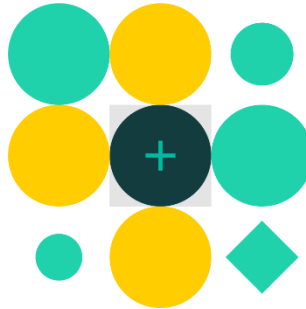


## Estudios de caso sobre política internacional e implementación – Caso 10

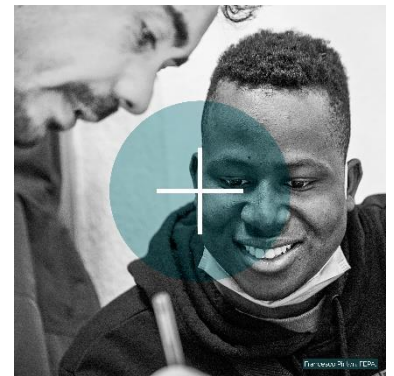
# Desinstitucionalización en el cuidado a largo plazo para personas mayores en Dinamarca



Programa H4Y FUTURO, HOGAR SI Y PROVIENDA  
Abdellah Douas



Ulla, 92 años, en un taller de teatro en un hogar para mayores.  
Alfredo Prieto, concejal de políticas sociales en Pontevedra



Enrique Pérez, FDR



Estrategia estatal  
de desinstitucionalización

Para una buena vida en la comunidad

## **Autora: Tine Rostgaard**

Tine trabaja como profesora en el Departamento de Ciencias Sociales y Empresariales de la Universidad de Roskilde, Dinamarca, y en el Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Estocolmo, Suecia. A lo largo de su carrera académica, ha investigado el cuidado de niños, niñas y personas mayores, a menudo en una perspectiva comparativa. Sus contribuciones académicas incluyen estudios sobre informalización, mercantilización y calidad de la atención. Sus publicaciones incluyen la coedición de *'Manual en política infantil y familiar'*, Edward Elgar, *'Cuidando padres en los Estados de bienestar nórdicos - Políticas y Prácticas de Paternidad Contemporánea'*, Prensa Política, *'Cuidado entre trabajo y bienestar en Europa'*, Palgrave y actualmente está editando un *'Manual sobre políticas de atención social'*, Elgar. Tine es copresidente de Transforming Care Network, una red de investigación internacional, <http://www.transforming-care.net/>, que organiza una conferencia bianual y una serie de libros.



Septiembre 2023

## Mensajes clave

---

Durante medio siglo, el cuidado de larga duración de personas mayores en Dinamarca se ha proveído de acuerdo con los principios de vida autodirigida en la comunidad. En décadas pasadas, los conductores de cambios en políticas han sido el envejecimiento de la población y la escasez del personal. Por lo tanto, la principal preocupación política actual es cómo garantizar una prestación de atención suficiente y de alta calidad.

- El cuidado a largo plazo de personas mayores en Dinamarca es responsabilidad de los 98 municipios. Organizan, financian y, en su mayor parte, también brindan servicios.
- La provisión gratuita de atención domiciliaria es un servicio central que apoya la desinstitucionalización.
- La atención domiciliaria incluye tanto el cuidado personal como la asistencia práctica en el hogar, principalmente la limpieza.
- La aceptación de la atención domiciliaria ha disminuido en los últimos años, y principalmente debido a cambios de políticas y objetivos. Esto pone más presión sobre el cuidado institucional.
- La política de desinstitucionalización se ha fortalecido con la introducción de capacitación, una intervención interdisciplinaria orientada a objetivos que apunta a mantener la capacidad funcional.
- La intervención basada en la evidencia de las visitas preventivas también es de mucho apoyo.
- El sistema de cuidados prolongados se basa en un trabajo de cuidados profesionalizado y formal. Sin embargo, hoy en día uno de cada cuatro personas cuidadoras no tiene educación formal sobre cuidados.
- Las condiciones de trabajo son deficientes y es difícil contratar y retener al personal.
- Se ha introducido una opción de proveedor de atención domiciliaria para introducir elementos de consumo, pero también para mejorar la calidad de la atención. Hoy en día, una de cada tres personas utiliza un proveedor de atención domiciliaria con fines de lucro.
- La calidad de los servicios es monitoreada a través del desarrollo de indicadores de calidad; los indicadores más recientes se centran en la calidad de los resultados, como el mantenimiento de la capacidad funcional y si la prestación del servicio logra evitar la hospitalización.

## Tabla de Contenido

|   |    |
|---|----|
| MENSAJES CLAVE .....                      | 3  |
| INTRODUCCIÓN.....                         | 5  |
| 1. DESINSTITUCIONALIZACIÓN.....           | 6  |
| 2. ORGANIZACIÓN .....                     | 7  |
| 3. FINANCIACIÓN .....                     | 8  |
| 4. ENTREGA.....                           | 8  |
| 5. CUIDADO EN CASA .....                  | 11 |
| 6. REHABILITACIÓN .....                   | 14 |
| 7. VISITAS DOMICILIARIAS PREVENTIVAS..... | 15 |
| 8. RECURSOS HUMANOS.....                  | 16 |
| 9. REGULACIÓN DE LA CALIDAD .....         | 18 |
| OBSERVACIONES FINALES .....               | 19 |
| REFERENCIAS .....                         | 21 |

## Introducción

---

La base de los servicios de atención a largo plazo para personas mayores en Dinamarca es un servicio público descentralizado. Los 98 municipios responden por la formulación de políticas, organización, financiación y prestación de servicios, lo que da lugar a una variación intermunicipal sustancial en la producción, la combinación de proveedores y la prestación de servicios.

Al basarse principalmente en impuestos, los servicios daneses de atención a largo plazo son relativamente asequibles en comparación con otros países (o, como en la atención domiciliaria, son totalmente gratuitos). También son relativamente atractivos, de alta calidad y flexibles pues se adaptan a necesidades individuales. Al basarse en el principio de universalidad, la atención a largo plazo también está disponibles para todos los ciudadanos/as que requieren de atención. Con el tiempo, Dinamarca ha establecido lo que, según estándares internacionales, es un modelo generoso de atención a las personas mayores, que generalmente se utiliza en todas las clases sociales y sin estigma social.

También apoya la igualdad de género y la facilitación del modelo de doble trabajador/a y doble cuidador/a, en el que hombres como mujeres pueden participar en el cuidado no remunerado y en trabajo remunerado. De hecho, muchas mujeres trabajan como cuidadoras formales en el sector de los cuidados a largo plazo. Los cuidados de larga duración como bien de bienestar son generalmente apoyados por la población y también políticamente priorizados, siendo centrales en la agenda de muchos partidos políticos. Como ejemplo, existe un Ministerio para las Personas Mayores en particular, que está a cargo de regulación y el presupuesto municipal en general.

