

# Revisión internacional de modelos de atención residencial



Agosto 2020  
Canadá



## 1. Introducción

Este apartado recoge las principales características de la atención residencial para personas mayores en Canadá. El sistema de atención a la dependencia canadiense se caracteriza por la intervención tanto del gobierno federal, como del provincial o territorial. Por ello, en los casos en los que la competencia en relación a la atención a la dependencia recaiga en el gobierno provincial, se hará referencia a la provincia de Ontario, que además de ser la más poblada, destaca por haber elaborado el primer plan estratégico de personas mayores del territorio<sup>1</sup>.

La información recogida se basa en tres grandes tipos de fuentes:

- La normativa en vigor que regula el modelo de atención, así como los procesos de autorización, acreditación, inspección y evaluación de los centros. En este sentido, básicamente son dos las leyes de la provincia de Ontario que recogen la normativa relativa a los centros residenciales para personas mayores.
- Encuestas e informes oficiales que describen y/o evalúan la situación de los centros residenciales y sus principales magnitudes. En el caso de Ontario, el Ministerio de Salud y Cuidados de Larga duración juega un papel clave en este sentido.
- Planes, guías y manuales de buena práctica.

También se ha recurrido para la elaboración de este apartado a algunos artículos académicos que abordan aspectos específicos del modelo de atención residencial en Canadá y que se citan en la bibliografía, así como a la información publicada en las páginas web de las entidades responsables de la regulación, evaluación, inspección y/o gestión de los servicios.

El apartado se estructura en torno a ocho grandes apartados:

- Descripción general del modelo de atención a personas mayores en Canadá.
- Descripción de las características físicas de los centros
- Dotaciones y perfiles profesionales
- Descripción de los principales elementos organizativos
- La atención sanitaria en los centros residenciales
- Elementos relevantes para la vida significativa
- Ejemplos de buena práctica
- Incidencia de la Covid-19 en los centros residenciales para personas mayores en Canadá.

Cada uno de ellos recoge la información sobre diversos aspectos específicos, pero es importante tener en cuenta que toda la información está relacionada y que en ocasiones la información se solapa o se repite, en función de si se está hablando de las herramientas reguladoras, de los contenidos de esas regulaciones, etc.

---

<sup>1</sup>[Living Longer, Living Well](#), 2012

Por último, se incluyen las referencias de la normativa y los recursos en internet de interés para la elaboración del presente capítulo.

## 2. Descripción general del modelo de atención residencial a personas mayores en Canadá

### 2.1. Elementos básicos del sistema y valores inspiradores del modelo

El modelo de atención a la dependencia canadiense se caracteriza por su descentralización y falta de uniformidad. En ausencia de estándares federales, existen tantos modelos de atención como provincias y territorios –trece, en total<sup>2</sup>-. Citando a Benerjee<sup>3</sup>, “la idea de un modelo de atención a la dependencia canadiense es algo engañosa. Da una sensación de concreción y congruencia que no existe. La atención a la dependencia tiene diferentes historias de desarrollo en cada provincia y territorio, dando lugar a un panorama variado”.

En este contexto, son diversas las voces que abogan por la necesidad de que el gobierno federal desempeñe, igual que lo ha hecho en otros ámbitos, un papel de liderazgo en el impulso de una política nacional de cuidados a la dependencia. Entre ellas, destaca la del Instituto Nacional sobre Envejecimiento (NIA), *think tank* dependiente de la [Universidad de Ryerson](#), cuyo objetivo es la mejora de las políticas de envejecimiento a partir del análisis de la evidencia.

El NIA es el principal impulsor de la Alianza por la Estrategia Nacional para las Personas Mayores, en la que agentes de diferentes ámbitos (socio-sanitario, político, etc.) investigan con el objetivo de generar conocimiento estratégico basado en la evidencia que promueva el desarrollo de una estrategia nacional para las personas mayores. Fruto de esta labor investigadora, el equipo de trabajo publicó, en 2016, el documento [An evidence-informed National Seniors Strategy for Canada](#)<sup>4</sup>, cuyos contenidos, posteriormente, han quedado recogidos en un sitio web que permite su actualización, así como la interacción entre diferentes agentes<sup>5</sup>.

Según este documento, la estrategia nacional de atención a las personas mayores debe apoyarse en cuatro pilares fundamentales en los que subyacen cinco principios básicos, a saber:

---

<sup>2</sup> [Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada](#). Toronto, National Institute on Ageing, 2019, 161 p.

<sup>3</sup> Benerjee, A., [An overview of long-term care in Canada and selected provinces and territories](#). Toronto, York University, 2007, 31 p.

<sup>4</sup> Alliance for a National Seniors Strategy, [An evidence-informed National Seniors Strategy for Canada](#). Toronto, National Institute on Ageing, 2016, 151 p.

<sup>5</sup> <http://nationalseniorsstrategy.ca/>

### Ilustración 1. Pilares y principios básicos que debería tener el plan nacional para personas mayores



Diferentes entidades nacionales, como el [Institute for Research on Public Policy](#) (IRPP), del que hablaremos en el punto 2.7.4., respaldan las recomendaciones de la Alianza por la Estrategia Nacional para las Personas Mayores. Sin embargo, tal y como acaba de señalarse, estas directrices son sólo recomendaciones, puesto que no existe, a día de hoy, una estrategia nacional.

En el caso de la provincia Ontario, la definición del modelo de atención residencial a personas mayores se basa, principalmente, en la normativa reguladora de los dos modelos principales de centros residenciales de la provincia:

- La [Retirement Homes Act](#) establece que el principio fundamental que debe aplicarse en la interpretación de la presente ley es que un centro residencial debe funcionar de manera que sea un lugar en el que las personas residentes vivan con dignidad, respeto, privacidad y autonomía, en condiciones de seguridad, protección y comodidad, y puedan tomar decisiones informadas sobre sus opciones de atención.
- Por su parte, el principio fundamental que debe aplicarse en la interpretación de la [Long-Term Care Homes Act](#) es que un centro residencial con enfermería es, principalmente, el hogar de las personas residentes y debe funcionar de manera que sea un lugar en el que las personas residentes puedan vivir con dignidad y en condiciones de seguridad, protección y comodidad y en el que se satisfagan adecuadamente sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales.

Asimismo, ambas leyes dedican una sección específica a los derechos de las personas usuarias que los centros están obligados a garantizar y que quedan recogidos en la tabla siguiente:

**Tabla 2. Derechos garantizados de las personas usuarias, en virtud de la ley provincial de Ontario**

Ámbito	Derechos
Dignidad y respeto	Todo/a residente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto y de manera que se reconozca plenamente su individualidad y se respete su dignidad.
	Todo/a residente tiene derecho a ejercer los derechos de los ciudadanos.
	Todo/a residente tiene derecho a que se le informe sobre quién es el responsable y quién le proporciona su atención directa.
	Todo/a residente tiene derecho a que se le conceda privacidad en el tratamiento y en el cuidado de sus necesidades personales.
	Todo/a residente tiene derecho a guardar y exponer sus posesiones personales, cuadros y mobiliario en su habitación, respetando, en todo momento, los requisitos de seguridad y los derechos de los demás residentes.
Prevención de abusos y negligencias	Todo/a residente tiene derecho a ser protegido/a de los abusos.
	Todos/as los/as residentes tienen derecho a no ser víctimas de negligencias por parte de la residencia.
Atención y servicios	Todo/a residente tiene derecho a ser protegido/a, alimentado/a, vestido/a, aseado/a y atendido/a adecuadamente de acuerdo con sus necesidades.
	Todos/as los/as residentes tienen derecho a vivir en un ambiente seguro y limpio.
	Todos/as los/as residentes tienen derecho a recibir atención y asistencia para lograr su independencia, en base a una filosofía de atención restaurativa, con el objetivo de lograr el máximo de independencia en la medida de lo posible.
Consentimiento y elección	Todo/a residente tiene derecho a que se respete su participación en la toma de decisiones.
	Todo/a residente tiene derecho a participar plenamente en el desarrollo, la aplicación, el examen y la revisión de su plan de atención.
	Todo/a residente tiene derecho a dar o rechazar el consentimiento para el tratamiento, la atención o los servicios para los que la ley exige su consentimiento, y a ser informado de las consecuencias de dar o rechazar el consentimiento.
	Todo/a residente tiene derecho a participar plenamente en la toma de cualquier decisión sobre cualquier aspecto de su cuidado, incluyendo la admisión, el alta o el traslado a o desde otro centro, y obtener una segunda opinión independiente sobre cualquiera de estos aspectos.
	Todo/a residente tiene derecho a que se mantenga la confidencialidad de su información personal sobre el estado de salud, así como a acceder a sus historiales médicos, incluido el plan de atención.
	Todo/a residente que se esté muriendo o que esté muy enfermo tiene derecho a que su familia y amigos estén presentes las 24 horas del día.
	Todos/as los/as residentes tienen derecho a entablar relaciones sociales y de amistades, y a participar en la vida de la residencia.
	Todo/a residente tiene derecho a que se respeten su estilo de vida y sus elecciones.
Reducir las sujeciones	Todo/a residente tiene derecho a compartir una habitación con otro residente en función de sus deseos mutuos, si se dispone de un alojamiento adecuado.
	Todos/as los/as residentes tienen derecho a acceder a zonas exteriores protegidas para disfrutar de actividades al aire libre, a menos que el entorno físico lo impida.
Comunicaciones y preocupaciones o quejas	Todo/a residente tiene derecho a no ser sometido/a a sujeciones físicas, salvo en las circunstancias previstas en la presente ley.
	Todo/a residente tiene derecho a comunicarse de forma confidencial, a recibir visitas de su elección y a contactar en privado con cualquier persona sin ningún tipo de interferencias.
	Todo/a residente tiene derecho a designar a una persona para que reciba información sobre cualquier traslado u hospitalización del residente.
	Todo/a residente tiene derecho a plantear sus preocupaciones o recomendar cambios en las políticas y servicios para sí mismo o para otros, sin interferencias y sin temor a la coacción, la discriminación o a las represalias.
	Todo/a residente tiene derecho a participar en el Consejo de Residentes.
Otros derechos	Todo/a residente tiene derecho a verse en privado con su esposo/a u otra persona, en una habitación que garantice la privacidad.
	Todo/a residente tiene derecho a ser informado/a por escrito sobre cualquier ley, norma o política que afecte a la provisión de los servicios o sobre el procedimiento para formular una queja.
	Todo/a residente tiene derecho a que cualquier amigo, familiar u otra persona relevante de su entorno asista a las reuniones con la residencia o el personal.
Otros derechos	Todo/a residente tiene derecho a gestionar sus propios asuntos financieros, a menos que carezca de capacidad legal para hacerlo.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Long-Term Care Homes Act 2007*

## 2.2. Tipología general de centros y alcance

La falta de uniformidad en el sistema de servicios y atención a la dependencia tiene su reflejo, también, en la tipología de centros. No existe consenso, entre las diferentes provincias y territorios, en relación a los tipos de servicios y a su nomenclatura, de manera que los centros residenciales se denominan de diferente manera (*nursing homes, long-term care homes, personal care homes, etc.*), o el mismo término puede referirse a diferentes centros y servicios dependiendo de la provincia o el territorio<sup>6</sup>.

