
SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES EN EL ESTADO AUTONÓMICO: ACTORES Y PROCESOS DE ADAPTACIÓN (1975-2025)

JORGE HERNÁNDEZ-MORENO
GIBRÁN CRUZ-MARTÍNEZ

El análisis de los sistemas de sanidad y servicios sociales en España durante los últimos cincuenta años revela trayectorias diferenciadas pero interconectadas, que reflejan las particularidades del desarrollo del Estado de Bienestar español y el modelo de organización territorial del poder (el llamado *Estado autonómico* o *Estado de las Autonomías*). Ambos sectores de política pública han experimentado profundas transformaciones institucionales, organizativas y territoriales, desde modelos fragmentados hacia sistemas con aspiraciones universalistas. Este artículo examina cómo y de qué manera los actores políticos y sociales, junto con las herencias institucionales previas, han condicionado estas trayectorias de cambio y adaptación.

Nuestra marco teórico y analítico combina el institucionalismo histórico (Pierson, 2000), con teorías y modelo contemporáneos del proceso de políticas, como el marco de las coaliciones promotoras (*advocacy coalition framework*, ACF) (Weible y Saba-

tier, 2018). Esta investigación adopta una metodología comparada de casos similares con diferencias significativas, analizando dos sectores de política social dentro del mismo sistema político y administrativo, pero con trayectorias institucionales y territoriales diferenciadas. Las fuentes de información incluyen documentación oficial (legislación nacional y autonómica, documentos políticos e informes gubernamentales), datos estadísticos de acceso público sobre financiación, cooperación interadministrativa y política autonómica, literatura académica especializada y análisis de prensa. También se han realizado 6 entrevistas¹ a informantes clave: responsables político-administrativos (4) del nivel estatal y autonómico y expertos (2). Esta triangulación metodológica a partir de diferentes fuentes permite obtener una visión comprehensiva de los procesos analizados, combinando evidencia empírica con interpretaciones de los actores implicados y expertos.

El artículo se organiza en cuatro secciones principales. En primer lugar, se examina la trayectoria institucional y organizativa de ambos sistemas durante las primeras

1 En el caso de las entrevistas, una vez grabadas y transcritas, el análisis de los datos consistió en una revisión sistemática para identificar patrones de ideas y conceptos. Los autores llegaron a un consenso sobre la interpretación del material, lo que aumentó la validez interna del estudio al añadir diferentes perspectivas al análisis. En este sentido, se ofrece una descripción detallada de los resultados, incluyendo citas de los participantes, para ilustrar nuestro argumento teórico y permitir a los lectores familiarizarse mejor con los hallazgos.

etapas de desarrollo, analizando desde la transición democrática hasta la consolidación de marcos normativos clave como la Ley General de Sanidad (1986) y la Ley de Dependencia (2006), así como el papel de los actores y coaliciones promotoras en su configuración. En segundo lugar, se estudia la gobernanza territorial y los procesos de descentralización, comparando los diferentes ritmos y modelos de transferencia competencial, junto con el desarrollo de mecanismos de cooperación y coordinación intergubernamental. La tercera sección analiza los procesos de reforma durante las crisis recientes, examinando la resiliencia institucional y adaptación organizativa de ambos sistemas frente a la Gran Recesión y la pandemia de COVID-19. Finalmente, se presentan las principales conclusiones, identificando lecciones aprendidas y los desafíos pendientes para el futuro desarrollo de estos pilares fundamentales del Estado de Bienestar español.

TRAYECTORIA INSTITUCIONAL Y ORGANIZATIVA EN LOS ORÍGENES

La sanidad y los servicios sociales en la transición democrática (1975-1982)

La sanidad y los servicios sociales partieron de situaciones muy diferentes al inicio del periodo democrático. El periodo de la transición no aportó ninguna novedad sustancial en lo que al sistema sanitario se refiere. No obstante, se crearon departamentos y estructuras organizativas clave para la gestión de la sanidad en el Estado de las Autonomías, como el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1977, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) —todos ellos en 1978— (Jiménez Palacios, 2006: 312).

