

DECRETO N° 0 8 9

VISTO:

El Expediente Municipal N°5481/2026 iniciado a partir de la suscripción del acta por parte del Equipo de Inspección Municipal de Residencias de Larga Estadía en fecha 30 de junio de 2026, y

CONSIDERANDO:

Que la regulación legal vigente considera a las residencias de personas mayores como centros de alojamiento y convivencia con función sustitutiva del hogar familiar sea en forma temporal o permanente, donde se preste a la persona que allí reside una atención integral a los fines de garantizar un estado óptimo de salud física y mental que favorezca su desarrollo como persona abordando integralmente el funcionamiento de las mismas.

Que por el presente Decreto se reglamenta la Ordenanza referida mediante la determinación de los requisitos que deben cumplirse para la habilitación de dichos establecimientos puesto que deviene indispensable precisar la documentación a presentar, el área competente y la periodicidad de renovación con que debe realizarse el trámite.

Que la Dirección de Salud Pública por recomendación del equipo de inspección municipal de Residencia de larga estadía, Departamento Inspección General y Departamento Habilitaciones aconseja incorporar requisitos a la norma vigente.

Que es necesario el dictado del correspondiente acto administrativo a los fines de cumplimentar con la reglamentación de la norma que regula la habilitación de las residencias para personas mayores en nuestra ciudad, incorporando a la presente las sugerencias suscriptas por el Equipo, por ello

el Intendente Municipal en uso de sus facultades;

DECRETA:

ARTÍCULO 1.-) EL Departamento Habilitaciones, dependiente del Área Legal y Técnica o de la que en el futuro la reemplace, estará facultado para intervenir en el trámite de habilitación, modificación, re-empadronamiento, cese y cualquier otro relativo a las residencias para adultos mayores que se instalen y/o funcionen en la ciudad.-

ARTÍCULO 2.-) ESTABLÉCESE que, para el otorgamiento de la habilitación correspondiente, serán requisitos necesarios la presentación de los documentos que se detallan en el presente artículo, sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos generales establecidos en el Decreto N° 52:

2.1 Certificado de uso de suelo (habilitación por primera vez), previa reunión con el equipo técnico interdisciplinario municipal.

2.2 Formulario de ingreso (habilitación/modificación).

2.3 Certificado de Higiene y Seguridad con plan de evacuación, aun las instituciones que cuenten con habilitación vigente como HOLEPAM.

2.4 Copia de los títulos de los profesionales que se desempeñan en el establecimiento.

2.5 Contrato y último recibo de pago de empresa de servicio de recolección, transporte y tratamiento de residuos patológicos.

2.6 Certificado de cobertura de unidad de traslado y emergencias médicas privada, con último recibo de pago.

2.7 Declaración jurada de la nómina de personas que presten servicios en la residencia independientemente del vínculo legal o contractual que lo liga al establecimiento. La misma no podrá modificarse una vez iniciado el trámite.

2.8 Libreta sanitaria o planilla de control de salud municipal para el personal de residencia para adultos mayores. En relación a esta última podrá realizarse a través del efector de salud público, privado o combinado,

Año Centenario del Palacio Municipal

quedando a cargo de los interesados los costos derivados de los requerimientos de la misma. Asimismo, la planilla de salud municipal deberá completarse con los estudios pertinentes, pudiendo incorporarse a tal efecto los realizados por la ART o los que se realicen en forma particular. La misma deberá contar con la firma médica, sea profesional interno (de la institución) o externo.

2.9 Carnet de manipulación de alimentos vigente.

2.10 Seguro de responsabilidad civil, póliza vigente y última recibo de pago.

2.11 Certificado provincial de buena conducta de todo el personal que se desempeñe en la residencia, cualquiera fuere la función asignada o certificado de antecedentes penales emitido por Registro Nacional de Reincidencia.