En lo que respecta a la provincia de Ontario, los dos tipos principales de centros residenciales para personas mayores son los llamados *retirement homes* y *long-term care homes*. Se detallan a continuación las principales características de cada uno de los modelos:

- Los *retirement homes* son centros residenciales orientados a personas mayores que no presentan necesidades sustanciales en materia de salud y que requieren un nivel mínimo de apoyo. Estos centros no cuentan con personal de enfermería permanente y se caracterizan por ofrecer servicios de apoyo, tanto para las tareas domésticas como para las actividades de la vida cotidiana. Estos centros residenciales no cuentan con financiación pública.
- Los *long-term care homes* acogen a personas mayores en situación de dependencia y con necesidades sanitarias. Estos centros residenciales se caracterizan por la obligación de disponer de personal de enfermería durante las 24 horas del día. Para diferenciarlos de los anteriores, en este informe se denominará centros residenciales con enfermería a este tipo de centros, y centros residenciales a los *retirement homes*. Esta tipología de centros sí cuenta con financiación pública.

De acuerdo a los datos recogidos en la tabla 2, el número total de plazas en los centros señalados supera las 149.000. La cobertura total equivale al 6% de la población mayor de 65 años de la provincia de Ontario.

**Tabla 3. Principales datos sobre los centros residenciales para personas mayores en Ontario**

	Nº de centros	Nº de plazas	% de plazas	Cobertura*
Centros residenciales	756	61.966	44,5	2,9
Centros residenciales con enfermería	626	77.257	55,5	3,1
<b>Total</b>	<b>1.382</b>	<b>139.223</b>	<b>100</b>	<b>6,0</b>

Elaboración propia a partir de [About long-term care in Ontario: Facts and figures](#), [Retirement Homes Regulatory Authority](#) y [Statistics Canada](#)

\*En relación a la población de 65 y más años

Si bien en los últimos años el número de personas mayores con necesidades de atención ha ido en aumento, el número de plazas en centros residenciales con enfermería se ha mantenido más o menos igual en la provincia de Ontario. De manera que, en febrero de 2019, 34.834 ontarianos/as estaban en lista de espera para acceder a una residencia con enfermería<sup>7</sup>, con un tiempo de media de acceso de 161 días si se accede desde la comunidad, y de 90 días en caso de acceder desde un centro hospitalario<sup>8</sup>. Con el objetivo de reducir las listas de espera y el tiempo de acceso, el Ministerio Salud y de Cuidados de Larga Duración ha anunciado su compromiso de crear 15.000 camas adicionales en cinco años, y otras 15.000 en 10<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Benerjee, A. (2007)

<sup>7</sup> Ontario Long Term Care Association, [About long-term care in Ontario: Facts and figures, 2019](#)

<sup>8</sup> [Long-Term Care Home Performance in Ontario](#), Health Quality Ontario

<sup>9</sup> [Ministry of Long-Term Care](#)

### 2.3. Estructura competencial y de titularidad

En relación a la estructura competencial, el sistema canadiense se caracteriza por la intervención del gobierno federal y provincial. Recae en el gobierno federal, en concreto en el [Departamento de Salud](#), la financiación de los servicios de atención sanitaria provinciales y territoriales, a través del seguro [Medicare](#).

Los gobiernos provinciales, por su parte, son responsables de las siguientes funciones:

- Diseñar el sistema de atención.
- Gestionar los fondos asignados por el gobierno central.
- Autorizar e inspeccionar los centros.
- Establecer mecanismos para la defensa de las personas usuarias.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa.

En la provincia de Ontario, el [Ministerio Salud y de Cuidados de Larga Duración](#) es responsable de regular, inspeccionar y establecer las tarifas de alojamiento de los centros residenciales con enfermería. Por su parte, el organismo autónomo [Retirement Homes Regulatory Authority](#) –RHRA, en adelante– es responsable de la regulación, el registro y la inspección de los centros residenciales.

En lo que se refiere a la provisión de los servicios, los centros residenciales (*retirement homes*) son de titularidad privada y están gestionados, en su mayoría, por entidades con fin de lucro. En el caso de los centros residenciales con enfermería (*long-term care homes*), los centros pueden estar gestionados tanto por entidades públicas como por entidades privadas, con y sin fin de lucro. Si bien el porcentaje varía en las diferentes provincias y territorios, se calcula que, en el conjunto del país, aproximadamente el 44% de los centros residenciales con enfermería financiados con dinero público están gestionados por entidades privadas con fin de lucro, el 29% por entidades privadas sin fin de lucro, y el 27% restante por otros proveedores, fundamentalmente entidades públicas<sup>10</sup>. En cualquier caso, la provisión privada de los servicios en este tipo de centros resulta mayoritaria<sup>11</sup>.

En la provincia de Ontario se observa también el predominio de los centros residenciales con enfermería gestionados por entidades privadas con fin de lucro<sup>12</sup>:

---

<sup>10</sup> Canadian Institute for Health Information (CIHI). [Health Spending – Nursing Homes](#), 2014.

<sup>11</sup> El hecho de que casi la mitad de los centros sean de titularidad privada puede incidir en la calidad de la atención. La investigación realizada por McGregor y M. J., Ronald, L. A. ([Residential Long-Term Care for Canadian Seniors. Nonprofit, For-Profit or Does It Matter?](#) Montreal, IRPP Study, 2011, 52 p.) concluye que, en base a la revisión de la literatura realizada, se puede concluir que la atención proporcionada por los centros con fin de lucro es de inferior calidad que la proporcionada por las entidades públicas o sin fines de lucro en territorio canadiense.

<sup>12</sup> Ontario Long-Term Care Association, [This is Long-Term Care 2019](#).

**Gráfico 1. Titularidad de los centros residenciales con enfermería de la provincia de Ontario**



## 2.4. Marco normativo

Tal y como se ha señalado, no existe una normativa federal que regule la atención y los servicios a las personas mayores. En relación a la atención sanitaria, la ley de referencia para el conjunto del país es la [Canada Health Act](#), sin embargo, la atención prestada en los centros residenciales con o sin enfermería no queda incluida en esta ley. En este sentido, los cuidados sanitarios que se prestan en las residencias entran en la categoría de *extended health services*, que se rigen por la legislación provincial y territorial.

En lo que se refiere a la provincia de Ontario, la normativa básica que regula la prestación de los servicios de atención residencial para personas mayores en la provincia es la siguiente:

- **Ley de Centros Residenciales 2010** ([Retirement Homes Act 2010](#)) que, a grandes rasgos:
  - o establece los estándares obligatorios de atención y seguridad,
  - o crea la [Retirement Homes Regulatory Authority](#), organismo responsable de autorizar y llevar a cabo inspecciones periódicas de los centros residenciales, así como de garantizar el cumplimiento de la normativa, y
  - o establece los derechos de las personas residentes.

Esta ley establece el [reglamento 166/11](#), de aplicación a todos los centros, en el que se amplían las obligaciones de este tipo de residencias.

- **Ley de Centros Residenciales con Enfermería 2007** ([Long-term Care Homes Act 2007](#)). Esta ley, que entró en vigor el 1 de julio de 2010, reemplazó a tres normativas anteriores (*Nursing Homes Act*, *Charitable Institutions Act and Homes for the Aged*, y *Rest Homes Act*) y constituye el marco regulador de este tipo de centros, estableciendo los estándares obligatorios para el desarrollo de su actividad. La *Long-term Care Homes Act* amplía los derechos de las personas usuarias y, entre otros cambios, introduce la creación de los Consejos de Residentes ([Resident's Council](#)) y el de los Familiares ([Family Council](#)), que tienen que desempeñar un papel activo en el establecimiento de la misión del centro residencial. Incluye también, esta ley, la obligación de que todas las personas residentes dispongan de un plan de atención personalizado, que defina los objetivos y la intervención del personal en materia sanitaria y social<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Berta, W. et al., [Approaches to Accountability in Long-Term Care](#). Healthcare Policy, 2014, 13 p.



Bajo esta ley, se establece el [reglamento 79/10](#), que amplía los estándares de los centros residenciales con enfermería.

## 2.5. Modos de acceso y perfil de personas usuarias

### a) Modos de acceso a los centros residenciales

El acceso a los centros residenciales para personas mayores se realiza en función de las necesidades de atención social y sanitaria de las personas mayores, que determinarán el acceso a un tipo de centro o a otro. En el caso de los centros residenciales (*retirement homes*), al tratarse de centros privados que no cuentan con financiación pública, cada centro establece sus criterios de acceso. Como norma general, puede acceder a ellos cualquier persona que:

- tenga los recursos económicos suficientes para costearse la estancia,
- no esté en situación de dependencia, y
- en caso de precisar apoyo, esta necesidad quede cubierta por los servicios ofrecidos por el centro.

El centro residencial se encarga de realizar una valoración inicial para determinar si se cumplen los criterios de acceso.

Para acceder a un centro residencial con enfermería (*long-term care homes*), por su parte, es necesario:

- Estar registrado en el sistema sanitario público de Ontario (*Ontario Health Insurance Program*).
- Presentar alguna de las siguientes necesidades en materia de salud:
  - o Atención personal y de enfermería las 24 horas.
  - o Apoyo frecuente con las actividades de la vida diaria.
  - o Supervisión presencial para garantizar la seguridad o el bienestar.
- Precisar de cuidados que no pueden ser cubiertos en la comunidad a través de la atención comunitaria que proporciona el gobierno provincial.

Las solicitudes y admisiones a los centros residenciales con enfermería las gestiona el [Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración](#) de Ontario, a través de los [Local Health Integration Networks](#) (LHIN). Los LHIN son los responsables de planificar, coordinar y financiar la atención sanitaria en sus respectivas regiones –14 en total–.

