

**ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN A LA
DEPENDENCIA EN EUROPA. LA REFORMA DE LA LAPAD EN ESPAÑA**
Santander 1-3.9.2025

**EI SAAD: EVOLUCIÓN, EVALUACIÓN Y
REFORMAS NECESARIAS**

Gregorio Rodríguez Cabrero

Índice

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD
2. Evaluando el SAAD (2007-2024). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo
3. Los retos de futuro y reformas necesarias

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

El SAAD forma parte del Modelo Social Europeo de CLD, consolidado desde 2017 mediante:

A) Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales (2017):

“Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios”.

Lo que se traduce en los principios de: **Universalidad, Igualdad Centralidad de las personas, Desinstitucionalización y Calidad.**

B) Estrategia Europea de Cuidados (2022): Los cuidados a lo largo de la vida. Si bien la dependencia se concentra en la población de 65+ (73%) y 80 + (52) de los beneficiarios del SAAD

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

Los programas y políticas de CLD en la UE tienden a una relativa **convergencia cognitiva e institucional**:

- a) De modelos asistenciales a modelos de **cobertura universal**.
- b) Sistemas de **gobernanza multinivel** en base a compromisos institucionales en la lógica del MAC.
- c) **Coordinación entre los servicios sociales y sistema sanitario**. La lógica de la integración está a la espera.
- d) **Combinación de prestaciones monetarias con servicios** según tradición nacional y políticas de adaptación a la demanda bajo control financiero
- e) **Calidad y la desinstitucionalización** han pasado al primer plano.
- f) **Financiación mixta** dependiendo del régimen de bienestar bajo la lógica de los CLD como servicio esencial. Impuestos generales, cotizaciones y copago

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

Historia institucional y social:

El pasado nunca es pasado, ni siquiera es pasado, siempre es presente (Faulkner), aunque hoy no es ayer (Santos Juliá).

-Amplio consenso inicial sobre la necesidad de implementar un modelo de CLD (Plan Gerontológico 1992; Defensor del Pueblo 2000; Pacto de Toledo 2003, Recomendación Adicional 3ª; Libro Blanco Dependencia 2004-2005). Y **amplio consenso a lo largo del tiempo.**

-Alternativas:

CLD contributivo.

CLD no contributivo: modelo mixto de regulación estatal integrado en los sistemas de servicios sociales de las CA. Derecho subjetivo (en base a art.º 149.1.1) desarrollado junto con la competencia de las CA (art.º 148.1.20).

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

-En el desarrollo de este modelo empiezan a aparecer las consecuencias *¿imprevistas?* de su “**complejidad competencial, modelo de gobernanza y desarrollo operativo dentro del sistema de Servicios Sociales**”, agravadas por las políticas de recorte del gasto en dependencia entre 2012 y 2015 que ocasionó una profunda regresión en el SAAD:

- a) Las dificultades de la gobernanza: AGE-CA. (CTDSS)
- b) La integración del SAAD en los servicios sociales
- c) Articulación de la cadena de solicitud, valoración y PIA
- d) La gestión de prestaciones y servicios: acceso e intensidad
- e) La financiación y los equívocos del 50% AGE/CA
- f) Desequilibrios territoriales en la aplicación del SAAD
- f) Los condicionantes del logro de la calidad. Acreditación y más allá

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

Evidencias constatadas por un amplio conocimiento colectivo

Análisis de expertos (M. Aguilar, M. Buján, D. Comas, A. García Huete, Jiménez Lara, Vicente Marbán, Julia Montserrat, J.Oliva, S.Sosvilla, A. Vilá, Joseba Zalakaín) corporaciones (SEGG, ADGSS, FEDEA, UPF), fundaciones (CASER), centros de investigación (SIIS, CSIC) y organismos Públicos (Tribunal de Cuentas), directivos del IMSERSO (A. Rodríguez, Castedo, P. Cobo, P. Rodríguez, Mayte Sancho, A. Balbontín, Esther Pérez de Vargas; y técnicos (Elia Gómez).

-Evaluaciones del Gobierno: Comisión de expertos en septiembre de 2009 (Congreso-IMSERSO); Evaluación del SAAD (IMSERSO) en octubre de 2011; Evaluación IMSERSO/CA 2016; Evaluación del SAAD (IMSERSO) en septiembre de 2022.

