



**República Argentina - Poder Ejecutivo**  
**Nacional**  
1983/2023 - 40 AÑOS DE  
DEMOCRACIA

**Número:**

**Referencia:** DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA.

---

**DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. MODELO DE ATENCION CENTRADO EN LA PERSONA.**

AUTORES

DIRECCION DE PERSONAS ADULTAS Y MAYORES (DIPAM) con la colaboración de la DIRECCION NACIONAL DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD Y REGULACION SANITARIA.

ÍNDICE

- A. FUNDAMENTACION.
- B. INTRODUCCION Y CANCE
- C. REQUERIMIENTOS.

1. PLANTA FISICA.
2. MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO.
3. RECURSOS HUMANOS.
4. PROTOCOLOS de ACTUACIÓN.

#### D. ANEXOS.

- ANEXO I. NORMATIVA EMITIDA POR EL PODER EJECUTIVO Y EL MINISTERIO DE SALUD LA NACION.

- ANEXO II. CARTA DE DERECHOS.

- ANEXO III. CONSENTIMIENTO DE RESIDENCIA DE LA PERSONA MAYOR.

- ANEXO IV. GRILLA DE HABILITACION CATEGORIZANTE DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

- ANEXO V. BUENAS PRACTICAS EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES Y HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

-ANEXO VI. PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES **COMPROMETIDAS CON LA CALIDAD.**

#### **A- FUNDAMENTACIÓN**

En el marco de etapas avanzadas de la transición demográfica y epidemiológica, la República Argentina atraviesa un proceso de envejecimiento poblacional que en los próximos años se acentuará y se extenderá paulatinamente en las diferentes jurisdicciones del país. El actual escenario epidemiológico se caracteriza por la compresión de la morbilidad en edades cada vez más avanzadas con el consecuente aumento de la longevidad de la población del país. El crecimiento del grupo de personas mayores de ochenta años y mas, y dentro de ese grupo de

las personas centenarias, en niveles sin precedentes en la historia demográfica de nuestro país es resultado de esta evolución.

El aumento de la longevidad representa, por un lado, el éxito del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto para la prolongación de la vida de la población, pero, por el otro, implica el desafío de garantizar derechos y una buena calidad de vida en los años ganados. Hasta el momento, el aumento del porcentaje de personas de 80 años y más en el total de la población, es el indicador demográfico de más peso para señalar la necesidad de desarrollar servicios integrales e integrados de cuidados de larga duración para las personas que, a causa de su vulnerabilidad, o de los cambios funcionales permanentes derivados de enfermedades físicas o cognitivas, necesitan el apoyo de terceros para el desarrollo de las actividades diarias.

También es importante señalar las realidades visibilizadas, las consecuencias y secuelas de la pandemia de COVID 19 que, en el contexto mundial, han puesto en un escenario de mayor vulnerabilidad a aquellas personas mayores que se encontraban institucionalizadas en establecimientos de diferentes complejidades y con muy diverso universo organizacional de los mismos.

Según los enunciados de la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2017), los sistemas de atención de larga duración permiten que las personas mayores con significativas disminuciones de la capacidad física o cognitiva reciban el cuidado y el apoyo de otros, en consonancia con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana. En este sentido, a través de la Ley 27.700 el Estado Argentino ha reconocido con jerarquía constitucional sosteniendo este compromiso como política de estado, a la “Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” En adelante “CIPDDPM”, creada con el fin de garantizar los derechos fundamentales de las personas mayores. Este tratado, con jerarquía superior a las leyes conforme el art. 75 de la Constitución Nacional, dispone en su artículo 12 *“La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.”* (...).

A su vez establece que *“Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor. Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a: a) Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y termino de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la*

*manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor. b) Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente. c) Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor”*

Asimismo, el Estado argentino tiene la obligación de adecuar sus políticas públicas a la Convención a través de todas las medidas posibles, conforme el artículo 4 de la “CIPDDPM”.

En razón de la organización federal de nuestra República resulta menester que el Estado Nacional genere los reglamentos y los instrumentos normativos que considere adecuados para que los estándares previstos en la “CIPDDPM” sean incorporados a las legislaciones de cada una de las jurisdicciones y provincias y dar así cumplimiento a los objetivos promovidos por la Organización de Estados Americanos y el Poder Legislativo Nacional, de reconocimiento y protección de los derechos de las personas mayores.

El Ministerio de Salud de la Nación es la cartera con competencia para entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de los servicios de salud (Ley de Ministerios N° 22520 y sus modificatorias y Decreto 7/2019).

Mediante la Resolución N° 2546/2021 del Ministerio de Salud se aprobó el Plan Nacional de Calidad en Salud 2021 - 2024, en línea con la adhesión a la “Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025”, aprobada en el 57° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en Washington en octubre 2019. Esta estrategia representa un cambio de paradigma sobre cómo se debe abordar la atención de salud y constituye un avance hacia una atención centrada en las personas, las familias y la comunidad.”

Asimismo, por Decreto N° 50/2019 y Decisión Administrativa N° 457/2020 y su modificatorias D.A N° 384/2021 y actual D.A. N° 891/2022 de la Cartera de Salud, se aprobó la estructura organizativa del Ministerio de Salud de la Nación, estableciéndose que la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, bajo la órbita de la Subsecretaria de Estrategias Sanitarias, tenga “la facultad de adecuar las normas técnicas de atención en los diferentes ciclos de vida a las nuevas situaciones demográficas y epidemiológicas, la disponibilidad de recursos y las orientaciones de organización de servicios y de programas; así como también, tenga la potestad para evaluar los marcos legales y propiciar la creación de normas para regular la ejecución de actividades y el alcance de los objetivos planificados en los ciclos de vida.

En esta línea, se creó por primera vez dentro de la estructura del Ministerio de Salud, la Dirección de Personas Adultas y Mayores dependiente de la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, con el fin de desarrollar estrategias específicas para la población adulta y mayor, especialmente dirigidas a fomentar un envejecimiento activo y saludable.

Según datos del Censo Nacional 2010, el 14,3% de la población eran personas mayores, debiendo resaltar la preeminencia de mujeres mayores, siendo esta prevalencia una característica mundialmente homogénea del envejecimiento poblacional. Según proyecciones 2022, la población total es de 46.234.830 de las cuales 7.429.972 son personas de 60 años y más (16%). De ellos: 57% mujeres y el 43% hombres. Las personas de 75 años y más ascienden a 2.358.514 (5% de la población total y el 32% de las personas de 60 años y más); y de ellos el 64% son mujeres y el 36% hombres.

La misma fuente oficial informaba la existencia de 3.696 residencias para personas mayores, en adelante “RPM” que daban albergue a aproximadamente 79.000 personas mayores de 60 años y más; en tanto el Registro Federal de Establecimientos de Salud, en adelante “REFES”, del Ministerio de Salud de la Nación registra 3.286 RPM, en el año 2023.

Atento a que Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica y teniendo en cuenta el crecimiento sostenido de esta población y los determinantes socioeconómicos, se hace imprescindible adecuar las instituciones socio-sanitarias a los nuevos desafíos y estándares, en especial aquellas de larga estadía en las que se combinan aspectos habitacionales y el cuidado integral de la salud de las personas mayores.

Sin dejar de advertir que existe una diversidad oculta en las modalidades de atención de otras instituciones socio-sanitarias, desde viviendas multiconvivenciales a hospitales y sanatorios en servicios de cuidados crónicos, que requieren su adecuación para la atención de personas mayores, en adelante “PM”; abarcando el presente documento en especial a los establecimientos de larga estadía que también se diferencian en hogares, geriátricos, residencias para personas adultas mayores (RAM) y para personas mayores con atención psicogeriatría o con psiquiatría (RAMP), pero que si podríamos englobarlos en el término de residencias para personas mayores.

Siendo apropiado añadir que el mejoramiento de los servicios de cuidados a largo plazo contribuirá a reducir el uso inapropiado de los servicios de atención médica aguda, con la consecuente reducción de los efectos no deseados de las internaciones, las sobre prestaciones y daños innecesarias: infecciones intrahospitalarias, polifarmacia, entre las más frecuentes.

Por otra parte, los servicios de cuidados de largo plazo para la fragilidad y la dependencia permiten garantizar la adecuada atención de las personas mayores, ayudando a las familias

en su cuidado y, en especial, aliviando la carga de las mujeres que mayormente se desempeñan como las principales cuidadoras de la red informal de apoyo, como se encuentra probado por abundante bibliografía y diferentes estudios como “Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores” (CEPAL, 2009) y el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” (OMS, 2015: pago. 236).

Ello sin dejar de destacar que la inequidad en la carga de los cuidados también demuestra que finalmente las mujeres quedan más expuestas a la soledad sin cuidados, más allá de las disparidades en la expectativa de vida respecto de los hombres.

Los servicios de cuidados de largo plazo para las personas mayores en situación de vulnerabilidad o con dependencia debieran abarcar una amplia gama de prestaciones formales e informales que se brinden en el domicilio, en la comunidad o en residencias para personas mayores (RPM) para satisfacer las variadas necesidades y preferencias individuales.

Como particularidad del caso, estos servicios combinan prestaciones sociales y sanitarias de distintos niveles de complejidad según los requerimientos de cada persona. Debe tenerse en cuenta que las situaciones de fragilidad y dependencia son progresivas y que la Organización Mundial de la Salud incluye en los servicios de largo plazo a los cuidados complejos: paliativos y final de la vida, siempre que la evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de la persona mayor así lo permitan, sean atendidas con los recursos disponibles en las residencias para personas mayores y no fuere necesaria la derivación a establecimientos de mayor complejidad.

En todos los casos, los servicios de cuidados de largo plazo para la dependencia deben estar centrados en las personas; es decir, deben ser integrados e integrales para garantizar sus derechos en un contexto de necesidades cambiantes. Siguiendo los lineamientos de la OMS, los servicios de cuidados a largo plazo deben fundamentarse en cuatro enfoques: de derechos humanos, socio-sanitario, de equidad de género y de Atención Centrada en la Persona. Estos enfoques deben orientar el diseño, la dinámica y la evaluación de la calidad de los servicios de cuidados a largo plazo domiciliarios, de base comunitaria o institucional y tanto la prestación de los servicios públicos, privados, o de obras sociales, deben funcionar según las condiciones establecidas en el orden jurídico argentino.

