y organizaciones la forma en que se reactivaren y desarrollaren esas capacidades.

La confluencia de las múltiples iniciativas sectoriales para la satisfacción de estas necesidades tiene como lugar natural al espacio comunal, ya que es la comuna la unidad territorial básica donde se desarrolla la vida social y, por lo tanto, es imprescindible considerar las capacidades que tienen las Municipalidades para concretar programas específicos en beneficio de su población.

## 3. NORMA TÉCNICA

- 3.1 Se entenderá por Hogar Protegido **una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias.**

Estos hogares deben garantizar una dinámica de funcionamiento que tienda a asemejarse lo más posible a las relaciones que se establecen en cualquier grupo humano de adultos que habitan una residencia común, es decir, fomentar la participación (promoviendo la expresión de afectos, ideas y opiniones), el respeto, la tolerancia y las relaciones afectivas.

- 3.2 El objetivo de un Hogar Protegido es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo además al proceso de entrenamiento de las habilidades que se relacionan con su desempeño en el hogar. De este modo, el Hogar Protegido debe tender a favorecer su autonomía.

- 3.3 La procedencia de las personas que ingresan a estos hogares puede ser desde Hospitales Psiquiátricos, Servicios de Psiquiatría de Hospital General, Servicios de Psiquiatría Ambulatorios, o bien, provenir de otros componentes de la red asistencial.

- 3.4 El proceso de selección de los residentes debe ser realizado conjuntamente por el equipo técnico con los propios beneficiarios (residentes y postulantes) y sus familias en caso que corresponda. Entre los criterios de selección debe considerarse que los postulantes:

- Sean discapacitados de causa psíquica
- No tengan las habilidades necesarias para vivir en forma independiente
- No cuenten con el apoyo de sus familias para vivir con ellas.

- Estén compensados psicopatológicamente
  - No presenten problemas asociados al consumo actual de alcohol y otras drogas
- 3.5 No podrá egresarse a los residentes puesto que se trata de una instancia residencial. Todo cambio debe hacerse por voluntad del residente interesado.
- 3.6 De acuerdo al grado de cuidados requeridos por los residentes, los Hogares Protegidos contarán con los siguientes tipos de apoyo:
- Apoyo permanente las 24 horas del día, donde el cuidador permanece en el Hogar las 24 horas del día, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos.
  - Apoyo nocturno, donde el cuidador permanece en el Hogar durante la noche, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos.
  - Apoyo algunas horas al día, donde el cuidador apoya aquellos aspectos más débiles de los residentes en horarios establecidos de común acuerdo.
  - Apoyo algunas horas a la semana, donde el cuidador supervisa a los residentes en horarios y aspectos establecidos de común acuerdo.

En todo caso, esta organización debe ser flexible e ir adaptándose a las variaciones en las necesidades de cuidados de los residentes. En este sentido, un Hogar que comience con apoyo 24 horas al día podrá transformarse en Hogar de cuidado parcial en la medida que sus residentes vayan adquiriendo las habilidades necesarias.

En ningún caso podrá trasladarse a un residente de un Hogar a otro, por el hecho de que sus necesidades de cuidados varíen, ya sea que éstas aumenten o disminuyan. En dichos casos deberá adaptarse los cuidados a las necesidades de las personas.

- 3.7 La implementación y operación de Hogares Protegidos requiere de la estructuración de un soporte organizacional que oriente y facilite el logro de los objetivos de esta instancia residencial. Este soporte organizacional debe estar compuesto de, a lo menos, un equipo técnico y los administradores.
- 3.8 Los roles y funciones de cada instancia del soporte organizacional serán, al menos, los siguientes:
- 1) **Equipo Técnico:** Equipo multidisciplinario, dependiente de la Unidad de Salud Mental de la Dirección del Servicio de Salud, compuesto por representantes de la Red Asistencial, de la Unidad de Salud Mental, de Agrupaciones de Familiares, de Agrupaciones de Personas discapacitadas de causa psíquica y de Organizaciones Administradoras de Hogares.

Es una instancia de carácter técnico, encargada de definir lineamientos conceptuales, asesorar y supervisar la implementación de Hogares Protegidos y supervisar y monitorear su funcionamiento. Esto último se debe realizar preferentemente a través y en coordinación con el Equipo de Salud Local y/o Equipo de salud mental y psiquiatría local cuando exista. Las funciones del Equipo Técnico son:

- Promover el desarrollo de Hogares Protegidos, difundiendo sus objetivos, características, proyecciones y necesidades.
- Formular orientaciones técnicas destinadas a establecer las características y funcionamiento óptimo de los hogares.
- Apoyar y supervisar la gestión administrativa.
- Supervisar el cumplimiento de las normas y orientaciones técnicas, en coordinación con las instancias de salud existentes según las realidades del nivel local.
- Establecer coordinación intersectorial entre los distintos actores que participan en la implementación, desarrollo, operación y evaluación de los hogares.
- Realizar trabajo intersectorial que facilite el desarrollo de los hogares.