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

Fases de desarrollo del SAAD:

- 1.Fase de despegue y expansión: 2007-2010. **Construyendo y Aprendiendo** a gobernar y gestionar el SAAD.
- 2."El golpe del mercado" (Mayor Zaragoza): contención (Mayo de 2010 a diciembre de 2011) y regresión (Julio 2012 hasta 2016). **Resistiendo** (¡Resiliencia!) al "no nos lo podemos permitir" o "no hay alternativa" (TINA), "la democracia se adapta el mercado" (Merkel)
- 3.**Reconstrucción**. Salida de la crisis (2016), recuperación y reacción frente a la COVID-19. El Plan de Choque de 2021-23.
- 4.La reforma ampliada del SAAD y de las leyes para las personas con discapacidad. **Transformación**. Mirando al futuro mediano

1. Una breve y necesaria mirada a la historia de la construcción institucional y social del SAAD

Hacia la Reconstrucción del SAAD:

- Pacto de Estado por la dependencia (diciembre de 2016 por la mayoría de los partidos políticos).
- Análisis de la situación de la Dependencia AGE-CA (Febrero 2017) que relanza el sistema mediante una autoevaluación interinstitucional.
- Recuperación Convenio especial con Seguridad social con cuidadores familiares (RD 6/2019).
- Plan de Choque 2021-2023 en el marco del Next Generation (mejora financiación, aumento intensidad protectora SAD, acuerdo de acreditación de 2022).
- Emergiendo el iceberg de los cuidados del que los CLD es la punta más visible de un modelo social de cuidados. Hacia la desinstitucionalización en clave comunitaria.

2. Una mirada a 18 años en el desarrollo del SAAD (2007-2024). Un curso histórico complejo y azaroso.

Las preguntas de evaluación: la construcción de un pentágono virtuoso

Fines intermedios:

De la evaluación de **procesos**:

¿Es accesible el SAAD?.

¿Son las prestaciones adecuadas?

¿Son las prestaciones suficientes?

¿Son asequibles para todos?

A la evaluación de **resultados o impacto**:

¿Son de calidad?

Medios estratégicos.

-¿Es cooperativo el gobierno del sistema?

-¿La coordinación sociosanitaria es efectiva?

-¿Contamos con una financiación suficiente?

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo

¿Es accesible el SAAD? Si, pero a ritmo lento y desigual

Una ruta con cuatro fases de larga duración y, sobre todo, muy desigual entre CA.

Del plazo máximo legal de 180 días (entre solicitud y PIA) a la realidad del tiempo medio de resolución:

Enero de 2020	403
Enero de 2021	459
Enero de 2023	342
Enero de 2024	334

Sólo 5 CA cumplen los tiempos máximos de 6 meses (Cantabria, C y L, Navarra, País Vasco y Ceuta)

Superan el promedio: Canarias, Andalucía, Murcia y Galicia.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo

COBERTURA DEL SAAD (Miles)

	CON DERECHO RECONOCIDO	BENEFICIARIOS CON RESOLUCIÓN DE PIA	BENEFICIARIOS CON PRESTACIÓN EFECTIVA	LISTA DE ESPERA (1)
2020	1.356.000	1.124.000	1.084.209	311.445
2021	1.416.000	1.222.000	1.177.484	242.358
2022	1.491.000	1.313.000	1.290.608	224.693
2023	1.576.000	1.412.000	1.387.863	204.755
2024	1.637.000	1.518.000	1.478.733	187.366

SISAAD

(1) Suma de: personas pendientes de resolución de grado más de 6 meses sin motivo de exclusión; beneficiarios sin prestación más de 6 meses sin motivo de exclusión; beneficiarios con prestación no efectiva más de 6 meses sin motivo de exclusión.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

- DISTRIBUCIÓN DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SAAD (%) (2020-2024)

	2020	2021	2022	2023	2024
Asistente personal	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
Prevención y promoción	4,3	4,3	4,0	3,8	3,7
PECEF	30,3	31,6	30,8	29,9	29,3
PEVS	10,7	10,8	10,9	10,8	11,0
SAD	7,7	7,7	18,6	18,7	18,0
CDía/Noche	6,9	6,2	5,8	5,7	5,5
Teleasistencia	17,5	17,8	18,6	20,4	22,4
Atención Residencial	12,1	11,0	10,8	10,2	9,5

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

Cobertura creciente a lo largo de 18 años con el paréntesis de 2012-2015:

- Tendencia creciente a la expansión de los servicios de proximidad con diferencias entre CA. Por ejemplo: en Andalucía y La Rioja constituyen el 80%; el 40% en Canarias y la CA. Valenciana.

- Retroceso relativo del servicio de atención residencial.

- Avance del SAD que se multiplica casi por 2,5 entre 2020 y 2024 como porcentaje del total de prestaciones.

