



**UDP  
MADRID**

**ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE MAYORES Y PENSIONISTAS**

Aproximación al estudio de los servicios de cuidados a las Personas Mayores en Madrid, como marco para la redacción de las propuestas de intervención.

Junio 2020

V9

# Índice

<b>1</b>	<b>COMENZANDO POR EL FINAL: RESUMEN DE PROPUESTAS</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>EXPONRIENDO LAS PROPUESTAS.</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>NUESTRO PUNTO DE PARTIDA. PRINCIPIOS.</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS MAYORES EN NUESTRO TERRITORIO.</b>	<b>9</b>
4.1	POBLACIÓN MAYOR MADRILEÑA	9
4.2	CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN MAYOR	9
4.3	NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES	10
4.4	SERVICIOS DE CUIDADOS	11
4.5	SISTEMA DE CUIDADOS	12
4.5.1	SISTEMA DE CUIDADOS MUNICIPALES	12
4.5.2	ACCESO A LOS SERVICIOS DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN SOCIAL PRIMARIA	13
4.5.3	CUIDADOS DE SALUD	14
4.5.4	CUIDADORES INFORMALES Y DE LA COMUNIDAD	16
4.6	DEPENDENCIA Y FRAGILIDAD. CUANTIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS.	17
<b>5</b>	<b>COORDINACIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>	<b>21</b>
5.1	INFORMACIÓN ESTADÍSTICA, PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN	21
5.2	COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	21

## 1 Comenzando por el final: resumen de propuestas.

- 1º Iniciar de inmediato desde todas las administraciones las acciones necesarias para proceder a una adecuada **coordinación de los servicios sociosanitarios**.
- 2º Organizar esta coordinación desde **los barrios o distritos de la ciudad**.
- 3º Incorporar a la **planificación y organización de los servicios sociosanitarios a sus profesionales** favoreciendo su trabajo en equipo.
- 4º Tener **en cuenta**, tanto como recurso como decisorias, las **redes comunitarias, vecinales y asociativas**.
- 5º Dotar a los barrios o distritos de los equipamientos **adecuados para la organización de los servicios y favorecer la permanencia de las Personas Mayores en su propio hogar o barrio**
- 6º **Ofrecer ayudas para la adaptación de la accesibilidad y confort de las viviendas** a las necesidades de las Personas Mayores
- 7º Incorporar **sistemas de tecnología sanitaria y ayuda domótica** a las casas de las Personas Mayores vulnerables o en riesgo de soledad
- 8º **Desarrollar nuevas alternativas residenciales** como son los Apartamentos de Mayores, Comunidades de Cuidados Compartidos o residencias de proximidad.
- 9º Reemplazar progresivamente las **macroresidencias** por alternativas y centros residenciales de proximidad.
- 10º Facilitar y exigir la **participación de las Personas Mayores y/o de las familias en la gestión o control de las residencias y de los servicios a ellas destinados**.
- 11º Garantizar **una oferta suficiente de cuidadores y facilitar su comunicación y formación**.
- 12º **Desterrar las contrataciones en precario** de cuidadores profesionales.
- 13º **Tener en cuenta a todas las personas cuidadoras**, profesionales, informales y voluntarias de la comunidad en el sistema asistencial, entrevistándolas y evaluándolas en su desempeño.
- 14º Ampliar de forma inmediata **las plantillas de** profesionales y administrativos.
- 15º **Reforzar las acciones preventivas de** riesgos de dependencia, vulnerabilidad y enfermedad mediante **unidades de detección temprana**, organizadas en equipos multiprofesionales que impliquen en este objetivo a la comunidad.
- 16º **Asegurar la planificación y la calidad del sistema y de todos los servicios** creando **unidades públicas independientes de evaluación y supervisión**, integradas por sus profesionales, usuarios y familiares.
- 17º Facilitar en todo momento a profesionales y población en general una **información transparente y actualizada**.
- 18º Crear y distribuir un **protocolo de medidas específicas, frente a situaciones de desastre o emergencia**, para las Personas Mayores.

## 2 Exponiendo las propuestas.

La experiencia vivida con la pandemia del COVID-19 en Madrid ha evidenciado unos problemas asistenciales crónicos en nuestra Comunidad, que han tenido dramáticas consecuencias para las Personas Mayores. En la provisión y gestión de los servicios, asistimos a una ausencia total de coordinación, incluso en ocasiones enfrentamiento, entre las administraciones públicas, locales y regionales y entre los propios servicios. La estructuración y la concepción del propio sistema de salud o de la atención residencial, se somete a criterios casi exclusivamente mercantilistas. Su evaluación y análisis está totalmente politizado y finalmente no podemos dejar de observar el más absoluto desprecio hacia sus profesionales y usuarios, sobre todo en el sistema sanitario, ignorando su opinión y excluyéndolos de su organización, planificación y evaluación, dando lugar además esto último a una escasísima o inoperante, cuando existe, planificación de los servicios.

Las pocas medidas existentes de prevención ante la pandemia solo se adoptaron desde el Sistema de Salud ignorando los recursos sociales que podían utilizarse aparte de para alertar, para proteger a la población directamente asistida desde estos servicios como fueron los receptores de asistencia domiciliaria, las personas institucionalizadas en residencias de mayores y los usuarios de centros sociales.

Durante la crisis el vecindario, la ciudadanía, sus redes de apoyo mutuo y asociaciones, han dado una lección de civismo y compromiso hacia el prójimo que no podemos ni debemos olvidar y que desde aquí nos orgullecemos y queremos resaltar.

