

La gobernanza y las diferencias interterritoriales en el SAAD.

Governance and inter-territorial differences in the SAAD.

Vicente Marbán Gallego

vicente.marban@uah.es
Universidad de Alcalá.

Recibido: 03/03/2024

Aceptado: 24/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Marbán Gallego, V. (2024). La gobernanza y las diferencias interterritoriales en el SAAD. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 80-91.

RESUMEN

El modelo de gobernanza resultante de la Ley 39/2006 es un sistema de reparto competencial complejo integrado en los servicios sociales, de competencia exclusiva de las regiones, pero supeditado relativamente a ser garantizado como derecho básico en el conjunto del Estado. En este texto se analiza cuál es la génesis más inmediata del actual modelo de gobernanza del SAAD, su encaje en el contexto europeo y los retos de futuro. Se destaca cómo el actual modelo de gobernanza del SAAD es el resultado de la negociación entre los distintos actores sociales implicados, optando finalmente por su integración en los servicios sociales y encajado en las pautas generales de los modelos de cuidados de larga duración europeos como un sistema descentralizado, organizado en torno a formas de gobierno multinivel. Se destacan como principales retos la conciliación de la armonización e igualdad en el acceso a las prestaciones, con la flexibilidad y adaptación a las peculiaridades territoriales y a la capacidad de decidir de las personas en situación de dependencia, mejorar la coordinación sociosanitaria, la cooperación y la lealtad institucional entre los distintos niveles de la administración, y finalmente, reducir la inequidad interterritorial en acceso, cobertura, copago y tipos de prestaciones.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, Cuidados de Larga Duración, Autonomía Personal, Estado de Bienestar, Política Social.

ABSTRACT

The model of governance resulting from Act 39/2006 is a complex system of distribution of competences integrated into the social services, which are the exclusive competence of the regions, but relatively subject to be guaranteed as a basic right in the State as a whole. This text analyses the most immediate genesis of the current governance model of the SAAD, how it fits into the European context and the challenges for the future. It highlights how the current governance model of the SAAD is the result of negotiation between the various social actors involved, ultimately opting for its integration into social services and fitting into the general pattern of European long-term care models as a decentralised system organised around multilevel forms of governance. The main challenges are to reconcile harmonisation and equality in access to benefits with flexibility and adaptation to territorial peculiarities and the decision-making capacity of dependent persons; to improve social and health care coordination and cooperation and institutional loyalty between the different levels of administration; and finally to reduce inter-territorial inequality in access, coverage, co-payment and types of benefits.

KEYWORDS

Dependency, Long-term Care, Personal Autonomy, Welfare State, Social Policy.

1. INTRODUCCIÓN

En el diseño de los sistemas de cuidados de larga duración (CLD) la regulación, gobernanza, financiación y estructura de esta política pública son aspectos clave por su impacto en la accesibilidad, suficiencia, asequibilidad, adecuación y calidad prestacional de los servicios y prestaciones.

El concepto de gobernanza puede entenderse en un sentido amplio como la colaboración y participación de un extenso conjunto de *stakeholders* o agentes implicados (las administraciones públicas, agentes sociales, tercer sector, empresas, entorno comunitario, organizaciones profesionales, las personas beneficiarias y cuidadoras, entre otros) en los procesos de diseño e implementación de esta política social. En sentido estricto, sin embargo, la gobernanza puede entenderse como la arquitectura de competencias y la responsabilidad de cada nivel de la administración pública en la atención a las personas dependientes en el SAAD. Tal gobernanza estaría estrechamente relacionada con la coordinación del sistema en dos niveles: nivel horizontal, entre los servicios sociales y sanitarios, y a nivel vertical entre las distintas administraciones públicas.