A mediados del siglo XX confluyen distintas medidas, instituciones y actores en la prestación de servicios sociales, tales como los seguros sociales, la acción benéfica del Estado, actuaciones de organizaciones privadas (como la Cruz Roja), instituciones ligadas a la caridad (como la Iglesia) así como el papel más o menos intenso desa-

rollado por los municipios. La Constitución Española de 1978 establece una división de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (artículo 148.1. 20ª), diferenciando las competencias de seguridad social que son de ámbito nacional de las de asistencia social que pasan al ámbito regional. Desde un punto de vista territorial nos encontramos con un “sistema” caracterizado por su fragmentación y por un enfoque predominantemente benéfico-asistencial anclado institucional y organizativamente en la informalidad.

“Yo creo que es importante lo primero, como ser conscientes de que nosotros llegamos a un sistema de servicios sociales, luego tú lo calificarás de público, mixto, yo qué sé qué, pero llegamos a ese sistema con unos 20 años más o menos de retraso sobre otros países, derivado, como bien sabes, de la larga dictadura que hemos vivido. [...] Entonces claro, la Constitución y todo lo demás llega, pues eso, cuando llega, pero tarde en esto, y los años 80 yo los caracterizaría por un inicio, bueno, digamos, más o menos sólido de intentar establecer un sistema de servicios sociales, en el que además estaban en servicio a las personas mayores, personas que necesitaban cuidados. En aquel momento el asunto cuidado, dependencia y demás, no era tan prioritario como ahora, y no había una conciencia clara de ‘mira, está intentando, le ha admitido ya una vez, aquí está.’” (entrevistado 3).

La consolidación institucional: de la Ley General de Sanidad (1986) al Plan Concertado de Servicios Sociales (1988) y la Ley de Dependencia (2006)

La aprobación de la *Ley General de Sanidad* (en adelante, LGS) en 1986 representó un hito fundamental en la configuración del sistema sanitario, estableciendo los principios de universalidad, financiación pública y descentralización (Sabando et al., 2020). Esta ley proporcionó un marco normativo que guió el desarrollo del sistema, facilitando su consolidación institucional.

La aprobación de la LGS fue la plasmación legislativa de un proceso de reforma encabezado por el entonces Ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch, que abarcó el periodo 1984-1986 y que consolidó y generalizó el derecho a una sanidad pública de calidad. La LGS también fijó el modelo de financiación del SNS a través de los impuestos generales e introdujo cambios organizativos importantes, como la creación por primera vez de Equipos de Atención Primaria y la puesta en marcha de Centros de Salud, o cambios en el propio enfoque de la atención sanitaria, como la práctica de la noción de Medicina Familiar y Comunitaria o la introducción de los primeros programas y actividades de prevención y promoción de la salud (Sabando, 2020). Este cambio de paradigma y de enfoque determinará el alcance dispar entre sistemas, tal y como señala uno de los responsables políticos del nivel central entrevistados:

“O sea, el único servicio público verdaderamente universal es el sistema sanitario, es la sanidad, eso es así. En educación está circunscrito y además con una penetración de la parte privada tremendamente grande. En los servicios sociales tienes que tener unos requisitos para llegar a ello, pero el sistema sanitario no solamente tiene ansias universalistas, sino que además es como lo que se ejecuta.” (entrevistado 2).

El actual Sistema Público de Servicios Sociales² tiene su origen en el *Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales* (en adelante, PBSS) de 1988. Este conjunto de prestaciones básicas se centra en el apoyo a la unidad de convivencia y la ayuda a domicilio, el alojamiento alternativo, las actividades de prevención e inserción social (todas ellas se sitúan en el nivel municipal). La financiación del PBSS debía repartirse entre el Estado, las CCAA y los municipios, pero el Estado ha ido reduciendo su participación

año tras año desde el 25% inicial a un 1,7% en el año 2016. En el año 2023, la financiación del Estado llegó hasta el 5,42%. Pese a ello, el PBSS ha sido esencial para consolidar la red básica de Servicios Sociales en España (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024).