Por lo que la presente responde a un enfoque englobado de derechos humanos, no discriminación y de atención centrada en la persona. De modo que los servicios y estructuras disponibles deben promover las adaptaciones necesarias para ser sensibles a estos paradigmas básicos.

Efectivamente, según el artículo N° 2 de la “CIPDDPM”, los Servicios socio-sanitarios integrados están definidos como “Beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía”.

Como se adelanto la “CIPDDPM” aborda el tema de cuidados de largo plazo en el artículo N° 12: “Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”, y señala en su texto que “Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a:

“c. Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:

i. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.

ii. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad domestica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.

iii. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.

iv. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.

v. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.

La experiencia de los países con poblaciones más longevas señala que las personas mayores con fragilidad y dependencia son especialmente vulnerables al avasallamiento de sus derechos fundamentales, y en ocasiones las mismas personas que prestan ayuda toman el control de decisiones personalísimas sobre su vida o disponen de sus bienes patrimoniales, asimismo, las personas mayores pueden sufrir abuso o negligencia de cuidado.

En virtud de los fundamentos aquí expuestos, la Dirección de Personas Adultas y Mayores, la Delegación de la Unión Europea en Argentina y el Programa de Cooperación de la Unión Europea EUROsociAL+ acordaron una Acción para recibir cooperación técnica a fin de formular un marco normativo para las residencias para personas mayores en nuestro país. Durante el año 2020, se comenzó a trabajar en la Acción junto con referentes provinciales y funcionarios de la Secretarías de Acceso a la Salud, la Secretaria de Calidad en Salud y la Secretaria de Equidad en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, con incumbencia en el tema.

En ese marco, estas “DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES” son el resultado del trabajo colaborativo propiciado por la Acción de cooperación técnica referida, la que a su vez tomo como antecedente el documento de Estándares de Calidad redactado oportunamente por el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores (PRONEAS) y la Comisión Nacional Asesora del mismo conformada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores - DINAPAM, la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), la Secretaria de Derechos Humanos y Pluralismo, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INDEC, y el entonces Servicio Nacional de Rehabilitación (actualmente la Agencia Nacional de Discapacidad), la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría – SAGG -y la Sociedad Central de Arquitectos.

A fines de la confección de las Directrices se han tomado como antecedentes de referencia la normativa vigente y detallada en Anexo I.

## **B.-INTRODUCCION Y ALCANCE**

El presente documento establece directrices de calidad para residencias para personas mayores (RPM).

A su vez, el presente documento es desarrollado con foco particular en aquellas residencias para personas mayores que atienden a personas con dependencia, que requieran cuidados integrales de su salud, entendiendo como tal a una institución destinada a prestar servicios socio-sanitarios en un contexto de atención y residencia temporal o permanente.

**Efectos de la normativa:** Estas directrices de calidad se plantean en general como una referencia en la materia y como orientación para la mejora en las residencias existentes, como también para la construcción y/o habilitación de nuevas residencias para personas mayores, focalizándose más específicamente en las que atienden a personas mayores con dependencia, y las que se inicien después de la entrada en vigencia de la presente norma.

Para las residencias para personas mayores ya habilitadas o existentes sin habilitar, pero en funcionamiento, se podrán acordar plazos entre las residencias para personas mayores, el municipio y el ente de habilitación de la jurisdicción correspondiente para cumplir con las sugerencias del documento.

Se considera estratégica la acción territorial (municipio) y en cada jurisdicción para garantizar el relevamiento y categorización de las residencias de personas mayores, en el marco del mandato constitucional que confluye en el artículo N° 75 inc. 22 y 23 de nuestra Carta Magna, que determina el cumplimiento expreso de requisitos indispensables de seguridad para las personas residentes y trabajadores de las residencias.

Estos establecimientos deben ofrecer una atención integral, integrada y continua de las necesidades biopsicosociales de las personas mayores (de sesenta años y mas), contando para tal fin con personal debidamente capacitado y un ambiente y entorno estructural adecuado.

Se entiende por personas mayores con dependencia a aquellas personas mayores con alguna pérdida de capacidades para la resolución de actividades de la vida diaria, debido esto a problemas físicos y/o cognitivos que ocasionan limitaciones permanentes, por lo cual requieren de apoyo, asistencia, ayuda de otras personas.

### **Funciones de las Residencias para Personas Mayores.**

Las residencias para personas mayores en general y las que atienden a personas mayores con dependencia en particular, brindan servicios integrales para la vida de estas personas y deberán contar con las áreas específicas y servicios requeridos según las necesidades gerontológicas prestacionales que ofrezcan mayor calidad de vida a las personas mayores residentes.

El ingreso a una RPM debería ser considerado como una alternativa última, cuando se hayan ofrecido todos los recursos comunitarios para atender las necesidades de las personas mayores y, en particular para aquellas con dependencia cuando su atención en el domicilio resultare insuficiente para su rehabilitación y/o vulnerarse su derecho a la salud, todo ello considerando los términos del consentimiento de residencia de la persona mayor.

Los requerimientos que se detallan y desarrollan en el presente documento brindan pautas en relación a la estructura y al desarrollo de las actividades en las RPM; su cumplimiento se considera necesario para alcanzar el objetivo de promover la autonomía y el mayor grado de independencia posible de la persona mayor.

Estos requerimientos y objetivos apuntan a estimular las capacidades de las personas mayores residentes, promover su integración social, asegurar su calidad de vida con honor y dignidad y garantizar plenamente todos los derechos fundamentales de la persona mayor.

Desde las residencias para personas mayores se deben realizar las acciones necesarias para proporcionar apoyo y cuidado a las personas residentes mediante actividades, procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico y/o terapéuticos que se requieran para asegurar su calidad de vida, la recuperación de las capacidades y logro de la mayor autovalidez. Estas acciones se deben desarrollar a través de recurso humano capacitado y el uso de la tecnología disponible, como así también mediante la organización de articulaciones adecuadas para la derivación médica en caso de ser requerida.

La integralidad de los programas para la asistencia, los cuidados y el apoyo a personas mayores con dependencia abarca la atención de factores sanitarios, sociales y ambientales. La variedad de servicios que involucran se caracterizan por estar centrados en satisfacer las necesidades de las personas mayores con dependencia, pero trascienden la esfera individual en todas sus dimensiones y se proyectan sobre la comunidad y la sociedad en general en procura de salvaguardar simultáneamente sus derechos, su autonomía, su capacidad de decisión y su plena integración social. (Gascon S, Redondo N, 2014)

### **Perfil de las personas mayores que ingresan a las RPM:**

El perfil de quienes ingresan a las RPM es el de personas mayores con dependencia o sin dependencia que elijan ámbitos colectivos de residencia, que consideren que no les es posible vivir en su hogar habitual, sea por problemas de habitabilidad o que surgieran a partir de la existencia de barreras arquitectónicas insalvables de la vivienda; o por necesidades de apoyo y cuidado no cubiertas por su familia o por personal capacitado para tal fin, siempre de acuerdo a su voluntad y al requerimiento de sus necesidades biopsicosociales.

Se tendrá en cuenta la identidad de género en el trato y respeto previsto por la Ley 26743, como vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Se promueve la no discriminación con motivo de géneros, orientación sexual, población LGBTI+.

El nivel de dependencia se clasificara de acuerdo a instrumentos validados, recomendándose la utilización de la escala de Barthel, en dependencia leve, dependencia moderada y dependencia severa, distinguiendo si hay o no presencia de deterioro cognitivo; para esto se propone que para establecer el grado de dependencia se combinen los resultados de las pruebas

Índice de Barthel y el Mini Examen Cognitivo (OPS, Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud, 2020)

Es importante recordar que los instrumentos de valoración cognitiva no implican una declaración de capacidad directa o no, para la toma de decisiones de la persona, en acuerdo con la normativa legal aplicable. Personas con una demencia leve o moderada, incluso avanzada podrán seguir tomando decisiones siempre que estas estén ajustadas a la capacidad que poseen, al riesgo que pueden implicar (para sí mismo y/o para los demás) y también teniendo en cuenta las implicaciones que tiene para la persona esa decisión en relación con su calidad de vida.

Así, si bien existen instrumentos para la valoración cognitiva, no existen instrumentos que puedan emplearse en entornos residenciales de una forma sencilla para hacer valoraciones de la capacidad de toma de decisiones, debido a que la capacidad de toma de decisiones es una competencia mucho más compleja que no puede valorarse por medio de un instrumento, y cuenta con normativa legal específica.

En el caso de ingresos de personas mayores que no puedan expresarse o manifestar su voluntad se requerirá de la reflexión del trabajo en equipo interdisciplinario para establecer que decisiones puede o no tomar la persona en cada situación y escenario, brindar los apoyos necesarios; y en caso de ser necesario se solicitara la intervención del órgano judicial competente, Defensorías Públicas, para que los equipos interdisciplinarios de estos organismos determinen el sistema de apoyo adecuado para la toma de decisiones.

Las personas mayores con dependencia conservan la autonomía en las decisiones sobre su vida y deben poder ejercer sus derechos. El hecho de que puedan sufrir alguna forma de dependencia y necesitar apoyos o cuidados especiales, no significa que no puedan elegir y conducir el rumbo de su vida, por ello han de ser consultados y expresar su consentimiento acerca de ingresar a la Institución y de toda práctica o procedimiento que pueda llevarse a cabo. Debe tenerse en cuenta que la decisión tomada puede ser revocada. Es imprescindible, tomar siempre en cuenta las preferencias y voluntad anticipadas de las personas mayores residentes (Derecho determinado por la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (CIDHPCD), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDPM), Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657) y Código Civil y Comercial de la Nación artículos N° 40 y N° 707).

### **C.- REQUERIMIENTOS:**

Los requerimientos para las RPM en este documento se han ordenado del siguiente modo:

**1- PLANTA FISICA**  
**2- MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO**  
**3 -RECURSO HUMANO**  
**4- PROTOCOLOS DE ACTUACION**

A continuación, se detallan las especificidades de cada uno de los cuatro requerimientos.

**1- PLANTA FÍSICA**

Las características arquitectónicas de las RPM que se requieren en las presentes directrices han sido elaboradas según la referencia tomada de la Ley 24.314 de “Accesibilidad para personas con movilidad y comunicación reducida” y su Decreto Reglamentario N° 914/97 y la Ley Nacional N° 19.587 de Seguridad e Higiene en el Trabajo y sus disposiciones reglamentarias, los Decretos N° 351/79 y N° 1338/96. y demás normas concordantes.