La gobernanza del SAAD, por lo tanto, resulta ser un fenómeno complejo de analizar por implicar a un amplio elenco de agentes y niveles de coordinación. Dada la limitada extensión del texto, nos centraremos en la gobernanza del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) desde un punto de vista más estricto entre las administraciones públicas y a nivel vertical. Acotado el objeto, el objetivo de este texto será responder a varias preguntas sobre la gobernanza del SAAD, en particular: ¿Por qué se optó por este sistema de gobernanza?, en otras palabras, ¿cuál es la génesis más inmediata del actual modelo de gobernanza?. En segundo lugar, trataremos de responder a la cuestión de si nuestro modelo de gobernanza es distinto al de otros sistemas europeos de cuidados de larga duración, para concluir planteando una serie de retos de futuro.

2. ¿POR QUÉ SE ELIGE ESTE SISTEMA DE GOBERNANZA? ¿CUÁL ES LA GÉNESIS MÁS INMEDIATA DEL ACTUAL MODELO DE GOBERNANZA DEL SAAD?

El actual modelo de gobernanza del SAAD es el resultado de intensos procesos de negociación entre los distintos actores sociales implicados (Administración General del Estado (AGE), Comunidades Autónomas (CCAA), sindicatos, patronal, tercer sector y organizaciones profesionales, entre otros) que, siguiendo a Sabatier y Jenkins-Smith (1999), han establecido diferentes combinaciones de “coaliciones promotoras” sobre la base de ideas, intereses y convicciones, a veces coincidentes, otras contrapuestas, entre estos actores sociales.

Muchos factores contribuyeron a la configuración del actual modelo de gobernanza. No obstante, descuellan tres hitos que conformaron el debate y la actual estructura del SAAD: los procesos de ne-

gociación y diálogo entre la AGE y las CCAA con el marco competencial de fondo, el acuerdo social sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia firmado entre patronal, sindicatos y gobierno en diciembre de 2005, para el cual se tomó como base de debate el tercero de los hitos que queremos destacar, como fue el Libro Blanco de la Dependencia (publicado a principios de enero de 2005) (IMSERSO, 2005).

En España, hasta la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), la atención a las situaciones de dependencia sobre todo tenían una doble respuesta. Por una parte, a través de la Seguridad Social mediante la pensión de gran invalidez contributiva y la ley de prestaciones no contributivas de 1990 para las personas con un grado de discapacidad elevado que les impide realizar actividades de la vida diaria. Por otra parte, vía la rama de servicios sociales de los Municipios, Diputaciones y Comunidades Autónomas, cuya respuesta a las necesidades de la dependencia se producía de manera fragmentada y bajo criterios asistenciales.

En los debates producidos durante la génesis de la gobernanza del SAAD se plantearon diferentes posibilidades que describimos muy sucintamente a continuación.

Durante el proceso de elaboración de la LAPAD, la inclusión del sistema de CLD en el marco de la Seguridad Social, como sucede, por ejemplo, en el modelo alemán, o bien fuera de ella, financiada vía impuestos como en el sistema nórdico, fue objeto de intenso debate entre los agentes sociales.

Con la elaboración del libro Blanco de la Dependencia se estuvo valorando incluir el SAAD dentro del sistema de la Seguridad Social, tal y como proponía el Informe del Defensor del Pueblo (2000) y, en cierto modo, se desprendía de algunas partes de la lectura del Libro Blanco (IMSERSO, 2005) basándose en otros países inspiradores en CLD como Alemania, Austria o Luxemburgo.

Incluir el SAAD en la rama contributiva de la Seguridad Social suponía dar competencias exclusivas a la AGE, a la vez que simplificaba el proceso mediante la existencia un punto único más centralizado de acceso y de valoración de la dependencia. Sin embargo, ello habría ocasionado tensiones y conflictos de intereses con la patronal, opuesta a un aumento en las cotizaciones en el caso de incluirse en la rama contributiva, y con las CCAA al querer preservar sus competencias en servicios sociales.