Un tema crítico al que se han enfrentado históricamente los servicios sociales es el ámbito de los cuidados, especialmente los de larga duración (Aguilar-Hendrickson, 2020). La *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* (LAPAD) supuso un punto de inflexión para el sistema de protección social, estableciendo por primera vez un derecho subjetivo a nivel estatal y creando un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) con una clara vocación universalista. En la dimensión del empleo, España apostó por profesionalizar y socializar los cuidados, contribuyendo a la creación de empleo cualificado y a la reducción de desigualdades de género (OECD, 2023). La LAPAD también estableció un innovador sistema de cooperación interadministrativa que, pese a sus dificultades, ha sido referente para otros países europeos que afrontan similares desafíos demográficos y territoriales (Comisión Europea, 2023). A diferencia de otros modelos europeos, España optó por un sistema de financiación mediante impuestos en lugar de cotizaciones sociales. Así, el SAAD se configuró como una red pública gestionada por las CCAA, con financiación tripartita: Administración General del Estado (AGE), CCAA y personas usuarias mediante copagos³. La financiación estatal se articula principalmente a través del *Nivel Mínimo* (obligatorio) y el *Nivel Acordado* (complementario). Sin embargo, la participación del Estado en la financiación del sistema ha sufrido importantes fluctuaciones a lo largo de los años y el intento de aproximar el ámbito de los servicios sociales al modelo sanitario –en

2 En la actualidad, el sistema de servicios sociales se organiza en dos niveles de atención: los servicios sociales de atención primaria, básicos o comunitarios, que constituyen la estructura básica y la puerta de entrada al sistema (estos se prestan en el ámbito municipal). Y los servicios sociales de atención especializada, que son aquellos que se dirigen a determinados sectores de población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan una atención más específica (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2023).

3 Varios análisis han evidenciado cómo el modelo actual de copago presenta importantes problemas derivados de la importante opacidad informativa (con grandes disparidades territoriales) y disfunciones relacionadas con la equidad, esto es, la existencia de 17 modelos diferentes según la comunidad autónoma, lo que provoca que personas con situaciones similares paguen cantidades distintas dependiendo de su lugar de residencia (véase, Montserrat Codorniu, 2024).

términos de reconocimiento de derechos y cobertura de la población– quedó limitado con la Gran Recesión (Montserrat Codorniu, 2024).

El papel de los actores y la configuración de coaliciones promotoras en la organización y el desarrollo de ambos sistemas

Los sindicatos y algunos gobiernos regionales ejercieron una presión considerable sobre los gobiernos socialistas de la década de 1980 y principios de 1990 y avanzaron rápidamente en el diseño de sus sistemas de protección social. Esta coalición pudo entonces neutralizar la oposición conservadora y la de importantes grupos de interés, que por razones corporativas o ideológicas se oponían a la expansión del Estado del Bienestar (Del Pino, 2020).

En el ámbito sanitario, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) propugnaba –ya desde la oposición, en los años de gobierno de la Unión de Centro Democrático (UCD)– el diseño y el impulso de un sistema sanitario inspirado en el *National Health Service* (NHS) británico e implantado en muchos países del Norte de Europa, caracterizado por “proporcionar cobertura universal por la condición de ciudadano o residente, estar financiado mayoritariamente con impuestos y estar orientado a una protección integral de la salud” (Sevilla, 2006: 15). El proceso de reforma que arrancó en 1984 se enfrentó a un largo e intenso debate, así como a fuertes presiones de una poderosa coalición de actores (Sabando, 2020). La “Operación Primavera”, intentó movilizar a un conjunto variado de actores, desde profesionales sanitarios de los sectores más conservadores, parte de la opinión pública, partidos políticos (como Alianza Popular) y los propios colegios profesionales contra la LGS. Frente a ellos, sindicatos y organizaciones de pacientes conformaron otra coalición promotora favorable a la universalización, aunque con tensiones internas respecto a los modelos de gestión y financiación.

En los servicios sociales, el panorama de actores ha sido más fragmentado, lo que ha dificultado la articulación de intereses y capacidades compartidas a nivel institucional y organizativo. La presión de algunos gobiernos regionales, de los sindicatos mayoritarios y, especialmente, de los trabajadores sociales durante la década de 1980, contribuyó a la ampliación de los servicios de asistencia social y los regímenes de renta mínima que, hasta ese momento, seguían una lógica liberal y de asistencia social. A partir de 1990 también se adoptaron algunas medidas provisionales en materia de políticas familiares. No obstante, la debilidad organizativa de los profesionales del sector (con una muy baja densidad de sindicalización), la amplia informalidad del trabajo en el caso de los cuidados, así como la heterogeneidad de los colectivos atendidos, han dificultado tradicionalmente la formación de una *coalición promotora* cohesionada.