Los lineamientos generales para las plantas físicas de las RPM y los que enmarcamos como otros dispositivos habitacionales de cuidados para personas mayores, están basados en el paradigma de protección de derechos de los cuidados de las personas mayores por lo cual deberán poseer unidades funcionales y aéreas complementarias adecuadas física y funcionalmente en cantidad y calidad suficientes para un funcionamiento adecuado y acorde a la población.

Deben tener las características arquitectónicas necesarias en sus instalaciones y equipamientos de manera tal que favorezcan la mejor calidad de vida posible a las personas residentes en ellas, en un marco de convivencia y eficiencia de servicios. Su diseño deberá ser lo más flexible posible para contemplar la posibilidad de cambios sin grandes modificaciones estructurales.

Los establecimientos que se describen funcionaran en plantas aptas. Las características de las plantas físicas estarán en relación con la población destinataria de la atención.

Lo exigido en este apartado se aplicará a partir de: obras nuevas, remodelaciones integrales y nuevas habilitaciones y será referencia de programas de mejora de la calidad para las residencias existentes.

**1.1.- LAS RPM DEBERAN POSEER:**

- Espacio reservado para estacionamiento de vehículos particulares, vehículos de carga, ambulancias y para vehículos de personas con discapacidad, con la demarcación correspondiente.
- Área de admisión e ingresos con cercanía a un baño accesible.
- Área administrativa.
- Oficina de Dirección.
- Sala de comedor y estar para las personas residentes (en lo posible múltiples y flexibles, no un gran espacio único, lugares diferenciados para realizar simultáneamente distintas actividades recreativas y no planificadas: lectura, actividades grupales, juegos de mesa, visitas, etc.).
- Espacio específico disponible para ser utilizado como sala de reuniones para el equipo técnico profesional y eventualmente para reuniones privadas de las personas residentes. En caso de no haber sala destinada para tal fin, deberá la institución garantizar dicho espacio, que puede incluso tratarse, si fuere necesario, de la oficina de Dirección.
- Habitaciones que no alojaran más de 3 personas residentes por habitación. Se deberá contemplar dormitorios privados para parejas.
- Las habitaciones para alojamiento de personas residentes en situación de postración total deberán disponer de un lavatorio en su interior para garantizar las condiciones de asepsia.
- Consultorio médico con lavatorio.
- Sala de enfermería con depósito de insumos médicos y medicación, si no existiera depósito independiente.
- Espacios o senderos para la deambulación segura, cotidiana y frecuente.
- Espacio para depósito de ropa interior descartable o higiénicos absorbentes descartables.
- Depósito de residuos especificados por tipología (reciclables, biopatogénicos, domiciliarios, etc.).

- Una sala o más, destinada a la rehabilitación, gimnasio, kinesiología, terapia ocupacional, que responda adecuadamente a todo lo que puede realizarse en las actividades planificadas y que para su uso no se superpongan en horario y día.
- Baño para el personal. Considerar lugar para cambio de vestuario y guardado de sus pertenencias.
- Cocina y depósito de alimentos perecederos y no perecederos. Cámara frigorífica según cantidad de personas residentes.
- Servicio de lavado para ropa de cama e higiene. El mismo servicio se puede tercerizar, independientemente, el establecimiento debe contar con un lavadero y secadero cubierto, depósito de ropa limpia y ropa sucia y lugar para planchado de ropa de uso diario de los residentes.
- Espacio para depósitos de elementos de limpieza y mantenimiento.
- Grupo electrógeno propio o con abono a un servicio que cumpla con dicha función en caso de necesidad. En este último caso, el equipo debe estar en la institución de manera permanente para seguridad y no interrupción de cadenas de frío y para cubrir las necesidades de asistencia continua (oxígeno); para quienes aun no lo poseen se medirá su implementación en los tiempos de plan de adecuación de las RPM para la habilitación, también conforme a los requerimientos de cuidados de los residentes.

Se requiere la existencia de stock según criterios de uso de:

- Sistema de aspiración. (Moto aspirador).
- Nebulizadores.
- Camas ortopédicas.
- Colchones de aire.
- Soluciones de hidratación parenteral.
- Botiquín de urgencias.
- Sillas de ruedas

- Guías de suero.
- Sondas vesicales.
- Llaves de tres vías.
- Guantes estériles.
- Manoplas de látex descartables.
- Catéter tipo Butterflay.
- Material descartable necesario para ser utilizado en la curación de escaras o heridas quirúrgicas y/u otro tipo de curación que pudiera ser necesaria.
- Materiales y elementos de trabajo suficientes y en condiciones de uso.

Además podrá complementarse con:

- Bombas de infusión para alimentación enteral.
- Grúa para movilización de personas.

## **1.2 CARACTERÍSTICAS ARQUITECTÓNICAS DE LAS RPM**

Se deberá cumplir con los requisitos de construcción de la Ley 24.314, y sus modificatorias, como así también las normativas nacionales y jurisdiccionales vigentes.

1.2.1.- Las RPM deben tener asegurado el acceso durante todo el año y ante cualquier condición climática.

1.2.2.- Las RPM deben disponer de los espacios e instalaciones necesarias, acordes a un funcionamiento adecuado a las personas residentes, facilitando la participación, la implicación en las tareas, roles y el desarrollo de actividades y servicios. La decoración de las instalaciones debe tender a asimilarse con los espacios de la vida cotidiana o ámbitos hogareños, respetando la cultura y la idiosincrasia de los residentes.

- Cuando tengan más de una planta, deberán contar con uno o más ascensores de acuerdo al número de personas residentes y ese ascensor debe poder transportar una persona en silla de ruedas con acompañante o bien en una camilla con acompañante. No existirá ningún tipo de barreras arquitectónicas.

- Todos los pisos serán resistentes al uso, lavables, lisos, enteros, no disgregados y antideslizantes, estando secos o mojados. No se admitirán pisos alfombrados ni carpetas de alfombras sueltas.

- Escaleras, rampas y pasillos tendrán pasamanos de ambos lados.

- Las escaleras serán de tramos rectos, con no más de 12 escalones corridos sin tener un descanso intermedio; su ancho mínimo será de 1,20 m. y dependerá de las normativas de incendio; tendrán en su lado interior (si este fuese abierto) un borde de no menos de 0,10 m. de altura.

- Puertas: tendrán como mínimo una luz libre de paso no menor de 80 cm. Las puertas de los vanos de uso de las personas residentes (sean estos en el interior de las habitaciones, en vanos colectivos o de uso compartido con el público) abrirán siempre hacia afuera. Deberán poder maniobrar desde una silla de ruedas. Las puertas de los baños deberán tener cerraduras tipo “libre- ocupado” con llave de auxilio exterior.

- Ventanas: todas deberán contar con mosquiteros y sistemas de protección exteriores (especialmente en el caso de dormitorios o salas de estar-comedor en pisos altos) Estos sistemas deben poder ser fácilmente removibles desde el exterior.

- Paredes de locales no sanitarios (salas de estar- comedor, habitaciones, pasillos, oficinas, etc.) deberán ser revocadas, enlucidas en yeso, alisadas y pintadas, de fácil limpieza. Podrán utilizarse otros revestimientos o pinturas, siempre que el material adhesivo contenga sustancias fungicidas y que la superficie de acabado sea lisa o lavable. Quedan prohibidas las divisiones del local o de los locales entre sí, hechas con paneles constituidos por revestimientos, estructura o relleno de materiales plásticos cuya combustión genere gases que puedan producir daño a las personas ocupantes.

- Paredes de baños, vestuarios, cocinas, lavaderos, etc.: revestimientos sanitarios de piso a cielorraso.

1.2.3.- Sala de estar y comedor para personas residentes: Es importante que exista pluralidad de salas y espacios comunes (evitando que sea un gran espacio común único) a fin de

ofrecer diferentes estilos y ambientes para que las personas residentes tengan opciones diversas: sala de estar con TV, espacio para lectura o escuchar música, salas para actividades grupales (talleres de arte, gimnasia, etc.).

- Este espacio debe tener una superficie mínima de 16 m<sup>2</sup>, un lado mínimo de 3m. que permitan el acceso al mobiliario de las personas que se movilizan en sillas de ruedas o utilicen productos de apoyo para la marcha con altura mínima de 2,60m. Si hay más de un lugar de estar, o comedor, este no podrá tener menos de 12 m<sup>2</sup>, con un lado mínimo de 2,50 m y altura mínima de 2,60m., accesible para personas en silla de ruedas.

1.2.3.1: Factor de ocupación de sala de estar y comedor: mínimo 2 m<sup>2</sup> ,deseable 3 m<sup>2</sup> por persona.

1.2.4.- Áreas exteriores. Se sugiere reconocer la importancia de estos espacios que pueden disfrutarse gran parte del año: patios, terrazas, jardines, con una superficie mínima de 2 m<sup>2</sup> sugerida por persona residente, teniendo en consideración los desplazamientos de sillas de ruedas. También es importante recordar la necesidad de que sean accesibles, estén debidamente equipados para su uso y cuenten con el mobiliario apropiado como mesas, bancos y sillas. Es recomendable que estos espacios cuenten con zonas cubiertas (pérgolas, porches, etc.) y que los pavimentos sean adecuados para los desplazamientos con productos de apoyo. Se propone desarrollar en ellos espacios o senderos para la deambulacion segura, cotidiana y frecuente.

1.2.5.- Los pasillos: Se deberá tener en cuenta posibilitar el giro de las camas ortopédicas en su salida desde las habitaciones en caso de evacuación.

Es conveniente la paulatina utilización en toda la institución de formas de comunicación aumentativa o alternativa para señalar tanto espacios comunes como privados, a fin de garantizar la comprensión del espacio de todas las personas residentes.

Por ejemplo, se pueden colocar pictogramas, fotos o señales que indiquen la ubicación de los sanitarios y de los artefactos que hay en los mismos para estimular el recuerdo de las personas residentes y que puedan asociar sus necesidades con los locales y artefactos que las satisfacen. Pintar de colores diferenciados los sectores o los distintos pisos de habitaciones.

También se pueden indicar los recorridos desde un lugar a otro.

Esta señalética puede estar en paredes y pisos, siempre en colores contrastantes con las superficies sobre las que se aplican, favoreciendo la calidez general del ambiente.