Creemos que es el momento oportuno para resolver los problemas asistenciales que nos afectan abordándolos de raíz, con compromiso y transparencia, para lo que es necesaria la implicación de toda la ciudadanía, profesionales, usuarios, administraciones y asociaciones superando las barreras competenciales existentes en nuestra región. Proponemos por ello:

- 1º Poner de forma inmediata en marcha los mecanismos que permitan una adecuada **coordinación sociosanitaria**. Es la mejor forma de avanzar en una atención más eficaz, al centrar la atención en la persona y a la par de optimizar los recursos públicos destinados a la atención de las Personas Mayores y a la población en general.
- 2º Dicha coordinación, si no integración, debe **iniciarse en los barrios o distritos de la ciudad**, poniendo en común el trabajo de los Centros de Servicios de Sociales con el de los Centros de Atención Primaria.
- 3º Otorgar el **protagonismo en la planificación y organización de los servicios sociosanitarios a sus profesionales**. Proponemos que la organización y coordinación se asiente sobre el trabajo de los profesionales de la salud y de los servicios sociales, en coordinación con

profesionales de urbanismo (accesibilidad), medio ambiente, educación, transporte, seguridad ciudadana, etc....

- 4º Se debe igualmente **tener en cuenta e incorporar**, tanto como recurso como decisoras, las **redes comunitarias y vecinales** de los barrios facilitando y promoviendo una participación más directa en la planificación y el apoyo a los cuidados a largo plazo, sobre todo mediante la promoción del voluntariado local, motivando e incentivando la participación de las personas de más edad de la comunidad. Las asociaciones de Personas Mayores constituyen un mecanismo idóneo para lograr este objetivo (OMS, 2015).
- 5º Se ha de localizar y de dotar a los barrios o distritos de los equipamientos **adecuados para la organización de los servicios y favorecer la permanencia de las Personas Mayores en su propio hogar o barrio**, tratando de que vivan en su propio domicilio de forma independiente y cómoda y que, en caso de necesitar la institucionalización para la prestación de los cuidados, ésta se haga en el propio distrito de forma que puedan mantener los lazos con su comunidad y sus redes sociales, sin importar la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca.
- 6º El mantenimiento en el hogar o en el barrio requiere tanto la **adaptación de la accesibilidad y confort de las viviendas** a las necesidades de las Personas Mayores, como de la incorporación a las mismas de **(7º) sistemas de tecnología sanitaria y ayuda domótica** y también del **(8º) desarrollo de alternativas residenciales**, que favorezcan la integración y participación social, como pueden ser Apartamentos de Mayores o Comunidades de Cuidados Compartidos o residencias de proximidad.
- 9º Desde aquí queremos pedir apoyo para **la progresiva clausura de las macroresidencias y su sustitución por las alternativas residenciales de proximidad**, acercando igualmente lo más posible a los distritos de origen las residencias especializadas.
- 10º **Hacer de la Personas Mayores protagonistas de sus vidas fomentando sus capacidades para elegir y autogestionarse**. Pasar de un modelo asistencial basado en la custodia a una intervención sociosanitaria y comunitaria centrada en las personas, promoviendo una atención integral mediante la gestión de casos y una mayor colaboración entre las partes implicadas (OMS, 2015). En este sentido debe establecerse como requisito para la organización de los servicios y fundamentalmente de los residenciales, la **participación de las Personas Mayores y/o de las familias en la gestión o control de las residencias y de los servicios a ellas destinados**, de igual forma que se participa en los consejos escolares<sup>1</sup>. El funcionamiento de los comités de ética y consejos

---

<sup>1</sup> **OMS. 2015.** *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra : Ediciones de la OMS, 2015. pág. 152.

de residentes debería ser requisito inexcusable para la apertura de una residencia<sup>2</sup>.

- 11º Ha de **garantizarse una oferta y presencia suficiente de cuidadores**, ya sean remunerados (familia, vecindario...,) o no remunerados y asegurar que reciban formación, asistencia y apoyo. (12º) Desterrar las contrataciones en precario de cuidadores profesionales sin derecho laboral alguno, aflorando sus servicios y facilitándoles la capacitación y el apoyo adecuados y un tratamiento justo en su lugar de trabajo. Es importante facilitar exenciones o ayudas a la contratación, siempre que esta se haga de forma transparente y con todas las garantías legales. Asimismo, (13º) todas las personas cuidadoras, profesionales, informales y voluntarias de la comunidad deberán ser incluidas formalmente en el sistema, entrevistadas y evaluadas en su desempeño.
- 14º Es imprescindible **ampliar las plantillas**, identificar claramente las necesidades de personal técnico, administrativo y profesional, para el desarrollo de este nuevo sistema, apoyar y cuidar a los y las profesionales, dignificando su labor, supervisando el desarrollo de sus competencias de atención integral y relacional, fomentando e invirtiendo en el cuidado de los equipos y en la mejora de las organizaciones.<sup>3</sup>.
- 15º **Reforzar las acciones preventivas e integradoras anticipándose** a las causas que generan las situaciones de vulnerabilidad. Prevenir el riesgo desde **unidades de detección temprana** organizadas en equipos multiprofesionales, que impliquen en este objetivo a la comunidad. Actuar con anticipación, es la única forma para implementar trayectorias de envejecimiento saludable, en el que las personas mantengamos alta nuestra capacidad intrínseca y capacidad funcional hasta el final de la vida.
- 16º **Asegurar la calidad de todos los servicios** creando igualmente **unidades públicas independientes de control y supervisión de la calidad** integradas por sus profesionales, usuarios y familiares.
- 17º Facilitar a profesionales y población en general una **información transparente y actualizada** sobre la situación de los servicios y propuestas de cambio y organización.
- 18º Crear y distribuir un **protocolo de medidas específicas frente a situaciones de desastre o emergencia**, que pueden mejorar el acceso de las Personas Mayores a los diversos servicios básicos, identificando los recursos y medios para prepararnos y responder ante las mismas. (OMS, 2015 pág. 187).

---

<sup>2</sup> Decreto 14/2016, de 9 de febrero. BOCM de 11 de febrero de 2016.