2.12 Certificado nacional de antecedentes penales del propietario y/o encargado de la residencia.

2.13 Carnet de cuidador gerontológico municipal para todo el personal que se desempeñe en contacto con los residentes y que no sean profesionales de la salud (personal de cocina, limpieza, atención general, administración).-

ARTÍCULO 3.-) SEMESTRALMENTE, se deberá presentar la declaración jurada de la nómina de personas que presten servicios en la residencia si hubiese modificaciones. Se exigirá la acreditación de los requisitos consignados en el art. 2; punto 2.4 (de corresponder); 2.8; 2.9 (de corresponder); 2.11 y 2.13 dentro del semestre siguiente.-

ARTÍCULO 4.-) DISPÓNGASE que en el caso de no contar el expediente con la totalidad de la documentación exigida en el art. 1 y 2, se le otorgará un plazo máximo de noventa (90) días para su cumplimiento, caso contrario el mismo caducará de forma automática.

ARTICULO 5.-) APRUÉBASE la planilla de inspección geriátrica Anexo I y que forma parte del presente decreto.-

ARTÍCULO 6.-) DERÓGUENSE los Decretos N°49/24, N°19/24, N°42/23 y 43/26.-

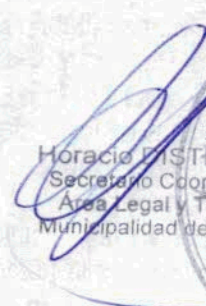
ARTÍCULO 7.-) EL presente Decreto será refrendado por el Área de Bienestar y Desarrollo, Área Legal y Técnica y Dirección de Salud.-

ARTÍCULO 8.-) COMUNÍQUESE a las Áreas Legal y Técnica, Bienestar y Desarrollo y Planificación Territorial, Dirección de Salud, Departamento Acción Social, Departamento Habilitaciones, Departamento Mesa de Entradas, Departamento Acción Social, Departamento Inspección General, Departamento Arquitectura y Planeamiento, División Servicio Social y al Tribunal Municipal de Faltas.-

ARTÍCULO 9.-) CÚMPLASE, comuníquese, publíquese y dése al D.M..-


Dra. MARÍA FERNANDA OLMEDO
DIRECTORA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE CASILDA


Méd. Vet. Cristina E. SVISER
Secretaria Coordinadora
Área Bienestar y Desarrollo
Municipalidad de Casilda


Horacio CRISTÓBAL
Secretario Coordinador
Área Legal y Técnica
Municipalidad de Casilda


Dr. Guillermo Juen FRANCHELLA
Intendente
Municipalidad de Casilda



Año Centenario del Palacio Municipal
ANEXO I

Evaluación de Residencia para Adultos Mayores

En el día de la fecha siendo las.....el Equipo de Inspección de Residencias para Adultos Mayores de la
Municipalidad de Casilda procede a la Evaluación de:

Residencia:

Propiedad de:.....

Ubicada en calle:

Con un total de:Habitaciones y.....camas.....siendo..... Residentes

Personal total:..... Mucamas:.....Enfermera/o:.....

Médico:.....Nutricionista:.....Personal Socio preventivo:

Cocinera/o:.....Dueño/Encargados:.....Mantenimiento:.....

En virtud de las observaciones realizadas el día de la fecha, pasamos a detallar algunas recomendaciones para ser
implementadas, dando un plazo de.....días hábiles para su ejecución. Caso contrario se procederá a comparecer ante
el Tribunal Municipal de falta. A saber:

ÁREA MÉDICA Y ENFERMERÍA

.....
.....
.....

Constatación:

.....
.....

ÁREA ATENCIÓN ALIMENTARIA

.....
.....
.....
.....

Constatación:

.....
.....

ÁREA HIGIENE Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

.....
.....
.....

Constatación:

.....
.....

ÁREA ARQUITECTURA

.....
.....
.....

Constatación:

.....
.....

FIRMA EQUIPO DE INSPECCIÓN:

FIRMA PROPIETARIO DEL GERIÁTRICO:

1) ATENCION MÉDICA

Profesional a cargo: Dr. /a.....