La Ley de Dependencia de 2006 logró movilizar temporalmente a los actores implicados en el sector, así como a instituciones de gran relevancia –como el Defensor del Pueblo, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología o el Consejo Estatal de Personas Mayores–. El modelo actual del SAAD es el resultado de un proceso arduo de negociación entre los distintos niveles de gobierno, los sindicatos, la patronal, las organizaciones profesionales y el tercer sector.

Todos ellos, influidos a nivel institucional por el papel cada vez mayor de la UE y de varios países de nuestro entorno, conformaron una *coalición promotora* liderada por un grupo de expertos sobre la base de ideas e intereses compartidos⁴. Así lo manifestaban varios de los responsables políticos del nivel central, así como varios expertos consultados en el marco de esta investigación:

“(la influencia de Europa) [...] como la aprobación de la ley alemana porque tenía unas bases del modelo Bismarck y demás similares a las que nosotros queríamos implantar aquí y ya pues todo el proceso de aprobación fue un proceso excesivamente rápido, pues de unos

4 La elaboración del Libro Blanco de la Dependencia (2005) fue un hito en todo este proceso de negociación y reforma, con elementos en conflicto tanto de índole territorial como relacionados con el sistema de financiación.

seis años aproximadamente cuando la ley alemana llevaba 20 años de debate sobre esto porque estábamos hablando de un derecho subjetivo pleno, es decir, que añadir al Estado un derecho subjetivo pues tiene muchas implicaciones” (entrevistado 3).

LA GOBERNANZA TERRITORIAL DE LA SANIDAD Y LOS SERVICIOS SOCIALES: DESCENTRALIZACIÓN Y CREACIÓN DE UNA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA SUBNACIONAL

Procesos de transferencia competencial: diferentes ritmos y modelos

Sanidad

El proceso de transferencias en el ámbito sanitario se desarrolló gradualmente entre 1981 y 2002, “completando” el desarrollo del Estado autonómico y el proceso de equiparación del nivel competencial de todas las regiones. En este sentido, también la creación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas es el resultado de un proceso gradual, que arranca en 1983 con la creación del Servicio Vasco de Salud (*Osakidetza*) y finaliza en el año 2001, con la constitución del Servicio Cántabro de Salud (Figura 1). En el marco del sistema sanitario descentralizado español⁵, el gobierno central se reservó las competencias exclusivas sobre la sanidad exterior, las Bases y la Coordinación de la Sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos (*Ley del Medicamento*), así como la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social. La transferencia de la sanidad a la regiones españolas puso fin a la asimetría de competencias existente, elevando la participación de los gobiernos subnacionales en el gasto público total hasta el 45% (OCDE,

2023). Las regiones también pasaron a gestionar 140.000 empleados, 83 hospitales y 35.000 camas (León, 2003: 85). Este proceso de descentralización vino acompañado de la formulación, a ritmos distintos entre territorios, de una Ley de Ordenación Sanitaria y una gran producción legislativa autonómica (León, 2003: 87). Este proceso de organización y distribución de poderes y responsabilidades hizo necesario el desarrollo de mecanismos de coordinación, como el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (en adelante, CISNS) (órgano al que volveremos más adelante).

Servicios Sociales

El marco competencial y de distribución territorial del poder y responsabilidades en el ámbito de los servicios sociales es complejo. La propia Constitución muestra una clara voluntad normativa por aproximar los Servicios Sociales al territorio, lo más cerca posible de las necesidades y demandas de los ciudadanos. No obstante, al no existir una Ley estatal de servicios sociales⁶, en la práctica todas las comunidades autónomas han asumido la competencia “exclusiva” en materia de servicios sociales en sus propios Estatutos de Autonomía, aprobando sus propias *Leyes autonómicas de Servicios Sociales* desde el año 1982 y estableciendo los principios, conceptos y criterios que vertebran sus sistemas en el nivel autonómico y municipal (ver Tabla 2). También las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla han desarrollado e implementado sus propios reglamentos y normativas.