- Contención relativa de la PECEF.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

¿Son las prestaciones **adecuadas**?:

- Diversidad inicial del catálogo de prestaciones que se ha ido agotando y que serán objeto de la nueva reforma (Vivienda tutelada y comunitaria)
- Incompatibilidad entre servicios y prestaciones económicas ampliada con ocasión de las políticas aplicadas en 2012. En la actualidad en fase de complementariedad y flexibilidad en las transiciones de grado.
- Limitación del desarrollo del servicio de prevención y promoción de la ayuda personal y del Servicio Asistente personal.
- Teleasistencia como apoyo técnico, más que como derecho subjetivo, tiene un alcance limitado (36% de los beneficiarios que viven en su hogar en 2023 y 42% en 2024). Plan de Choque (RD 575/2023): gratuidad para los que viven en domicilio.
- La crisis del modelo residencial tradicional. Hacia un nuevo paradigma.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

¿Son las prestaciones **adecuadas**?

PECEF:

- Prestación “excepcional”, pero de bajo coste, fácil gestión y con apoyo en la cultura familiar de cuidados.

- Efectos potencialmente perversos:

 - Puede reforzar la cultura tradicional de cuidados en contexto de presión hacia la refamiliarización.

 - Fomenta el empleo doméstico vicario

 - Dificultad del control de calidad

 - Precisa de prestaciones complementarias para una mayor efectividad. El cuidado del cuidador (respiro y formación)

 - Pero a veces es la única alternativa en ausencia de servicios de proximidad. La cultura de cuidados familiar tradicional no se modifica por decreto, pero se está transformando bajo nuevas redes de apoyo.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones limitaciones. 18 años de desarrollo.

¿Son las prestaciones **adecuadas**?

PEVS:

- Es una prestación transitoria cuando no existe un servicio adecuado. No son transitorias en el caso de los servicios de residencia (44,9%) y SAD (30,3%)
- Contratación de la prestación con empresas acreditadas que son las que predominan en la relación contractual. ¿Cuál es la capacidad de control efectivo de la Administración en esta prestación?.
- Copago adicional elevado y rentable para las empresas acreditadas (coste medio de la prestación un 40% inferior al coste de los servicios prestados directamente). Dos copagos: administrativo en función de renta y patrimonio y de mercado en función del coste final del servicio. ¿Traslado de la responsabilidad al usuario en gestión, además de un mayor copago?

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

¿Son **suficientes**?:

- Baja intensidad protectora entre 2012 y 2022.
- Cambio con RD 675/2023 que modifica el RD 1051/2013 que regula las prestaciones del SAAD: incrementando la intensidad protectora.
- Cuantía prestaciones medias en 2024:
 - * En el caso de la PECEF 264 € mensuales de media (384 € en grado III, 277 € en grado II; 169 grado I).
 - * PEVS media de 558 € en SAR, 352 € en SAD y 330 en € CD/N.
 - *Intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) fue de media en 2024 35,6 horas (17,4 en grado I, 39,8 en grado II y 60,2 horas en grado III), entre lunes y viernes, con grandes diferencias entre CA.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

¿Son **asequibles**?: el copago

-Responsabilidad del CTSSD los criterios comunes de determinación de la colaboración (art.º 33 LAPAD) o copago. Pero el modelo concreto depende de la potestad de cada CA. Resultado 17 modelos de copago sobre cuyo contenido sabemos muy poco.

Sobre lo que sabemos cabe afirmar, siguiendo a Julia Montserrat:

- Está orientado a maximizar la recuperación del coste.
- Que la media de los copagos está en torno al 20% a partir de 2015
- La dispersión de los ingresos por copago es muy elevada entre las diferentes CA:

En 2022 el ingreso medio estimado por servicios fue de 161 euros: el máximo 390 en Cantabria y 2,9 euros en Canarias. Las residencias suponen casi el 77% de los copagos por servicios, seguida del SAD, casi el 13%.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Avances y limitaciones. 18 años de desarrollo.

¿Son **asequibles**?: **el copago**:

- Los factores que afectan a la equidad del modelo:
- - Tope en la cuota e imputación del patrimonio que perjudican a rentas medias-bajas
- - Tarifas no progresivas
- - Rentas mínimas garantizadas insuficientes para garantizar gastos personales
- - Elevada carga burocrática de recogida de información y cálculo.
-

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 19 años de desarrollo

-¿Es cooperativo el gobierno del SAAD? ¿Aplica una coordinación eficaz?

-La gobernanza del SAAD es compleja, pero es la clave del arco de bóveda del sistema, tanto o más que la financiación.