La atención a largo plazo para las personas mayores en Dinamarca se enmarca, sobre todo, en la política de desinstitucionalización que se introdujo a principios de la década de 1970. La política favorecía el cuidado en el hogar, o el llamado cuidado comunitario, sobre el cuidado en una institución. Dinamarca fue uno de los primeros países a nivel internacional en adoptar una política de atención comunitaria (OMS, 2018). Esto es para cumplir con las preferencias de muchas personas mayores que desean permanecer en sus propios hogares, así como para brindar una alternativa más rentable a la atención institucional.

La política de desinstitucionalización se apoya en la prestación de servicios de Atención domiciliaria, relativamente generosa según estándares internacionales, aunque en los últimos años cada vez más dirigida a personas con mayores necesidades. También es de apoyo la visita domiciliaria preventiva que se ofrece regularmente a las personas mayores que viven en el hogar, al igual que las intervenciones de Rehabilitación introducidas más recientemente, cuyo objetivo es el apoyo para la continuación de las capacidades funcionales de la persona mayor.

Los municipios establecen estándares de calidad locales y la desinstitucionalización es un objetivo de política, aunque implícito. Varias iniciativas nacionales se han centrado



en desarrollar indicadores de calidad, la última con un enfoque en la calidad de los resultados.

Sin embargo, al igual que otros países que envejecen, Dinamarca lucha con la creciente necesidad de atención a largo plazo y disponibilidad de recursos, tanto fiscales como humanos. Al basarse en la entrega formal y profesionalizada de cuidados, el sistema danés de cuidados a largo plazo requiere una captación continua de estudiantes en la educación de cuidados; sin embargo, cada vez menos personas jóvenes parecen interesados en seguir una carrera para brindar cuidados formales. En las últimas décadas se han hecho ajustes en la prestación de los servicios, afectando principalmente a la atención domiciliaria, donde cada vez menos personas mayores son recompensadas con este tipo de servicio, dando como resultado indicios de necesidades insatisfechas.

## 1. Desinstitucionalización

---

Dinamarca introdujo el principio político de desinstitucionalización en la década de 1970, en el que se priorizaba atención domiciliaria sobre la institucional y en el que grandes instituciones tradicionales con varias camas en cada habitación debían eliminarse gradualmente. En cambio, se alentó a los municipios a construir hogares de personas mayores con espacios de vida individuales que pudieran adaptarse mejor a un enfoque de atención centrado en la persona.

Esto culminó con la **Ley de Vivienda para Personas Mayores y Discapacitadas de 1987**, que puso fin a la construcción de instituciones tradicionales de residencias similares a hospitales. Desde entonces, los nuevos hogares (ahora denominados '*plejeboliger*') debían construirse como centros que, además de instalaciones comunes, incluyeran apartamentos separados e individuales con instalaciones propias, como cocina, baño propio y normalmente también dos habitaciones separadas. Los apartamentos también suelen incluir timbre y buzón, lo que indica que se trata de una vivienda independiente.

Como parte de la desinstitucionalización, las personas residentes se consideran legalmente como inquilinas. Significa que las personas mayores a partir de entonces recibirían sus pensiones completas. Antes, sólo se pagaba dinero de bolsillo y el monto restante se usaba para cubrir costos de un paquete estandarizado de atención y servicios. Como parte de la nueva ley, las personas mayores ahora deben decidir si desean comprar servicios como limpieza, comida y lavandería, mientras que los servicios de atención son parte de la oferta estándar. La gran mayoría de los residentes de asilos de ancianos viven hoy en estas instalaciones modernas.

La desinstitucionalización en el cuidado a largo plazo para personas mayores estuvo fuertemente influenciada por varios informes de la *Comisión Nacional sobre el Envejecimiento* en la década de 1980. La recomendación de política estaba orientada a garantizar una atención activa que pudiera facilitar el autocuidado (*hjælp-til-selvhjælp*) en la vejez, y así fomentar un enfoque más preventivo y rehabilitador (Boll Hansen et al,



1991). Los informes también introdujeron principios de continuidad y normalización, lo que significa que, independientemente de la necesidad de atención, la prestación de atención debe tener como objetivo garantizar la continuación de la forma de vida preferida de la persona mayor y permanecer en su propio hogar durante el mayor tiempo posible (*længst muligt i eget hjem*), que se convirtió en un eslogan popular para la desinstitucionalización.

La política de desinstitucionalización se mantiene firme incluso hoy en Dinamarca, donde el 3,3 % de población mayor de 65 años vive en residencias de personas mayores, pero también puede constituir una solución costosa para los municipios si se requieren cuidados intensivos. Por lo tanto, algunos municipios establecen un número máximo de horas semanales como estándar, por ejemplo, 50 horas. Si la necesidad de cuidados se encuentra por encima de esto, se ofrece una plaza en una residencia de personas mayores sólo como alternativa.

## 2. Organización

---

La base jurídica de la atención a largo plazo para personas mayores frágiles se estipula en la Ley de Servicios Sociales, que contiene las disposiciones de cuidado que deben permitir que las personas mayores puedan permanecer en sus hogares tanto tiempo como sea factible, según la política general de desinstitucionalización. También estipula qué tipo de servicios sociales se ofrecen y qué agencias tienen la responsabilidad y/o la obligación de financiar. El **Ministerio de las Personas Mayores** tiene responsabilidad de legislar y redactar instrucciones, circulares o recomendaciones más detalladas, pero el principio general es que los 98 municipios son la principal autoridad responsable de planificar, organizar, proporcionar y regular los servicios sociales, incluidos los cuidados de larga duración. Las cinco regiones son responsables de la atención hospitalaria.

En general, el **municipio local** está obligado a dar la atención necesaria a las personas mayores frágiles y a decidir sobre la forma de las provisiones. La implementación de políticas es seguida de cerca por el gobierno central. Asimismo, las negociaciones presupuestarias anuales entre el gobierno central y los municipios establecen metas de servicio que deben cumplir. Aunque no están obligados a brindar cobertura universal de atención, brindan servicios como ayuda domiciliaria y atención en residencias para personas mayores de acuerdo con la necesidad y el nivel de servicio local.

El municipio también es el que decide si ve una necesidad de atención. El derecho tanto a la ayuda a domicilio como a una plaza en una residencia de personas mayores se basa enteramente en la necesidad. Una persona que necesita atención tiene derecho a recibirla, independientemente de su edad, medios económicos, ingresos o situación familiar. Es decir, la evaluación de necesidades debe considerar la situación individual y no considerar si un hijo/a adulta, una pareja o cónyuge u otro miembro de la familia podría brindar el cuidado en su lugar. El municipio está obligado a prestar servicios de asistencia domiciliaria lo antes posible u ofrecer una plaza en una residencia de personas mayores o centro de residencia a más tardar dos meses después de la solicitud inicial.