<sup>3</sup> Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país. Fundación Pílares

### **3 Nuestro punto de partida. Principios.**

La epidemia del COVID-19 ha revelado claramente la injusticia e inadecuación del modelo asistencial vigente en la Comunidad de Madrid. Injusto, por fundarse en una consideración de las Personas Mayores como un grupo marginal y dependiente, susceptible de ser tratado de modo segregado. Inadecuado, por sustentarse en un concepto mercantilista de los servicios públicos, lo que ha llevado a la privatización de una parte importante de los mismos, sustituyendo el interés y derecho de las Personas Mayores por el beneficio de las empresas adjudicatarias. Los efectos, como se ha puesto de manifiesto, han sido devastadores.

La epidemia del COVID-19 ha puesto, igualmente, de manifiesto la centralidad de la salud y los cuidados a personas para la supervivencia como sociedad, constituida por una red de interdependencias. Todos, jóvenes y mayores, aportamos y recibimos recursos, ayuda y cuidados.

El afrontamiento de la pandemia ha evidenciado, igualmente, la descoordinación sanitaria en la Comunidad de Madrid, especialmente en las residencias de Mayores, llegando a una situación inhumana, dado que hay serias sospechas de la existencia de instrucciones de no ingresar a personas de las residencias en hospitales.

La pandemia ha puesto, igualmente, de manifiesto nuestra responsabilidad personal a la hora de protegernos de la enfermedad, así como la necesidad de mantener unos hábitos de vida saludables, activos y participativos. Sin embargo, también nos ha mostrado muy claramente que no todas las personas disponemos de la misma información, condiciones y medios para poder desarrollarlos.

Finalmente, ha revelado una realidad que, pese a su cotidianeidad, se ha mantenido oculta a cualquier estadística o registro oficial y que está siendo clave para el apoyo y la prestación de cuidados a la población madrileña que lo necesita, y es el papel jugado por los cuidadores informales de la familia, las amistades y el vecindario así como el peso de los cuidadores profesionales no reconocidos, sin contrato ni alta laboral alguna ni, en la mayoría de los casos, formación o preparación adecuada.

Cualquiera que sea nuestra edad, nivel de capacidad física o mental, o capacidad económica, todas las personas tenemos derecho a una vida digna y plena y, en consecuencia, a una asistencia sanitaria integral. Para quienes sufren una pérdida importante de sus capacidades, este derecho solo resulta posible gracias al cuidado, el apoyo y la asistencia de otros. Por ello, las Personas Mayores no reclamamos derechos diferentes a los reconocidos para el resto de la población, tan solo medidas para que las personas que han tenido tal pérdida o corren

riesgo de tenerla, puedan mantener un nivel de vida conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (OMS, 2015)<sup>4</sup>.

Por ello desde UDP Madrid entendemos que las medidas a adoptar para afrontar la emergencia social originada por el COVID-19 nos comprometen a todos, ciudadanía y administraciones. Deberán tener como centro la persona, asegurando nuestra dignidad, actuando sobre aquellas condiciones del entorno que favorecen nuestro bienestar, protagonismo y desarrollo individual, a saber, el medio ambiente, el hogar, la comunidad y la sociedad en general, abriendo cauces a nuestra iniciativa a la par que actuamos sobre aquellas de nuestras características que lo pueden obstaculizar, sean culturales, económicas o de salud.

---

<sup>4</sup> Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS 2015.



## 4 Aproximación al diagnóstico de las Personas Mayores en nuestro territorio.

### 4.1 Población mayor madrileña.

En Madrid residen 661.645 Personas Mayores de 65 años, lo que representa el 20,3%, de su población total, conformando 473.395 hogares, el 36,7% del conjunto de hogares de la ciudad. Del total, 162.764 mayores viven solos. La población mayor se distribuye muy irregularmente, así algunos distritos como Retiro o Moratalaz superan el 25%, otros como Villa de Vallecas o Vicálvaro no llegan al 15%. El número de mayores seguirá creciendo en los próximos años en la capital, aunque su peso se mantendrá debido al incremento poblacional previsto.

A la capital acceden también más de medio millón de Personas Mayores que residen en los restantes municipios de la región, donde su peso es del 17,9%, por otra parte, numerosas Personas Mayores abandonan la capital al ser trasladadas a residencias localizadas en otros municipios o verse obligadas a desplazarse a otros lugares para contar con la protección de sus familiares. La paralización de los movimientos durante el confinamiento y el miedo generado por la pandemia dificultaron enormemente estos desplazamientos, alejando a los mayores de sus habituales circuitos relacionales, conduciéndoles a un mayor aislamiento y soledad.

### 4.2 Características socioeconómicas de la población mayor.

La población mayor madrileña es una población crecientemente feminizada con la edad. Si a los 65 años por cada hombre hay 1,3 mujeres, a las edades más elevadas esta proporción asciende a casi 5.

En Madrid asistimos a una desigualdad de rentas muy acusadas entre las Personas Mayores. Este colectivo recoge las más elevadas de España, pero a la par se observan bolsas de pobreza entre algunos de sus hogares, dada la baja cuantía de la pensión o por ser la misma el sustento principal de la familia. Se considera que más del 30% de los mayores prestan algún tipo de ayuda económica normalmente a la familia<sup>5</sup>.

La pensión media de jubilación en la capital es de 1.272,60 €. Pero una cuarta parte de las pensiones son de viudedad, cuyo importe es de media un 60% de la de jubilación y en torno a un 3% de los mayores solo reciben una pensión no contributiva. En toda la Comunidad 25.367 Personas Mayores de 65 años ingresaban en el año 2018 de esta forma tan solo 430 € al mes.

Cerca del 90% de las Personas Mayores residentes en la ciudad de Madrid residen en una vivienda de su propiedad, vivienda que se encuentra habitualmente entre las de mayor antigüedad. Según el último censo de

---

<sup>5</sup> Fuente: CIS: barómetro 3207, marzo 2018. Población de 18+, n= 2.466.

viviendas<sup>6</sup> entre aquellas en las que residían Mayores, el 0,1% de estas no disponía de agua corriente, otro 0,1% no tenía evacuación de aguas residuales, el 0,8% carecía de tendido telefónico y el 1,5% no tenían servicio o aseo dentro de la vivienda. Estamos hablando de entre 1.000 y 10.000 hogares.