**2) Administradores:** Persona natural o jurídica, pública o privada, responsable de la administración de los Hogares Protegidos, a nivel financiero y de gestión, debiendo ocuparse de todos aquellos aspectos relativos a la operación de cada uno de los hogares.

Las funciones específicas de los administradores son:

- Firma de convenios con las instancias respectivas, en los cuales se especifican las responsabilidades administrativas.
- Asistencia a reuniones de coordinación técnica.
- Recepción de fondos.
- Control de gastos de acuerdo a ítems pre-establecidos.
- Procurar lugares de residencia y equipamiento de las viviendas, resguardando los requisitos básicos de seguridad establecidos en la legislación de vivienda y seguridad vigente.
- Mantenimiento de la casa-habitación.
- Cautelar el buen uso de los bienes adquiridos de acuerdo con los fines establecidos en los convenios.
- Contratación de cuidadores, responsabilizándose tanto de su idoneidad como de los aspectos contractuales y legales.
- Procurar apoyo, supervisión y capacitación a los cuidadores contratados.

Es de responsabilidad de los administradores procurar el apoyo y supervisión a los residentes en los hogares de acuerdo a las necesidades individuales que cada uno de ellos presente, para lo cual contratará cuidadores. La contratación de profesionales o técnicos de salud no procede ya que se contrapone a la idea de Hogar, a menos que asuman las funciones del cuidador.

Los cuidadores supervisan y apoyan a los residentes en áreas tales como autocuidado, autonomía doméstica, interacción social, conductas instrumentales, estructuración de rutina, integración comunitaria con instancias de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias.

Las funciones de los cuidadores son las siguientes:

- Observación activa de los residentes.
- Estimulación para desarrollo de conductas.
- Asistencia directa en aquellas áreas de mayor discapacidad de los residentes.
- Velar por la seguridad de los residentes en el Hogar responsabilizándose, entre otros de que las reparaciones necesarias sean hechas oportunamente.
- Reconocimiento del entorno comunitario.
- Contacto con instancias o personas de acuerdo a los intereses y necesidades de los residentes

- 3.9 El número de residentes por Hogar debe ser igual o inferior a 8 personas.
- 3.10 El número máximo de residentes por habitación será de 2 personas.
- 3.11 En el Hogar Protegido se deberá disponer de una sala de baño por cada 4 residentes.
- 3.12. En la casa - habitación se deberá disponer de los espacios habituales de un hogar (sala de estar, cocina, dormitorios, baños y comedor).
- 3.13. Los residentes dispondrán de libre acceso a la casa - habitación y a las dependencias de uso común.
- 3.14. Los residentes podrán salir y entrar del Hogar sin más restricciones que las acordadas por ellos mismos.
- 3.15. Los residentes podrán tener invitados, respetando los acuerdos establecidos entre los propios residentes.
- 3.16. La habilitación e implementación de la casa-habitación se hará tomando en cuenta las preferencias de los residentes, garantizando niveles mínimos de comodidad y bienestar.

## AUTORES

- ❑ **Cáceres Vallejos, Andrea**, Familiar, Administradora Hogares Protegidos, Presidenta de la Agrupación de Familiares de Pacientes Psiquiátricos AFAPS.
- ❑ **Carniglia Tobar, Claudia**, Terapeuta Ocupacional, Jefa Unidad de Rehabilitación, Servicio de Psiquiatría Hospital Barros Luco.
- ❑ **Flores, Luis**, Asistente Social, Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- ❑ **Godoy, Marcela**, Enfermera Servicio Larga Estadía, Hospital El Peral
- ❑ **Minoletti, Alberto**, Psiquiatra, Jefe Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud.
- ❑ **Oliva Zuñiga, Marta**, Asistente Social, Hospital Psiquiátrico El Peral.
- ❑ **Palma Bielefeld, Cristián**, Sociólogo, Asesor Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- ❑ **Rojas Moreno, Irma**, Enfermera, Encargada de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- ❑ **Sepúlveda Silva, Georgina**, Familiar, Encargada Proyectos Agrupación de Familiares Comunidad Terapéutica Pedro Aguirre Cerda y Presidenta de la Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Discapacitados Psíquicos, ANAFADIS.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson Carol, Reiss Douglas y Hogarrty Gerald, Amorrortu editores, Esquizofrenia y Familia, Guía práctica de psicoeducación. 1988.
2. Carrasco Lucas R. Versión Española del WHOQOL, División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.,1998.
3. Corral Blanco C, González Jovellar S y Ruíz Lázaro PM Atención Primaria de Salud y Psiquiatría en la comunidad, Madrid.1998 hdt:// www.intesep.org/manual/a16.htm
4. Egri G. "La Rehabilitación en Salud Mental con base en la Comunidad" en Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex, Ejecutores de Programas de Salud N° 19, I. Levav. Organización Panamericana de la Salud, 1992
5. Farcas Marianne D, and Anthony William A. Psychiatric Rehabilitation Programs, Putting Theory into Practice. The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London. 1989
6. García José, De las Heras Blanca, Peñuelas Enrique. Rehabilitación Psicosocial: Conceptos y Estrategias, Ediciones Alvarez Lorenzana, 1997.
7. Lafferte, Minoletti, Flores. Estudio Descriptivo y de Impacto de Hogares Protegidos, Septiembre del 2000.
8. Lehman F, Steinwachs Dn and the Co-Investigators of the PORT Proyects. Schizophrenia Bulletin 24 (1): 1-10- 1998
9. Liberman, Robert Paul MD, Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patiens.Washington D.C,1988.
10. RED Maristan. Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la Comunidad. Documento para el consenso Internacional propuesto por la red Maristan. Coordinador F. Torres González Julio 1999