Descartada la vía contributiva, otra posibilidad a valorar fue su inclusión como modelo de protección universal en la rama no contributiva de la Seguridad Social con una financiación fiscal separada, no sujeta a cotizaciones sociales. Esto, en cierto modo, habría sido compatible con un sistema más descentralizado que en la anterior opción contributiva, ya que las prestaciones económicas, como sucede con las pensiones no contributivas, podrían ser tramitadas íntegramente por las CCAA, o bien, que la gestión de las prestaciones económicas estuviera centralizada, mientras que

la de los servicios se descentralizara en las administraciones territoriales. Por un lado, este marco no contributivo de la Seguridad Social seguiría manteniendo los principios de caja única y solidaridad financiera (art. 149.1.17 CE) y simplificaría la actual financiación del SAAD. Por el contrario, se corría el riesgo de que el SAAD, de estar incluido en este marco de la Seguridad Social, se convirtiera en un sistema de prestaciones económicas, ya que las prestaciones de la Seguridad Social suelen ser fundamentalmente económicas. Además, igualmente contaba con el rechazo frontal de las CCAA por invasión de competencias.

Finalmente, en la LAPAD se optó por un sistema integrado en los servicios sociales y basado en la co-gobernanza entre la AGE y las CCAA, sometida a reglas de cooperación y coordinación institucional que han propiciado inevitables tensiones institucionales y financieras en la puesta en marcha de un sistema complejo, con asimetrías entre las regiones en su desarrollo y resultados. Su integración como un derecho subjetivo universal en la red asistencial de servicios sociales ha obligado a ajustar un sistema de servicios sociales diseñado como una red asistencial con limitada cobertura y equidad interterritorial, en un sistema que dé cobertura a una contingencia considerada como un derecho subjetivo con una orientación universal. Todo ello sin que a nivel de todo el Estado existiera una ley ni un sistema coherente que articulara los diversos modelos de servicios sociales existentes, aspecto que todavía lastra en cierto modo al actual SAAD.

3. EL MODELO DE GOBERNANZA DEL SAAD ¿ES DISTINTO AL DE OTROS SISTEMAS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN?

Aunque hay diferencias entre los estados europeos, nuestra estructura de gobernanza se asemeja mucho a la pauta general de los sistemas europeos de cuidados de larga duración, basada en la existencia de sistemas descentralizados organizados en torno a formas de gobierno multinivel.

Por lo general, en los países de la Unión Europea el marco común es de regulación estatal y la aplicación específica se produce en el ámbito regional o municipal. La administración central es la encargada de regular el sistema y financiar una parte del coste, mientras que las regiones o los municipios son la estructura operativa y de gestión directa del sistema, con competencias en la planificación y gestión del acceso a la red de servicios públicos y privados concertados, además de complementar la financiación de los sistemas y gestionar el copago. La regionalización combinada con la municipalización predomina en la mayoría de los regímenes de bienestar, mientras la municipalización predomina en el régimen nórdico de bienestar¹. El papel de las organizaciones del tercer sector, de los sindicatos y organizaciones empresariales (con algunas diferencias entre países) suele tener un carácter vicario o consultivo.

1. No obstante, en algunos países como Finlandia (reforma sociosanitaria SOTE aprobada en enero de 2023) se está produciendo cierta tendencia hacia la reorganización territorial de los CLD en menos unidades administrativas y de mayor tamaño (dando más relevancia a los 21 condados de servicios de bienestar más Helsinki en lugar de más de 293 municipios).

Nuestro modelo de gobernanza, con sus peculiaridades, no es muy diferente a los patrones europeos generales. La gestión del SAAD está descentralizada, la AGE regula las condiciones básicas del sistema para garantizar la igualdad del derecho de atención de CLD en todo el Estado, aportando un nivel mínimo de financiación para unas prestaciones básicas en el conjunto del territorio. Es la administración responsable de la gestión del Sistema de Información del SAAD (SISAAD). La AGE, junto con las Comunidades Autónomas (CCAA), ejercen a través del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CTSSD) una cierta coordinación del sistema, un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia. El CTSSD lo componen varios representantes de la AGE, Consejeros y Consejeras de las 17 CCAA, 2 representantes de las ciudades autónomas competentes en materia de Servicios Sociales y Dependencia y 2 representantes de las Corporaciones Locales (CCLL) con voz y sin voto. Las Comunidades Autónomas son la estructura operativa del sistema, pues son las competentes de la gestión de la dependencia, desde el inicio, con la recepción de la solicitud, hasta la concesión efectiva de las prestaciones, pasando por la valoración del grado de dependencia conforme a un baremo de valoración y la concertación de la prestación de servicios. Las CCLL, a través de la Federación Estatal de Municipios y Provincias (FEMP), también forman parte del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SISAAD. Si bien desempeñan un papel vicario o subordinado en el gobierno del sistema en cuanto que participan de la gestión según las competencias que les deleguen sus respectivas CCAA, pueden complementar la cesta de prestaciones con recursos propios, sobre todo ayuda a domicilio.