### 1.2.6.- Dormitorios: No alojaran más de 3 personas residentes por habitación.

Es importante recordar que la habitación debe ser considerada como el espacio propio/intimo/de privacidad, casi propiedad de la persona residente, pudiendo estar en la misma cuando lo desee (siempre que no existan contraindicaciones para ello, conforme plan de atención individual y apoyos consecuentes).

Cada persona ocupante del mismo que lo pretenda podrá participar activamente en el cuidado, colaborando en la limpieza y mantenimiento de su habitación y de sus pertenencias contando con los apoyos que necesiten.

La habitación debería responder siempre al mayor criterio de humanización de los espacios y ser un sitio propio en el que la persona residente pueda estar con otras personas, incluso si lo desean, en relaciones, incluidas las mas intimas, articulando los derechos de los demás convivientes.

Además de contemplar la posibilidad de dormitorio privado para parejas, a futuro, sería recomendable flexibilizar ante algunas situaciones familiares/relacionales que puedan permitirse en la residencia. Siempre que se considere positivo por y para la persona residente tras una valoración individualizada de cada situación.

También es importante tratar de adecuar el espacio para, disponer de habitaciones individuales reservadas para aquellas personas que están recibiendo cuidados paliativos o que se encuentran en situación de enfermedad grave o requieren aislamiento por patología infecto contagiosa activa. En este último caso siempre se deberá reorganizar los cuidados para proteger a todas las personas residentes.

- Habitaciones para una persona: tendrán 2,50 m de lado mínimo y una superficie mínima de 9 m<sup>2</sup>, con una altura mínima de 2,60 m.
- Habitaciones para dos personas: tendrán una superficie mínima de 6 m<sup>2</sup> por persona con un lado mínimo de 3 m, con una altura mínima de 2,60 m.
- Habitaciones de 3 personas: tendrán una superficie mínima de 6 m<sup>2</sup> por persona con un lado mínimo de 3 m, con una altura mínima de 2,60 m.

La superficie indicada en los ítems anteriores no incluye placares embutidos, placares sueltos (roperos), baño privado (en el caso que la habitación cuente con baño propio) ni sector de lavatorio. En habitaciones compartidas se deberá garantizar el derecho a la privacidad para el cambiado e higiene, se pueden colocar sitios especiales con cortinas de tela o biombos

estables los cuales no deben ser transparentes. Los materiales que los constituyan deben ser lavables y con tratamiento ignífugo.

Los placares serán individuales para cada una de las personas residentes y contarán con cerradura, tendrán por lo menos un frente de 0,75 m y una superficie no menor de 0,45 m<sup>2</sup>, y serán de fácil acceso para la persona mayor. Cada cama dispondrá de una mesa de luz y de un timbre llamador a tablero central o de piso, con conmutación individual y de un foco de luz propio.

En los dormitorios para parejas se facilitara la cama de dos plazas o la posibilidad de espacio que permita que las camas individuales puedan juntarse.

En obras nuevas o remodelaciones totales las puertas de las habitaciones tendrán una luz libre de paso de 1,20 m. Podrán estar constituidas por una sola hoja o por dos hojas, siendo una de ellas de medida tal que permita tener una luz libre de paso no menor de 80 cm. Para establecimientos existentes las puertas de las habitaciones no podrán tener una luz libre de paso menor a 0,80 m. Llevaran en todos los casos manijas doble balancín tipo “sanatorio” y herrajes suplementarios para el accionamiento de las hojas desde una silla de ruedas. Las ventanas de las habitaciones tendrán ante techos entre 40 y 90 cm de altura. Se tratara en lo posible que la disponibilidad de las camas permita que la ventilación y luz natural alcance a todos los residentes que comparten cada habitación.

Se recomienda el perfilamiento diferencial de las habitaciones y que, en las habitaciones destinadas a residentes postrados, las aberturas y pasillos permitan la evacuación de las camas ortopédicas.

Es necesario recomendar que se vehiculicen todas las posibilidades existentes para que, en las RPM, las habitaciones tiendan a reducir el número de ocupantes, hasta alcanzar a que cada vez más personas residentes puedan elegir habitación individual y/o doble compartiendo las mismas con las personas de sus preferencias, que permitan la intimidad y privacidad que las personas mayores requieran.

1.2.7.- Cantidad de artefactos sanitarios: Se considerara como caso más desfavorable el uso de sillas de ruedas por toda esta población, por lo que se deberá tener en cuenta muy especialmente lo indicado en cuanto a las superficies de aproximación a inodoros, bidets, lavatorios y duchas, tal como figura en la Ley 24.314, su Decreto Reglamentario N° 914/97 y sus modificatorias y/o en la legislación de cada jurisdicción.

En relación con los baños, es importante recordar que, para mantener la independencia y la intimidad, ya sean compartidos, o individuales, estos han de estar ubicados, preferentemente

dentro de la habitación, y de no ser posible, anexos a esta o muy cercanos. Los baños deben ser adaptados con barrales y accesorios necesarios, pueden ser sectorizados diferenciando los lavatorios, de inodoro y bidet o ducha.

Serán de uso exclusivo de las personas residentes, no pudiendo utilizarlo otras personas o visitas.

En los centros de nueva creación, se aconseja requerir que el acceso al baño sea desde la habitación, y este será de uso individual o compartido con un máximo de 3 personas. Pudiendo considerarse diseños sectorizados que permitan realizar un uso simultáneo y optimizar espacios en condiciones de privacidad. Se sugiere que el diseño y equipamiento de los baños contemple la accesibilidad universal, no clasificando los baños y su equipamiento en función de las personas, sino aplicando el diseño apto para todos. Es deseable optar por una sola tipología de baños, todos sin barreras arquitectónicas y preparados para todas las situaciones y necesidades.

En el caso de no poder contar con baños anexos a cada habitación, es aconsejable que en cada habitación se encuentre un lavamanos para permitir la higiene básica (arreglo personal, afeitado, higiene de manos y dientes) y que este ubicado en una zona reservada y aislada de la habitación mediante panel o similar, para garantizar la intimidad.

1.2.8.- Mobiliario: Es importante señalar que cada local debe contar con el equipamiento necesario para facilitar el correcto funcionamiento del mismo y la participación de las personas residentes.

Habrán dispositivos de apoyo como sillas de ruedas, andadores y camas ortopédicas en cantidad suficiente para las personas residentes; las camas tendrán una altura al plano superior del colchón no menor de 0,45 m. (tendrán la posibilidad de colocarles barandas de protección en dos lados largos y pecera).

Las mesas tendrán bordes y aristas redondeadas, con colores contrastantes entre plano de apoyo de vajilla y piso. De usarse mesas redondas o cuadradas con pata central, esta debe ser de dimensiones tales que permita el acceso de la silla de ruedas, por lo que concierne a las pedaleras. Tener en cuenta que esta pata central debe ser lo suficientemente pesada para impedir el volcamiento, ante cualquier fuerte impacto presión sobre el borde de la mesa.

1.2.8.1 Para favorecer la accesibilidad cognitiva, de cualquier persona, y de forma especial de las personas residentes con dificultades cognitivas se recomienda pintar los marcos de las puertas de un color diferente al de estas y de las paredes que los rodean.

En cuanto a la iluminación de todos los locales, se recomienda la luz difusa, evitando generar aéreas de sombra y conos de luz (que generan aéreas de sombra), brillos y destellos. Es conveniente tener un sistema de encendido automático de las luces generales a la hora del atardecer para evitar o reducir el efecto de puesta del sol.

Todo el equipamiento y mobiliario debe ser seguro y ergonómico, por lo cual siempre el equipamiento de los dormitorios y espacios comunes estará adaptado a las necesidades de las personas residentes y tendrán las características ergonómicas que facilitan la movilidad a la vez que garantizaran la seguridad de las mismas.

1.2.9.- Cocina: Superficie mínima: 9,00 m<sup>2</sup> hasta 30 raciones; 16 m<sup>2</sup> hasta 50 raciones, superando las 50 raciones se aumentara en 0,30 m<sup>2</sup> por persona.

La altura mínima siempre será de 2,60 m. Las ventanas deberán contar con mosquitero. Paredes y pisos con materiales fácilmente lavables. Contara con campana de extracción de olores, vapores y gases, con un extractor de aire de acción permanente, que trabajara con una válvula solenoide conectada a la salida de gas del artefacto cocina. La cantidad y dimensiones del equipamiento serán de acuerdo a la cantidad de raciones a preparar. Se aseguraran las medidas de seguridad organolépticas de todo el proceso de recepción, almacenaje, preparación y distribución de alimentos, así como su conservación en heladeras y freezers. El espacio para residuos estara fuera del circuito de preparación, cocción y manipulación de alimentos y del área residencial.

El depósito de alimentos perecederos y no perecederos estará diferenciado y contara con heladeras y cámara frigorífica según cantidad de personas residentes, en las que también se diferenciara el tipo de alimentos y dispondrán de control de temperatura.

1.2.10.- Sala de enfermería: Tendrá por lo menos una heladera con freezer, archivos para Historia Única de la Persona Residente y para la documentación y mantenimiento del equipamiento; insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como tensiómetros, termómetros, medidores de glucemia, saturómetro, estetoscopios, dispositivo bajalengua, negatoscopio, medicamentos, nebulizador, elementos e insumos para primeros auxilios, guantes, camilla, etc.

Los muebles para guardado de medicamentos deberán tener llaves de seguridad.

1.2.11.- Lavadero: Servicio de lavado para ropa de cama e higiene. El mismo se puede tercerizar, independientemente el establecimiento debe contar con un lavadero y

secadero cubierto, depósito de ropa limpia y ropa sucia y lugar para planchado de vestimenta de uso diario de los residentes.

1.2.12.- Las RPM deberán contar, como mínimo con las siguientes instalaciones, cumpliendo con todas las normas nacionales y provinciales que las reglamenten:

a) Provisión de agua potable; asegurar limpieza periódica de tanques de agua y realizar controles de calidad del agua.

b) Desagües cloacales y pluviales, teniendo en cuenta la instalación de cámaras interceptoras de grasa y de nafta (si tuviera estacionamiento propio). Cuando no exista red cloacal externa, los efluentes cloacales se deberán disponer en el terreno de la siguiente manera: 1° se ejecutara un sistema de tratamiento preliminar antes de su disposición, ya sea a cámara séptica o a tanque Himoff, de acuerdo a la cantidad de población existente y 2° se construirá un sistema de infiltración en función de la capacidad de absorción del terreno, mediante zanjas de infiltración, cuyo fondo debe estar a no menos de 1,50 m por encima de la napa freática. Cuando no exista red pluvial externa, se deberá contar con terreno absorbente o conducir las aguas a canales o cunetas de escurrimiento.

c) Instalaciones de gas, con detectores de pérdidas y alarmas; según Normativas Argentinas de gas NAG200 y sus modificatorias.

d) Instalación eléctrica según Reglamentación para la ejecución de instalaciones eléctricas en inmuebles AEA 90364 (parte 7) y sus modificatorias. La iluminación estará compuesta por:

- iluminación general;
- iluminación de emergencia;
- luz vigía nocturna en habitaciones o instalación de baja tensión;
- instalaciones electromecánicas;
- grupo electrógeno.