### b) Características de las personas usuarias

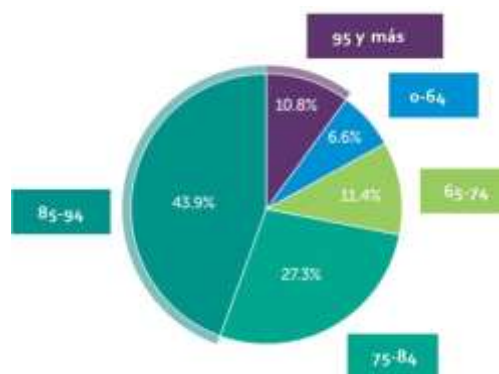
En relación a las características de las personas usuarias, la información disponible hace referencia únicamente a los/as residentes de los centros residenciales con enfermería de Ontario. En este sentido, los últimos datos disponibles<sup>14</sup>, relativos a 2019, señalan lo siguiente:

<sup>14</sup> Canadian Institute for Health Information, [Profile of Residents in Residential and Hospital-Based Continuing Care, 2018–2019](#)

- El 90% presenta algún tipo de deterioro cognitivo.
- El 86% precisa de apoyo intenso para actividades como comer o usar el baño.
- El 80% presenta enfermedades neurológicas.
- El 76% tiene enfermedades del corazón y/o del sistema circulatorio.
- El 64% sufre demencia.
- El 62% padece una enfermedad musculoesqueléticas, como artritis u osteoporosis.
- El 61% toma 10 o más medicamentos recetados.
- El 40% requiere de monitorización por necesidades sanitarias agudas.
- El 21% ha sufrido un derrame cerebral.

En lo que respecta a la edad, casi el 55% de las personas residentes tienen más de 85 años, tal y como puede verse en el siguiente gráfico:

**Gráfico 2. Edad de las personas usuarias de las residencias con enfermería de la provincia de Ontario**



## 2.6. Costes y sistemas de financiación

Los servicios y atención a la dependencia se financian a través del seguro médico federal *Medicare*, que cubre los gastos sociosanitarios proporcionados tanto en el entorno comunitario como en el residencial. La *Canada Health Act* –CHA, en adelante– establece los requisitos que las 13 provincias y territorios canadienses deben cumplir para optar al reembolso de los gastos sociosanitarios, lo que se conoce como *Canada Health Transfer* (CHT).

En 2018, el gasto en servicios y atención a la dependencia ascendió a 33.000 millones de dólares canadienses en el conjunto del país, lo que equivale al 13% del gasto total sanitario del país<sup>15,16</sup>. De los 33.000

<sup>15</sup> National Institute on Ageing (2019).

millones, aproximadamente \$27.000 millones –lo que equivale al 80-82%– se destinó a atención residencial. Aproximadamente \$20.000 millones –el 75%– de este gasto residencial se financió a través del seguro *Medicare*, y los \$7.000 millones restantes se sufragaron a través de mecanismos de copago.

**Tabla 3. Visualización del gasto en cuidados de larga duración en Canadá en 2018**

	Atención residencial	Atención domiciliaria y comunitaria	Total gasto Cuidados de larga duración
Financiación pública	\$20.000 millones	\$4.000 millones	\$24.000 millones
Financiación privada	\$7.000 millones	\$2.000 millones	\$9.000 millones
<b>Total gasto</b>	<b>\$27.000 millones</b>	<b>\$6.000 millones</b>	<b>\$33.000 millones</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de *Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada*

Comparado con el conjunto de la OCDE, Canadá es uno de los países de la OCDE que destina un menor porcentaje de su PIB a los cuidados de larga duración o servicios de atención a la dependencia. De acuerdo a los últimos datos publicados por la OCDE, Canadá dedica únicamente el 1,2% de su PIB al gasto público en dependencia, frente al 1,7% del conjunto de los países que conforman esa organización y porcentajes cercanos o superiores al 3,0% en los países del Norte de Europa. Es también, según estas mismas fuentes, uno de los países en los que en menor medida se ha incrementado el gasto público destinado a esta materia (un 2% de media interanual entre 2005 y 2015, frente a incrementos superiores al 4% en el conjunto de los países de la OCDE).

En lo que respecta a Ontario, los datos más recientes sobre los servicios de atención a las personas adultas en situación de dependencia<sup>17</sup> señalan que la financiación del gobierno provincial ascendió a \$4.280 millones (el 7% del presupuesto para la sanidad de la provincia), lo que representa \$149,95 por residente/día (\$54.730 al año).

Tal y como se ha señalado, el gobierno provincial no financia los centros residenciales sin enfermería, son las personas usuarias quienes asumen el importe total del servicio. En este tipo de centros, el coste de una habitación individual puede oscilar entre los \$1.000 hasta los \$6.000 al mes. Por el contrario, los centros residenciales con enfermería sí cuentan con financiación del gobierno provincial. El gobierno financia la atención sanitaria y la manutención, de manera que las personas usuarias asumen el coste del alojamiento. El Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario establece, anualmente, la tarifa de alojamiento (*accommodation costs*) que tiene que asumir la persona residente. Para el presente año, las tarifas máximas de alojamiento en los centros residenciales con enfermería de Ontario son las siguientes:

**Tabla 4. Tarifa de alojamiento para los centros residenciales con enfermería de la provincia de Ontario**

Tipo de alojamiento	Tarifa diaria	Tarifa mensual
Larga estancia Básica	\$62,18	\$1.891,31
Larga estancia Semi-individual	\$74,96 (Básico más un suplemento máximo de \$12,78)	\$2.280,04
Larga estancia Individual	\$88,82 (Básico más un suplemento máximo de \$26,64)	\$2.701,6
Corta estancia	\$40,24	--

Fuente: [Long-term care accommodation costs and subsidy](#)

<sup>16</sup> Grignon, M., Spencer, B.G., *The funding of long-term care in Canada: What do we know, what should we know?* Canadian Journal on Aging, vol. 37, n. 2, 2018, p. 110-120.

<sup>17</sup> Ontario Long Term Care Association, 2019

En caso de no disponer de ingresos suficientes, el gobierno provincial otorga una ayuda que puede ascender hasta los \$1.891,31 mensuales para sufragar el coste de alojamiento de larga estancia básico.

## 2.7. Principales herramientas para la determinación del modelo de atención

### 2.7.1. Evaluación e inspección de la calidad de los servicios

La normativa reguladora de las residencias para mayores en Ontario establece la obligación de los centros a someterse, de forma periódica, a inspecciones que evalúan el cumplimiento de los estándares obligatorios. El no cumplimiento de los estándares por parte de los centros conlleva sanciones que pueden ir desde una multa económica hasta el cierre temporal o permanente, en función de la gravedad de los resultados.

El sistema de evaluación e inspección varía en cada uno de los modelos residenciales.

#### a) Centros residenciales (*retirement homes*)

Las competencias en materia de evaluación e inspección de los centros residenciales sin enfermería de Ontario recaen en el [Retirement Homes Regulatory Authority](#) –RHRA, en adelante–, organismo autónomo creado bajo la *Retirement Homes Act* ([secciones 9-32](#)). Además de las inspecciones, este organismo se encarga también del establecimiento de las sanciones.

La ley provincial establece, en la [sección 76](#), que las evaluaciones de los centros tienen que tener una periodicidad, como mínimo, anual. Las inspecciones pueden ser generales –centradas en el conjunto de las áreas de evaluación– o pueden centrarse en cuestiones específicas, generalmente derivadas de alguna información o queja recibida.

El/la inspector/a, durante la inspección del centro, puede solicitar:

- Entrevistarse con los miembros de la plantilla.
- Entrevistarse con los/as residentes.
- Documentación específica del centro (planos, etc.).

Tras cada evaluación, el centro recibe el informe de inspección que, a su vez, el RHRA publica en su sitio web: [Retirement Home Database](#)

Ilustración 2. Base de datos de los centros residenciales de Ontario

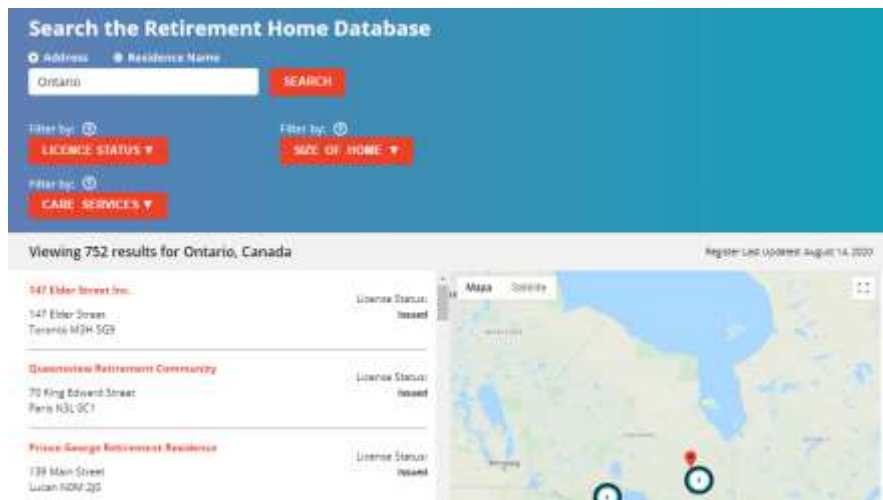


Ilustración 2. Detalle de la información relativa a las inspecciones de los centros residenciales de Ontario



Read through inspection reports to review the home's compliance under the Retirement Homes Act to help you make an informed decision. [Further details on how to read an inspection report here.](#)

Providing easy access to inspection reports is part of the RHRA's mandate for helping consumers to make informed decisions when choosing a home.

- 2019-12-03 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2019-06-21 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2017-08-22 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2017-08-14 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2017-02-22 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2015-09-02 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2015-08-07 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2014-11-26 [Final Inspection Report T0006](#)
- 2014-01-10 [Final Inspection Report T0006](#)



b) Centros residenciales con enfermería (*long-term care homes*)

Las inspecciones de los centros residenciales con enfermería de Ontario son competencia del [Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Duración](#), tal y como establece la *Long-term Care Homes Act 2007* ([secciones 141-151](#)).

Estas evaluaciones obligatorias se realizan de forma imprevista, como mínimo, una vez al año con el objetivo de comprobar si el centro residencial cumple con los estándares establecidos en la *Long-term Care Homes Act 2007* y el reglamento 79/10. Las llevan a cabo inspectores/as con formación específica en esta materia, y pueden basarse en:

- La observación: de las instalaciones, etc.
- Entrevistas con el personal, residentes y familiares/personas de referencia.
- La consulta de documentación: expedientes, protocolos, etc.

Como en el caso anterior, el centro recibe el informe final de inspección que, a su vez, el Ministerio publica en una página web accesible a toda la ciudadanía: [Reports on Long-Term Care Homes](#)

### Ilustración 3. Detalle de la información relativa a las inspecciones de los centros residenciales con enfermería de Ontario

The screenshot shows the 'Reports on Long-Term Care Homes' website. The main heading is 'Home Report' for 'AFTON PARK PLACE LONG TERM CARE COMMUNITY'. The address is 1200 Afton Drive, Scaris, N7S0L6. There are two tabs: 'HOME PROFILE' and 'INSPECTIONS'. The 'INSPECTIONS' tab is active, showing a table of inspection reports for 2020 and 2019. The 2020 section shows two 'Complaints Inspection' reports from June 17, 2020. The 2019 section shows one 'Complaints Inspection' report from November 27, 2019. To the right of the table, there is a section titled 'How to interpret these results' and 'Terms and Definitions'.