En un mayor porcentaje encontramos viviendas que carecían de servicios considerados básicos para el bienestar y salud de las Personas Mayores, más de dos de cada diez no tenían calefacción (22,9%) y el 83,4% carecían de refrigeración o aire acondicionado, casi uno de cada diez mayores habitaba en un edificio en mal estado (9,0%), prácticamente la mitad de los edificios carecían de ascensor (46,0%), ocho de cada diez tenían problemas de accesibilidad (81,8%), el 5,0% carecía de portería, ni personal ni automática, casi nueve de cada diez carecen de garaje (87,5%), el 14,0% de instalación de gas.

El riesgo de pobreza en España es 26,6%, en la Comunidad de Madrid<sup>7</sup> el 20,6% y el 26% en la capital. Riesgo hasta ahora menor entre las Personas Mayores de 65 años. Para este grupo en el conjunto de España el riesgo es del 16,3% para los hombres y del 18,7% para las mujeres. Porcentajes que nos están hablando de personas que en el año 2018 ingresaban menos de 8.871€<sup>8</sup>. Un año antes, en la capital un 14,8% de las personas con más de 65 años tenían una renta inferior a los 10.000 €, el 5,8% inferior a los 7.500 y el 2% menos de 5.000 €. Hablamos de casi 100.000, 40.000 o 14.000 Personas Mayores<sup>9</sup>.

No nos debe extrañar entonces que el 33,7% de las personas con más de 65 años se declaran incapaces de hacer frente a cualquier tipo de gasto extra e incluso que un 0,3%, por algún tipo de razón, entre otras la económica, dice no poder acceder a los servicios sanitarios.

La generalización del ingreso mínimo vital (IMV) puede aminorar la pobreza de los hogares multigeneracionales donde la pensiones de las Personas Mayores son la única fuente de ingresos. Pero a la par tendrá el efecto de incrementar la pobreza relativa de nuestro colectivo y al disminuir la relevancia económica de las Personas Mayores, menguar con ello sus relaciones familiares.

#### 4.3 Necesidades de las Personas Mayores

Las Personas Mayores tenemos unas necesidades similares al resto de la población, fisiológicas, sociales, afectivas, de seguridad, realización, etc... que tratamos de satisfacer directamente. Es la merma de la capacidad de satisfacer por uno mismo estas necesidades lo único que puede en un momento diferenciarnos. Si bien suele asociarse con el envejecimiento, cada vez es más

---

<sup>6</sup> Censos de Población y Viviendas 2011. Resultados municipales. INE.

<sup>7</sup> Riesgo de Pobreza y/o Exclusión Social Estrategia Europea 2020 (indicador AROPE). INE.

<sup>8</sup> La población en riesgo de pobreza es aquella que tiene unos ingresos inferiores al umbral de pobreza. El umbral de pobreza es el 60% de la mediana de los ingresos de las personas.

<sup>9</sup> Atlas de distribución de renta de los hogares. INE.

patente su relación con la trayectoria vital de las personas y su posibilidad o capacidad para desarrollar hábitos de vida saludables. Algo que a su vez está relacionado con factores económicos, culturales, sociales o de salud.

Esa pérdida de capacidad se identifica en la legislación española como una situación de dependencia: estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía (Ley-39, 2006)<sup>10</sup>.

Pero si bien la progresión de la edad puede acompañarse de un deterioro de la salud, no debería tenerse aquella como el único o principal factor desencadenante de la dependencia, estigmatizando de esta forma al mayor; es sabido que su riesgo puede preverse y su efecto pueda aminorarse con una oportuna estrategia y cuidados. Es el entorno el que sobre todo hace de la vejez un período de vulnerabilidad y desconexión, sírvanos como ejemplo las barreras a la accesibilidad en nuestras calles, edificios o viviendas.

Estas consideraciones nos llevan a comprender nuestras necesidades de una forma integral y particular como algo en continuo cambio, es decir considerando por una parte todos los múltiples factores que afectan su satisfacción y por otra la historia personal de cada cual en cada uno de los momentos de nuestra vida. Por ello, al planificar la atención pensando en las Personas Mayores hemos de considerar por igual las necesidades de salud, económicas, sociales y culturales, así como el entorno donde se desenvuelve su satisfacción.

La pandemia del COVID-19 contextualiza de forma diferente nuestras necesidades. Afectándonos sobre todo a aquello que más daño nos hace, la dificultad de relacionarnos y la soledad.

#### 4.4 Servicios de cuidados.

Los servicios específicos de atención a la dependencia son aquellos que favorecen o mantienen la autonomía funcional deteriorada, es decir la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (Ley-39, 2006). Es importante señalar que estos servicios consisten en un conjunto de cuidados llevados a cabo por otros, para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla sean ayudados a mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.

---

<sup>10</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

En otras palabras, los cuidados para la atención a la dependencia deben ser simplemente un medio para que las personas que padecen una pérdida importante de la capacidad puedan disfrutar de un Envejecimiento Saludable de todas formas (OMS, 2015). Estos servicios no necesariamente han de seguir la trayectoria del envejecimiento, sino más bien una trayectoria de capacidad. Los servicios a la dependencia tratan de responder a un deterioro de la capacidad que debe tratar, salvo en fases paliativas, de invertir, detener o moderar. Y esto puede alcanzarse actuando tanto sobre las causas fisiológicas de la misma, una enfermedad, como sobre las circunstancias personales, las condiciones del entorno o los hábitos de vida. Su cronicidad nos conduce a un tipo de cuidados y de intervención que trata no ya de revertir sino de compensar la pérdida de capacidad y evitar el sufrimiento a la vez que apoyar a las familias. Tienen un carácter paliativo, pero no se limitan al ámbito sanitario, sino que integran otros tipos de servicios y actuaciones sobre el entorno.