Se deberá asegurar ante cortes de suministro de energía eléctrica la continuidad de los siguientes servicios: principalmente todas aquellas actividades asistenciales que no pueden sufrir discontinuidad o cuya interrupción pudiera causar un daño a la salud de las personas residentes, un (1) ascensor (si lo hubiera), iluminación de pasillos y escaleras, un (1) tomacorriente por cada habitación, iluminación de cocina, funcionamiento de heladeras y freezers, sala de enfermería, alimentación de bombas de agua potable y de salidas cloacales y pluviales (si fuesen necesarias).

e) Sistema contra incendio, compuesto por:

- instalaciones contra incendio, según normas de construcción, prevención y detección por detectores automáticos de humo, alarma con avisadores o pulsadores manuales de incendio conectados a central de incendio y sirenas de alarma y extinción: matafuegos según tipo de fuego con no menos de uno cada 200 m<sup>2</sup> de superficie cubierta, con capacidad no mayor de 5 kg por extintor; bocas de extinción (hidrantes de pared) y rociadores automáticos si: a) el edificio es de un piso bajo y más de dos pisos altos y b) a partir de un segundo subsuelo inclusive hacia abajo, que proteja toda la superficie de dichos subsuelos, con habilitación certificada por bomberos de la localidad correspondiente; de no existir normas de incendio, se podrán adoptar las de la División Bomberos de la Policía Federal Argentina.
- salidas de emergencia debidamente señalizadas;
- plan de evacuación que permita la salida fluida, aprobado por autoridad competente. Este plan de evacuación será organizado y ejercitado periódicamente con todo el personal de la Residencia.

f) Climatización; está prohibida la utilización de estufas de gas de tiro natural o catalíticas. En el caso de utilizar estufas de tiro balanceado, deberá asegurarse que su ubicación evitara el contacto con elementos textiles y que estén alejadas de los residentes.

g) Ventilación: debe ser natural, mecánica o por conducto, según normativas jurisdiccionales vigentes.

h) Sistemas de comunicación:

- teléfonos de líneas externas;
- teléfono para el uso público; teléfonos inalámbricos para los residentes;
- internet y acceso a correo electrónico;
- timbres de llamada a tableros indicadores con conmutación en habitación y baño.

i) Señalización:

- de identificación de la institución;
- de orientación;
- de individualización de locales;
- de salidas y medios de escape o de seguridad;

j) Tratamiento de residuos diferenciados por tipo: reciclables, biopatogenicos, peligrosos y residuos domiciliarios, etc.

k) Seguros: deberán contar con seguro de responsabilidad civil que cubra los riesgos por siniestros que puedan afectar la integridad física de las personas residentes de conformidad con la capacidad de alojamiento del establecimiento.

## **2- MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO**

La propuesta debe respetar los derechos fundamentales de las personas mayores, acorde a lo reglado en la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

### **2.1.- ORGANIZACION Y ADMINISTRACION**

Las RPM deben ofrecer una atención integral, integrada y continua de las necesidades biopsicosociales de cada una de las personas residentes, en un ambiente y entorno estructural adecuado. Esta atención se debe desarrollar a través de recurso humano capacitado y tecnologías disponibles, como así también mediante la organización de articulaciones adecuadas para la derivación médica en caso de ser requerida.

Deben contar con un sistema de organización y administración que facilite la programación de su operatoria normal y permita registrar su nivel de actividad y el resultado detallado de sus operaciones, con acciones necesarias para proporcionar apoyo y cuidado a las personas residentes mediante actividades, procedimientos de promoción, prevención, diagnóstico y/o terapéuticos que se requieran para la recuperación de las capacidades y logro de una mayor autonomía.

Básicamente deben trabajar con la información de la actividad histórica de modo de evaluar su rendimiento y tomar decisiones en el corto plazo en función de las necesidades y demandas presentes y esperadas.

2.1.1 Deberán contar con la habilitación extendida por la autoridad correspondiente. Para las RPM ya habilitadas o aquellas en funcionamiento que se observen inconsistencias con lo establecido en la presente, se sugiere acordar plazos con la RPM y el ente de habilitación de la jurisdicción correspondiente, brindar asesoramiento y seguimiento para su adecuación de acuerdo a las prioridades enmarcadas en cada acuerdo.

2.1.2 Se deberá acordar con cada persona residente el Plan Individual de Servicios, Apoyos y Cuidados, con registro de los acuerdos en la Historia Única de la persona Residente (HUR), y propiciar la participación de los mismos en la organización de los servicios.

2.1.3 Las instituciones deben adoptar la “cultura de la no sujeción física o química” cualquiera sea su nivel de dependencia incluyendo a las personas mayores con deterioro cognitivo o dependencia severa, requiriendo la aplicación de protocolos específicos a tal efecto.

2.1.4 Los establecimientos deben disponer de protocolos de cuidados paliativos según normativa vigente (Ley 27678) y de atención a las personas residentes y sus familias ante el final de la vida.

2.1.5 Medicación: Su indicación solo debe responder al cumplimiento de tratamientos terapéuticos con la debida prescripción médica y nunca como procedimientos de control en el régimen de vida de la institución o ante situaciones de agitación circunstanciales. No se deben aplicar en ningún caso por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales (ver art. 12 de la Ley 26657, Ley Nacional de Salud Mental).

2.1.6 El régimen de vida de las instituciones se fundará en la no discriminación y la cultura de la no sujeción física. Se deben favorecer las condiciones de vida e interacción con allegados de la persona residente, con régimen de visitas abierto. Los establecimientos deben exhibir el protocolo de atención ante situaciones de agitación acorde con la cultura de la no sujeción y la no sedación farmacológica. En los casos de pérdida neurológica de control del torso, el médico especialista tratante debe acordar con el residente o su representante legal si correspondiese, el procedimiento o ayuda técnica indicada para mejorar la seguridad postural respetando y promoviendo sus derechos a la libre circulación y a la integración social, que deberá registrarse en la Historia Única de la Persona Residente, en adelante “HUR”.

2.1.7 Se recomienda la organización de un Consejo de Personas Residentes, ámbito colectivo de reunión periódica para la discusión sobre las normas de convivencia, el régimen de vida diario, enunciar propuestas de actividades y evaluar las actividades, así como otros aspectos de la organización que afecta a su vida cotidiana.

2.1.8 En cuanto al trato personal, en todo el territorio nacional, es un derecho inalienable de las personas mayores ser reconocidas como personas adultas capaces. Por tal motivo, el trato cotidiano de los residentes se basará en el respeto de la dignidad concordante con su jerarquía. En ningún caso se aceptarán tratos infantilizantes y/ o pesado cariñosos que degraden o menoscaben la dignidad y la integridad de personas adultas.

## 2.2.– MARCO DE FUNCIONAMIENTO.

### 2.2.1.- PROYECTO INSTITUCIONAL U ORGANIZACIONAL

Con el fin de asegurar una apropiada calidad institucional y cumplir con las disposiciones del presente, cada establecimiento deberá elaborar y poner en práctica un Proyecto Institucional (PI) en el que se especifiquen entre otros aspectos, los principios y fines del establecimiento, los recursos físicos y humanos disponibles y necesarios, la estrategia de atención, el reglamento y normas de convivencia para residentes y personal de atención y el sistema de gestión.

En todos los casos, los valores respetaran y deberán ser compatibles con el enfoque de derechos humanos y de atención centrada en la persona.

El Proyecto Institucional (PI) formulado por los responsables máximos de la RPM representa un marco de valores sobre la base del cual se organizan los tiempos y los espacios de la gestión institucional, así como las actividades específicas de cada área técnico-profesional que permitan sostener su funcionamiento.

Las RPM deberán establecer un marco flexible de disposiciones que permitan y garanticen a las personas mayores ingresantes su integración a la vida en la residencia con otros pares, sin perder su contacto con sus referentes afectivos y al medio comunitario, poniendo especial énfasis en la preservación de sus derechos individuales. En todos los casos, se deberán establecer y exhibir las normas de convivencia consensuadas entre profesionales, técnicos, personal administrativo, de mantenimiento, personas residentes y familiares, Contando con un con régimen de visitas abierto que favorezca la interacción con los afectos de la persona residente.

#### **El Proyecto Institucional (PI) deberá definir específicamente:**

La misión institucional (como, por ejemplo: Ofrecer servicios de atención y contribuir al mejoramiento en la calidad de vida de las personas mayores con dependencia, propiciando su desarrollo integral en el campo físico, mental, intelectual y social).

La visión institucional (como ejemplo: ser una institución reconocida por su alto grado de organización, calidad y humanización en los cuidados a largo plazo de personas mayores).

Los valores institucionales (tales como: seguridad, calidad, solidaridad, confianza, integridad, respeto a la diversidad y preferencias de cada ser humano, a los derechos humanos de las personas mayores).

### 2.2.2.- PROCEDIMIENTO DE RECEPCION E INGRESO DE RESIDENTES

La RPM deberá exhibir el protocolo que incluye los procedimientos para el ingreso de residentes.

Deberá contener el tipo de contrato de servicios individuales y de consentimiento pertinente debidamente documentado, así como las normas que indican el respeto de la confidencialidad de la información. (Anexo III)

Las personas mayores con dependencia conservan la autonomía en las decisiones sobre su vida y deben poder ejercer sus derechos. El hecho de que puedan sufrir alguna forma de dependencia y necesiten apoyos o cuidados especiales no significa que no puedan elegir y conducir el rumbo de su vida, por ello han de ser consultadas y expresar su consentimiento acerca de ingresar a la Institución y de toda practica o procedimiento que pueda llevarse a cabo. Debe tenerse en cuenta que la decisión puede ser revocada.