-Mejora de la financiación, pero ¿mejora la gobernanza?:

a) En el **nivel vertical –AGE y CA** – es manifiestamente mejorable. Es necesario (Vicente Marbán):

- Incorporar como actor con voto a las CCLL

- Dotar de seguridad jurídica los acuerdos del CTSSD frente a las competencias exclusivas como vía de escape de la necesaria convergencia en resultados

- Establecer un mínimo común de equilibrio en el juego de las competencias (MAC) para evitar la pugna por la exclusividad competencial mediada por las pugnas partidistas. Nueva oportunidad del Marco de Cooperación Interadministrativa en 2024.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 19 años de desarrollo.

-¿Es cooperativo el gobierno del SAAD? ¿Aplica una coordinación eficaz?

b) En el nivel horizontal – servicios sociales y SNS - también es mejorable, tal como señala la SEGG, el Defensor del Pueblo y expertos (Casado, Fantova y Vilá):

-Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (art.º 14): “actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Sin desarrollar En el RD 1030/2006.

-“Artículo 11 LAPAD. Participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema: 1, c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. Precedente: Libro Blanco de la Coordinación Socio-Sanitaria.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 19 años de desarrollo.

-¿Es cooperativo el gobierno del SAAD? ¿Aplica una coordinación eficaz?

-La práctica de la cooperación entre los servicios sociales y sanitarios va a veces por delante de la norma y del propio sistema de competencias de cada CA por razón de la cooperación entre los profesionales y en programas de innovación. Pero se constata una gran fragmentación en las regulaciones y actuaciones de las CA. La COVID-19 ha sido una llamada de atención a las consecuencias de la descoordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

-Pendiente incluir en la cartera de servicios del SNS la prestación sociosanitaria no sólo para los que se denominan enfermos sino para toda limitación funcional valorada.

-Necesidad de un banco de buenas prácticas existentes en cuanto a métodos de cooperación y resultados

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 19 años de desarrollo.

- **¿Contamos con una financiación suficiente?: el SAAD es una inversión social de valor añadido social y económico**
- Objetivo inicial en 2006: alcanzar en 2015 una financiación del SAAD del 1% del PIB.
- Situación actual: gasto del SAAD del 0.8% del PIB.
- Insuficiencia del gasto en CLD no sólo en términos comparados (1,7% PIB media UE), sino en cuanto a que el bajo esfuerzo de gasto se refleja en la baja intensidad protectora y frena la expansión de los servicios, sobre todo los de proximidad.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 19 años de desarrollo.

- ¿Contamos con una financiación suficiente?: el SAAD es una inversión social de valor añadido social y económico

	APORTACIONES DE FINANCIACIÓN			Gasto certificado por persona beneficiara €	Total Gasto SAAD certificado (Millones €)	% / PIB
	AGE	CA	USUARIOS			
2009	39,2	46,2	14,7	8.518	4.372	0,40
2011	24,1	59,6	16,4	8.682	6.769	0,63
2013	18,9	62,0	19,1	9.032	6.808	0,66
2015	17,1	62,7	20,2	8.985	7.040	0,64
2017	15,8	63,6	20,5	7.928	7.579	0,67
2019	15,5	63,8	20,7	7.718	8.973	0,71
2021	21,5	57,2	21,3	7.941	9.852	0,80
2023	30,8	49,0	20,0	8.161	11.726	0,78

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 18 años de desarrollo

Mejorando la sostenibilidad financiera del SAAD:

a) Punto de partida:

- El gasto en dependencia se ha duplicado, pero aún no alcanza los niveles medios de la UE (1,7% PIB).
- Las CA no han seguido la onda expansiva de la AGE durante los años 2021-2022

b) Qué podemos hacer en pro de la sostenibilidad:

- Acercar las cuantías mínimas o nivel mínimo al coste de los servicios por grado y tipo de prestación, con los ajustes necesarios en función coste de vida de las CA:

Por ejemplo: el nivel mínimo viene a cubrir entre el 28,5% (G I), 19% (G II) y 26% (G III) del coste medio de la prestación de servicios. En el caso de la PEVS la brecha entre el coste y el nivel mínimo es 1 28% (G I), 33% (G II) y 48% (G III).

Por el contrario, el Nivel mínimo cubre el 48% (G I), 52% (G II) y 75% (G III) del coste medio de la PECEF.

2. Evaluando el SAAD (2007-2025). Fortalezas y limitaciones. 18 años de desarrollo

Mejorando la sostenibilidad financiera del SAAD:

b) Qué podemos hacer en pro de la sostenibilidad

- Diferenciar el gasto de dependencia en el sistema de servicios sociales de otros tipos de gasto.
- Mejora de la distribución territorial de recursos en función del volumen de usuarios, coste de las prestaciones, reducción de listas de espera y mejora de la calidad del empleo.
- Mejora de la gestión de tiempos y procesos. El gestor de casos como herramienta útil de apoyo al beneficiario y de eficiencia económica.
- El sector público debe potenciar la innovación sociotécnica en CLD, tanto propia como concertada.
- Reto: CLD es una **inversión social** bajo la presión de factores sociodemográficos, financieros y políticos.