### 3. Financiación

---

Los municipios desempeñan papel principal en financiación de la atención a largo plazo y reciben el reembolso a través de varios subsidios estatales nacionales, subvenciones en bloque y subvenciones de nivelación. El resto de costos públicos se financia con impuestos locales sobre la renta. La subvención de nivelación nivela las diferencias locales en demografía, participación en el mercado laboral y en el número de grupos de bajos ingresos. Para incentivar a los municipios a acelerar el traslado de los hospitales a la comunidad de las y los pacientes que están listos para ser dados de alta, en 2007 se introdujo un cargo municipal especial. Este sirve como multa para aquellos municipios que no pueden brindar atención en la comunidad, lo que resulta en estancias hospitalarias más prolongadas. La iniciativa ha demostrado ser efectiva y tiene un efecto indirecto para la desinstitucionalización, pues personas mayores reciben servicios comunitarios adecuados más rápido.

Desde finales de la década de 2000, el gasto medio por persona de 65 años o más en los municipios ha fluctuado un poco, pero en general tiende a disminuir, lo que refleja aumento general de la capacidad funcional como, muy probablemente, también el cambio a la readaptación (ver más abajo) y los consiguientes recortes en el cuidado en casa.

La desinstitucionalización también se facilita por la falta de cobro a las personas usuarias por el uso de la ayuda a domicilio, y esto es independiente del número de horas entregadas. En los demás países nórdicos, se cobra a la persona usuaria por atención domiciliaria según el nivel de ingresos. Por el contrario, las personas residentes en hogares de personas mayores pagan el alquiler, la medicación, la lavandería y el uso de los servicios, hasta un máximo tope del 10-20% de ingresos dependiendo del municipio. Las personas residentes en residencias, sin embargo, no pagan por lo que se puede considerar servicios de ayuda a domicilio, incluidas las tareas domésticas y cuidado personal, como bañarse y vestirse, ya que es gratuito. Como se mencionó anteriormente, la persona residente mantiene su pensión y sus medios económicos. Es posible recibir subsidio de alquiler. Sin embargo, el alquiler puede ser considerable. En total, el pago del usuario constituye el 5% del gasto total de cuidados de larga duración en Dinamarca, que es el más bajo de la región nórdica; p.ej. en Finlandia, las tarifas de los usuarios son 17% de los costos totales (Eurostat, 2020).

### 4. Entrega

---

La política de desinstitucionalización no se afecta por el tipo de proveedor. Todos los proveedores deben asegurarse de facilitar el autocuidado para que la persona mayor siga viviendo en la comunidad. Sin embargo, es más un principio implícito de política y práctica y no está controlado ni promulgado formalmente. Dependiendo de la forma de atención, existen diferentes formas de organizar la entrega.





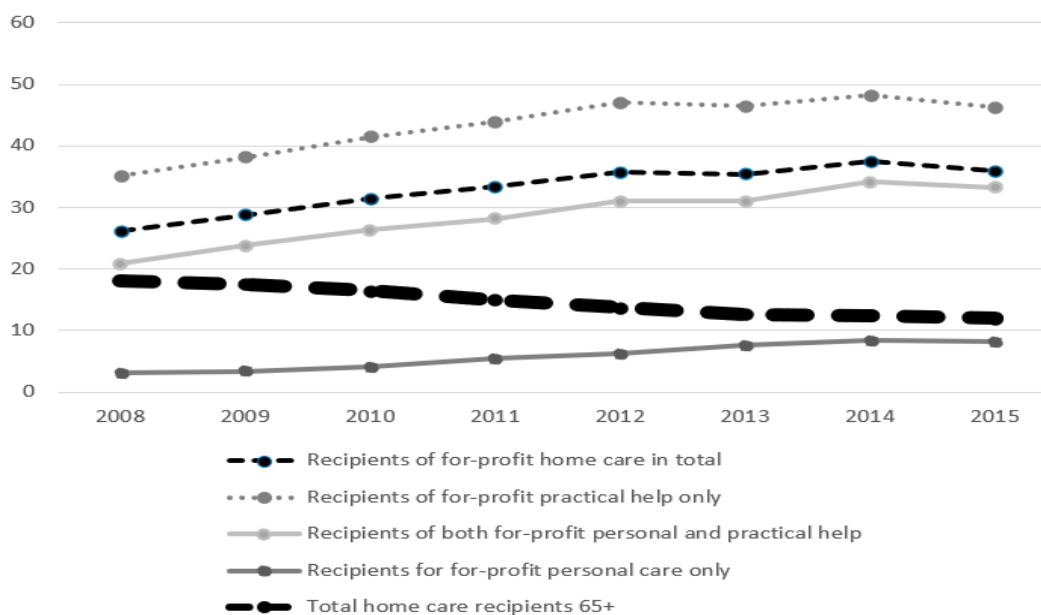
Para la atención domiciliaria, existe libre elección de proveedor. La **Ley de libre elección de proveedores** (*Frit valg af leverandør*) de 2003 obligó a todos los municipios a garantizar que los usuarios tuvieran la opción de elegir entre más de un proveedor de atención domiciliaria, básicamente introduciendo un cuasi mercado en la atención que brinda a las personas usuarias la posibilidad de elegir entre servicios públicos y privados. Los proveedores sin fines de lucro no participan en la prestación de servicios de atención domiciliaria. La principal razón para la introducción de la libre elección fue estimular una situación de mercado en la que las personas usuarias, a través de su elección de proveedor, contribuirían al desarrollo de la calidad de la atención.

Ya sea que una persona usuaria elija usar atención domiciliaria de un proveedor público o alguno con fines de lucro, el paquete es idéntico, es el mismo procedimiento de evaluación y no hay tarifas de usuario involucradas. Pero sólo quienes usan aquél con fines de lucro pueden comprar servicios complementarios a través de su proveedor, algo que los municipios han argumentado, los deja en situación competitiva más pobre. Indirectamente, también puede crear problemas de equidad, ya que algunos pueden recargar servicios, mientras que aquellos que no pueden dependen de los servicios asignados, disminuidos en intensidad y calidad con el tiempo. Independientemente, los proveedores con fines de lucro deben, con la misma cantidad de dinero, proveer los mismos servicios básicos pero, por lo demás, pueden intentar desempeñarse mejor en procedimientos como la comunicación, relaciones con los clientes, las horas de entrega, continuidad del personal, etc.