Si

No

a) Libro de Registro Médico (asistencia mínimo 3 veces a la semana)		
b) Carpeta de Historia Clínica de cada residente al ingreso		
c) Evolución de la Historia Clínica (mínimo mensual)		
d) hoja de Indicaciones Médicas (con actualización mensual y/o de acuerdo a interurrencias		

Observaciones.....

2) ENFERMERÍA

Lic. en Enfermería /Auxiliar.....

Si

No

a) Orden, organización y accesibilidad del área		
b) Lugar restringido de acceso a medicamentos		
c) Recursos materiales necesarios:		
d) Registros de suministro de medicamentos		
e) Botiquín de primeros auxilios		
f) Cumplimiento de normas de bioseguridad		
g) Equipamiento requerido según Ordenanza Municipal		
h) Sala de Aislamiento: -Termómetro -Linterna -Oxímetro de pulso -Tubo Oxígeno/ mascarilla -Contenedor con bolsa para residuos patológicos -Kit de Protección Personal -Materiales descartables (gasa, guantes, algodón, baja lenguas) / Alcohol al 70%		

Observaciones.....

Si

No

a) Actividades Socio Preventivas/Recreativas		
b) Libro de Registro de Ingresos/Egresos		
c) Horario de visitas:		

3) ATENCIÓN ALIMENTARIA

Lic. en Nutrición:..... Si No

a) Manual de Régimen Mensual que incluya: Menues para 30 días según temporada (otoño-invierno / Primavera-Verano) Formula Sintética y Desarrollada		
b) Presentación de Menús en Mosaico, en cocina		
c) Descripción individual de desayuno, meriendas y colaciones con PB, PN, y Kcal		
d) Descripción individual de Almuerzo y Cenas del Régimen General, con PB, PN, y Kcal		
e) Variantes al Régimen General		
f) Dietoterapia del Régimen según patologías mas frecuentes		
g) Complementos hipocalóricos- hiperproteicos (diagrama para 7 días)		
h) Residentes con Alimentación Enteral o por boca con sonda con indicación de Médico/Nutricionista		
i) Ecónomo/ cocinera responde a lo planificado en su totalidad		
j)Asistencia al lugar por Ecónomo/ cocinera(mínimo 8 hs. diarias)		
k) El Lic. en Nutrición consigna por escrito actividad realizada (Hoja de Nutrición: incluye datos antropométricos, diagnostico, indicación de dieta, evolución y seguimiento. Registro mensual		
l) Asistencia por Nutricionista al lugar (3/ 6 hs. semanales)		
m) Reserva de alimentos suficientes, stock para 3 días: el equivalente a cuatro comidas principales (Desayuno, almuerzo, merienda y cena) en función del número de residentes.		

 Observaciones.....

4) HIGIENE Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Si No

a) Cocina en condiciones higiénico sanitarias		
b)Cocinera (uniforme; delantal-cofia-guardapolvo-carnet de manipulación de alimentos)		
c) Cantidad de mucamas por turno: (solo se ocupan de limpieza del establecimiento) 15 camas= 1 40 camas= 2 40 a 80 camas= 4		

d) Conservación de los alimentos adecuada		
e) Bacha profunda con agua caliente y fría		
f) Mesa de trabajo lavable e impermeable		
g) Muebles bajo mesada incombustible, lavable y en correcto estado de conservación		
h) Extractor ambiental		
i)Pisos lisos, impermeables, incombustibles , lavables		
j) Paredes lisas, impermeables, incombustibles , lavables		
k) Utensilios apropiados, necesarios y suficientes para el numero de residentes		
l) Mesas-Bandejas para comer en cama en numero acorde a las necesidades		
m) Traslado de Alimentos en recipientes exclusivos y adecuados		
n) Tanque de Agua: Certificado de limpieza según material		
ñ) Productos de limpieza: rotulados y en cantidad suficiente		
o) limpieza, Ventilación, Presencia de alcohol en gel o gatillo en habitaciones en general.		
p)Baños: papel higiénico, jabón liquido, toallas de papel		
q)Carnet de cuidador gerontológico		

Observaciones.....