Pero hay un momento previo al deterioro en el que este puede evitarse o retardarse y con ello la necesidad de cuidados, actuando sobre el entorno de la persona y favoreciendo estilos de vida saludables. Prevenir y detener la enfermedad en este momento es igualmente relevante, lo que requiere su rápida detección y la protección frente a su riesgo. Exactamente las mismas recomendaciones que se nos hacen frente a la enfermedad del COVID-19, actuar antes de que aparezca evitando la exposición a este virus.

#### 4.5 Sistema de cuidados.

Para un buen análisis y planificación del sistema de cuidados a personas dependientes o en riesgo de dependencia es importante considerar no únicamente los servicios de cuidados institucionales, sino también procedentes de familiares, amigos y voluntarios que prestan asistencia y apoyo, los equipos de cuidadores remunerados y no remunerados, la coordinación de la atención, los servicios basados en la comunidad así como los servicios que sirven de apoyo a los cuidadores y garantizan la calidad de la atención que ofrecen (por ejemplo, los servicios de cuidados temporales y las iniciativas para proporcionar información, educación, acreditación y capacitación). Este sistema se superpone considerablemente con el sistema de salud y los prestadores de servicios de salud (OMS, 2015).

Estos cuidados se prestan en ámbitos que abarcan desde el domicilio de la persona hasta centros comunitarios, centros de vida asistida, hogares de Personas Mayores, hospitales y otras instituciones de salud. El alcance y la intensidad de la atención y el apoyo suministrados pueden diferir en cualquiera de estos ámbitos.

##### 4.5.1 Sistema de cuidados municipales.

El catálogo de servicios institucionales ofertados desde las administraciones madrileñas las Personas Mayores reserva para la Comunidad Autónoma la gestión de la asistencia residencial, responsabilizándose el Ayuntamiento de

Madrid de la de Atención Social Primaria que se inicia en los Centros de Servicios Sociales desde los que se facilita:

- Información y orientación sobre Servicios Sociales y otros sistemas de protección social.
- Asesoramiento Social.
- Apoyo social y seguimiento.
- Atención de situaciones de desprotección social.
- Gestión de servicios y ayudas sociales municipales
- Servicios y prestaciones de la Comunidad de Madrid (residencias de mayores, discapacitados, etc. ...)
- Gestión de la dependencia
  - Tramita las solicitudes de declaración de Dependencia y los Programas Individuales de Atención (PIAs), que ha de resolver la Comunidad de Madrid.
  - Da apoyo en atención primaria hasta que el solicitante es evaluado para ser incluido en un PIA.
- Trabajo Social comunitario.

Recursos sociales de atención a Personas Mayores gestionados directamente por el Ayuntamiento consisten en<sup>11</sup>:

- Servicio de Ayuda a Domicilio (modalidad auxiliar de hogar)
- Servicio de comidas a domicilio
- Teleasistencias domiciliarias municipales y subvencionadas
- Centros de Día Municipales y concertados
- Centros Municipales de Mayores
- Apartamentos de mayores
- Centros Residenciales Municipales
- Servicio de lavandería
- Cuidar a quienes cuidan
- Productos de apoyo municipales (camas articuladas, grúas geriátricas y colchones antiescaras)

Estimamos importante que este catálogo recogiese servicios o recursos puente para la coordinación con los servicios sanitarios, así como, soluciones tecnológicas o de robótica para la detección de las necesidades de las Personas Mayores y la provisión de servicios.

#### 4.5.2 Acceso a los servicios de cuidados en la atención social primaria.

Hay en Madrid 21 Centros de Servicios Sociales, uno por distrito, a través de los cuales el Ayuntamiento de Madrid presta la Atención Social a la población informando, orientando y gestionado las ayudas sociales. Su gestión, si bien

---

<sup>11</sup> Área de información estadística ayuntamiento de Madrid

depende en última instancia del Área de Gobierno de Familias, Igualdad y Bienestar Social, se ejerce sobre todo desde la Junta Municipal de cada distrito siendo el responsable último su Concejal-Presidente.

Durante la pandemia esta Atención Social en los Distritos quedó restringida a la atención de situaciones de urgencia social, siendo su medio de contacto telefónico y/o telemático, quedando restringido a los casos estrictamente necesarios la atención presencial.

La infraestructura de los Servicios Sociales, pese a ser el servicio más próximo a la ciudadanía, sin embargo, solo tuvo capacidad de atender las necesidades urgentes. Identificación de casos, seguimiento, rastreo y organización de medidas de aislamiento, es algo para lo que esta estructura está preparada, obviamente con aumento de plantilla, pero ignoramos si llegó a plantearse esta posibilidad, que tan necesaria hubiera sido en la desescalada y sigue siendo, para detectar cualquier foco y evitar su expansión.

Situación que observamos por la información que hasta ahora poseemos, en el resto de los municipios de nuestra región.

La Comunidad de Madrid recomienda expresamente acudir a los Servicios Sociales Municipales, para la atención de las necesidades sociales derivadas de la pandemia por Covid-19. No obstante es de destacar que esta recomendación aparece en segundo lugar, siendo la principal “buscar ayuda entre los vecinos o familiares informando a la vez de la intención de desarrollar labores sociales en bloques de viviendas y urbanizaciones”<sup>12</sup>.

Con estas recomendaciones la propia Comunidad deja clara la importancia de las redes sociales, de los Servicios Sociales y de las intervenciones en proximidad para la atención a la pandemia, reconocimiento que deberá ser punto de partida para la reorganización de todo el sistema de cuidados de nuestro territorio.

#### **4.5.3 Cuidados de salud.**

En la Comunidad de Madrid hay 265 Centros de Salud de los que 130 se localizan en la capital. Aparte existen 162 consultorios, dos localizados también en la capital. En su conjunto pues tenemos 427 Centros de Atención Primaria, primer ámbito de atención asistencial y la puerta de entrada al sistema sanitario público. A esta red se unen los hospitales y centros de especialidades y ambulatorios a ellos vinculados, los centros de salud mental e institutos de rehabilitación o específicos.