Year 2020		
Inspection Type	Inspection Report Date	Document
Complaints Inspection	Jun 17, 2020	<a href="#">Complaints Inspection Jun 17, 2020 - PDF (144 KB)</a>
Complaints Inspection	Jun 17, 2020	<a href="#">Complaints Inspection Jun 17, 2020 - PDF (138 KB)</a>
Year 2019		
Inspection Type	Inspection Report Date	Document
Complaints Inspection	Nov 27, 2019	<a href="#">Complaints Inspection Nov 27, 2019 - PDF (150 KB)</a>

Fuente: [Reports on Long-Term Care Homes](#)

#### 2.7.2. Seguimiento de la calidad de la atención

Junto a las inspecciones obligatorias, el establecimiento de indicadores para el seguimiento de la calidad de la atención constituye otra de las herramientas clave para la determinación del modelo.

En 2010, el Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Duración de Ontario estableció lo siguiente:

- La implementación de la herramienta RAI-MDS en todos los centros residenciales con enfermería para la evaluación y monitorización de las personas mayores residentes.
- La introducción de un sistema de información estandarizado para la recopilación de información unificada sobre el sistema de salud de Ontario.

Estas iniciativas se alinean con la impulsada, a nivel federal, por el *Canadian Institute of Health Research* (CIHR) con el objetivo de unificar la información relativa a los sistemas de salud de las provincias y territorios del país, de manera que los datos puedan ser comparables entre sí.

Como resultado de estas iniciativas, a nivel provincial, la página web [Health Quality Ontario](#) publica los siguientes indicadores relacionados con la calidad de la atención, en la sección [Long-Term Care Home Performance in Ontario](#):

- Tiempo de espera para acceder a los centros residenciales con enfermería ([ver indicador](#)).
- Número de residentes que no padecen psicosis que han recibido medicación antipsicótica ([ver indicador](#)).
- Número de caídas de personas residentes ([ver indicador](#)).
- Número de residentes con restricciones físicas ([ver indicador](#)).
- Número de residentes con úlceras por presión ([ver indicador](#)).
- Número de residentes con dolor ([ver indicador](#)).
- Número de residentes con empeoramiento de los síntomas de depresión ([ver indicador](#)).

Por su parte, el [CIHR](#) ofrece la siguiente información relativa a las personas usuarias de los centros residenciales con enfermería, tanto para el conjunto del país como para cada una de las provincias y territorios que lo conforman:

- Número de centros y de residentes.
- Edad y sexo de los/as residentes.
- Vía de acceso: casa, hospital o centro residencial.
- Motivo de la salida: defunción, vuelta a la comunidad, traslado a un centro hospitalario o a otro centro residencial.
- Enfermedades diagnosticadas:
  - o Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales.
  - o Enfermedades cardíacas y de circulación.
  - o Enfermedades musculoesqueléticas.
  - o Enfermedades neurológicas.
  - o Enfermedades/desórdenes psiquiátricos.
  - o Enfermedades pulmonares.
  - o Enfermedades sensoriales.

- Otras enfermedades.
- Capacidad para la realización de las actividades de la vida cotidiana.
- Función cognitiva.
- Cambios en el estado de salud.
- Depresión y ansiedad.
- Participación social.
- Dolor.
- Comportamientos agresivos.
- Úlceras por presión.
- Utilización de programas/servicios del centro residencial.
- Tratamientos y terapias.
- Continencia.
- Fármacos.

### 3. Descripción de las características físicas de los centros

La normativa aplicable en relación a la atención residencial en la provincia de Ontario es la siguiente:

- [Retirement Homes Act 2010](#) y el [reglamento 166/11](#) para los centros residenciales sin enfermería, y
- [Long-term Care Homes Act 2007](#) y el [reglamento 79/10](#) en el caso de las residencias con atención de enfermería.

Estas normativas provinciales establecen los estándares y las obligaciones de los centros residenciales en todos los aspectos relacionados con su actividad.

#### 3.1. Aspectos relativos a la ubicación

La normativa general aplicable en relación a los centros residenciales con o sin enfermería no contempla medidas específicas en relación a la ubicación física de los centros. De forma muy genérica, la *Long-term Care Homes Act* establece que los centros residenciales con enfermería “tienen que ser entornos seguros y de protección para sus residentes”.



### 3.2. Aspectos relativos al tamaño de los centros

La normativa provincial vigente para la autorización y funcionamiento de los centros residenciales en Ontario no determina el tamaño máximo o mínimo de las instalaciones. La única mención al respecto se encuentra en la *Long-Term Care Homes Act*, donde se señala que "cada planta del centro en la que residen las personas usuarias debe tener un espacio adecuado para que el personal pueda cumplimentar la documentación y almacenar de forma segura los expedientes de las personas residentes."

Más allá de la falta de estándares al respecto, los datos disponibles en relación a las dimensiones de los centros en Ontario indican que el tamaño medio de las instalaciones tiende a ser mediano, aunque varía en función del tipo de centro.

Si los centros residenciales sin enfermería para personas mayores en Ontario se distribuyen, en función de su tamaño, en tres grandes grupos, se observa que el 12% se puede considerar pequeño (entre 6 y 25 plazas); el 52% es de tamaño mediano (entre 26 y 99 plazas) y el 36% sería grande, con más de 100 plazas.

**Tabla 5. Tamaño medio de los centros residenciales para personas mayores en la provincia de Ontario**

Número de plazas	Número de centros	Porcentaje
6-25	92	12%
26-99	394	52%
<100	270	36%
<b>Total</b>	<b>756</b>	<b>100</b>

Elaboración propia a partir de [Retirement Homes Regulatory Authority](#)

En cuanto a los centros residenciales con enfermería, los pequeños (entre 1 y 96 plazas) y los medianos (entre 97 y 160 plazas) representan el 76% del total, mientras que los grandes (más de 160 plazas) constituyen el 24% del total.

**Tabla 6. Tamaño medio de los centros residenciales con enfermería para personas mayores en la provincia de Ontario**

Número de plazas	Número de centros*	Porcentaje
1-96	236	38%
97-160	233	38%
<160	145	24%
<b>Total</b>	<b>614</b>	<b>100</b>

Elaboración propia a partir de [Overall Quality Performance of Long-Term Care Homes in Ontario](#)

\*Los datos son los relativos a 2017, por eso el número total de centros (614) no coincide con el de los últimos datos ofrecidos en la tabla 2 (626)

### 3.3. Aspectos relativos al diseño y la estructura ambiental

Los estándares fundamentales en relación al diseño y la estructura ambiental de los centros pivotan en torno a la seguridad de las personas residentes. En este sentido, la *Long-Term Care Homes Act* y el [reglamento 79/10](#), incorporada en la misma, establecen lo siguiente en relación a los centros residenciales con enfermería de Ontario:

- Puertas. A excepción de las puertas que conducen a zonas exteriores seguras que impidan la salida de un/a residente (incluidos balcones y terrazas) o las puertas a las que las personas residentes no tienen acceso, todas las puertas del centro que conducen a escaleras y al exterior deben mantenerse cerradas y con llave. Estas puertas deberán, asimismo, disponer de un sistema de alarma. Las cerraduras de los dormitorios, los lavabos o las duchas deben estar diseñadas para poder ser abiertas desde el exterior en caso de emergencia.
- Ascensores. Todos los ascensores del centro deben estar equipados con mecanismos que restrinjan la entrada de los/as residentes a las zonas a las que no pueden acceder.
- Mobiliario. El centro debe contar con el suficiente mobiliario interior y exterior, incluyendo mesas, sofás, sillas y lámparas, para satisfacer las necesidades de las personas residentes.
- Cortinas de privacidad. Las habitaciones ocupadas por más de una persona residente deben disponer de cortinas que proporcionen intimidad.
- Barras de sujeción para la ducha. Todas las duchas deben tener, al menos, dos barras de sujeción de fácil acceso. Una de las barras de sujeción debe estar situada en la pared del grifo y la otra en una pared adyacente.
- Rieles de cama. Los rieles de cama se colocarán una vez valorada la persona residente y conforme a los estándares profesionales. Los centros tomarán medidas para evitar que las personas residentes queden atrapadas en las barandillas de la cama, así como para garantizar la total seguridad de los/a residentes en relación a la altura y la fiabilidad del cierre.
- Ventanas. Todas las ventanas del centro que se abran al exterior y sean accesibles para las personas residentes no deben poder abrirse más de 15 centímetros.
- Sistema de comunicación. El centro debe contar con un sistema de comunicación entre las personas residentes y el personal que esté disponible en todas las áreas accesibles para los/as residentes. El sistema debe estar encendido en todo momento y permitir que las llamadas se cancelen sólo desde donde se realizó la llamada. El sistema debe ser fácilmente visible y accesible, y debe estar disponible en cada cama, baño y ducha que utilicen las personas residentes.
- Iluminación. El centro debe garantizar un nivel de iluminación consistente, de forma permanente.
- Generadores. El centro debe contar con generadores que garanticen el suministro de energía en todo momento.
- Requisitos para el enfriamiento. El centro debe elaborar y aplicar un plan por escrito de prevención y gestión de enfermedades relacionadas con el calor, en el que se indique cómo hacer frente a los efectos adversos del calor en las personas residentes.
- Temperatura. El centro debe mantenerse a una temperatura mínima de 22°.

Asimismo, el Ministerio de Salud y Cuidados de Larga Duración de Ontario ha elaborado la [Long-Term Care Home Design Manual 2015](#), una guía de ayuda para el diseño de centros residenciales con enfermería y que, según establece el reglamento 79/10, es de seguimiento obligatorio para este tipo de centros. En ella, además de las citas obligaciones, se abordan las siguientes cuestiones en materia de diseño:

- [Espacios personales de los/as residentes](#):
  - o Habitaciones.

- Aseos.
- Baños y duchas.
- Espacios de trabajo:
  - Enfermería y programas/terapias.
  - Espacio para el almacenamiento de suministros y equipo para la atención a los/as residentes.
- Salas de estar y de actividades para residentes:
  - Salas de estar y de actividades para residentes.
- Áreas de comedor/nutrición:
  - Comedores de los/as residentes.
  - Espacios del servicio de nutrición.
- Espacios comunes de los/as residentes:
  - Espacios exteriores.
  - Peluquería y estética.
  - Espacios de culto.
- Espacios para los servicios de mantenimiento:
  - Lavandería.
  - Espacios del servicio de limpieza.
  - Lavadero.
  - Espacios del servicio de mantenimiento.
- Diseño de las instalaciones:
  - Iluminación.
  - Calefacción, ventilación y aire acondicionado.
  - Sistema de emergencia.
- Otros aspectos:
  - Espacio de almacenamiento.
  - Espacios de las personas no residentes.
  - Espacio para las entregas de mercancías.
  - Recepción/entrada.
  - Señalización.
  - Baños públicos.
  - Pasillos.