Los agentes sociales, económicos y de la sociedad civil se incorporan al sistema respectivamente mediante los comités y los consejos consultivos de personas mayores, personas con discapacidad y las ONG de acción Social con las funciones de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento de dicho sistema.

El resultado de nuestro sistema de CLD en términos de gobernanza es limitado por varias razones: 1) la presencia institucional en el SAAD de las organizaciones profesionales es escasa; 2) la participación de los Consejos Consultivos y el Comité Consultivo es incompleta al realizarse “a posteriori” y con una escasa influencia en el proceso de toma de decisiones; 3) La cooperación entre las administraciones es insuficiente; 4) la implementación del SAAD en las CCAA se ha producido a distintas velocidades con sus consiguientes efectos de inequidad interterritorial (despliegue desigual entre las CCAA con diferencias en el copago, en los procedimientos de acceso, en niveles de cobertura y en el esfuerzo financiero) lo que, como comentaremos a continuación, sigue suponiendo un reto de gran calado para el SAAD.

4. RETOS DE PRESENTE Y FUTURO DEL SAAD

El SAAD necesita un cambio de paradigma. El diagnóstico sobre las limitaciones y los cambios que es necesario introducir en el SAAD ya han sido puestos de manifiesto en diferentes mesas, comisiones y evaluaciones del SAAD. El Pacto de Estado de la Dependencia de diciembre de 2016, la Comisión de Estudio del SAAD surgida tras la Conferencia de Presidentes en 2017 o los diferentes informes de evaluación del SAAD, por poner varios ejemplos, hicieron un diagnóstico certero de las mejoras que necesita el sistema, sin que se haya dado un paso decidido para su perfeccionamiento hasta el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, surgido de la Mesa de Diálogo Social de julio de 2020 e inspirado por las carencias del sistema evidenciadas durante la pandemia y por la llegada de fondos europeos.

Aspectos como la desinstitucionalización o la atención integral centrada en la persona (AICP) emergen en la agenda pública de los cuidados de larga duración con el reto de fondo sobre cómo encajarlos en un sistema muy burocratizado y articulado sobre soluciones institucionalizadas de cuidados. En este sentido, destacaría dos retos que están interrelacionados. Por un lado, cómo conciliar el derecho a elegir de las personas dependientes y sus familias con recibir la prestación más adecuada. El derecho de las personas en situación de dependencia, basado en la libre elección y decisión sobre el tipo de atención deseada, tal como proclama la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) (art. 3, 1), debe ser compatible con recibir la prestación más adecuada. El ejercicio del principio de la autonomía individual y la personalización, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas, basado en la aplicación del modelo de AICP, tiende a chocar con obstáculos exógenos, como son la lógica de “rodillo administrativo” de los sistemas de CLD y obstáculos endógenos relacionados con el rol que deben tener las personas cuidadoras informales o con las diferencias de partida que afrontan determinados colectivos en función de sus características sociales, culturales, educativas o relacionales en el proceso de decisión. Es decir, en el proceso de decisión no todas las personas parten de la misma situación, debido a diferencias sociales, culturales, educativas o relacionales, y la capacidad de decidir de las personas dependientes también debe tener en cuenta a las personas cuidadoras (generalmente mujeres).