En caso de que la persona cuente con representación legal con facultades para decidir respecto del lugar de residencia conforme sentencia judicial, esta no podrá exceder los 3 años de antigüedad desde su dictamen (art.40 del Código Civil y Comercial de la Nación), caso contrario deberá solicitarse una nueva evaluación judicial. De así corresponder el ingreso podrá ser autorizado por su representante legal, no obstante lo cual, deberán extremarse los recaudos para que la persona comprenda el alcance de la decisión.

En el caso que la persona mayor no cuente con representación legal y el equipo interdisciplinario advierta que ésta -aun con información accesible o apoyos- no puede comprender el alcance de la decisión (con observancia del art. 707 CCCN) deberá solicitar la intervención judicial para que se autorice el ingreso de la persona mayor sin su consentimiento de residencia. Una vez ingresado se procederá a brindar información en forma regular sobre la continuidad de estadía a las instancias judiciales intervinientes. Se requerirá de la reflexión del trabajo en equipo interdisciplinario para establecer que decisiones puede o no tomar la persona en cada situación y escenario. En caso de ser necesario se solicitara al órgano judicial competente, Defensorías Publicas, para que los equipos interdisciplinarios de estos organismos determinen el sistema de apoyo para la toma de decisiones (ley 26657 y CIDPCD).

La persona mayor debe ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto del nombre o nombres de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada. Se evitara el uso de expresiones basadas en estereotipos de género, como también cualquier expresión o valoración personal

sobre cuestiones identitarias. Se promueve la no discriminación con motivo de géneros, orientación sexual, población LGBTI+.

### 2.3.- REGISTROS

2.3.1. DERECHOS DE LAS PERSONAS RESIDENTES: Cada establecimiento deberá exhibir la carta de derechos de las personas residentes, que contendrá como mínimo los derechos formulados por la presente resolución. (Se incorpora en Anexos II una Carta de Derechos)

#### 2.3.2. CONTRATO DE SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO DE RESIDENCIA:

El ingreso de cada persona residente se debe formalizar mediante la firma de un contrato de servicios entre la persona mayor y la RPM, en el que se especifiquen las prestaciones que recibirá, el plan individual de servicios, apoyos y cuidados personales acordados, así como su consentimiento de residencia.

La persona mayor deberá dar su consentimiento personalmente, contando con apoyos en caso de ser necesarios, en el marco del artículo N° 43 del Código Civil y Comercial de la Nación. Si aun con apoyos la persona mayor no pudiera comprender el alcance de la decisión o dar su consentimiento de residencia, la residencia o quien demande el ingreso, deberá realizar la presentación judicial en el plazo de 72 hs a partir de la solicitud de ingreso, a fin de que el juez evalúe la necesidad de restringir la capacidad jurídica de la persona mayor y designar un sistema de apoyo para la toma de decisiones o de representación.

En caso de contar con una restricción a la capacidad jurídica impuesta por sentencia judicial se acreditará la vigencia de la misma (no mayor a tres años de su inicio) por lo cual, deberá dar su consentimiento de residencia la persona indicada en dicha sentencia. La persona residente y/o la persona que ejerce la representación conforme sentencia judicial mantienen su derecho a revocar el consentimiento y el contrato que lo vinculan con la RPM. La persona mayor deberá ser oída en los términos del artículo N° 707 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Con el contrato de servicios se entregará también un documento que contenga los derechos de la persona mayor y las instituciones a las que podrá recurrir en caso de vulneraciones, según los recursos locales o de la jurisdicción.

2.3.3. REGISTRO DE PERSONAS RESIDENTES Y PRESTACIONES: Se deberá conformar una Historia Única de la Persona Residente (HUR) para cada una de las personas

residentes de la RPM, con las características personales, identificación de su cobertura y antecedentes clínicos en consonancia con la valoración gerontológica integral.

En la HUR deberá constar el plan individual de servicios, apoyos y cuidados, el cual será elaborado en conjunto con la persona residente y de corresponder, con sus familiares. El registro de las prestaciones en el momento de la atención a la persona residente es de fundamental importancia, para determinar su régimen nutricional, los consumos de medicamentos, la necesidad de insumos y materiales. También el registro individual de la participación o no de las actividades y el contacto con la comunidad, motivación y resultados

**2.3.4 REGISTROS ADMINISTRATIVOS Y/O CONTABLES:** El registro de todas las operaciones de las RPM (compras, pagos a proveedores, contrataciones de servicios, pagos al personal, facturaciones, cobros etc.) tiene por objetivo brindar la más eficiente información asistiendo a la dirección en la evaluación de los resultados económicos – financieros de la operatoria y en la toma de decisiones.

**2.3.5. REGIMEN Y REGISTRO DE VISITAS:** Las visitas a las personas residentes se deben favorecer y ser ilimitadas en día y horas, o sea de libre acceso de visitas. Solo podrán limitarse por cuestiones epidemiológicas fundadas o cuando las visitas produzcan perturbación para la persona residente a visitar o para el resto de las personas residentes, dejando constancia de las razones justificadas en la HUR y consensuándolo con la persona residente o a su representante legal.

**2.3.6. REGIMEN DE ENTRADA Y SALIDA DE LA PERSONA RESIDENTE.** las personas residentes podrán entrar y salir libremente del la RPM; en caso de restricciones estas deberán ser registradas debidamente.

Registro de las limitaciones a la libre entrada y salida del establecimiento de las personas residentes: se deberá registrar que las limitaciones descritas son por razones medicas debidamente fundamentadas. NO se admitirá como causa de la limitante la mera voluntad de familiares, se dejara asiento de la medida en la HUR y se adjuntará la constancia y fecha de información al organismo judicial del motivo y plazo de la restricción en la misma HUR, dado que ninguna medida restrictiva de la libertad puede ser un acto privado, ni permanente y deberá contar en todos los casos con la intervención del órgano judicial competente.

#### 2.4.- ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS:

**2.4.1. ADMINISTRACION DEL PERSONAL:** Comprende la determinación de necesidades en cantidad y perfil del recurso humano de acuerdo a la misión de la institución, la contratación, la capacitación y el mantenimiento en la organización y la cantidad de personas residentes y sus grados de dependencia. Deberá contar con legajo del personal, registro de concurrencia y evaluación de desempeño.

2.4.2. ADMINISTRACION DE STOCKS: A través de las funciones de compra, almacenamiento, control de existencias y abastecimientos, debe asegurarse un stock mínimo de bienes, medicamentos y materiales que permitan la prestación eficiente de los servicios.

2.4.3. ADMINISTRACION FINANCIERA: Se deberán diseñar mecanismos que aseguren el manejo eficiente de los recursos financieros a través de la correcta gestión de las cuentas a pagar y a cobrar, los cronogramas de cobros y pagos y el seguimiento de su cumplimiento.

2.4.4. MANTENIMIENTO: Programación y determinación de los instrumentos y el control del mantenimiento preventivo y correctivo de modo de asegurar la planta física y el equipamiento para la prestación de servicios y la calidad y funcionalidad de las ayudas técnicas (andadores, bastones, sillas de ruedas, etc.)

2.4.5. Coordinar las acciones cuando fueren necesarias con la entidades o empresas prestadoras de servicios de salud que tenga cada persona residente, incluyendo prestadores integrales, emergencia medica móvil, centros de rehabilitación y otros

2.4.6. DERIVACIONES: Se deberá contar con un sistema de traslado a establecimientos asistenciales con internación de referencia.

2.4.7. RESERVA DE VACANTE: En el caso de internaciones en hospitales y/ o sanatorios se le deberá reservar el lugar a la persona residente para que una vez dado de alta vuelva su lugar de la RPM.

2.4.8. RESGUARDO POR FALTA DE PAGO: Ante situación de falta de pagos se deberá respetar lo acordado en el contrato de ingreso en el cual deberán estar estipulados los plazos de aviso ante cualquier tipo de incumplimiento, y los modos para vehiculizar formas de pago y otras posibilidades de traslados con tiempos e información y toma de decisión de las personas residentes; si fuere necesario se dará intervención a los Ministerios Públicos de la Defensa ya sea por falta de pago de las obras sociales y/o de familiares y/o particulares, antes de proceder al traslado de las personas residente. En ningún caso mientras se resuelva el conflicto se podrá privar a la persona residente de ninguno de los servicios ofrecidos en la RPM, ni tomar represalias contra el mismo.

### **3 -RECURSO HUMANO**

Los recursos humanos de la RPM comprenden al personal que deberá poseer la habilitación legal que corresponda para ejercer la profesión o desempeñarse en sus funciones específicas (título académico) y personal que no precisa titulación (portero, cocinero, mucamas).

3.1.- Dirección de la RPM: Profesional con habilidades de gerenciamiento institucional de personas mayores y capacitación gerontológica.

Sera el responsable del buen funcionamiento del establecimiento, tanto de la aplicación como del control de las normas vigentes; de asegurar una atención humanizada, que se cumpla el procedimiento al ingreso y se determine el nivel de dependencia y funcionalidad de las persona residentes; de velar por el ejercicio de los derechos, deberes y obligaciones de las persona residentes; de establecer, conjuntamente con el equipo interdisciplinario el Plan Individual de Servicios, Apoyos y Cuidados, así como de integración socio comunitaria para las persona residentes; de hacer cumplir los protocolos necesarios para enfrentar las urgencias medicas de mayor probabilidad de ocurrencia y de los protocolos de aquellas excepcionales como fue la Pandemia COVID 19, de coordinar acciones para que las personas residentes reciban atención de su salud; de gestionar la derivación cuando sea necesario; de facilitar la información sobre el estado de salud de las personas residentes cuando se le requiera; de dirigir los recursos humanos, promover su capacitación y evaluar su desempeño, de coordinar acciones con la familia y con personal profesional ajeno al establecimiento que concurra a evaluar a la persona residente. Es responsabilidad de la dirección también el conectar e integrar la RPM con los centros de salud y a la red comunitaria en la que funciona la RPM.

La persona a cargo de la dirección debe asegurar que se realice la comunicación oportuna de aquellos Eventos de Notificación Obligatoria (Ley 15465), que ocurran en la RPM. El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) que permite tanto la notificación de los distintos eventos, como el análisis sistemático y oportuno de la información disponible.

Quien ejerza la dirección del establecimiento deberá tener una permanencia diaria que asegure la supervisión de manera simultánea o alternada de todos los turnos y que permita el adecuado desarrollo de sus funciones.