## 4. Dotaciones y perfiles profesionales

### 4.1. Requisitos normativos en materia de personal

De acuerdo con la ley provincial [Long-term Care Homes Act 2007](#) y el [reglamento 79/10](#), todos los centros residenciales con enfermería de Ontario están obligados a proporcionar a las personas residentes la atención y los servicios adecuados a las necesidades evaluadas de los/as residentes. Esto requiere el cumplimiento de requisitos específicos de personal, tales como:

- Dirección: cada centro debe contar con un/a director/a que se encargue de la administración de la residencia.
- Director/a de enfermería y del personal de atención directa: los centros tienen que disponer de un/a director/a de enfermería diplomado/a que supervise y dirija el personal de enfermería y de atención directa.
- Director/a médico/a: los centros deben contar con un/a director/a médico/a que evalúe y dirija la práctica sanitaria, los procedimientos clínicos y la atención a las personas residentes. Este puesto debe ser ocupado por un/a médico/a licenciado/a.
- Médico/a o enfermero/a diplomado/a: las residencias deben garantizar que un/a médico/a o enfermero/a diplomado/a realice un examen físico a cada persona residente en el momento de su llegada, y de forma anual a partir de entonces.
- Enfermero/a diplomado/a: los centros deben contar, como mínimo, con un/a enfermero/a diplomado/a de forma permanente

La citada ley de 2007 establece que todo el personal debe disponer de las capacidades y cualificaciones adecuadas para ejercer sus funciones.

En lo que a los centros residenciales sin enfermería se refiere, la ley provincial [Retirement Homes Act 2010](#) regula los procesos de contratación y selección ([sección 64](#)), y la formación del personal ([sección 65](#)). En concreto, la ley establece que el personal del centro ha de tener las aptitudes y calificaciones adecuadas para desempeñar sus funciones y que ha de recibir la formación adecuada en cuestiones tales como el uso de dispositivos de atención personal, la prevención de los malos tratos, la protección de las personas residentes, la prevención de lesiones, los planes de emergencia y el control de infecciones. Asimismo, la ley señala que el personal de atención directa debe recibir la formación adecuada en materia de reconocimiento y prevención de abusos y malos tratos; de salud mental (incluida la atención a personas con demencia) y de gestión del comportamiento.

### 4.2. Dotación y ratios del personal

Ninguna de las normativas provinciales de referencia para los centros residenciales de Ontario establece ratios mínimas de personal, más allá de la existencia de un servicio permanente de enfermería y de un/a dietista/nutricionista un mínimo de 30 minutos por residente/mes en los centros residenciales con enfermería. Las ratios y la dotación de personal se determinan mediante planes anuales de personal desarrollados por los centros residenciales, en base a las necesidades de atención de las personas residentes.

Los últimos datos disponibles en relación al personal que presta sus servicios en los centros residenciales con enfermería indican que el número total de personas ocupadas en el sector asciende a cerca de 100.000 en 2018<sup>18</sup>. Por tipo de categoría profesional, en la siguiente tabla se observa que el personal de apoyo constituye el grueso de la plantilla:

**Tabla 7. Datos relativos al personal de los centros residenciales con enfermería para personas mayores en la provincia de Ontario**

	Número de profesionales
Personal de apoyo	50.000
Personal de enfermería	23.701
Auxiliares	15.050
Diplomados/as	8.651
Otros profesionales	9.700
Auxiliar de actividades	3.298
Auxiliares sanitarios	1.843
Administración	1.067
Rehabilitación/terapia	679
Dirección	582
Trabajo social	291
Dietista	194

Elaboración propia a partir de [Long-Term Care Staffing Study](#)

En base a estos datos, la media de horas de atención en los centros residenciales con enfermería asciende a 3,73 por residente, de los cuales 2,3 corresponden a la atención directa, 1,03 a la atención de enfermería y 0,4 al resto de atención sociosanitaria. Este número de horas de atención equivaldría a un ratio de atención a DPE de 0,85 trabajadores/as por residente, aplicando una jornada de 1.600 horas.

Desde diferentes sectores (proveedores de servicios, profesionales de la atención, usuarios/as de los servicios) se está reclamando un incremento de la media de horas de atención por residente<sup>19</sup>. El aumento del número de personas mayores de 65 años, así como de sus necesidades de apoyo, requiere mayor intensidad en la atención, para lo que es necesario reforzar las plantillas con mayor número de profesionales<sup>20</sup>. En este sentido, la *Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors* señala que, para garantizar una atención de calidad, las residencias de personas mayores deberían proporcionar, como mínimo, 4 horas de atención directa por residente<sup>21</sup>.

## 5. Descripción de los principales elementos organizativos

### 5.1. El catálogo mínimo de prestaciones

El [reglamento 166/11](#), incluido en la ley [Retirement Homes Act 2010](#), establece que los centros residenciales sin enfermería de la provincia de Ontario deben prestar los siguientes servicios:

- Suministro de fármacos ([sección 29](#)).

<sup>18</sup> [Long-Term Care Staffing Study](#). Ministry of Long-Term Care, 2020, 51 p.

<sup>19</sup> Roblin, B., [Ontario's Retirement Homes and Long-Term Care Homes: Policy Implications for Care Services, Funding and Governance Regimes](#) [Tesis doctoral]. University of Toronto, 2017, 241 p.

<sup>20</sup> Ontario Long-Term Care Association (2019)

<sup>21</sup> [The Need is Now: Addressing Understaffing in Long Term Care](#). Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors, 2014, 20 p.

- Asistencia en las comidas ([sección 34](#)).
- Asistencia en el baño ([sección 35](#)).
- Cuidados de la continencia ([sección 36](#)).
- Asistencia para vestirse ([sección 37](#)).
- Asistencia en la higiene personal ([sección 38](#)).
- Asistencia en la movilidad ([sección 39](#)).
- Provisión de alimentos ([sección 40](#)).
- Servicios de atención a la demencia ([sección 41](#)).
- Servicios de cuidado de la piel y las heridas ([sección 42](#)).
- Valoración de las necesidades ([sección 43](#)).
- Plan personalizado de atención ([sección 47](#)).

Por su parte, la ley [Long-term Care Homes Act 2007](#) y el [reglamento 79/10](#) articulan las prestaciones de los centros residenciales con enfermería de la provincia de Ontario. Los servicios específicos que se imponen son los siguientes:

- Planes de atención.
- Servicios de enfermería y de apoyo personal.
- Servicios de:
  - o Prevención y gestión de caídas.
  - o Cuidados de la piel y de las heridas.
  - o Cuidados de la continencia y del intestino.
  - o Gestión del dolor.
- Atención rehabilitadora.
- Actividades sociales y de ocio.
- Servicios de nutrición, dieta e hidratación.
- Servicios médicos.
- Servicios religiosos y espirituales.
- Servicios de mantenimiento.
- Servicios de farmacia.

Además de estos servicios, la ley contempla que los centros residenciales con enfermería puedan contar con una [unidad especializada](#), en la que, en coordinación con los [Local Health Integration Networks](#)

(LHIN), el centro asigna un determinado número de camas de larga estancia a usuarios/as con condiciones específicas.

## 5.2. Metodologías o soportes para la atención personalizada

Como en el resto de los elementos que definen el modelo de atención residencial, las herramientas para la personalización de la atención se articulan mediante las dos leyes relativas a los centros residenciales que definen los estándares fundamentales para la provincia de Ontario.

Tal y como se ha señalado al comienzo del capítulo, la ley provincial [Retirement Homes Act](#) establece que un centro residencial debe funcionar de manera que sea un lugar en el que las personas residentes vivan con dignidad, respeto, privacidad y autonomía, en condiciones de seguridad, protección y comodidad, y puedan tomar decisiones informadas sobre sus opciones de atención.

Asimismo, también se ha señalado que, desde el punto de vista de la filosofía del modelo de atención, los derechos de la persona usuaria constituyen un eje principal del sistema. En este sentido, la *Retirement Homes Act* contempla una serie de derechos relacionados con la autodeterminación y capacidad de decisión de los/as residentes, que tienen su reflejo en las diferentes obligaciones estipuladas por la ley:

- A ser informado/a sobre servicios de atención externos al centro y a recurrir a ellos.
- A que los servicios y la atención sanitaria de su elección sea proporcionada por personal con la cualificación y capacidades adecuadas.
- A participar plenamente en la toma de decisiones relativa a cualquier aspecto de su atención.
- A dar o rechazar el consentimiento para cualquier tratamiento, atención o servicio para el que la ley exija su consentimiento, y a ser informado de las consecuencias de dar o rechazar el consentimiento.
- A vivir en un entorno seguro y limpio en el que se le trate con cortesía y respeto y de forma que se reconozca plenamente su individualidad y se respete su dignidad.
- A que se respeten su estilo de vida y sus elecciones, y a disfrutar libremente de sus intereses sociales, culturales, religiosos, espirituales y de otra índole, siempre que no afecten a los demás residentes.

Como ocurre en esta tipología de centros, la normativa relativa a los centros residenciales con enfermería pivota, también, en torno al eje de los derechos de las personas usuarias. Tal y como se ha descrito en el punto 2.1. del presente capítulo, la ley provincial que regula este modelo de centros establece la carta de derechos de las personas usuarias, que tienen como ejes principales la autodeterminación, la capacidad de participación y elección, la atención centrada en la persona, la intimidad y la privacidad, y la necesidad de consentimiento. Estos derechos configuran, a su vez, la atención y los servicios prestados por el centro.

## 5.3. Cuidados personales y apoyo a la vida cotidiana

Tal y como se ha señalado en el punto 5.1., el [reglamento 166/11](#), incluido en la ley [Retirement Homes Act 2010](#), establece que los centros residenciales sin enfermería de la provincia de Ontario deben prestar los siguientes cuidados personales:

- Asistencia en las comidas ([sección 34](#)).
- Asistencia en el baño ([sección 35](#)).
- Cuidados de la continencia ([sección 36](#)).
- Asistencia para vestirse ([sección 37](#)).
- Asistencia en la higiene personal ([sección 38](#)).
- Asistencia en la movilidad ([sección 39](#)).
- Servicios de cuidado de la piel y las heridas ([sección 42](#)).