11. Ordaz Ducungé Eduardo. Terapia Ocupacional para la Rehabilitación Psiquiátrica, Cuba, 1996
12. San Martín Ximena Dra. Covarrubias María Inés Enf. Servicio de Rehabilitación y Larga Estadía, Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak: Artículo Original, Calidad de Vida: evaluación de pacientes psiquiátricos en la comunidad después de hospitalizaciones prolongadas, Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría, Pág 101-106, 1999.
13. Saraceno y Montero. "La rehabilitación entre modelo y Práctica". Evaluación de Servicios de Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Aparicio Basauri Víctor. 1993
14. Sell H, Nagaswami V, "Promoting Independence of People With Disabilities Due To Mental Disorders". A Guide for Rehabilitation in Primary Care World Health Organization/MND .1997.
15. Watts y Bennet Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica Ediciones, Limusa,1990

## DOCUMENTOS

1. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. 1999.
2. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Resolución N° 845 de Normas Técnicas- Administrativas, Hogares Protegidos. Marzo del 2000.
3. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Documento Borrador, Area Prioritaria, Discapacidad Psíquica y Rehabilitación Psicosocial,.1996
4. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental. Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación, Abril 1999
5. Naciones Unidas, Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución adoptada por la Asamblea General en resolución 46/ 119, de 17 de Diciembre de 1991.
6. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos,1948
7. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Ministerio de Salud., Cooperación Italiana. Acuerdo de Santiago, Actas de la Conferencia Chilena, Desafíos en Salud Mental y Psiquiatría. 1991
8. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Declaración de Caracas. Venezuela Noviembre 11-14, 1990
9. Plan de salud Mental y Psiquiatría 2000 – 2005 de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

# ANEXO

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD  
DPTO. ASESORIA JURIDICA  
APRUEBA NORMA GENERAL TECNICA N° 53 SOBRE HOGARES  
PROTEGIDOS.

EXENTA N° \_\_\_\_2279\_\_\_\_\_/

SANTIAGO, 26 OCT 2000

**VISTO:** lo dispuesto en los artículos 4° y 6° del decreto ley N° 2763, de 1979; en el artículo 9° del decreto supremo N° 395 de 1979, del Ministerio de Salud; y en la resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:** la necesidad de disponer de normas que determinen las condiciones mínimas de estructura y funcionamiento con que deben contar los hogares protegidos para celebrar convenios con Servicios de Salud del país, de modo de asegurar una instancia residencial alternativa para las personas con discapacidad de causa psíquica que carecen de habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias, que les permita incorporarse a la vida comunitaria con mayores posibilidades de integración social y laboral, dicto la siguiente.

## **R E S O L U C I O N :**

**1°.- FIJASE**, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto de la Norma General Técnica N° 53, sobre Hogares Protegidos.

**2°.-** La norma técnica que se aprueba en virtud de este acto administrativo se expresa en un documento de 12 páginas, cuyo texto original visado por el Subsecretario de Salud, se mantendrá en poder del Jefe de la División de Salud de las Personas de este Ministerio.

Todas las copias de la norma en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

**3°.- REMITASE** un ejemplar de la presente Norma General Técnica a los Servicios de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país, a la Unidad de Salud Mental de la División de Salud de las Personas y al Departamento de Asesoría Jurídica.

**4°.- DEROGASE** la resolución exenta N° 845 de 31 de marzo de 2000, de este Ministerio de Salud.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE.,**

**MICHELLE BACHELET JERIA  
MINISTRA DE SALUD**