.....

5) ARQUITECTURA

Si No Parcial

DORMITORIOS			
Superficies mínimas			
Ventilación e iluminación natural			
Ventanas con ventilaciones a patios de dimensiones reglamentarias			
Mobiliario mínimo para cada residente			
Colchones de 16 cm de altura mínima			

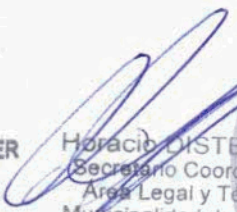
Ventanas con telas metálicas de malla fina				
SANITARIOS Y COCINA				
Gritería, artefactos, instalaciones				
Ventanas con telas metálicas de malla fina				
ÁREAS COMUNES				
Comedor capacidad según cantidad de camas habilitadas				
Sala de estar capacidad según cantidad de camas habilitadas				
Patio o jardín con adecuado orden y limpieza/ Superficie según cantidad de camas habilitadas				
Ventanas y puertas con telas metálicas de malla fina				
ÁREA ASISTENCIAL				
Enfermería superficie mínima 6,00 m ²				
Sala de aislacion ventilada				
Ventanas y puertas con telas metálicas de malla fina				
LAVADERO Y DEPÓSITO DE ROPA LIMPIA Y SUCIA				
Superficie y equipamiento proporcionales al N° de camas habilitadas				
CIRCULACIONES				
Ancho de paso de camillas 1,50m, residencias habilitadas 0,90m				
Circulaciones públicas o personal 0,90m				
Pasamanos para circulación de pacientes				
Rampas fijas o móviles anchos mínimos 0,80 m sup. antideslizante				
PISOS Y REVESTIMIENTOS				
Pisos lisos lavables impermeables incombustibles y antideslizantes				
Paredes de mamposterías revocadas y pintadas, en buenas condiciones.				
Cubiertas de techo y terminaciones interiores en buen estado.				
POBLACIÓN EXCEDIDA				

CAPACIDAD DE RESIDENTES SUGERIDA (CANTIDAD)	
---	--

Observaciones.....
.....


Dra. MARÍA FERNANDA OLMEDO
DIRECTORA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE CASILDA


Méd. Vet. Cristina E. SVISER
Secretaría Coordinadora
Área Bienestar y Desarrollo
Municipalidad de Casilda


Horacio DI STEFANO
Secretario Coordinador
Área Legal y Técnica
Municipalidad de Casilda


Dr. Guillermo Juan FRANCHELLA
Intendente
Municipalidad de Casilda

DATOS DE RESIDENTES Y PERSONAL: GERIÁTRICO: FECHA: CANTIDAD RESIDENTES:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	F. NAC.	EGRESO	INGRESO	DNI	FAMILIAR RESPONSABLE	TELÉFONO FAMILIAR
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Dra. **MARÍA FERNANDA PALMEDO**
DIRECTORA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE CASILDA

Méd. Vet. **Cristina E. SVISER**
Secretaria Coordinadora
Área Bienestar y Desarrollo
Municipalidad de Casilda

Horacio DISTEFANO
Secretario Coordinador
Área Legal y Técnica
Municipalidad de Casilda

Dr. Guillermo Juan FRANCHIELLA
Intendente
Municipalidad de Casilda



Año Centenario del Palacio Municipal
**PLANILLA DE CONTROL DE SALUD PARA EL PERSONAL
DE HOGARES DE ANCIANOS**

Nombre y Apellido:..... Edad:.....
Fecha de nacimiento:..... N° de Documento:.....
Domicilio:..... Localidad:.....
Teléfono:.....
FECHA:.....