A su vez, la cuestión de los cuidados personales en los centros residenciales con enfermería se aborda, en la normativa de referencia de Ontario, en dos secciones diferentes:

**Tabla 8. cuidados personales que deben garantizar los centros residenciales con enfermería de Ontario, en base a la ley provincial**

Sección de la ley	Cuidados personales
Servicios de enfermería y de apoyo personal	Atención personal individualizada.
	Baño.
	Higiene bucal.
	Cuidado de pies y uñas.
	Técnicas de traslado y posturales.
	Objetos personales.
	Aparatos de movilidad.
	Vestirse.
	Rutinas para acostarse y para las comidas.
	Cuidados al final de la vida.
Programas obligatorios	Métodos de comunicación
	Prevención y gestión de caídas.
	Cuidados de la piel y de las heridas.
	Cuidados de la continencia y del intestino.
	Gestión del dolor.

Elaboración propia a partir de *Long-Term Care Homes Act 2007*

Por otra parte, la cuestión de los cuidados personales y del apoyo a la vida cotidiana se enfoca, también, desde la óptica de la seguridad. Como se ha dicho al comienzo del capítulo, la seguridad constituye uno de los principios fundamentales del modelo de atención residencial para personas mayores. En ese sentido, la normativa de referencia dedica diferentes secciones a estas cuestiones:

- Centros residenciales (*retirement homes*):
  - o Protección contra el abuso y los malos tratos ([sección 67](#)).
  - o Prohibición de restricciones ([sección 68](#)).
  - o Política de tolerancia cero con el abuso y los malos tratos ([sección 15](#)).
  - o Sujeción física ([sección 53](#)).
  - o Sujeción farmacológica ([sección 54](#)).
- Centros residenciales con enfermería (*long-term care homes*):



- Deber de protección ([sección 19](#)).
- Política para promover la tolerancia cero al abuso y los malos tratos ([sección 20](#)).
- Política para minimizar las sujeciones ([sección 29](#)).
- Protección de ciertas sujeciones ([sección 30](#)).
- Sujeciones físicas ([sección 31](#)).
- Registro de sujeciones ([sección 34](#)).

#### 5.4. Servicios generales: alimentación, limpieza y otros servicios

La cuestión de la alimentación y la limpieza en los centros residenciales sin enfermería se aborda en el [reglamento 166/11](#) de la *Retirement Homes Act*. Los aspectos que esta norma define son los siguientes:

**Tabla 9. Definición de los servicios de alimentación y limpieza de los centros residenciales sin enfermería de Ontario**

Ámbito	Obligación
Control de temperatura	Garantizar la existencia de procedimientos para responder a las condiciones climáticas extremas de calor y frío, incluidas prácticas detalladas para hacer frente a los fallos de cualquier sistema de control de la temperatura en la residencia.
	Documentar el procedimiento implantado.
Limpieza	Asegurar que se tomen medidas oportunas para hacer frente a los cambios extremos de temperatura en la residencia.
	Garantizar que las áreas comunes del hogar, incluyendo los suelos y cualquier mobiliario, equipamiento y ropa, estén limpias y saneadas.
Control de infecciones	Garantizar que los baños situados en las áreas comunes y que son usados por los/as residentes estén adecuadamente abastecidos, incluido el papel higiénico.
	Disponer de procedimientos para mantener el centro libre de plagas y para hacer frente a las plagas en la residencia.
Mantenimiento	Documentar los procedimientos implantados.
	Garantizar que se tomen las medidas oportunas para hacer frente a las plagas en el centro residencial.
Manipulación de alimentos	Disponer de un programa de mantenimiento que garantice que el edificio y sus instalaciones se mantengan en buen estado.
	El programa de mantenimiento incluirá políticas y procedimientos para el mantenimiento rutinario, preventivo y correctivo de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalaciones de fontanería, inodoros y lavabos ubicados en las áreas comunes.</li> <li>- Sistemas de calefacción y calderas de agua caliente.</li> <li>- Sistemas de ventilación, sistemas de aire acondicionado, tanques de almacenamiento de agua caliente y sistemas electrónicos de control de la temperatura del agua de la residencia.</li> </ul>
Sustancias peligrosas	Garantizar que todos los alimentos y líquidos utilizados se preparen, almacenen y sirven utilizando métodos para prevenir la contaminación y las enfermedades transmitidas por los alimentos.
	Implementar procedimientos para cada uno de los siguientes asuntos y asegurar que todo el personal que participa en la manipulación de alimentos reciba una formación adecuada y periódica en lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La manipulación y el almacenamiento seguros de los alimentos, incluida la forma de mantener los alimentos a una temperatura adecuada y la forma de practicar una buena higiene de las manos.</li> <li>- El funcionamiento, la limpieza y la desinfección seguros de todos los platos, utensilios y equipos que intervienen en la preparación de los alimentos.</li> <li>- La separación de los platos limpios y sucios durante el servicio.</li> <li>- La eliminación segura de los restos de comida.</li> <li>- Programas de limpieza y prácticas de saneamiento apropiados.</li> </ul>
Riesgo de caídas	Garantizar que al menos una de las personas implicadas en la preparación de los alimentos posea un certificado actualizado en manipulación de alimentos.
	Garantizar que todas las sustancias peligrosas utilizadas por el personal del centro o bajo su control estén debidamente etiquetadas y se mantengan inaccesibles para las personas residentes en todo momento.
Riesgo de caídas	Desarrollar, documentar y aplicar estrategias para reducir o mitigar el riesgo de caídas en zonas comunes del centro.
	Asegurarse de que: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se da una respuesta oportuna y adecuada a la caída de un/a residente;</li> </ul>

**Tabla 9. Definición de los servicios de alimentación y limpieza de los centros residenciales sin enfermería de Ontario**

Ámbito	Obligación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se adopten las medidas correctivas necesarias para prevenir futuros daños a los/as residentes; y</li> <li>- El personal documente la caída, la respuesta a la caída y las medidas correctivas adoptadas, si las hubiera.</li> </ul>
Gestión del comportamiento	<p>Desarrollar e implementar una estrategia escrita de gestión del comportamiento que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas para prevenir y abordar los comportamientos de los/as residentes que supongan un riesgo para el resto de personas del centro;</li> <li>- Estrategias de intervención para prevenir y abordar los comportamientos de los/as residentes que plantean un riesgo para el resto de personas del centro;</li> <li>- Estrategias para vigilar a los/as residentes que han demostrado comportamientos que plantean un riesgo para el resto de personas del centro; y</li> <li>- Protocolos sobre el modo en que el personal remunerado y voluntario deberán informar y ser informados de los comportamientos de los/as residentes que supongan un riesgo para el resto de personas del centro.</li> </ul> <p>Asegurar que todo el personal que preste servicios de atención a los/as residentes sea informado al comienzo de cada turno de cada residente cuyo comportamiento requiera una mayor vigilancia, ya que dicho comportamiento supone un riesgo para para el resto de personas del centro.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de *Retirement Homes Act, 2010*

A su vez, la *Long-Term Care Homes Act* establece, en la sección denominada "Atención nutricional, servicios dietéticos y programas de hidratación" las obligaciones de los centros residenciales con enfermería de Ontario en todo lo que se refiere a la alimentación e hidratación de las personas usuarias:

**Tabla 10. Definición de los servicios de alimentación e hidratación de los centros residenciales con enfermería de Ontario**

Sección	Acciones
Servicios dietéticos y de hidratación	Los/as residentes deben recibir alimentos y líquidos que sean seguros, adecuados en cantidad, nutritivos y variados.
Cambios de peso	<p>Un equipo multidisciplinar debe llevar a cabo una evaluación de cada residente que experimente cualquiera de los siguientes cambios de peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un cambio del 5% del peso corporal, o más, en un mes.</li> <li>- Un cambio del 7,5% del peso corporal, o más, en tres meses.</li> <li>- Un cambio del 10 por ciento del peso corporal, o más, en 6 meses.</li> <li>- Cualquier otro cambio de peso que comprometa el estado de salud del residente.</li> </ul>
Servicios dietéticos	El programa de servicios dietéticos debe incluir la planificación del menú, la elaboración de alimentos, el servicio de comidas y refrigerios, y la disponibilidad de suministros y equipo para la elaboración de alimentos y el servicio de comidas y refrigerios.
Planificación del menú	El programa de menús de la residencia debe ser de un mínimo de 21 días de duración y debe incluir menús para dietas regulares, terapéuticas y de texturas modificadas para comidas y refrigerios, así como opciones alternativas de entrantes, verduras y postres en el almuerzo y la cena, y opciones alternativas de bebidas en las comidas y refrigerios. Si el programa de menús no satisface las necesidades nutricionales de la persona residente, el centro debe elaborar un menú individualizado para el/la residente.
Producción de alimentos	<p>La residencia debe disponer de un sistema organizado de producción de alimentos que proporcione un suministro de alimentos perecederos durante las 24 horas del día, un suministro de alimentos no perecederos para tres días y un suministro de suplementos nutricionales para tres días. El sistema de producción de alimentos debe incluir recetas y hojas de producción estandarizadas para todos los menús.</p> <p>El centro debe tener todo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- políticas y procedimientos para el funcionamiento seguro y la limpieza del equipo relacionado con el sistema de producción de alimentos y el servicio de comidas y bocadillos;</li> <li>- el programa de limpieza de todo el equipo; y</li> <li>- programa de limpieza de las áreas de producción de alimentos, de servicio y de lavado de platos.</li> </ul>
Servicio de comida y merienda	<p>Los menús diarios y semanales tienen que ser comunicados a los/as residentes.</p> <p>Las comidas deben tener lugar en un entorno común, a menos que las necesidades evaluadas del/la residente indiquen lo contrario.</p>

**Tabla 10. Definición de los servicios de alimentación e hidratación de los centros residenciales con enfermería de Ontario**

Sección	Acciones
	Todos/as los/as residentes deben ser supervisados/as durante las comidas y todos los miembros del personal que asisten a los/as residentes deben conocer las dietas, necesidades especiales y preferencias de los mismos.
Personal	El servicio debe contar con el personal suficiente y adecuado. El mínimo de horas del personal del servicio se calculará en base al número de residentes.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Long-Term Care Homes Act 2007*

En lo que respecta a la limpieza, la ley provincial de Ontario *Long-Term Care Homes Act*, en su sección "Servicios de mantenimiento" señala que los centros residenciales con enfermería de la provincia deben contar con servicios organizados de limpieza y de lavandería para garantizar un entorno limpio y seguro. Para ello, establece las siguientes obligaciones a este tipo de centros:

**Tabla 11. Definición de los servicios de limpieza de los centros residenciales con enfermería de Ontario**

Sección	Acciones
Servicios de mantenimiento	Cuando los servicios de limpieza, lavandería y/o mantenimiento son proporcionados por entidades externas, el centro debe tener un acuerdo escrito con el proveedor del servicio que establezca las condiciones del servicio.
Limpieza del centro	El centro debe contar con un servicio de limpieza diario. El centro debe desarrollar e implementar procedimientos para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar el centro, incluidas las habitaciones de los/as residentes (suelos, alfombras, muebles, cortinas de privacidad, superficies de contacto y superficies de las paredes), las áreas comunes y las áreas de personal.</li> <li>- Limpieza y desinfección de: <ul style="list-style-type: none"> <li>o equipos de atención al residente (bañeras de hidromasaje, sillas de ducha, sillas elevadoras, etc.),</li> <li>o suministros y dispositivos, y</li> <li>o superficies de contacto.</li> </ul> </li> <li>- La eliminación y el desecho seguro de la basura.</li> <li>- Abordar los incidentes de olores persistentes ofensivos.</li> </ul>
Control de plagas	Debe haber un programa organizado de control preventivo de plagas que utilice los servicios de un controlador de plagas autorizado, e incluya registros que indiquen las fechas de las visitas y las medidas adoptadas.
Servicio de lavandería	Deben elaborarse y aplicarse procedimientos para garantizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- que la ropa de cama de los/as residentes se cambie, por lo menos, una vez a la semana,</li> <li>- que los artículos y la ropa personal de los/as residentes sean etiquetados en un plazo de 48 horas,</li> <li>- que la ropa sucia de los/as residentes se recoja, clasifique, limpie y se entregue al residente, y</li> <li>- que exista un proceso para informar y localizar la ropa y los artículos personales perdidos de los/as residentes.</li> </ul>
Servicio de mantenimiento	El centro debe contar con un servicio de mantenimiento disponible los siete días de la semana para garantizar el buen estado del edificio y de sus instalaciones (electricidad, fontanería, calefacción, etc.).
Sustancias peligrosas	Todas las sustancias peligrosas del centro deben estar debidamente etiquetadas y mantenerse inaccesibles para las personas residentes en todo momento.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Long-Term Care Homes Act 2007*

## 5.5. Elementos relevantes para la vida significativa

### 5.5.1. Promoción del bienestar psicológico de las personas usuarias de los centros residenciales

Las dos principales leyes que regulan la atención residencial en la provincia de Ontario señalan que los centros deben cubrir todas las necesidades de las personas usuarias, sean del tipo que sean (físicas, psicológicas, sociales, espirituales, culturales). Para ello, ambas normativas contemplan el derecho de las personas residentes a disfrutar libremente de sus intereses sociales, culturales, religiosos y espirituales. Para el ejercicio de estos derechos, entre las obligaciones de los centros está la de disponer de programas de actividades que respondan a los intereses de las personas usuarias ([recreational and social activities, religious and spiritual practices](#)).

Cabe destacar el incremento, en los últimos años, del número de residentes de centros residenciales con enfermedad que padecen demencia o algún otro tipo de enfermedad neurológica<sup>22</sup>. Ante el desafío que representa esta situación, en la última década, se están llevando a cabo programas de formación del personal de los centros residenciales que les permita gestionar estas situaciones y garantizar una mejor atención a los/as residentes con enfermedades neurológicas. En esta línea, las leyes provinciales recogen la obligación de los centros residenciales de disponer de programas específicos de atención orientados a la gestión de usuarios/as con este tipo de enfermedades ([dementia care program, responsive Behaviours](#)).

### 5.5.2. Mecanismos de participación y presentación de quejas

El marco regulador establecido por las leyes provinciales *Retirement Homes Act 2010* y *Long-Term Care Homes Act 2007* prestan gran atención a la cuestión de la participación de las personas usuarias y a la presentación de quejas por parte de las personas usuarias y sus representantes.

En relación a la primera de las cuestiones, ambas leyes recogen la obligación de los centros residenciales de disponer de un Consejo de residentes (*Residents' Council*). Estos consejos sólo pueden estar formados por personas usuarias del centro residencial y tienen la potestad de llevar a cabo las siguientes funciones:

- Informar a los/as residentes sobre sus derechos y obligaciones.
- Informar a los/as residentes sobre los derechos y obligaciones del centro residencial.
- Intermediar en posibles conflictos entre residentes y el centro.
- Organizar actividades para las personas residentes.
- Colaborar con grupos de la comunidad y de personas voluntarias en actividades para los/as residentes.
- Informar a la residencia de cualquier preocupación o recomendación de los/as residentes sobre el funcionamiento del centro.
- Asesorar y recomendar al centro sobre los deseos de los/as residentes en relación a la mejora de la atención o de la calidad de vida en el centro.

<sup>22</sup> Tal y como se ha señalado en el punto 2.5., el 90% de las personas usuarias de los centros residenciales con enfermedad presenta deterioro cognitivo, el 80% algún tipo de enfermedad neurológica y el 64% sufre demencia. La comparativa de los datos anuales publicados por el [Canadian Institute for Health Information](#) muestra un incremento en la prevalencia e incidencia de demencia entre las personas usuarias de los centros residenciales.

- Revisar las inspecciones realizadas al centro, así como su situación financiera.
- Participar en el establecimiento de la misión de los centros residenciales.

En cuanto a la presentación de quejas, ambas leyes establecen el derecho de las personas usuarias a presentar, con total libertad y sin coacciones, quejas en relación al centro residencial. Para ello, los centros tienen la obligación de establecer los procedimientos adecuados para la presentación de quejas y/o sugerencias.

### 5.5.3. Relación y cercanía con la comunidad

Tal y como se ha señalado, la ley de Ontario permite que los centros residenciales con enfermería dispongan de unidades especializadas, que se gestionan de manera coordinada con los [Local Health Integration Networks](#) (LHIN).

Más allá de esta colaboración, la relación entre los centros residenciales y los recursos comunitarios no se tiene particularmente en cuenta en el marco de la normativa vigente. En todo caso, se aborda esta cuestión en relación al derecho de la persona usuaria a recurrir a servicios de atención externos al centro, o a participar en actividades organizadas por la comunidad.

### 5.5.4. Presencia y papel de las familias

Ambas leyes provinciales de referencia en el ámbito residencial contemplan la figura del denominado *resident's substitute decision-makers (SDM)*, persona del entorno del/la residente con potestad para la toma de decisiones en su nombre. Tanto los SDM como las personas escogidas por el/la residente tienen derecho a implicarse en la atención de la persona usuaria ([Care Plans and Plans of Care](#)).

Por otro lado, la *Long-Term Care Homes Act 2007* establece la posibilidad de que los familiares de los centros residenciales puedan unirse, conformando los denominados [Family councils](#). De este modo, los familiares de las personas usuarias de una residencia pueden tratar, de manera unida, todas las cuestiones relativas al centro con los administradores del mismo. A pesar de la denominación, puede formar parte del consejo un familiar o cualquier otra persona de importancia en la vida del/la residente. Igual que los consejos de residentes, los consejos de familiares pueden participar en el establecimiento de la misión del centro residencial.

### 5.5.5. Presencia y papel del voluntariado

La [Long-Term Care Homes Act](#) establece la obligación a los centros residenciales con enfermería de disponer de un programa de voluntariado que favorezca la participación de personas voluntarias en las vidas y las actividades de los/as residentes ([Volunteer Program](#)).

Por su parte, la [Retirement Homes Act](#) y la [regulación 166/11](#) señalan que los centros residenciales sin enfermería pueden contar con personal voluntario en la plantilla. Estos, quedan sujetos a los mismos requisitos de selección y formación que el personal remunerado ([Staff and Volunteers](#)).

## 5.6. Aspectos relativos a la organización y la gestión de los centros

La *Long-Term Care Homes Act* y el reglamento 79/10 prestan una atención destacada a la gestión y la gobernanza de los centros. En este sentido, ambos marcos reguladores establecen las siguientes obli-

gaciones a los centros residenciales con enfermería de cara a que cuenten con una estrategia de desarrollo clara:

**Tabla 12. Definición de los servicios de limpieza de los centros residenciales con enfermería de Ontario**

Ámbito	Obligaciones
<a href="#">Misión</a>	El centro debe contar con una misión en la que se establezcan los principios, el objetivos y filosofía del centro.
	La misión tiene que ser coherente con los derechos de las personas usuarias.
	La misión se tiene que establecer en colaboración con el consejo de residentes y el consejo de familiares.
<a href="#">Gobernanza y gestión</a>	La misión se tiene que revisar, como mínimo, cada cinco años.
	Todo centro debe contar con un/a administrador/a responsable de la gobernanza y gestión del centro.
	El centro debe contar con un/a director/a de atención de enfermería y personal.
<a href="#">Formación</a>	El centro debe disponer de un/a director/a médico/a.
	El centro debe garantizar que el personal recibe la formación adecuada.
<a href="#">Mejora continua</a>	Todos los centros tienen que desarrollar e implementar un sistema de evaluación de la calidad del alojamiento, la atención, los servicios y los programas.
	Como mínimo una vez al año, los centros tienen que realizar una encuesta de satisfacción a las personas usuarias.

Fuente: Elaboración propia a partir de *Long-Term Care Homes Act 2007* y el reglamento 79/10

## 6. La atención sanitaria en los centros residenciales

### 6.1. Descripción general del sistema y elementos de gobernanza

Como se ha señalado en los apartados anteriores, la atención sanitaria que se presta en los centros residenciales se caracteriza por lo siguiente:

- Competencialmente hablando, la atención residencial y el resto de los servicios de atención a las personas mayores es responsabilidad tanto del [Ministerio Salud y de Cuidados de Larga Duración](#) de Ontario.
- Los *Long-Term Care Homes* cuentan con personal de enfermería de forma permanente, mientras que los *Retirement Homes* no están obligados a disponer de profesionales médicos o de enfermería durante las 24 horas del día.

### 6.2. Dotación del personal médico y asignación de funciones

Tal y como se ha señalado, los *Long-Term Care Homes* se caracterizan por la obligación de disponer de personal de enfermería durante las 24 horas del día. En este sentido, el reglamento 79/10 establece lo siguiente en relación a la dotación del personal médico:

- Director/a médico/a: los centros residenciales con enfermería de Ontario deben disponer de un/a director/a médico/a, responsable del desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de los servicios médicos, así como de asesorar sobre políticas y procedimientos clínicos, cuando sea necesario ([sección 214](#)).

- Director/a de enfermería y de atención personal: los centros deben disponer de un/a enfermero/a diplomado/a que actúe de responsable de la atención de enfermería y la atención personal ([sección 213](#)). Estas funciones se llevarán a cabo de manera presencial en el centro, con el siguiente número de horas por semana:
  - o En centros con 19 o menos camas, como mínimo, 4 horas a la semana.
  - o En centros con entre 20 y 29 camas, como mínimo, 8 horas a la semana.
  - o En centros con entre 30 y 39 camas, como mínimo, 16 horas a la semana.
  - o En centros con entre 40 y 65 camas, como mínimo, 24 horas a la semana.
  - o En centros con más de 65 camas, como mínimo, 35 horas a la semana.