En este sentido, resulta imprescindible reforzar los modelos de gestión intensiva de casos mediante la figura del gestor o gestora de casos para acompañar y orientar a la persona en situación de dependencia y a su familia sobre cómo organizar el cuidado, conectando y articulando en un paquete coherente e integrado el conjunto de los servicios y apoyos (sociales, sanitarios y comunitarios). Por otro lado, está el reto de cómo conciliar la armonización e igualdad, garantizando un mínimo común de derechos de toda la ciudadanía en cualquier parte del territorio español con el acceso a las prestaciones con flexibilidad, adaptación a las peculiaridades socioeconómicas, geográficas y demográficas del territorio, y con proximidad, autonomía y capacidad de decidir de las personas

en situación de dependencia. En este sentido, la estructura de servicios y prestaciones debe adaptarse a las necesidades de la población y a la estructura socioeconómica y territorial de cada región (dispersión territorial, equilibrio rural y urbano...) sin comprometer la igualdad en parámetros de accesibilidad, suficiencia, asequibilidad, adecuación y calidad prestacional de los servicios y prestaciones.

Otro reto está relacionado con mejorar la cooperación y lealtad institucional entre los distintos niveles de la administración. Solo así el actual sistema de co-gobernanza entre AGE y CCAA será capaz de gestionar eficazmente el SAAD y de mejorar la confianza institucional para hacer efectiva la cooperación entre las administraciones públicas. El actual modelo de gobernanza es un sistema cooperativo y complejo de reparto competencial, lo que ha generado dificultades de interpretación con la exclusividad competencial autonómica sobre los servicios sociales. Los acuerdos del CTSSD deben gozar de seguridad jurídica para que las decisiones que se tomen de manera consensuada sean aplicadas de manera efectiva en los diferentes territorios, priorizando las necesidades de las personas sobre estrategias y argumentarios partidistas y polarizados. Para ello es necesario pactar y respetar los principios, indicadores y objetivos comunes acordados, donde las regiones tengan flexibilidad para implementarlos con los instrumentos y procesos que mejor se adapten a su realidad socioeconómica, territorial y cultural (IMSERSO,2022).

La coordinación entre los ámbitos de los servicios sociales y sanitario sigue siendo un reto del SAAD, que no se superará mientras sigan existiendo diferentes culturas profesionales e inercias administrativas ni se articulen y compartan procesos de información, acceso, valoración y protocolos flexibles de coordinación y derivación de beneficiarios entre ambos sistemas.