La figura 2 refleja el marco legislativo autonómico en materia de servicios sociales, mostrando la evolución normativa a través a través de los años. En este sentido, se aprecia cómo la mayoría de las CCAA han desarrollado tres generaciones legislativas, lo que evidencia un proceso constante de actualización normativa en respuesta a nuevas necesidades y enfoques. Es significati-

5 El sistema sanitario español está formado por tres subsistemas: el Sistema Nacional de Salud (SNS); las mutuas laborales, destinadas a los funcionarios, las fuerzas armadas y el poder judicial (MUFACE, MUGEJU e ISFAS); y las mutuas que prestan asistencia en caso de accidente y enfermedades profesionales, conocidas como «mutuas colaboradoras con la seguridad social»

6 En enero de 2023, el Gobierno central de coalición, liderado e impulsado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, aprobó el *Anteproyecto de la Ley Estatal de Servicios Sociales*. Esta norma establecía por primera vez unos mínimos comunes estatales en materia de servicios sociales, reduciendo las barreras de acceso a la protección social, dando cabida a la movilidad territorial y fomentando la innovación social para que las mejoras prácticas se vayan incorporando a la labor de los servicios sociales. En el momento de finalizar esta investigación (verano de 2025) la reforma se encuentra “en el cajón” ministerial y varios actores (como las organizaciones sindicales) presionan para que se encuentre un consenso mínimo para su aprobación e implementación.

FIGURA 1
PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE GOBIERNO DE LA SANIDAD EN EL ESTADO AUTONÓMICO

Comunidad Autónoma	Reales Decretos de Transferencia (por orden de aprobación)	Ley de Ordenación Sanitaria (o leyes de referencia en las Comunidades Autónomas)	Estructura de gobierno de la sanidad / Organismos Autonómicos de Salud (denominación 2025)	
Cataluña	<i>Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio</i>	Ley 15/1990, de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Cataluña	Consejería de Sanidad	Servicio Catalán de la Salud
Andalucía	<i>Real Decreto 400/1984, de 22 febrero</i>	Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud	Consejería de Salud	Servicio Andaluz de Salud (SAS)
País Vasco	<i>Real Decreto 1536/1987, de 6 noviembre</i>	Ley 10/1983, de 19 de mayo, del Servicio Vasco de Salud Osakidetza	Consejería de Sanidad	Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)
Valencia	<i>Real Decreto 1612/1987, de 27 noviembre</i>	Ley 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de Salud	Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública	Agencia Valenciana de Salud
Navarra	<i>Real Decreto 1680/1990, de 28 diciembre</i>	Decreto Foral 43/1984, de 16 de mayo, de creación del Servicio Regional de Salud	Departamento de Salud	Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)
Galicia	<i>Real Decreto 1679/1990, de 28 diciembre</i>	Ley 1/1989, de 2 de enero del Servicio Gallego de Salud	Conselleria de Sanidad	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
Canarias	<i>Real Decreto 446/1994, de 11 marzo</i>	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias	Consejería de Sanidad	Servicio Canario de Salud
Asturias	<i>Real Decreto 1471/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias	Consejería de Sanidad	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
Cantabria	<i>Real Decreto 1472/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de creación del Servicio Cántabro de Salud Aprueba el Estatuto del Servicio Cántabro de Salud	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales*	Servicio Cántabro de Salud
La Rioja	<i>Real Decreto 1473/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud	Consejería de Salud	Servicio Riojano de Salud
Murcia	<i>Real Decreto 1474/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia	Consejería de Sanidad	Servicio Murciano de Salud
Aragón	<i>Real Decreto 1475/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud	Departamento de Sanidad	Servicio Aragonés de Salud
Castilla-La Mancha	<i>Real Decreto 1476/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha	Consejería de Sanidad	Servicio de Salud (SESCAM)
Extremadura	<i>Real Decreto 1477/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura	Consejería de Sanidad y Políticas Sociales*	Servicio Extremeño de Salud (SES)
Baleares	<i>Real Decreto 1478/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 4/1992, de 15 de julio del Servicio Balear de la Salud	Consejería de Sanidad	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUT)
Madrid	<i>Real Decreto 1479/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 9/1984, de 30 de mayo, de creación de los Servicios Regionales de Salud y Bienestar Social y del Instituto Regional de Salud y Bienestar Social	Consejería de Sanidad	Servicio Madrileño de Salud
Castilla y León	<i>Real Decreto 1480/2001, de 27 diciembre</i>	Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León	Consejería de Sanidad	Sanidad de Castilla y León (Sacyl)

Fuente: elaboración propia.