Con el tiempo, más y más personas mayores han elegido atención domiciliaria de proveedor con fines de lucro (Figura 1) y hay mercado mixto de atención. Los datos comparables sólo se remontan a 2008, cuando sólo uno de cada cuatro usaba un proveedor con fines de lucro (26%). Posteriormente, son consistentes aquellos que sólo tienen atención práctica quienes utilizan un proveedor con fines de lucro (de 35 % de usuarios de atención domiciliaria en 2008 pasó al 46 % en 2015). Y también las personas usuarias más frágiles, aquellas que utilizan el cuidado personal, han favorecido cada vez más a un proveedor con fines de lucro. Entre estas personas usuarias, la proporción que recurre a un proveedor privado con ánimo de lucro ha aumentado entre quienes tienen una combinación de atención personal y asistencia práctica (21% en 2008 a 33% en 2015 de todas las personas beneficiarias de atención domiciliaria con este tipo de atención) así como los de cuidado personal solamente (3% en 2008 a 8% en 2015). La cifra muestra un aumento impresionante y continuo que sin embargo se interrumpe un poco desde 2013, donde se estabiliza. Presumiblemente, esto se debe sobre todo a una serie de quiebras en el sector con fines de lucro en años posteriores. A día de hoy, 32% de personas usuarias de atención domiciliaria eligen un proveedor con fines de lucro



Figura 1 - Receptores de atención domiciliaria en general de 65+ y uso de proveedor con fines de lucro en total y según tipo de asistencia en %, 2008-2015



Fuente: Estadísticas Dinamarca, tablas AED12 y AED06.

Los principios de competencia se aplican mucho cuando la persona mayor tiene que elegir un proveedor de servicios. En cuanto a libre elección de proveedor en los servicios de atención domiciliaria, de acuerdo con la Ley de Servicios Sociales, la autoridad local se obliga a alentar el funcionamiento de proveedores con fines de lucro. En comparación con otros países, como Suecia, donde los fondos de capital privado están involucrados en la prestación de atención (Erlandsson et al, 2013), los proveedores daneses con fines de lucro son relativamente pequeños y operan principalmente a nivel regional.

Para garantizar que los proveedores calificados con fines de lucro tengan oportunidad de brindar atención, la autoridad local debe determinar y promulgar los estándares de calidad que deben cumplir. De acuerdo con la normativa vigente, la autoridad local puede habilitar la libre elección de proveedores y el acceso de proveedores privados con fines de lucro bajo uno de los dos modelos siguientes:

- Competencia por licitación (*Udbudsmodellen*):** En el modelo de 'competencia por licitación' (*udbudsmodellen*) conforme a la legislación de libre elección, la autoridad local licita uno o más servicios de atención domiciliaria en uno o más distritos de servicios o en todo el municipio. Tras un proceso de licitación competitivo, la Ley de Servicios Sociales exige que la autoridad local contrate con al menos dos proveedores calificados y con los proveedores que ofrezcan las mejores condiciones, en función del precio. El proveedor municipal también puede participar en el proceso de licitación, sin embargo, sólo puede continuar como proveedor si la autoridad local presenta una de las mejores ofertas. Esto significa que el proveedor municipal puede correr el riesgo de perder su papel como proveedor de servicios ante un proveedor privado con fines de lucro con una mejor presentación de ofertas. En realidad, y como se ilustra en la Figura 1,



uno de cada tres usuarios del servicio elige al proveedor municipal, especialmente para la prestación del cuidado personal. El modelo de "competencia por licitación" permite un entorno de precios competitivo; es decir, los proveedores que licitan los servicios fijan los precios ellos mismos. Cuando el proceso de licitación no resulte en al menos dos proveedores, se debe optar por el siguiente modelo de "competencia por endoso". Este es el modelo más utilizado.

- **Competencia por endoso (Godkendelsesmodellen):** La competencia por licitación puede no ser atractivo para las autoridades locales pues corren riesgo de ser excluidas de la prestación del servicio. Como alternativa, la "competencia por respaldo" (*godkendelsesmodellen*) está disponible como parte de la legislación de libre elección. El modelo de concurso por aval fue hasta 2013 el más utilizado. Si la autoridad local elige el modelo de "respaldo", ella determina y promulga los requisitos de precio y calidad que deben cumplir los proveedores privados con fines de lucro de cuidado personal y asistencia práctica. El precio fijado por la autoridad local debe reflejar costos promedio reales de entrega a largo plazo e incluir costos de administración, alquiler, salarios, etc. Así la autoridad local se obliga a respaldar y contratar a todo proveedor privado con fines de lucro que cumpla requisitos de precio y calidad. Los que cumplen requisitos y contratan con la autoridad local operan en igualdad de condiciones que el proveedor municipal, aunque sólo los proveedores privados con fines de lucro, como se mencionó anteriormente, pueden ofrecer servicios adicionales por una tarifa.

Depende de los proveedores con fines de lucro decidir si desean el respaldo para atención personal y asistencia práctica. Si se respalda a alguno para brindar uno o ambos de estos servicios, debe estar dispuesto a darlos a todos los ciudadanos del municipio y no sólo a, por ejemplo, personas con ingresos más altos.

La ley de libre elección no se aplica a residencias de personas mayores por lo que los municipios no están obligados a contratar estos servicios ni a ofrecer la opción de proveedor, pero pueden optar por hacerlo. La comercialización de los servicios de tales residencias a través de la elección del usuario se ve facilitada, por **la Ley de Residencias de personas mayores Independientes** (*Lov om friplejeboliger*), de enero de 2007, para introducir variedad en la prestación de servicios con competencia entre varios proveedores, dando posibilidad de comprar servicios adicionales que los proveedores de estos hogares pueden ofrecer. El espectro en dichos lugares incluye fundaciones basadas en valores, proveedores con y sin fines de lucro, y municipales.

## 5. Cuidado en casa

---

El principal servicio de apoyo a la desinstitucionalización es la atención domiciliar municipal que ofrece ayuda en cuidado personal y tareas domésticas en el hogar de la



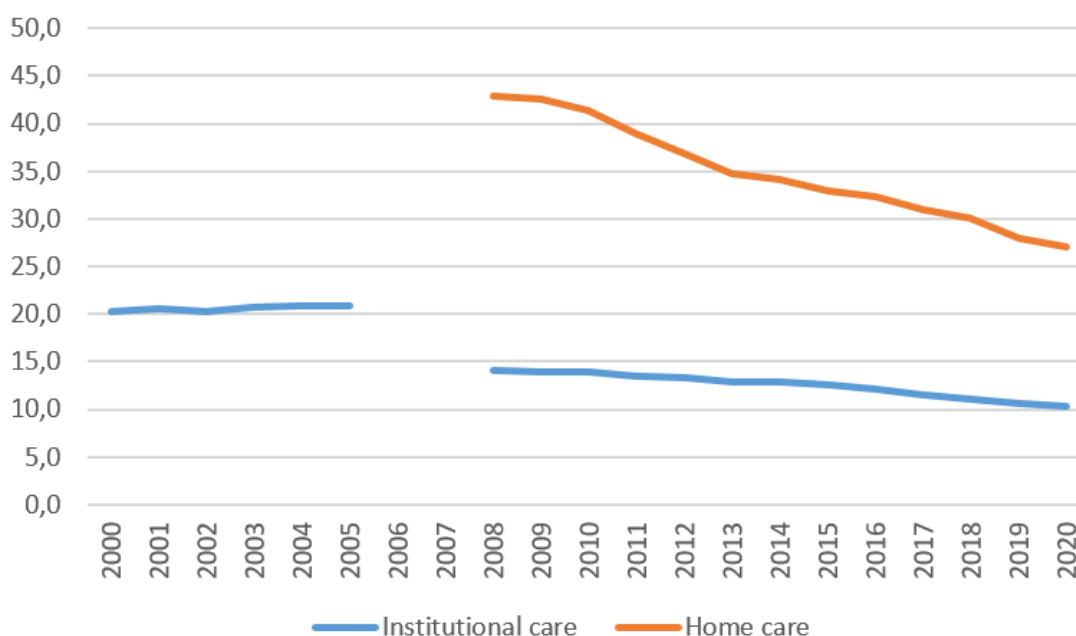
persona mayor. Los servicios son proporcionados principalmente por trabajadores/as de cuidado formalmente capacitados, con un año o más de nivel de capacitación.