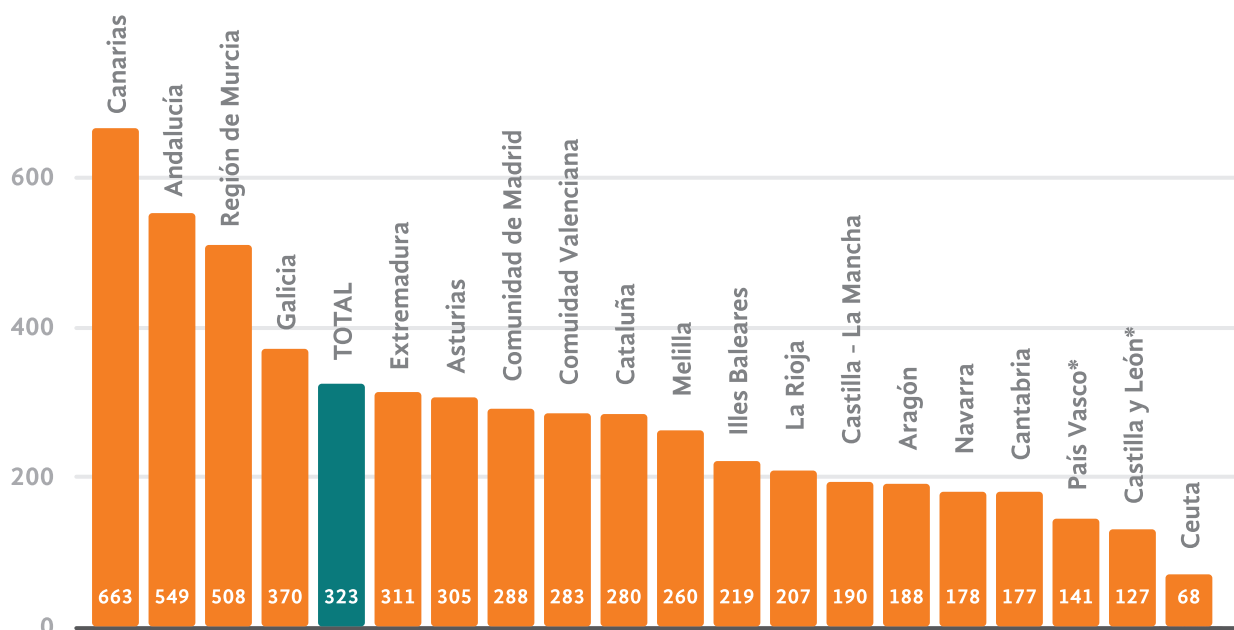
Del mismo modo, también existen diferencias significativas entre las CCAA en cuanto a la valoración de la capacidad económica de los beneficiarios y a los criterios de copago, debido a diferencias en los importes de la cuantía de renta exenta, los colectivos exentos de la obligación del copago, bonificaciones en la cuota según las características de las personas, tramos de renta y porcentajes diferentes para la determinación de la cuota o deducciones en la cuota por diversas circunstancias (familiares o vivienda, entre otros). A ello se une la falta de transparencia de las CCAA en la contabilización de los copagos por la ausencia de mecanismos de contabilidad analítica o el escaso desglose de los copagos en algunas CCAA en función de la renta y el patrimonio. Según la última evaluación del SAAD (IMSERSO, 2022) el copago puede situarse por término medio en un 24%, dentro de una horquilla de entre el 15% y el 33% del coste directo de las prestaciones, alcanzando los valores máximos en Navarra y el País Vasco, y los niveles inferiores en Aragón, Extremadura, Valencia y Castilla la Mancha. La determinación de una mayor transparencia del copago requeriría, por lo tanto, la simplificación del método de valoración de la capacidad económica del beneficiario, mejorar los medios técnicos e informáticos para determinar el importe del copago en función de la capacidad económica facilitada por la Agencia Tributaria y las circunstancias personales de la persona benefi-

ciaria, o desarrollar un sistema de contabilidad analítica que refleje los gastos e ingresos derivados de las prestaciones de atención a la dependencia, diferenciados de los del resto de prestaciones de servicios sociales (IMSERSO, 2022).

Por último, la complejidad institucional y de gobernanza del SAAD a su vez tiene un impacto directo en la gestión y los costes derivados de la coordinación y el intercambio de información entre administraciones, propiciando externalidades negativas como la existencia de inequidades interterritoriales en el acceso, cobertura o copago, con diferencias importantes en los tiempos de espera para la valoración y acceso a las prestaciones, en la oferta de la cartera de servicios, en la elegibilidad efectiva (con tasas no desdeñables de non-take up o elegibilidad no manifestada ni demandada) y en la fragmentación territorial de los servicios.

Concretamente, existen grandes diferencias en las demoras de las resoluciones de reconocimiento de la prestación entre las CCAA (Gráfico 1). Los datos del SAAD a 30 de noviembre de 2023 señalan que el plazo medio de resolución, que se aproxima al año (323 días), sigue siendo muy superior al estipulado de 6 meses y fue especialmente alto en Canarias, Andalucía y Murcia (664, 549, 508 respectivamente), frente a otras regiones por debajo de la media y de los 6 meses preceptivos como Castilla y León (127 días), País Vasco (141), Cantabria (177), o Navarra (178).