Dada la importancia y relevancia de la figura del director/a, se sugiere elevar el nivel de capacitación de los profesionales que desarrollan esta función, tendiendo a requerir, cursos, seminarios y /o capacitaciones sobre gerontología y/o experiencia laboral con personas mayores y /o posgrado en dirección. En las RPM nuevas o en aquellas que se encuentran en situación de renovación contractual o cambio de personal directivo, se consideraran:

Requisitos mínimos:

Titulación universitaria o terciario, preferiblemente del ámbito socio sanitario. Además de alguna capacitación de Postgrado en Dirección y Gestión de Centros de Servicios de Salud

y/o Sociales, que podría ser sustituida por la acreditación de experiencia en gestión y dirección de personal (esta alternativa del reconocimiento de la experiencia no será aplicable a directores/as con expedientes negativos resultado de inspecciones o de acciones sancionadoras)

Son requisitos deseables:

Readecuación del perfil y capacitación.

Los cursos o postgrado relacionados con resolución de conflictos, atención y cuidado de personas mayores, corachín y liderazgo de equipos etc.

A partir de la aprobación de la normativa se solicitara que quienes actualmente ejercen el cargo de directores/as de RPM realicen cursos y/o posgrados vinculados a la temática, se sugiere que la RPM financie la capacitación de quien ejerce el cargo de máxima dirección del establecimiento.

3.2.- Equipo interdisciplinario: Las tareas profesionales de atención de la salud serán concretadas por el equipo interdisciplinario/transdisciplinario de la RPM.

Se entiende por equipo interdisciplinario al espacio profesional de interacción e intercambio cuyo objetivo se centra en el seguimiento de la evolución biopsicosocial de para personas mayores y la puesta en común de las distintas alternativas de intervención para la concreción del plan de cuidados y servicios personales y del Proyecto Institucional. Para cumplir con sus objetivos, se realizaran reuniones semanales.

Dicho equipo puede constituirse con profesionales de diversas disciplinas (medicina, enfermería, kinesiología, nutrición, psicología, trabajo social, psicomotricistas y terapia ocupacional, entre otros).

Debido a que no todas las jurisdicciones tendrán la posibilidad de armar un equipo modelo integrado por las disciplinas nombradas, la RPM deberá favorecer el abordaje interdisciplinario, complementando la atención con el trabajo de los profesionales de los centros de salud cercanos, propiciando la integración de las residencias al sistema sanitario y a la comunidad. Del mismo modo se propiciara la articulación con los profesionales que prestan servicio dentro del marco de las coberturas de salud de los residentes para brindar terapias individuales y/o actividades grupales planificadas por la RPM y contratadas por la institución en los términos descritos.

Los equipos de trabajo necesarios se establecerán en función del tamaño de la residencia, número de residentes y según el nivel de dependencia de los mismos.

Todas las RPM deben poseer un organigrama donde se determinan las funciones, responsabilidades e interrelaciones de todos los puestos de trabajo.

El equipo interdisciplinario requerido debe estar capacitado para cubrir las siguientes funciones:

- Promoción, protección de la salud y diagnóstico temprano.
- Atención inmediata según requerimiento frente a eventos inesperados.
- Atención de la demanda espontánea de servicios preventivos, controles de salud y derivación oportuna a establecimientos de salud.
- Atención de emergencias médicas y derivación a establecimientos de salud.
- Rehabilitación y recuperación de capacidades físicas o cognitivas.
- Organización de las actividades de integración familiar, social y comunitaria.

Todo el personal deberá poseer entrenamiento en reanimación cardiopulmonar. Es deseable que las organizaciones de cuidados ofrezcan oportunidades de formación para todo el personal, en la línea de desarrollar una formación continuada relacionada con su puesto de trabajo, sea este cualificado o no.

La formación del personal resulta necesaria e imprescindible debido a la interrelación que atraviesa las diversas actividades que se desarrollan diariamente en las RPM, en este sentido se propicia que todo el personal tenga capacitación básica requerida para el cumplimiento de sus funciones. La formación del personal deberá ser garantizada y financiada por la RPM y podrá realizarse en horario de servicio, siempre que se garantice el cumplimiento de las tareas de cuidado y acorde a un plan anual de capacitación que se establezca y monitoree.

3.2.1 Respecto del perfil para el desarrollo de las funciones antes descritas, será compatible con profesionales y técnicos que posean capacitación en gerontología.

3.3-. Respecto a la capacitación deberá ser permanente.

3.4. Personal profesional:

- \*Médicos/as clínicos/as, generalistas con orientación gerontológica y/o geriatras.
- \* Profesionales de las ciencias sociales.
- \*Kinesiólogos/as.
- \*Nutricionistas

- \*Psicólogos/as.
- \*Licenciados/as en Trabajo social.
- \*Licenciados/das en Psicomotricidad.
- \*Licenciados/das en Terapia ocupacional.
- \*Enfermero/a profesional/ Auxiliar de enfermería.

### 3.5.- Personal técnico:

- \*Personal administrativo.
- \*Auxiliar gerontológico.
- \*Acompañante terapéutico.
- \*Cuidadores/as gerontológicos.
- \*Personal de mantenimiento.
- \*Talleristas gerontológicos
- \*Auxiliar de enfermería: en aquellas residencias que cuenten con auxiliar de enfermería (con título y matrícula habilitante emitida por organismo oficial competente), podrán realizar las tareas habilitadas por el decreto reglamentario de la Ley de enfermería N° 24.004 o la correspondiente a su jurisdicción.

A fin de mejorar la cualificación, se deberá ir cubriendo paulatinamente los cargos ocupados por auxiliares de enfermería por enfermeros/as profesionales.

Además, la plantilla de personal debe completarse con cocinero/a, /auxiliar de cocina, mucamas/os, y asimismo puede preverse la incorporación de auxiliares en cuidados gerontológicos y/o cuidadores/as institucionales.

Los requisitos formativos incluyen a las personas que realizan las tareas de apoyo y cuidados de asistencia gerontológica (auxiliares, cuidadores/as, etc.)

Se aconseja que el personal auxiliar realice cursos relacionados con temas básicos y prácticos del ámbito de la gerontología y la geriatría.

3.6.- RRHH acorde al grado de dependencia (Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud, OPS, 2020) de los residentes:

Las personas mayores, que para su cuidado se valoren sin dependencia o con hasta dependencia leve o moderada requieren:

- a) Un Licenciado/a en enfermería 8 hs mañana y tarde por cada 30 residentes.
- b) Un auxiliar de enfermería/ enfermero/a profesional por turno de 8 horas por cada 15 (quince) personas mayores a atender (mañana, tarde y noche).
- c) Un auxiliar en cuidados gerontológicos por turno de 8 horas por cada 15 personas mayores a atender (mañana y tarde).

• De acuerdo con ello, a partir de 16 (dieciséis) personas mayores a atender (por turno) ya corresponde (dos) auxiliares de enfermería/enfermeros/as profesionales y a partir de 31 (treinta uno) 3 (tres) y así sucesivamente.

• A partir de 16 (dieciséis) personas mayores a atender corresponden 2 (dos) auxiliares en gerontológicos, y a partir de 31 (treinta uno) corresponden 3 (tres) y así sucesivamente.

En caso de personas mayores con dependencia severa se requiere:

- a. Un Licenciado/a en enfermería 8 hs. mañana y tarde por cada 30 personas residentes.
- b. Un auxiliar de enfermería enfermero/a profesional por turno de 8 horas por cada 7 personas residentes a atender (mañana tarde y noche).
- c. Un auxiliar en cuidados gerontológicos por turno de 8 horas por cada 10 personas residentes a atender /mañana y tarde). De acuerdo con ello, a partir de 8 (ocho) personas residentes a atender corresponden 2 (dos) auxiliares de enfermería/enfermeros/as profesionales y a partir de 16 (dieciséis) 3 (tres) y así sucesivamente.
- d. A partir de 11 (once) personas residentes corresponden 2 (dos) auxiliares en cuidados gerontológicos , y a partir de 22 (veintidós) corresponden 3 (tres) y así sucesivamente.

Se considera necesario para desarrollar en el ámbito de las RPM en atención a los cuidados necesarios, que en las actividades de rehabilitación física funcional, cognitivas, recreativas y de participación social, para un modulo de 30 personas residentes (independientemente de su grado de dependencia, máxime en los casos de mayor dependencia y/o heteronimia), se optimicen las oportunidades disponibles en cada jurisdicción para lograr la presencia de dos profesionales, uno del ámbito psicosocial (Psicólogos/as, Trabajador/as Social, Recreologos,/as etc.) y otro del ámbito

físico/funcional (Kinesiólogos/as, Licenciados/as en Terapia ocupacional, Profesionales de educación física) con el fin de brindar una atención personalizada e integral.

3.7. Personal en horario nocturno: El establecimiento deberá quedar a cargo de más de una persona; aunque el número de personas residentes o su condición de dependencia se ubique por debajo de los umbrales establecidos.

#### **4- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN**

En este apartado se mencionan las pautas para un SISTEMA ORGANIZACIONAL APLICADO A LA VIDA COTIDIANA con procedimiento de trabajo, protocolos básicos, procedimientos e instrumentos para la valoración de las personas residentes, entre otros.

Estos elementos están estrechamente ligados a la gestión de calidad y seguridad de las personas residentes e impactan en la calidad de vida y la satisfacción de las mismas.

Las residencias deberán exhibir protocolos y procedimientos de actuación debidamente cumplimentados, detallando los objetivos de la actuación, la población destinataria, los profesionales intervinientes, la descripción de la secuencia de actividades y el respaldo bibliográfico de los procedimientos.

Los protocolos de actuación así como los procedimientos recomendados en estas directrices, son herramientas validadas y difundidas para facilitar la tarea de las RPM en su puesta en marcha.

##### A) Recepción de Personas Residentes

Se entiende por procedimientos de recepción al proceso que realiza el equipo interdisciplinario con las personas mayores que consiste en, una vez convenido el ingreso a la institución, la personalización del recibimiento considerando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. El protocolo deberá incluir:

1. Presentar y recorrer las instalaciones con el fin de ubicar al postulante adecuadamente según sus necesidades. Respetando desde inicio y durante toda su estadía la identidad de género de la persona residente.
2. Realizar la presentación de todas las personas (recursos humanos) que estarán involucrados en su atención.