Durante la pandemia 68 centros de atención primaria o consultorios cerraron o redujeron turnos, así como se mantuvieron inactivos los servicios de urgencias de Atención Primaria que abren por las noches y los fines de semana. Cierres

---

<sup>12</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/atencion-necesidades-sociales-derivadas-pandemia-covid-19>



que finalizado el estado de alerta se mantuvieron en trece consultorios locales de Atención Primaria y otros cinco que solo abren sus puertas en horario de mañana, al igual que en tres centros de salud. En paralelo se habilitaron 1500 camas extra en el hospital de IFEMA.

La duda sobre la conveniencia del cierre de los servicios de atención primaria y su desplazamiento hacia la hospitalaria, ha rondado durante toda la alerta siguiendo presente una vez concluida esta.

Las últimas cifras del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) recogidas en el Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud, correspondientes al año 2018, muestran un incremento, 1,1%, pequeño pero continuado desde 2016 de ingresos hospitalarios y de urgencias hospitalarias hasta el año 2018. En paralelo encontramos también un incremento del indicador de hospitalizaciones potencialmente evitables, es decir aquellas que se refieren a determinados problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad crónica. Pasan en 2017 del 11,64% al 11,97% en 2018.

Igualmente podemos observar como el índice de satisfacción global con la atención recibida en los hospitales del Servicios Madrileño de Salud se ha recibido en este mismo período. Tan solo cuatro hospitales de los 33 evaluados ven incrementada la satisfacción con sus servicios, H.U. Infanta Elena, H.G.U. Gregorio Marañón, H.U. Puerta de Hierro Majadahonda y el H. Central de la Cruz Roja<sup>13</sup>.

En este período el número de consultas atendidas en 2018 (de enero a diciembre) en los Consultorios y Centros de Salud por todos los médicos de familia, pediatras y profesionales de enfermería respecto al anterior desciende 1,9% en médico de familia, 4,1% en pediatría y 0,6% en enfermería, pese a que la población asignada se incrementa en un 1,4%. La reducción en el número de consultas lo es en un porcentaje ligeramente superior al incremento observado en la atención hospitalaria. A su vez la encuesta de satisfacción a usuarios de los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud también desciende en ese período en todos sus indicadores<sup>14</sup>.

La reducción de la atención primaria y el incremento de la hospitalaria se ha disparado durante la pandemia, justificándose como algo necesario para hacerle frente, pero el shock sufrido no debe ocultarnos que este hecho viene produciéndose en los últimos años.

---

<sup>13</sup> <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx>

<sup>14</sup> <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaLista.aspx>

Al igual que la sustitución de la atención presencial por la telefónica. Durante la pandemia de COVID-19, la consulta telefónica ha reemplazado casi en su totalidad en la Atención Primaria. Ha permitido una mejor detección y el seguimiento de pacientes COVID leves y moderados y el seguimiento de las altas hospitalarias. A la vez que ha protegido a los profesionales. Pero el uso de la atención telefónica en primaria y la aplicación de la telemedicina en los hospitales y pacientes institucionalizados, ya se venía impulsando. En declaraciones del actual consejero de sanidad “el gran hospital de la Comunidad de Madrid va a estar en los domicilios de los madrileños”<sup>15</sup>.

En principio no habría nada que objetar contra este propósito, de conocerse y poner remedio a las consecuencias o riesgos que puedan derivarse en los cuidados a las Personas Mayores. Los resultados de las experiencias previas a la pandemia deberán estar a disposición de profesionales y usuarios para su evaluación y la introducción de medidas correctoras. ¿Podemos imaginar cómo puede afectar estos procedimientos de cuidados a la soledad de las personas? Hay riesgos, por ejemplo, el de que la atención telefónica o domiciliaria se centralice, es decir se anonimice. Es imprescindible asegurar que todas las personas tengan un “profesional de referencia” para cualquier tipo de consulta. Como es imprescindible la coordinación de esta nueva modalidad de atención primaria y posthospitalaria con los servicios sociales de cada zona. En cualquier caso, no debería utilizarse la pandemia para impulsar reformas opacas a los profesionales, a la ciudadanía y a otras administraciones o servicios.

#### **4.5.4 Cuidadores informales y de la comunidad.**

La familia, el vecindario, las amistades no suelen contabilizarse al evaluar los cuidados a largo plazo prestados a las Personas Mayores. Pero su importancia es determinante visibilizándose claramente su papel de apoyo y cuidado ante la reciente epidemia del COVID-19.

Vecinos identificando mayores solos sin posibilidades de cubrir sus necesidades básicas debido al confinamiento y sus propias dificultades de movilidad. Makers particulares fabricando EPIS para los profesionales sanitarios. Redes telefónicas contra el aislamiento. Donaciones de comidas y alimentos a mayores y personas sin recursos, debido a la paralización de toda actividad laboral. Las cifras de comidas, encargos, compras, realizadas durante el confinamiento superan todos los registros asistenciales de la ciudad.

Pero el confinamiento hizo aflorar igualmente otra realidad de los cuidados a la dependencia. Cientos de cuidadores remunerados en el domicilio, casi en su totalidad mujeres inmigrantes, con escasa educación formal, que reciben una remuneración relativamente baja para prestar asistencia y que, ante la imposibilidad de trabajar por la obligación del confinamiento, terminaron en las

---

<sup>15</sup> [https://www.abc.es/espana/madrid/abci-enrique-ruiz-escudero-gran-hospital-madrid-estar-domicilios-madrilenos-202001280038\\_noticia.html](https://www.abc.es/espana/madrid/abci-enrique-ruiz-escudero-gran-hospital-madrid-estar-domicilios-madrilenos-202001280038_noticia.html)



colas de las redes de apoyo ciudadanas, procurándose los alimentos que no podían adquirir.

Los familiares, especialmente hijas, nueras o esposas, que asumen funciones de cuidado no remunerado ven peligrar en numerosas ocasiones su propio desarrollo profesional y laboral a la par que ven reducidos sus derechos posteriores de jubilación.