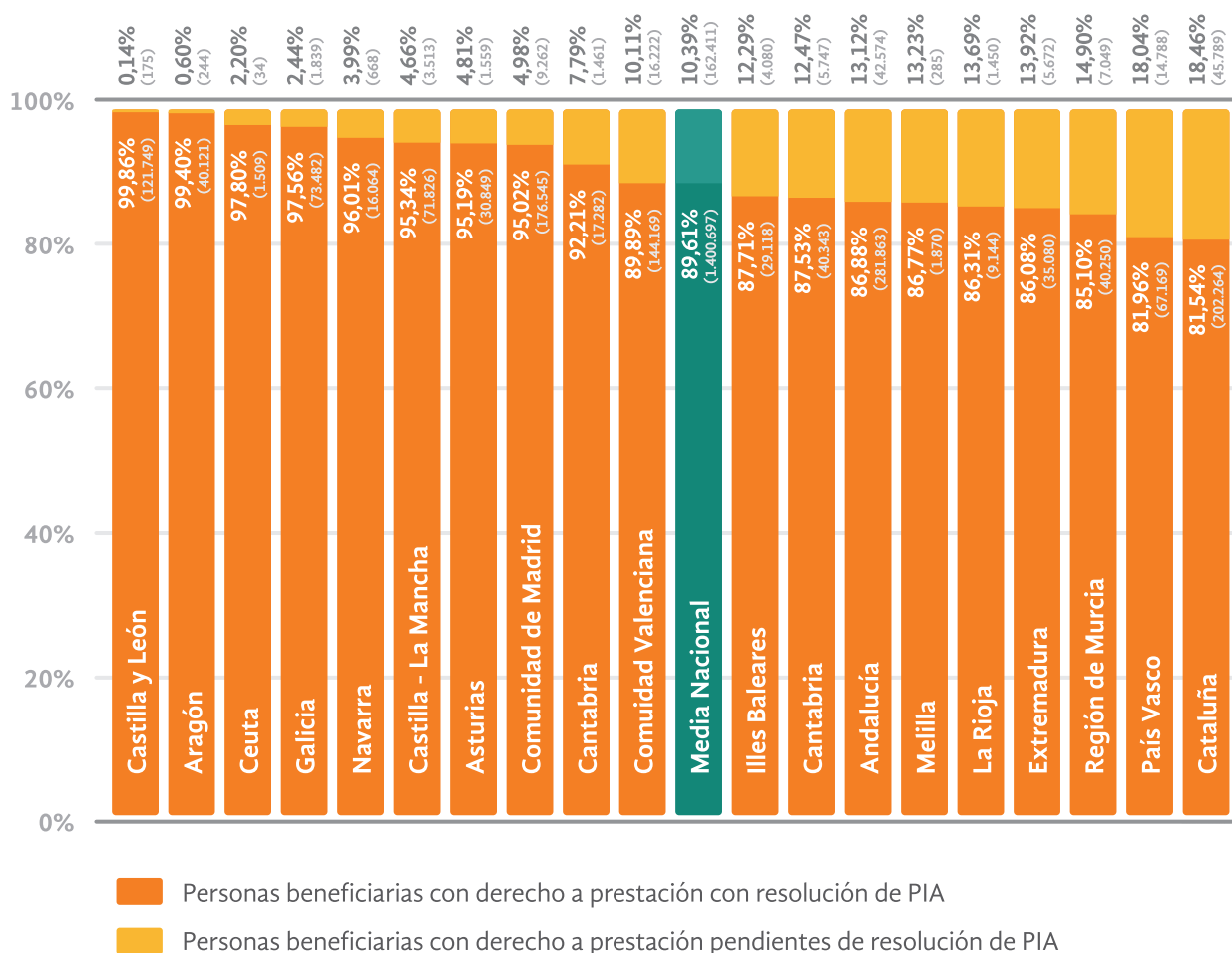
Gráfico 1. Tiempo medio desde la solicitud de dependencia hasta la resolución de la prestación (días).



Fuente: IMSERSO-SAAD, 30 de noviembre de 2023.

En lo que respecta a las listas de espera, según el SAAD, con datos a 30 de noviembre de 2023, 1.563.108 personas tenían reconocido el derecho a la prestación. De las cuales un 10,4% (162.411) estaban en lista de espera pendientes de obtener una resolución de Plan Individualizado de Atención (PIA) o propuesta de prestación de servicios y/o prestaciones para atender las necesidades de las personas con dependencia (Gráfico 2). Dichas listas de espera son especialmente elevadas en Cataluña y País Vasco (más del 18%), Murcia, Extremadura, La Rioja o Andalucía (entre el 13% y el 15%) si las comparamos con Castilla y León o Aragón, que cuentan con cifras prácticamente testimoniales (0,14% y 0,60% respectivamente) (Gráfico 1).