3. Los retos de futuro y reformas necesarias

¿Es necesario **retocar, perfeccionar o transformar el modelo actual?**.

-Existe un amplio consenso entre responsables públicos y expertos que “retocar” la LAPAD no es suficiente (Reforma de primer orden).

La acumulación de problemas relacionados con la gobernanza, la integración de la dependencia en el sistema de servicios sociales, la complejidad de su gestión y las limitaciones financieras, demandan una reforma ampliada, un “perfeccionamiento” (Reforma de segundo orden)

-Un “cambio radical” de modelo puede generar costes políticos elevados y marcos temporales amplios (Reforma de tercer orden que precisa un amplio consenso parlamentario). Por ejemplo: convertir el SAAD en un sistema de la Seguridad Social.

3. Los retos de futuro y reformas necesarias

La reforma necesaria es una combinación de perfeccionamiento institucional y mayor inversión social.

-El “perfeccionamiento” como acción protectora constante del sistema de protección social basado en la narrativa de que el SAAD es una inversión social necesaria. Perfeccionar el SAAD consiste en combinar las mejoras en cobertura y acceso, gobernanza, financiación, reducción de las excesivas desigualdades territoriales, incremento de la intensidad de los servicios y mejoras de gestión con avances hacia el futuro mediano (Ejemplo: Plan de Choque 2021-2023)

Pero un cambio de paradigma –desinstitucionalización nos adentra en un “marco de transformación” a medio plazo. Podemos hablar de **perfeccionamiento ampliado o transformación progresiva del SAAD.**

3.Los retos de futuro y reformas necesarias

Principios orientadores de una reforma ampliada:

- a) Atención Integral centrada en la persona. Nuevas combinaciones de libertad de elección y efectividad de resultados. Adecuación y asequibilidad. Objetivo: personalización de los cuidados.
- b) Refuerzo de la cooperación interadministrativa o Gobernanza para reducir inequidades territoriales y revertir un sistema de varias velocidades. Gobierno del CTSSD eficaz y cooperativo. Objetivo final: equidad interterritorial del sistema como servicio esencial.
- c) Desinstitucionalización en clave comunitaria. Objetivo: permanencia en el entorno con apoyos asegurados.
- d) Responsabilidad de los cuidados en todas las edades y por todos los potenciales cuidadores sin diferenciar. Objetivo: cuidar a los cuidadores y cuidadoras.

3. Los retos de futuro y reformas necesarias

e) La Calidad en el centro: en el proceso de información (acompañamiento y asesoramiento), en el proceso de valoración y asignación de prestaciones (centralidad de la persona) y en el acceso afectivo de las prestaciones. Calidad en el empleo: formación, permanencia y remuneraciones suficientes. Objetivo: valoración subjetiva y objetiva de las prestaciones recibidas y desarrollo de sistemas de mejora.

f) Innovación a través de proyectos piloto, creación de redes de conocimiento social, mejoras de información, avances sociotécnicos en pro de la mejora de la capacidad funcional de las personas.

3. Los retos de futuro y reformas necesarias

Para una mayor ilustración ver:

-Evaluación del SAAD 2022: <https://imserso.es/informe-de-evaluacion-del-saad#:~:text=En%20el%20marco%20del%20Plan%20de%20Choque%20en,la%20reforma%20de%20la%20propia%20Ley%20de%20Dependencia.>

-IMSERSO: Base de Datos SISAAD: <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/sistema-informacion-sistema-autonomia-atencion-dependencia-sisaad/estadisticas-sisaad-imserso>

-Fundación Caser: Actas de Coordinación Sociosanitaria, nº 34/2024.

<https://www.fundacioncaser.org/publicaciones-y-estudios/actas-de-coordinacion-sociosanitaria/historico/actas-de-coordinacion-sociosanitaria-no-34>.

-IX Informe FOESSA. Capítulo 4 (dos documentos sobre el SAAD y servicios sociales). Publicación en Noviembre de 2025.

-Asociación de Directoras y Gerentes en Servicios sociales: Dictamen XXV 2025: <https://directoressociales.com/project/xxv-dictamen-del-observatorio-estatal-de-la-dependencia/>

3. Los retos de futuro y reformas necesarias

Gracias por vuestra atención