Solo una pequeña parte de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia, se contabilizan por su inclusión en la Seguridad Social al regular la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Pero la gran mayoría es un ejército oculto, que elimina los obstáculos que impiden la satisfacción de nuestras necesidades vitales, compensando nuestra pérdida de capacidad y preservando nuestra dignidad en las últimas etapas de la vida.

#### 4.6 Dependencia y fragilidad. Cuantificación de los cuidados.

A la hora de cuantificar las necesidades de cuidados de la población madrileña hemos de acercarnos a los datos disponibles sobre los servicios prestados o demandados y a fuentes indirectas para evaluar el peso real de la ayuda informal.

Aproximadamente el 3,5% de la población residente en la Comunidad de Madrid tenía solicitada en diciembre de 2019 una prestación al amparo de la ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El 3,4% la tiene reconocida<sup>16</sup>. Hablamos de más de 100.000 Personas Mayores en la capital<sup>17</sup>. Según los datos oficiales del Sistema de Atención a la Dependencia, en el año 2018 una de cada cinco personas dependientes en España no recibía aún la prestación que le corresponde lo que aumenta claramente el riesgo de problemas sanitarios, económicos y anímicos tanto de las personas dependientes como de las cuidadoras. En 2018, en el conjunto de España, 30.409 personas reconocidas como dependientes fallecieron sin haber recibido prestación o ayuda, 80 personas al día.

Pese a esta realidad entre los años 2012 y 2017 el descenso acumulado del gasto público en personas en situación de dependencia en España por parte del Estado ha sido de 4.600 millones de € según un informe del Observatorio de la Dependencia. Igualmente, las CCAA han disminuido su gasto en 2.700 millones dentro de sus partidas presupuestarias.<sup>18</sup> Los retrasos y las cuantías de las

---

<sup>16</sup> Información estadística del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2019.

<sup>17</sup> 91.078 en el municipio de Madrid en el año 2018 según la base de Datos del Reconocimiento del Grado de Discapacidad. Consejería Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. Representan el 62% del total de la Comunidad.

<sup>18</sup> <https://www.isesinstituto.com/noticia/personas-dependientes-en-espana-cifras-y-datos>

prestaciones, están obligando a las personas con alguna dependencia y a sus familias a destinar importantes recursos a sus cuidados. A la vez que el coste del sistema se incrementa al recaer la atención profesional casi exclusivamente en el servicio sanitario. Aparte de las 100.000 personas atendidas ha de añadirse entre un 10 y un 20% de casos en espera.

En la Comunidad de Madrid hay 493 residencias de Personas Mayores, que acogen aproximadamente a 50.000 personas, 18.000 en la capital en aproximadamente 160 residencias. Solo hay 3 municipales que acogen a 206 personas y 2 conjuntos de apartamentos municipales para mayores, donde se alojan otras 104. Únicamente el 30 % de las plazas residenciales en la comunidad son públicas.

La OMS recomienda 5 camas por cada 100 personas con más de 65 años. El promedio español se encuentra en 4,3 camas. En la Comunidad de Madrid este promedio es del 4,5 y en la ciudad en 3,1.

Casi la mitad, 45,4%, de las residencias localizadas en la autonomía madrileña tienen más de 100 plazas.

En toda la comunidad solo hay 3 residencias especializadas en Alzheimer, una en Getafe y dos en la capital, acogiendo en total a 273 personas.

Vemos como la ciudad de Madrid expulsa a los mayores alojados en residencias, conduciéndolos sobre todo a residencias masificadas y no especializadas, en las que aparte de las personas contabilizadas dentro de las ayudas a la dependencia, se encuentran parte de las que se encuentran en espera y otras ajenas al sistema por diversas razones.

A través de los Servicios Sociales municipales 80.375 personas reciben el Servicio de Ayuda a Domicilio, 3.643 el servicio de comidas a domicilio, 145.954 teleasistencias domiciliarias municipales y subvencionadas, 341 ayuda en lavandería y 7.489 personas son atendidas en un Centro de Día, Municipal o concertado.

Aun considerando que varios de estos servicios confluyen en una misma persona, si contrastamos estas cifras con las personas que tienen reconocida una prestación por dependencia y con el número de madrileñas y madrileños alojados fuera de la capital, las cifras de personas que reciben y por lo tanto necesitan una ayuda superan claramente los 200.000 casos.

La estimación de la ayuda no profesional es mucho más complicada. Sabemos por una parte que un total de 329.900 ocupados, (1,5%) casi todas mujeres, trabajaron a tiempo parcial con objeto de disponer de más tiempo para cuidar a personas dependientes<sup>19</sup> (el 14% de quienes eligieron esta modalidad de trabajo).

---

<sup>19</sup> Fuente: Encuesta Europea de Fuerza del Trabajo (LFS). Eurostat. Instituto Nacional de Estadística. 2019.

Bajo la cobertura de la ley de autonomía en la Comunidad de Madrid, ya hay registrados 3.651 cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia.

De los estudios realizados sobre dependencia sabemos que en la Comunidad de Madrid en 2008 un total de 195.000 personas estaban siendo cuidadas por un cuidador no profesional, familia o vecino o amigo. Unas 35.000 eran cuidadas por alguien con más de 65 años y 52.300 por alguien de entre 45 a 64 en su gran mayoría mujeres<sup>20</sup>. Un fenómeno reciente es la alteración del peso de los cuidadores de más edad entre hombre y mujeres. El 13,6% de los hombres mayores cuidan de personas dependientes; también lo hace el 14,0% de las mujeres, mientras que entre los cuidadores de otras edades el porcentaje de mujeres duplica al de hombres.

¿Necesitarían 200.000, 300.000 personas en Madrid acceder a un servicio de cuidados a largo plazo? Difícil de estimar, pero además, la mayoría de las estimaciones del número de Personas Mayores que necesitan cuidados a largo plazo, no representan adecuadamente la realidad, porque estamos suponiendo que la necesidad solo surge cuando la pérdida de capacidad ha llegado a un punto en que la persona tiene dificultades para realizar las tareas básicas, como comer, bañarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, o usar el baño, no incluyendo a las Personas Mayores que tienen una pérdida menor, pero que también pueden necesitar cuidados y apoyo (OMS, 2015). Pero sobre todo no contemplan a la población sobre la que influir para desarrollar una trayectoria de Envejecimiento Saludable o de actuar en momentos de salud específicos, como es ante las situaciones de fragilidad para aminorar en esta fase los riesgos de dependencia.