Gráfico 2. Personas beneficiarias con derecho y resoluciones de PIA por CCAA. Todos los grados.



*En las personas beneficiarias con derecho a prestación pendientes de resolución de PIA se incluyen todas las personas beneficiarias con derecho a prestación pendientes de resolución de PIA, independientemente del tiempo que llevan esperando la resolución de PIA y de si existe o no motivo de exclusión no imputable a la Administración.

Fuente: IMSERSO-SAAD, 30 de noviembre de 2023.

Detrás de las listas de espera, los retrasos en las resoluciones y la asignación de servicios y prestaciones subyace una gestión del SAAD donde predomina la lentitud del proceso de valoración, reconocimiento y asignación de prestaciones de la dependencia, debido, entre otros, a los siguientes factores: rigidez de los procedimientos administrativos, con tendencia a bloquearse o ralentizarse por la existencia de datos incorrectos de solicitantes, personas con doble domicilio, dificultades para acceder a datos necesarios de otras administraciones, por la insuficiencia de la oferta de servicios necesarios y de personal técnico valorador, dificultades para asegurar una visita de valoración en determinadas situaciones (cambio de residencia, de hospitalización...), la rigidez en la asignación de servicios en el PIA y en su modificación, la fragmentación y deficiente integración informativa entre administraciones y servicios implicados (administraciones tributarias, de servicios sociales y salud de CCAA y CCLL) o las dificultades de valoración de la capacidad económica y de copago (IMSERSO,2022).

El Plan de Choque en dependencia acordado en 2021 (Secretaría de Derechos Sociales, 2021) acompañado de un Plan de reducción de la lista de espera en abril de ese mismo año² recogen medidas interesantes, como: una mayor dotación de personal administrativo de gestión, de personal técnico de valoración de grado, elaboración de PIA, revisión de expedientes y seguimiento de atenciones y de los medios necesarios para desarrollar su trabajo; integrar en un mismo proceso la valoración del grado de dependencia y el PIA; el reconocimiento automático del grado de dependencia y propuestas del PIA en los traslados de expedientes entre las CCAA; flexibilizar la modificación de los PIA sin reiniciar otro procedimiento administrativo; incrementar las plazas e intensidad de la atención en servicios deficitarios para permitir la agilización de un PIA efectivo o incentivar el apoyo a los servicios sociales comunitarios en la elaboración del PIA. Sin embargo, todavía no se ha conseguido reducir las listas de espera al nivel deseado ni previsto³, lo que lastra y ocluye significativamente las expectativas y eficacia del SAAD, y siembra dudas sobre si el actual modelo de gobernanza es el más adecuado para atender las necesidades reales de las personas beneficiarias.

2. Plan de reducción de la lista de espera. Acuerdo de fecha 30 de abril de 2021 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/plan-de-reduccion-lista-espera-saad>:

3. Mas detalles en: Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS)(2023) la dependencia retrocede. Aumenta la lista de espera y se mantiene el ritmo de fallecidos esperando tramites. Nota de prensa noviembre 2023, <https://directoressociales.com/la-dependencia-retrocede-aumenta-la-lista-de-espera-y-se-mantiene-el-ritmo-de-fallecidos-esperando-tramites/>

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Defensor del Pueblo. (2000). La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: *Defensor del Pueblo*.
- IMSERSO (2005). Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España. IMSERSO. Madrid: *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.
- IMSERSO. (2022). Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD). Madrid: *IMSERSO*.
- Sabatier, P. A. y Jenkins-Smith, H. (1999). The Advocacy Coalition Framework: an assessment. Pp.117-168 in Sabatier, P.A. 1999. *Theories of the Policy Process*. Boulder, Co: Westview Press.
- Secretaría de Derechos Sociales. (2021). Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de choque en dependencia en 2021. *Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030*. <https://www.balancesociosanitario.com/wp-content/uploads/2021/01/Plan-de-Choque-en-Dependencia.pdf>