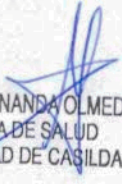
FICHA MÉDICA

- Antecedentes Personales:.....
.....
.....
- Medicación actual:.....
.....
.....
.....
- Alergias (medicamentos/alimentos/otros):.....
.....
.....
- Laboratorio:
• Hemograma completo:.....
• Eritrosedimentación:.....
• Huddleson:.....
• Parasitológico Directo de materia fecal:
.....
- Radiografía de Tórax Frente.
Informe:.....
.....
.....
- Plan de Vacunación (Adjuntar copia de carnet):
• Hepatitis A
• Hepatitis B
• Doble Adultos

- Antigripal
- COVID-19

Certifico que.....DNI N°..... ha sido
examinado/a clínicamente en el día de la fecha, encontrándose apto/a para el desempeño de sus
funciones laborales dentro de la Residencia Geriátrica....., situada en la
calle.....N°.....de la localidad de Casilda, según los requerimientos
establecidos por estatuto municipal de geriátricos.

.....
Firma, Sello y Matrícula de
Profesional responsable


Dra. MARÍA FERNANDA OLMEDO
DIRECTORA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE CASILDA


Méd. Vet. Cristina E. SVISER
Secretaria Coordinadora
Área Bienestar y Desarrollo
Municipalidad de Casilda


Horacio DI STEFANO
Secretario Coordinador
Área Legal y Técnica
Municipalidad de Casilda


Dr. Guillermo Juan FRANCHELLA
Intendente
Municipalidad de Casilda

ANEXO:

NÓMINA DE PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN A CARGO DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA RESIDENCIA
GERIÁTRICA

NOMBRE DE LA RESIDENCIA:

TITULAR:.....

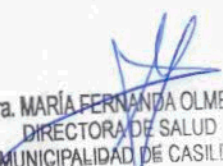
DOMICILIO:

PERSONAL	NOMBRE Y APELLIDO	MATRICULA	DNI	DIRECCION
SERVICIO MÉDICO	Médico: .....	.....	.....	.....
SERVICIO DE ENFERMERÍA	Enfermero: Auxiliar: .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
SERVICIO DE NUTRICIÓN	Nutricionista: Cocinera: Ayudante de Cocina:	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

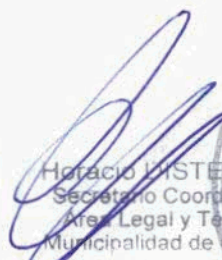
				
MUCAMAS	1).....	.....	.....	.....
	2).....	.....	.....	.....
	3).....	.....	.....	.....
	4).....	.....	.....	.....
	5).....	.....	.....	.....
	6).....	.....	.....	.....
	7).....	.....	.....	.....
	8).....	.....	.....	.....
	9).....	.....	.....	.....
	10).....	.....	.....	.....
ACTIVIDADES	Psicólogo/a:			
				
	SOCIO-			
	Terapeutas Ocupacionales:			
				
PREVENTIVAS	Kinesiólogo/a:			
				
	Prof. Educación Física:			
				
	Lic. en trabajo Social:			
				

OBSERVACIONES					

La MUNICIPALIDAD DE CASILDA es responsable de los archivos generados con los datos de carácter personal suministrados a través de la presente declaración y garantiza la privacidad y confidencialidad proporcionados por sus titulares (en adelante "el Titular de los Datos Personales") de conformidad con lo establecido en el Artículo 43, párrafo tercero de la Constitución Nacional, en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales, en el Decreto N° 1558/2001 y en la Disposición 11/2006 de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. Todos los datos personales recopilados con la utilización que Usted haga de los mismos se tratarán de conformidad con la "Política de Confidencialidad y Protección de Datos Personales"


Dra. MARÍA FERNANDA OLMEDO
DIRECTORA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE CASILDA


Méd. Vet. Cristina E. SVISER
Secretaria Coordinadora
Área Bienestar y Desarrollo
Municipalidad de Casilda


Horacio L. STEFANO
Secretario Coordinador
Área Legal y Técnica
Municipalidad de Casilda


Dr. Guillermo Juan FRANCHELLA
Intendente
Municipalidad de Casilda