3. Extender constancia escrita del contrato tipo para ambas partes.
4. Ofrecer la información necesaria en formato accesible, incluyendo lenguaje simplificado y fácil lectura, y debido a que el ingreso a la institución implica la toma de decisión respecto al lugar de residencia, deberán garantizarse los apoyos que requiera la persona para decidir, en el marco de lo previsto en el artículo N° 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.
5. Solicitar el consentimiento de residencia de la persona mayor, para el ingreso, previo periodo de adaptación.
6. El consentimiento de residencia puede ser revocado por decisión de la persona mayor ingresante, o su representante legal en cualquier momento de la permanencia en la RPM.
7. Entregar la carta de derechos y deberes de las personas residentes y las normas de convivencia vigentes, las mismas se reevaluarán bajo los procedimientos y términos consensuados previamente.
8. Presentar a la persona ingresante con las personas residentes.
9. Efectuar el primer Plan individual de Servicios, Apoyos y Cuidados, consensuado de servicios y cuidados para la atención de la persona mayor, tendiente a mantener la máxima autonomía, integración social y comunitaria posible.

#### B) Protocolo de Plan Individual de Servicios, Apoyos y Cuidados

El Plan Individual de Servicios, Apoyos y Cuidados implica el conocimiento integral de la Persona Mayor, de su historia de vida, del sentido de vida, de sus dimensiones emocionales y espirituales. Se registran sus intereses, deseos, expectativas y proyectos.

Deberá incluir la evaluación inicial de la persona residente por parte del equipo interdisciplinario con la intervención de las áreas médica, enfermería, kinesiología, terapia ocupacional, psicología, nutrición y social. Se recomienda realizar una entrevista en profundidad con la persona residente para conocer su historia social, el contexto desde el cual proviene y así consensuar el Plan Individual, de Servicios, Apoyos y Cuidados, cuyos objetivos se evaluarán cada tres meses y será firmado por todas las partes intervinientes, incluyendo, por supuesto, el destinatario.

Este Plan Individual de Servicios, Apoyos y Cuidados debe aumentar o mantener la capacidad intrínseca y funcional de las personas mayores, para evitar la dependencia o el aumento de la misma.

Es indispensable detectar los factores de riesgo psicológicos y propiciar el desarrollo y sostén de los Factores Protectores Psicológicos para un buen envejecer. (Zarebski G, Marconi A 2017).

Enlace:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-autocuidado-de-la-persona-mayor-en-la-decada-del-envejecimiento-saludable>.

Dicho protocolo deberá contener como mínimo los siguientes instrumentos de la Valoración Geriátrica Integral (VGI):

Se propone que en la valoración de las distintas dimensiones a abordar, se apliquen escalas o baterías de test a los efectos de cuantificar y valorar la capacidad intrínseca y funcional de las personas residentes.

Es importante utilizar técnicas de screening y escalas de valoración para:

- Cuantificar la alteración de determinadas funciones cognitivas (Minimental, Folstein; Mocca, Nasreddine; Test del Reloj; etc.).
- Explorar síntomas psíquicos y conductuales: depresión, ansiedad, síntomas generales.
- Medir el nivel de deterioro global.
- Medir Valoración Funcional para el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (Barthel, Lawton y Brody, Katz).
- Evaluar Sobrecarga del Cuidador (Escala de Zarit).
- Para establecer EL GRADO DE DEPENDENCIA se sugiere combinar los resultados de las dos pruebas mencionadas (Índice de Barthel y Mini Examen Cognoscitivo), vinculando sus puntuaciones. Así, se podrá obtener un perfil de dependencia global y establecer perfiles de niveles/grados de dependencia: dependencia leve, dependencia moderada y dependencia severa o gran dependencia. Las personas mayores con dependencia conservan la autonomía en las decisiones sobre su vida y deben poder ejercer sus derechos. El hecho de que puedan sufrir alguna forma de dependencia y necesiten apoyos o cuidados especiales no significa que no puedan elegir y conducir el rumbo de su vida, por ello han de ser consultados y expresar su consentimiento. Derecho determinado por las convenciones CIDHPCD, CIPDPM y Ley 26657 (Ley Nacional de Salud Mental).

Se definen dos conceptos: AUTONOMIA DECISORIA e INDEPENDENCIA FUNCIONAL. La autonomía decisoria es la capacidad de la persona para tomar decisiones y gobernarse a sí mismo (su opuesto sería la heteronimia: persona que no es capaz de tomar decisiones por ella misma). La independencia funcional refiere a la capacidad de la persona para ejecutar por sí misma las actividades necesarias para la vida cotidiana (operatividad

en las actividades de la vida diaria básicas “AVDs”), así como las instrumentales o avanzadas (su opuesto es la dependencia: persona que necesita apoyos o cuidados de otras personas).

- Valorar el estado nutricional: Evaluación Mini Nutritional Assessment (MNA) En esta valoración debe incluirse los gustos de las personas residentes, platos preferidos, además de los que establece su dieta y que refleje la diversidad de menús.

- Evaluar los recursos sociales: la OARS es una escala que evalúa los recursos sociales de las personas mayores estableciendo distintas categorías. Se complementa con una breve historia social, para conocer el contexto socio familiar del cual proviene y sus redes. Así como el tipo de actividades que se encuentran dentro de sus intereses y/o motivaciones, entre otros aspectos. Sus características, derechos y necesidades de apoyo o situación de dependencia. Se describe el grado de participación de la persona en la vida cotidiana, quehaceres y actividades en la residencia, y en la comunidad. Es importante también incluir a los familiares para potenciar el bienestar de las personas mayores, referirse a los derechos y deberes de estos, así como a su posible participación en el plan personalizado y en la vida de la residencia.

Es importante mencionar que los/las profesionales competentes seleccionaran aquellas técnicas o escalas que consideren más propicias para aplicar en la persona residente, según sus criterios.

#### C) Protocolos sanitarios de:

- a) aseo personal de las personas residentes,
- b) cambio y manipulación de absorbentes o panales,
- c) aseo de la ropa blanca y la de las personas residentes,
- d) Manipulación adecuada de alimentos,
- e) eliminación de residuos sólidos y patológicos,
- f) urgencias medicas,
- g) prevención y control de enfermedades zoonoticas,
- h) fallecimiento.

#### D) Protocolos de enfermería:

- a) de manejo y administración de medicamentos,
- b) prevención, registro y tratamiento de úlceras por presión,
- c) prevención y registro de caídas,
- d) uso de sondas
- e) evaluación y manejo del dolor,

f) cuidados paliativos al final de la vida.

E) Protocolos de kinesiología y terapia ocupacional:

Estimulación multisensorial, tratamiento de la dependencia severa para la recuperación de la capacidad funcional.

F) Protocolo de prevención y actuación frente a la persona mayor con comportamientos complejos o desafiantes:

Para orientar en la prevención y actuación frente a situaciones de agitación de la persona mayor, desde un enfoque de la cultura de la no sujeción, considerando el ejercicio de su derecho a la vida sin ningún tipo de violencia. Se entenderá como una situación de agitación de la persona mayor a la que observa un aumento de la actividad motora, verbal y oral, acompañada de alteraciones en la esfera emocional y percibidas como inadecuadas al contexto. En estos casos, además de los enfoques enunciados (prevención ambiental y desde la cultura de la no sujeción) es necesario identificar las necesidades que están detrás de tales comportamientos y favorecer que la persona pueda satisfacerlos de otro modo, convirtiendo en innecesarias y no funcionales estas conductas para la persona.

El protocolo estipula: prevención y actuación en la cultura de la no sujeción, procurando elaborar valoraciones individualizadas de riesgos de caída, búsqueda creativa de alternativas y de medidas preventivas, información a todas las personas/agentes implicados, documentación por escrito, revisión periódica, medidas compensadoras del malestar físico y psíquico.

G) Protocolo para la detección y el abordaje del maltrato y/o abuso hacia las personas mayores residentes

Se aplica ante situaciones de maltrato entre personas residentes, con los familiares y residentes y los producidos por el personal de la residencia. Debe incluir la mención de los dispositivos donde se puede registrar la denuncia correspondiente. Deben contener prevención y abordaje de todo tipo de discriminación y maltrato, considerando especialmente los casos de discriminación múltiple.

Se sugiere considerar los contenidos de “Manual para la detección y abordaje de maltrato hacia las personas mayores” y la promoción de buen trato, destinado a los servicios de salud, elaborado por el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

Enlace:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-para-la-deteccion-y-abordaje-del-maltrato-en-personas-mayores-y-promocion-del-buen>.

#### H) Protocolos para la evacuación del establecimiento

En caso de emergencia o catástrofe, detallando los procedimientos para la evacuación de las personas residentes postrados totales.

#### Gestión de la calidad en la RPM

Las RPM deben desarrollar actividades bajo estándares objetivos que garanticen la calidad y seguridad de la atención, su monitoreo y proceso de mejora, a fin de establecer un sistema de gestión de calidad.

A tal fin es importante contar con personal especializado y definir los protocolos de calidad y seguridad de la atención necesarios, como también llevar adelante planes de mejora que incluyan fundamentalmente la perspectiva de una atención humanizada y segura.

Los planes de mejora deben contar con indicadores de procesos y resultados, con indagación de satisfacción y ser sensibles a los aspectos claves de desarrollo y evolución de las acciones de apoyo y cuidado que se brindan.

Se establece como practica para el desarrollo de la calidad seleccionar e implementar periódicamente herramientas de evaluación (autoevaluación, evaluación por pares, certificación y/o acreditación) que permita de forma sistemática y dinámica alinear los planes de mejora y priorizar las acciones en virtud de los recursos disponibles.

El plan de capacitación propuesto por la RPM debe contener los protocolos y procedimientos vigentes, como también herramientas para la gestión de la calidad. A tal efecto se articula la sistematización de la gestión de calidad a través de la herramienta de autoevaluación de buenas proactivas en salud aprobada por **Resolución 1744/2021**.

## **5- ANEXOS**

Anexo I. NORMATIVA EMITIDA POR EL PODER EJECUTIVO Y EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION.

Anexo II. CARTA DE DERECHOS.

Anexo III. CONSENTIMIENTO DE RESIDENCIA DE LA PERSONA MAYOR (CRPM).

Anexo IV. GRILLA DE HABILITACION CATEGORIZANTE DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES.

Anexo V. BUENAS PRACTICAS EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES Y HERRAMIENTA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Anexo VI. PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES **COMPROMETIDAS CON LA CALIDAD,**



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** S/ DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA. EX-2023-00890832- -APN-DNCSSYRS#MS

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 42 pagina/s.