La atención domiciliaria en Dinamarca se recompensa sobre la base de las necesidades individuales, idealmente sin considerar la posible asistencia de miembros de la familia fuera del hogar. Como tal, es un servicio de atención individualizado y universal. Incluye ayuda con las tareas del hogar y el cuidado personal, es decir, tareas de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como limpieza, lavado, tendido de camas y, en algunos casos, también compras, y diversas tareas de actividades de la vida diaria (AVD), como asistencia con la limpieza, ayuda para vestirse, bañarse y peinarse. La intervención psicológica también puede formar parte de la prestación de ayuda domiciliaria. Se puede establecer un tiempo para que la persona ayudante del hogar consuele a una persona mayor que ha perdido a su cónyuge o que se encuentra en una crisis de vida.

Donde los servicios de atención domiciliaria han constituido la provisión de atención social central en Dinamarca, sobre todo debido al paradigma político de la desinstitucionalización, con el tiempo un número considerablemente menor de personas mayores en Dinamarca reciben servicios de atención domiciliaria. Desde 2008, ha habido una reducción sustancial en el número de beneficiarios mayores de 65 años. A pesar de un aumento general en la población de mayor edad en el mismo período. La Figura 2 presenta este cambio: el 27% entre las personas mayores de 80 años reciben servicios de atención domiciliaria en la actualidad, mientras era 43% en 2008. En comparación, la proporción de mayores de 80 años viviendo en atención institucional no ha aumentado. También hay una disminución considerable en el número promedio de horas entregadas (no se muestra en la figura).



Figura 2: Personas mayores de 80 años que viven en instituciones de atención o viviendas protegidas o que reciben atención domiciliaria, de 2000 a 2020 o el año más reciente



Fuentes: Estadísticas de atención médica de la OCDE (n.d.) y NOSOSCO (n.d.). Nota: Para atención domiciliaria, esto incluye solo a aquellos que reciben regularmente atención domiciliaria. Los datos sobre atención institucional antes de 2004 y después de 2008 no son directamente comparables debido a un cambio en la contabilidad.

El cambio en la aceptación de la atención domiciliaria se debe sin duda a una mejor salud y capacidad funcional entre ambos grupos de edad, como se ha descrito anteriormente. Sin embargo, las encuestas de salud autoinformadas no reportan un aumento similar en la situación de salud, ni entre las personas mayores de 65 años, ni entre aquellas mayores de 80 años (Lauritzen, 2012). Esta caída en la provisión también puede ser en parte por la nueva política de readaptación de capacitación "activa" en lugar de atención "pasiva" tradicional. Y es muy probable que refleje cambios en estándares de servicio, pues la mayoría de los municipios han reducido especialmente las horas de limpieza (Rostgaard y Matthiessen, 2019 y 2020).

Uno de los cambios en la aceptación de ayuda a domicilio también ha sido la polarización de los recursos, con más usuarios recibiendo una pequeña ayuda y más recibiendo ayuda mayor; es una práctica de intensificación y distribución combinada de recursos. Esta no es estrategia a nivel nacional, sino práctica aplicada de gobiernos locales para mantenerse al día con la demanda. Como resultado, muchas personas mayores reciben ayuda con tareas domésticas solo quincenalmente o cada tres semanas y, a menudo, con duración de solo ½ hora (ibid), en comparación con principios de la década de 1990, que no era raro recibir limpieza varias veces por semana (Hansen et al., 2002). Así, la ayuda se ha vuelto más simbólica para algunas personas usuarias de asistencia práctica, ya que no es posible brindar mucha en este lapso de tiempo.



Este desarrollo no es inductivo para la continuación de la política de desinstitucionalización.

## 6. Rehabilitación

---

Los cambios recientes en atención a largo plazo que respaldan la desinstitucionalización se relacionan con introducir rehabilitación (*Hverdagsrehabilitering*) en atención domiciliaria, lo que permite a las personas mayores permanecer más tiempo en la comunidad.

La introducción de la habilitación tiene raíces en los cambios estructurales. Desde 2007, la responsabilidad de los servicios con respecto a las fases de recuperación y crónicas recae en 98 municipios y no en las cinco regiones, que en cambio quedaron como responsables únicamente de salud primaria. Esto estimuló el interés en un enfoque preventivo, pero también en recuperación de la atención domiciliaria y resultó en la introducción de la rehabilitación. La política de readaptación que se practica en Dinamarca enfoca las necesidades y la fragilidad en la vejez, rompe con modelos anteriores de atención “pasiva” a largo plazo. La habilitación también se practica en el Reino Unido y Australia (Aspinal et al, 2015; Rostgaard et al, 2023), pero se aplica más ampliamente a nivel nacional en Dinamarca y desde 2015 es parte de la legislación y un ejemplo de habilitación para inspirar la práctica local (Socialstyrelsen, 2013).

En lugar de atención domiciliaria permanente, a las personas que tienen 'potencial' para dicha intervención se les hará una intervención de capacitación a corto plazo de lo que suele ser de 3 a 12 semanas y se brindará cooperación en un equipo interdisciplinario entre trabajador de atención, enfermera domiciliaria, terapeuta y otros profesionales relevantes que se reúne regularmente en una conferencia de casos interdisciplinarios para hablar sobre los clientes y coordinar su trabajo en general.

El enfoque de intervención está en las capacidades, especialmente las físicas, aunque también en capacidades mentales y sociales. La rehabilitación es “*el resultado de una persona que ha recuperado, desarrollado o mantenido su capacidad funcional, en una medida que está de acuerdo con la percepción de la persona de lo que es una vida independiente y significativa*” (Socialstyrelsen, 2013, p. 5). Más concretamente, suele consistir en intervención a corto plazo (3-12 semanas) en el hogar de la persona mayor, focalizada en entrenar la función diaria para recuperar o mantener capacidades. Se administra como complemento o, más a menudo, reemplazando atención domiciliaria tradicional. Para ayudar a recuperar habilidades para vestirse, usar escaleras, lavar y preparar comidas. También hay ejemplos de un enfoque más holístico, como centrarse en la capacidad social como física.