La actual epidemia del COVID-19 nos muestra claramente la importancia de las medidas preventivas.

En la estadística municipal de Madrid, registran la asistencia de 343.009 Personas Mayores a los Centros Municipales de Mayores, cifra que estimamos un poco exagerada dado que el estudio de satisfacción de Personas socias de Centros Municipales de Mayores realizado en 2019 nos habla de una base de 15.000 asociados con teléfono<sup>21</sup>. En fin, este servicio estaría en gran parte incluido entre aquellos destinados a prevenir los riesgos de dependencia facilitando recursos que potencian la actividad y participación de las Personas Mayores.

Pero en este sentido existe un servicio fundamental que escapa al control total de los Servicios Sociales, son los Servicios Sanitarios. Las personas

---

<sup>20</sup> Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. INE.

<sup>21</sup> Control de calidad de servicios para Personas Mayores del Ayuntamiento de Madrid. Presentación de los resultados del estudio de satisfacción de Personas socias de Centros Municipales de Mayores

profesionales de la salud vienen jugando en Madrid un papel clave tanto en la detección de situaciones de riesgo o de vulnerabilidad como en la orientación hacia hábitos de vida saludables y beneficiosos para las Personas Mayores. Gran parte, por no decir la totalidad de las Personas Mayores de Madrid son usuarias de estos servicios estando registradas sus pérdidas, discapacidades, enfermedades y hábitos y siendo orientadas hacia los comportamientos idóneos en lo que es una función específica del sistema de cuidados a largo plazo. Pero su funcionamiento está totalmente al margen de un sistema de estas características, que en ninguna de sus reformas se tiene en cuenta.

Vemos como los Planes o instrumentos sanitarios en nuestra Comunidad como el Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid ignoran la red asistencial de Servicios Sociales o el Plan de Atención Integral en Longevidad, Fragilidad y Soledad o la revisión de la Atención Primaria y el peso que se pretende dar a la asistencia telefónica implantado en estos momentos al socaire de las medidas urgentes frente al Coronavirus pese a ser una modificación prevista con anterioridad y de la que no se informa a los servicios sociales.

Cualquier solución de futuro que realmente pretenda hacer frente a la problemática originada por la epidemia requiere la adecuada coordinación, si no integración, de ambos servicios al margen de las responsabilidades administrativas de los mismos.

## 5 Coordinación y planificación.

### 5.1 Información estadística, planificación y evaluación.

Este texto patentiza por sí solo las limitaciones de los sistemas vigentes de recogida y difusión de datos de los servicios sanitarios y sociales, así como de los de su planificación y evaluación. El control de la difusión del virus solo es posible mediante su control estadístico. Y, sin embargo, por ejemplo, los datos utilizados para elaborar este informe se refieren en su mayoría al año 2018. Más de año y medio de retraso.

La información sanitaria en nuestra comunidad depende del Área de Gestión y Análisis de Información Sanitaria y esta a su vez de la D. G. de Sistemas de Información y Equipamientos Sanitarios.

Del Área de Gobierno de Hacienda y Personal del Ayuntamiento de Madrid depende la Subdirección General de Estadística, que recoge las estadísticas de cada una de las restantes áreas municipales. Si bien la información sobre los servicios sociales es relativa al año 2019, el último anuario publicado es del año 2018.

No deja de sorprender que en un momento en que toda la información se registra telemáticamente su procesamiento se dilate meses o incluso años.

Punto aparte son los sistemas de evaluación y planificación existentes, externalizados en su mayor parte para la realización de encuestas y planes que deberían mayoritariamente ser resultado de procesos participativos, con información continua a partir de la explotación automática de los registros.

### 5.2 Coordinación sociosanitaria

La Comunidad de Madrid tiene creada a tal fin específicamente una Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria<sup>22</sup>. Destaca como la primera de sus competencias el “desarrollo y aplicación de medidas destinadas a prestar cuidados a pacientes, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales, sin perjuicio de las competencias que en dicha materia tengan atribuidas otros centros directivos de la Comunidad de Madrid.” Pero como puede observarse dicha coordinación solo se plantea realizar con “otros centros directivos de la Comunidad de Madrid” citando específicamente a la consejería competente en materia de servicios sociales. ¿Dónde quedan los ayuntamientos? Es competencia de estos la prestación de los servicios sociales, por lo que dicha coordinación debería dirigirse específicamente a estos, creando las unidades adecuadas para ello y recogiendo en su legislación.

El 20 de agosto de 2004 el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid y el extinto Instituto Madrileño de

---

<sup>22</sup> B.O.C.M. Núm. 283. Jueves 28 de noviembre de 2019 Pág. 26. BOCM-20191128-2

Salud, actual Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad, firmaron un protocolo de colaboración para la atención a Personas Mayores en situación de especial fragilidad. ¿Sigue vigente? Dicha coordinación, no únicamente con los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid sino de los restantes municipios de la región hubiera sido determinante durante los días más ciertos de la pandemia, cuando se perdió la pista de las Personas Mayores alojadas en residencias. El acceso a los servicios de cuidados e información, a los que toda persona mayor como ciudadana tiene derecho, depende en su mayoría de dicha coordinación. Su ausencia conculca este derecho.

Sin embargo, el Ayuntamiento de Madrid ha impulsado iniciativas en esta dirección mostrando los beneficios de la coordinación en los servicios de cuidados y protección ciudadana a las Personas Mayores. Por ejemplo los Protocolos de Prevención, Detección y Abordaje del Maltrato a las Personas Mayores, que implican a todas las instituciones municipales que se dedican específicamente a nuestra atención, aparte de abrirse a la coordinación con los profesionales de los centros de salud.

Madrid, junio de 2020