### 6.3. Atención médica y de enfermería: el acompañamiento personalizado a las necesidades de salud de las personas residentes

La atención a las necesidades sanitarias está contemplada de forma específica en el marco regulador de la provincia de Ontario. En este sentido, los centros residenciales están obligados a elaborar un plan de atención personalizado a las necesidades de salud de las personas residentes.

En concreto, la *Long-Term Care Homes Act* señala ([sección 6](#)) que los centros residenciales con enfermería de Ontario tienen la obligación de elaborar un plan de atención personalizado, en base a la valoración realizada en el centro, y que contemple todas las necesidades de las personas usuarias, a saber: médicas, de enfermería, de apoyo, nutricionales, dietéticas, de ocio, sociales, rehabilitadoras, religiosas, y espirituales.

Tanto la valoración, como la elaboración del plan tienen que llevarse a cabo por un equipo multiprofesional, junto con la participación de la persona residente y/o de su *resident's substitute decision-makers*, y tiene que revisarse, como mínimo, cada seis meses para garantizar, en todo momento, su adecuación a las necesidades de la persona residente.

### 6.4. Farmacia

La atención farmacéutica que se presta en los centros residenciales se contempla, de forma explícita, en los estándares marcados por el reglamento 79/10, bajo la *Long-Term Care Homes Act* ([sección 119](#)). De este modo, se determina que los centros residenciales con enfermería deben tener contratados los servicios de un proveedor de medicamentos. El reglamento establece que el proveedor del servicio de farmacia tiene que participar en las siguientes actividades:

- En las evaluaciones del tratamiento farmacológico de las personas residentes.
- En las evaluaciones de los efectos terapéuticos de los fármacos en las personas residentes.
- En la gestión del riesgo y en las actividades de mejora de la calidad: revisión de los accidentes por medicación, reacciones adversas a los fármacos, etc.
- En la elaboración de protocolos para la evaluación del sistema de suministro de fármacos.
- En la formación al personal del centro en materia de fármacos.

Asimismo, la ley provincial establece la obligación a los dos tipos de residencias (con o sin enfermería) de disponer de un protocolo para el suministro y almacenamiento de fármacos en el centro.

## 6.5. Cuidados paliativos y atención al final de la vida

En lo referente a los cuidados paliativos y de atención al final de la vida, esta cuestión se aborda de manera muy genérica en el reglamento 79/10, bajo la *Long-Term Care Homes Act* (sección 42). En él se establece que los centros residenciales con enfermería de la provincia de Ontario deben garantizar que las personas residentes reciban los cuidados al final de la vida de la vida, acordes a sus necesidades.

## 7. Innovaciones y ejemplos de buena práctica

### 7.1. Modelo de atención psicogeriátrica

La provincia de Ontario cuenta con varias unidades especializadas orientadas a personas con problemas graves del comportamiento relacionados con la demencia, sin embargo, estas unidades no están preparadas para atender a personas mayores con diagnóstico dual de demencia y trastornos psiquiátricos. Las personas con este perfil suelen acabar en centros hospitalarios, fuertemente medicados y sin los apoyos y el entorno adecuados.

Ante esta situación que, debido al envejecimiento de la población, se prevé irá en aumento, se evidencia la necesidad de un nuevo tipo de atención a la dependencia, en concreto, el modelo psicogeriátrico.

Este modelo se caracteriza por proporcionar:

- Atención a personas que, de otro modo, no podrían ser atendidas en los centros residenciales tradicionales.
- Un equipo multidisciplinar con una ratio más alta de profesionales/persona usuaria.
- Cuidados y apoyos de mayor intensidad para las personas con demencia en etapa avanzada, con enfermedades mentales severas y con trastornos por adicciones, que pueden experimentar episodios psicóticos u otros síntomas psicogeriátricos agudos.

La [Local Health Integration Networks](#) (LHIN) financió con \$500.000 la implementación, en un centro residencial con enfermería de la provincia, de una unidad psicogeriátrica especializada de ocho personas. El centro residencial puso en marcha una unidad segura y separada del resto de espacios del centro, contrató personal de atención para aumentar la ratio profesional/residente y estableció un protocolo de colaboración con la unidad de psiquiatría geriátrica del hospital. Formaron a todo el personal de la unidad –desde el personal de enfermería hasta el de la limpieza– en aspectos como propiciar ambientes tranquilos o responder de forma adecuada ante situaciones de crisis.

La experiencia ha sido evaluada de forma positiva por la *Ontario Long-Term Care Associations* y la Universidad de Toronto, y la han incluido como experiencia innovadora en el proyecto de investigación sobre modelos innovadores –*Long Term Care Plus*–, financiado por el *Canadian Institute of Health Research* (CIHR)<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> [Long-Term Care Plus. Realizing Innovative Models of Care for the Future](#). Ontario Long-Term Care Association, University of Toronto, 2018,



## 7.2. Modelo de Atención Mariposa

El modelo de atención del Hogar Mariposa se basa en la creencia de que para las personas que sufren de demencia, los sentimientos son lo más importante, que la inteligencia emocional es la competencia básica y que las personas que viven con una demencia pueden prosperar en un entorno adecuado<sup>24</sup>.

Los centros que aplican este modelo se someten a un programa de formación de un año con el que se pretende instaurar un cambio de cultura. Este programa capacita al personal de atención en el liderazgo a través de la inteligencia emocional.

La implementación de este modelo en un centro residencial de Ontario ha tenido resultados satisfactorios, con un descenso en el número de caídas de los/as residentes, un menor uso de antipsicóticos, y niveles más altos de participación social<sup>25</sup>.

## 8. Incidencia de la Covid-19 en los centros residenciales para personas mayores

### 8.1. Contagios y fallecimientos

Como se observa en la tabla 13, Canadá se cuenta entre los países que ha tenido un impacto relativamente bajo del COVID19, con 198 fallecimientos por millón de habitantes. La tasa de contagios es de 3.301 casos por cada millón de habitantes y la tasa de letalidad es del 5,9%.

A 1 de junio de 2020, el número de personas contagiadas en los centros residenciales asciende a 17.246, que representan el 4,1% de las personas residentes y el 13,9% de todas las personas contagiadas. El número de personas fallecidas asciende a 6.236, lo que supone una tasa de letalidad en el ámbito residencial del 36%. Las personas fallecidas en las residencias apenas representan el 1,5% de todos los residentes, pero el 85% de todas las personas fallecidas por COVID19 en Canadá hasta el mes de junio.

Tabla 13. Indicadores relativos al COVID19 en Canadá (a 1 de junio de 2020)

	Abs.	Tasas y porcentajes	
Personas contagiadas en todo el país	123.825*	3.301 casos por millón de habitantes	
Personas fallecidas en todo el país	7.326	198 muertes por millón de habitantes	
Letalidad general	5,9%		
Personas contagiadas en residencias	17.246	4,1% de las personas residentes	13,9% de las personas contagiadas
Personas fallecidas en residencias	6.236	1,5% de las personas residentes	85% de las personas fallecidas
Letalidad en residencias*	36,1%		

Fuente: Comas [et al., 2020](#) \*A 16 de agosto.

### 8.2. Principales dificultades a las que se ha tenido que hacer frente y prácticas exitosas para prevenir y controlar la infección

El principal problema al que las residencias canadienses han tenido que hacer frente durante la pandemia ha sido el de las condiciones laborales del personal. Como en otros países, el sector se caracteriza por un nivel de contratación temporal y a tiempo parcial muy importante, con niveles salariales comparativamente bajos, lo que obliga al personal a trabajar en más de un centro de forma simultánea, com-

<sup>24</sup> National Institute on Ageing, 2019

<sup>25</sup> [Implementing the Butterfly Household Model of Care in Canada: Lessons Learned to Date](#). BC Care Providers Association (BCCPA)

patibilizando su trabajo en dos o más centros. Se han puesto también de manifiesto otros problemas relacionados con el diseño arquitectónico de los centros, como el elevado porcentaje de habitaciones con dos o más ocupantes, la concentración de residentes en espacios pequeños, las dificultades para la sectorización de los centros, etc.

Las medidas adoptadas en los centros residenciales canadienses, si bien han sido diversas en las diferentes provincias del país, se han basado en las siguientes medidas básicas ([Hsu et al. 2020](#); [Moser et al., 2020](#)):

- Cierre de los centros a las visitas, salvo en casos de extrema necesidad.
- Reducción o suspensión de las actividades grupales.
- Fomento de los servicios de teleasistencia y telemedicina, así como a muy diversas actividades de formación a distancia para la capacitación del personal en el manejo del COVID19.
- Detección precoz de los casos, mediante la realización de tests PCR y la valoración regular de la sintomatología de las personas residentes, llegándose a realizar en algunas provincias hasta dos pruebas diarias en el caso de los profesionales.
- Creación en los hospitales de equipos de asesoramiento a los centros residenciales y asignación al personal hospitalario de responsabilidades específicas de enlace y coordinación con centros específicos, especialmente mediante herramientas virtuales.
- Algunas provincias, como Ontario, pusieron en marcha desde las primeras semanas de la epidemia una estrategia para la captación y cualificación de personal adicional para las residencias, lo que incluía la posibilidad de modificar las funciones y tareas del personal ya contratado, utilización de personal voluntario o extensión de los contratados a jornada parcial, para trabajar a jornada completa. En un contexto en el que las limitaciones de personal eran ya habituales, el recurso a personal extraordinario pudo haber tenido consecuencias negativas en la expansión de la infección, tanto por sus carencias formativas como por el riesgo que supone que algunas de estas personas trabajaran en más de un centro de forma simultánea.
- Estos riesgos hicieron que algunas provincias dejaran de recurrir a este tipo de herramientas de captación de personal adicional, limitando la posibilidad de trabajar en más de un centro al mismo tiempo. En ese sentido, a finales de marzo algunas provincias establecieron la prohibición de que el personal asistencial compaginara su trabajo en más de un centro. Para ello, los gobiernos provinciales asumieron el coste de contratar a estas personas a jornada completa y con dedicación a un solo centro.

### 8.3. Lecciones aprendidas

La pandemia de COVID19 ha puesto de manifiesto muchos de los problemas a lo que ya se venía enfrentando el sistema de atención residencial en Canadá, como la infradotación de personal en los centros, la infrafinanciación del sector y las malas condiciones laborales de sus profesionales (mejores, en cualquier caso, que las de sus compañeros/as que trabajan en el ámbito domiciliario). A ello se ha añadido una lenta aplicación de las medidas para el control de la infección, lo que ha tenido como consecuencia tasas de infección y letalidad mucho más elevadas en el ámbito residencial que entre el conjunto de la población, incluyendo la población de más de 80 años.

En ese marco, la adopción de medidas para limitar la movilidad entre centros del personal de atención directa, garantizando al mismo tiempo (e incluso incrementando) su retribución y mejorando sus condiciones laborales ha sido una de las medidas más innovadoras y efectivas aplicadas en Canadá.