Lo ideal es que las intervenciones se basen en objetivos de resultados importantes para la persona mayor, no para la persona cuidadora y, así el resultado se evalúa en función de si se ha cumplido el objetivo de las personas mayores. Pero a menudo, estos objetivos reflejan igualmente el interés del municipio en reducir servicios, en especial de



limpieza. El objetivo general es aumentar la independencia y calidad de vida de las personas mayores, así como reducir los costos.

Cerca de 80% de estas personas con servicios de atención domiciliaria, por lo general permanentes, reciben intervenciones de readaptación en lugar de atención domiciliaria tradicional. Sin embargo, la efectividad real no se mide, ni nacional ni localmente, pero existe un fuerte enfoque político y práctico sobre cómo los modelos de rehabilitación en particular pueden generar resultados en el sentido de que las personas mayores se vuelven independientes de la atención, y se han realizado varias evaluaciones locales, a veces como una comparación entre municipios (ver, por ejemplo, Petersen et al, 2017), pero no como diseños aleatorios o de casos y controles (para obtener más información de resultados de la rehabilitación, véase también Rostgaard et al, 2023). Los municipios de Dinamarca informan de una tasa de éxito esperada del 60 % con respecto a la autosuficiencia posterior a la intervención. Tampoco existen sistemas de bonificación para los proveedores más eficientes.

## 7. Visitas domiciliarias preventivas

---

Otra intervención de probada eficacia en términos de desinstitucionalización es la **visita domiciliaria preventiva** a las personas mayores. Se introdujo después de que varios estudios de ensayos controlados aleatorios demostraron que este servicio era rentable por reducir riesgo de hospitalización o ingreso en una residencia geriátrica, y también demostró un efecto positivo sobre la mortalidad (por ej, Vass et al, 2007).

Desde el 1 de julio de 1996 los municipios están obligados a realizar una visita domiciliaria preventiva a personas mayores de 80 años y desde el 1 de julio de 1998 mayores de 75 años. Con mejoras en la capacidad funcional, el límite de edad se elevó recientemente a más de 80 años. Sin embargo, mayores de 65 años que tengan problemas de salud o que se consideren necesitadas se les ofrecerá dicha visita. Algunos municipios ofrecen la visita a partir de 65 años para mayores no daneses, ya que a menudo han tenido vidas laborales más extenuantes. La junta municipal también puede decidir realizar visitas excepcionales en relación con la muerte del cónyuge, enfermedad grave o alta hospitalaria. Las visitas se ofrecerán según necesidad, y al menos dos veces al año, previa aceptación de la persona mayor por parte de un asesor empleado municipal con conocimiento profundo de problemas generales sociales y de salud. Se reúnen en el hogar de la persona mayor y debe permitir que en conjunto evalúen la necesidad de ayuda y cuidado para que las personas mayores puedan hacer uso de sus propios recursos, mantener capacidades funcionales completas el mayor tiempo posible y mejorar su red social. También se podrán realizar visitas a personas viviendo en residencias de mayores si así lo decide la junta municipal.



## 8. Recursos humanos

---

La calificación de los diversos perfiles profesionales se da en la estructura educativa y el sistema de certificación. Las y los trabajadores del cuidado con educación formal suelen ser asistentes de atención social o de salud, o asistentes de atención social y salud. El programa educativo para convertirse en un Ayudante de Atención Social y Salud (*SOSU-hjælper*) consiste en una capacitación de 19 meses, centrada en asistencia práctica. Incluye un curso básico introductorio de 20 semanas. El resto es una combinación de periodos de formación práctica y estudio escolar, por ejemplo: tres periodos de estudio escolar, un total de 24 semanas, y dos periodos de formación práctica, un total de 31 semanas.

Otro programa de capacitación es la educación de Asistente de Atención Social y de Salud de 20 meses (*SOSU-asistente*), también enfocada en atención personal. Esto debe tomarse además de la capacitación de ayudantes de SOSU. La capacitación de asistente de SOSU combina períodos de capacitación práctica y estudio escolar, por ejemplo: cuatro períodos de estudio escolar aproximadamente de 32 semanas y tres períodos de capacitación práctica que duran casi 48 semanas.

Como se mencionó, el principio de autocuidado está bien integrado tanto en la política como en la práctica, aunque a veces de manera más implícita, pero apoya la desinstitucionalización al facilitar que la persona mayor permanezca independiente y capaz de vivir en su hogar por más tiempo, mientras sea posible. Para ello, el plan de estudios de asistentes como ayudantes de atención social incluye un módulo de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

El objetivo es que quienes trabajan en cuidado deberían haber tomado al menos el programa básico de calificación de un ayudante de SOSU, pero un número creciente de personal trabaja en el sector sin calificaciones formales. Hoy en día, solo tres de cada cuatro miembros del personal tienen calificaciones formales en el cuidado.

Las tareas de las y los profesionales en el sector de los cuidados de larga duración son en servicios básicos como la limpieza, así como más sofisticadas como vendaje de heridas y la manipulación de medicamentos. Como muestra la Tabla 1, con el tiempo, el personal de atención, tanto en atención domiciliaria como institucional, se dedica cada vez más a la documentación y mucho menos a lo que se puede denominar actividades sociales, como tomar una taza de café con una persona mayor. También es mucho menos probable que se dediquen a la limpieza, como consecuencia de la disminución de personas mayores que reciben atención domiciliaria para esta tarea.





Tabla 1: Tareas de cuidado, personal de cuidado en ayuda a domicilio y residencia de mayores, 2005 y 2015

|   | 2005<br>Ayuda en el<br>hogar | 2015/6<br>Ayuda en el<br>hogar | 2005<br>Cuidado<br>institucional | 2015/6<br>Cuidado<br>institucional |
|---|------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Realice las siguientes tareas laborales varias veces al día:</b> |                              |                                |                                  |                                    |
| Limpieza  | 17,7                         | 4,43***                        | 2,2                              | 0,5**                              |
| Compras   | 0,9                          | 0,8                            | 1,5                              | 0,2**                              |
| Cuidado Personal  | 54,4                         | 58,5                           | 61,3                             | 67,6**                             |
| Realiza levantamientos pesados                                      | 36,7                         | 39,3                           | 55,9                             | 62,9**                             |
| Tareas administrativas como documentación.                          | 10,2                         | 43,5***                        | 14,0                             | 55,1***                            |
| Ayuda a persona mayor a caminar - hacer un mandado                  | 0,5                          | 1,4                            | 3,4                              | 5,0                                |
| Tomar un café o similar con una persona mayor                       | 3,7                          | 0,8**                          | 16,4                             | 9,3***                             |
| Entrega medicamentos prescritos                                     | -                            | 7,2                            | -                                | 9,0                                |
| Aplicar inyecciones   | -                            | 8,9                            | -                                | 5,8                                |

Fuente: Rostgaard y Matthiessen, 2016a

**La atención social es un sector laboral que atrae especialmente a las mujeres.** En una encuesta entre trabajadores y trabajadoras del cuidado organizada en el sindicato FOA, la proporción de mujeres fue del 96% y del 98% en hogares de mayores. El envejecimiento de la sociedad es una preocupación que también afecta la demografía entre personas trabajadoras del cuidado y es una preocupación sobre todo porque muchas se jubilan antes de tiempo. Los miembros del sindicato FOA obtienen pensión de jubilación anticipada con más frecuencia que en otros sectores. Como ejemplo del aumento de la edad promedio, las personas de atención domiciliaria tenían un promedio de 49,5 años en 2015, en comparación con 44,6 años en 2005.

Debido a la escasez de personal, muchos municipios han buscado contratar directamente a trabajadores/as de atención entre población migrante. Actualmente, 6% de las y los trabajadores de los cuidados en el hogar y 10% en residencias geriátricas no son de daneses. El 13% de las personas trabajadoras de atención domiciliaria están en el sector privado con fines de lucro y el 11% de trabajadores de atención en hogares de personas mayores trabajan en un hogar privado con fines de lucro (Rostgaard y Matthiessen, 2016a). Más recientemente, muchos municipios intentan contratar trabajadores de cuidado del extranjero, ofreciendo educación básica y cursos de idiomas, así como alojamiento.

Varios informes de investigación confirman que la calidad del ambiente de trabajo se ha afectado por el cambio en las tareas de cuidado y la reducción en la intensidad y calidad del cuidado (por ejemplo, NFA 2007a, 2007b y 2007c; Rostgaard y Matthiessen, 2016; Tufte y Borg, 2007).

Independientemente, una encuesta de 2015 entre miembros del personal organizados en FOA mostró que aún consideraban que su trabajo era muy significativo (3 de 4), pero una gran parte, y cada vez mayor, estaban preocupados por el cambio organizacional y se sentían presionados por el tiempo. También experimentaron cada vez más que no podían desarrollarse en su trabajo, que el o la gerente no tenía tiempo para guiarles y que tenían poco tiempo para discutir con sus colegas. Así, 4 de cada 10 personas



trabajadoras del cuidado consideraron seriamente dejar su trabajo (Rostgaard y Matthiessen, 2016a).

Sin embargo, la introducción de la readaptación en el cuidado domiciliario muestra tendencias positivas en cuanto a las condiciones de trabajo de las y los profesionales del cuidado. Entre las y los trabajadores del cuidado que trabajan con readaptación de manera regular, los síntomas de malas condiciones de trabajo mencionados anteriormente son menos prominentes (Rostgaard y Matthiessen, 2016b).

Sin embargo, el personal que trabaja en el sector privado con fines de lucro parece tener peores condiciones laborales (Rostgaard, 2017). Informan en mayor medida que son las únicas personas con responsabilidad de organizar su horario de trabajo diario y que hay menos oportunidades para el intercambio diario e intercambio de conocimientos con colegas que los trabajadores/as en el sector público (Rostgaard, 2011).

## 9. Regulación de la calidad

---

La regulación de la calidad de la atención a largo plazo es principalmente responsabilidad de la municipalidad local. Esto a consecuencia del alto grado de descentralización. La Ley de Servicios Sociales no tiene estipulación de calidad específica que prescriba cómo deben enmarcar o incluso evaluar la calidad de la atención. Por lo tanto, no están obligados a brindar un paquete estándar especial de servicios de atención, sino que dan servicios como ayuda domiciliaria y atención en hogares para personas mayores según la necesidad y el nivel local de servicios que define el volumen y la calidad de los servicios prestados. También depende en gran medida de los municipios considerar qué es calidad adecuada de los cuidados a largo plazo. Los Comités de Bienestar Social designados en cada municipio supervisan la prestación local de servicios sociales. La cartera de servicios se controla con la aplicación de las denominadas declaraciones de calidad que especifican el nivel local de los servicios. Esto informa a las personas usuarias, a sus familias, pero también a asesores y cuidadores/as sobre el estándar local. Esta amplia libertad de autoridades implica algunas variaciones en calidad y cantidad de atención en los municipios locales.

Sin embargo, existen varias formas en que las reglamentaciones nacionales influyen en la calidad local de los cuidados de larga duración. La Ley de Servicios Sociales estipula que deben apoyar la desinstitucionalización. Un elemento de calidad también es entregar servicios personalizados e incluir a la persona mayor en la toma de decisiones. En la atención domiciliaria, la ley también estipula específicamente que la prestación de atención debe ayudar a la persona mayor a independizarse de los servicios, como es el objetivo de la readaptación.

La calidad ha sido un enfoque particular desde el lanzamiento de una reforma de calidad en 2007, donde se operacionalizó como 1. La calidad percibida por la persona usuaria del servicio, 2. La calidad profesional y 3. La calidad organizacional. En ese momento, se decidió documentar sistemáticamente la calidad percibida por las y los usuarios de la atención de larga duración, aunque no estaba bien coordinado. Esto significa que el



Ministerio del Interior, así como el Ministerio de las Personas Mayores, han realizado sus propias encuestas nacionales cada dos años, sobre una muestra representativa de personas usuarias de servicios, apoyos y cuidados de larga duración.

La encuesta del Ministerio de Asuntos Sociales se centra en personas usuarias de atención domiciliaria. Incluye 28 preguntas de las cuales 13 son obligatorias y se centran en la satisfacción de la persona con el cuidado personal, la asistencia práctica, las comidas sobre ruedas, el personal de atención, los asuntos prácticos, la libre elección y la evaluación general de la calidad. El cuestionario está disponible para los municipios locales y la Asociación de Municipios Locales les recomienda hacer encuestas locales. Hasta 2020, también recomendaron que publicaran sus resultados en línea en un portal especialmente desarrollado, [Tilfredshedsportalen.dk](http://Tilfredshedsportalen.dk), para comparar a los municipios. Sin embargo, solo una minoría lo usaba y se ha cerrado buscando una solución digital más fácil de usar para usuarios como para los municipios. La encuesta nacional realizada por el Ministerio de las Personas Mayores es de 20 a 43 preguntas centradas en satisfacción general del usuario con la calidad de la atención, estabilidad, la continuidad del personal de atención, la readaptación, la conciencia de la libre elección y la conciencia de la flexibilidad en la prestación de servicios. Se realiza entre usuarios de atención domiciliaria y aquellos en residencias de ancianos.

Los resultados de encuesta se utilizan para alimentar 23 indicadores de calidad de la atención (Ældredokumentation) disponibles en Estadísticas de Dinamarca que informan de la eficiencia y el uso de recursos. Los indicadores también se basan en informes de los municipios, incluyendo número de usuarios de atención domiciliaria y los servicios que reciben. Aunque los indicadores informan sobre la satisfacción del usuario, estos indicadores se centran principalmente en la calidad del proceso (Estadísticas de Dinamarca, 2020). Una nueva iniciativa de 2019 tiene como objetivo desarrollar de 3 a 5 indicadores generales de calidad que se centren más en resultados, incluidos indicadores sobre el número de admisiones al hospital, capacidad funcional de los usuarios, calidad de vida y satisfacción (Sundheds – og Ældreministeriet, 2019)

## Observaciones finales

---

La atención a largo plazo a personas mayores en Dinamarca es generalmente generosa, con servicios asequibles, atractivos y flexibles. Durante las últimas décadas, la atención a largo plazo se ha desarrollado y madurado, y hoy en día es un factor importante en la vida de la mayoría de las personas a lo largo de su vida. En general, Dinamarca ha mantenido un nivel relativamente alto de prestación de servicios cuando se tiene en cuenta la proporción de personas mayores que reciben servicios de atención a largo plazo. Sin embargo, la prestación de atención está disminuyendo, lo que se ilustra mejor con la disminución proporcional de personas mayores que tienen atención domiciliaria. A medida que la población envejece, el sistema danés de atención a largo plazo se ve gravemente desafiado por falta de recursos financieros, especialmente en lo que respecta a contratación y retención del personal en un modelo de atención en el que se espera que el trabajo de cuidados sea profesionalizado y formal.



Independientemente, la desinstitucionalización sigue siendo la base principal de las políticas y la práctica en el cuidado a largo plazo. Este principio ha dado forma al enfoque danés durante medio siglo y es visible en las políticas que se han implementado desde entonces. La atención domiciliar se brinda de acuerdo con el principio de autocuidado y esto solo se ha fortalecido con la introducción de la rehabilitación. La rehabilitación ha supuesto un cambio fundamental en los requisitos y obligaciones tanto de la persona usuaria como de la cuidadora. Los servicios son hoy en día sólo a corto plazo y el objetivo es hacer que la persona usuaria sea total o parcialmente independiente de la atención.

Para muchas personas cuidadoras, la introducción de la rehabilitación ha hecho que el trabajo sea más significativo: interactúan mucho más con la persona mayor, brindan atención personalizada y, en la mayoría de los casos, experimentan con la persona mayor una mejora considerable en la capacidad funcional.

La desinstitucionalización también se ha facilitado por la visita domiciliar preventiva. Ha demostrado su eficacia para identificar tempranamente las necesidades y evitar que se desarrollen al grado de que la persona mayor ya no pueda permanecer en el hogar, sino que requiera atención institucional. Al ser un principio implícito, la desinstitucionalización no se incorpora como objetivo de calidad específico, pero el desarrollo reciente de varios indicadores de calidad indica que no solo el insumo y el proceso, sino también el resultado de la prestación de servicios de cuidados de larga duración se seguirán más de cerca en el futuro, incluida la forma en que los servicios de atención pueden contribuir a mantener la capacidad funcional y evitar la hospitalización.



## Referencias

---

- Aspinal F, Glasby J, Rostgaard T, Tuntland H, Westendorp RG. (2016) New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing*. Sep;45(5):572-6.
- Boll Hansen, E., Jordal-Jørgensen, J., Kock, A. (1991), *Fra plejehjem til hjemmepleje*, Amterne og Kommunernes Forskningsinstitut, København.
- Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M. & Trydegård, G.-B. (2013). Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation, in Meagher, G. & Szebehely, M. (eds.), *Marketisation in Nordic Eldercare: a Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences* (Stockholm Studies in Social Work, No. 30). Stockholm University: Department of Social Work
- Eurostat (2020). Social protection benefits. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr\\_exp\\_fol/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr_exp_fol/default/table?lang=en)
- Hansen, E.B., Milkær, L., Swane, C.E., Iversen, C.L. og Rimdal, B. (2002): *Mange bække små... om hjælp til svækkede ældre*. København, FOKUS.
- NFA (2007a) *Sygefravær blandt plejemedarbejdere i ældreplejen. Sammenligning med andre grupper*. SOSU-rapport nr. 11- København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- NFA (2007b) *Ressourcer og kvalitet i arbejdet. En undersøgelse af personaleressourcer, psykisk arbejdsmiljø og kvalitet i plejearbejdet på ældreområdet*. SOSU-rapport nr. 10. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- NFA (2007d) *Vold og trusler i ældreplejen*. SOSU-rapport nr.16. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J., & Kjellberg, P. K. (2017). *Rehabilitering på ældreområdet - Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?* KORA.
- Rostgaard, T. (2011) *Care as you like it: The construction of a consumer approach in home care in Denmark*, in *Nordic Journal of Social Research*, Vol. 2, 2011, pp.1-16.
- Rostgaard, T. and Matthiessen, M. (2016a): *Arbejdsvilkår i ældreplejen: Mere dokumentation og mindre tid til social omsorg*. København: KORA.
- Rostgaard, T. and Matthiessen, M. (2016b) *Rehabilitering i hjemmeplejen gør arbejdet meningsfuldt*. Arbejdsnotat. København: KORA.



- Rostgaard, T. (2017) Frit valg i hjemmeplejen - Arbejdsvilkår for medarbejdere i privat og offentlig hjemmepleje. København: KORA.
- Tufte, P. & Borg, V. (2007) Fastholdelse af medarbejdere i ældreplejen Sammenhæng mellem arbejdsmiljøfaktorer, individuelle faktorer og forventning om at forblive på den nuværende arbejdsplads. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. København: NFA.
- Rostgaard T, Matthiessen M (2019) Hjælp til svage ældre. VIVE rapport. VIVE, København
- Rostgaard, T., Matthiessen, M., Amilon, A. (2020) Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet. VIVE rapport. VIVE, København.
- Rostgaard T, Tuntland H, Parsons J (eds) (2023) Reablement in long-term care for older people. Policy Press, Bristol
- Socialstyrelsen (2013) Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne, en litteraturgennemgang. København: Socialstyrelsen
- Statistics Denmark (2020.) Statistikdokumentation for Ældreområdet - indikatorer 2020, <https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=98232100020&fo=0&ext=kvaldel>
- Sundheds- og Ældreministeriet (2019) Anbefalinger til udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen, <https://sum.dk/Media/637619505676579290/Anbefalinger%20til%20udvikling%20af%20kvalitetsindikatorer%20i%20%C3%A6ldreplejen.pdf>
- Vass M., Avlund K., Hendriksen C., Philipson L., and Riis P. (2007) Preventive home visits to older people in Denmark – why, how, by whom, and when? In Gerontol Geriatr.;40:209–16.
- WHO (2018) Health and social integrated delivery of long-term care: the case of Denmark. Geneva: WHO.