* En el momento de finalizar esta investigación, solo 2 gobiernos regionales han creado una consejería única para sanidad y servicios o asuntos sociales. En 2015, 7 Comunidades Autónomas habían llevado a cabo experiencias de coordinación de este tipo.

vo que 15 de las 17 CCAA hayan aprobado Catálogos o Carteras de Servicios Sociales, instrumentos que concretan reglamentariamente las prestaciones específicas ofrecidas en cada territorio. No obstante, solo 13 regiones han implementado Mapas de Servicios Sociales, herramientas que identifican la prestación efectiva de servicios y constituyen un indicador relevante del grado de implementación real de la normativa sectorial. Esta asimetría entre el desarrollo legislativo formal y la implementación operativa ilustra las diferentes capacidades y prioridades políticas. Destaca sobre todo el caso de Galicia, siendo la única CCAA sin

Catálogo o Carteras de Servicios Sociales, ni Mapas de Servicios Sociales.

Este modelo de gobernanza territorial complejo ha contribuido a lo largo de los años a la fragmentación del sistema y a la generación de importantes desigualdades territoriales, así como a generar desafíos en materia de coordinación. La Ley de Dependencia de 2006 intentó corregir parcialmente esta situación, aunque con resultados limitados debido a las tensiones competenciales, la falta de lealtad política en los distintos territorios y a una financiación insuficiente desde sus primeros pasos (Moreno Fuentes, 2015; Hernández-Moreno et al., 2023).

El papel de los mecanismos y estructuras de cooperación y coordinación intergubernamental

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) crea como órgano de coordinación el CISNS, constituido formalmente el 7 de abril de 1987. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud atribuye al CISNS una nueva composición y funciones. El CISNS está constituido por las personas titulares del Ministerio de Sanidad y de las consejerías autonómicas compe-

tentes en materia de sanidad. Internamente, el CISNS cuenta con varios instrumentos de funcionamiento y organización, como el Pleno (órgano de más alto nivel), la Comisión Delegada (órgano de segundo nivel) y un amplio entramado de órganos de apoyo con diferentes denominaciones, integrados por representantes –habitualmente de nivel técnico– tanto del Ministerio de Sanidad como de todas las regiones. El CISNS puede adoptar varios tipos de decisiones: a) Acuerdos: suponen un compromiso de actuación (pueden ser de obligado cumplimiento); b) Recomendaciones: expresa una opinión que en un asunto determinado.

FIGURA 2
MARCO LEGISLATIVO AUTONÓMICO EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES

Comunidad Autónoma	Ley Autonómica de Servicios Sociales	Catálogo o Cartera de Servicios Sociales* (aprobada)	Mapa de Servicios Sociales**
Andalucía	(Primera Generación) Ley 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía (Tercera Generación) Ley 9/2016 de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía	Si	Si
Aragón	(Primera Generación) Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social. (Tercera Generación) Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón	Si	Si
Asturias	(Primera Generación) Ley 5/1987, de 11 de abril, de servicios sociales. (Segunda Generación) Ley 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 9/2015, de 20 de marzo, de primera modificación de la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.	Si	Si
Baleares	(Tercera Generación) Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears [modificada] Ley 10/2013, 23 diciembre, de modificación de la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears	Si	Si
Canarias	(Primera Generación) Ley 9/1987 de 28 de abril, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias.	Si	No
Cantabria	(Tercera Generación) Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales	Si	Si
Castilla y León	(Primera Generación) Ley 18/1988 de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León [modificada] Ley 5/2014, de 11 septiembre, de medidas para la reforma de la Administración de la Comunidad de Castilla y León	Si	Si
Castilla-La Mancha	(Primera Generación) Ley 3/1986 de 16 de abril, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 14/2010 de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha	Si	Si
Cataluña	(Primera Generación) Ley 26/1985 de 27 de diciembre, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales. [modificada] Ley 10/2011, 29 diciembre, de simplificación y mejora de la regulación normativa	Si	Si
Valencia	(Primera Generación) Ley 5/1989 de 6 de julio, de Servicios Sociales. (Segunda Generación) Ley 5/1997 de 25 de junio, por la que se Regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana, (Tercera Generación) Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana [modificada] Ley 13/2016, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat	No	Si
Extremadura	(Primera Generación) Ley 5/1987 de 23 de abril, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura	Si	No
Galicia	(Segunda Generación) Ley 4/1993 de 14 de abril, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales [modificada] Ley 8/2016, 8 julio, por la que se modifica la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia	No	No
Comunidad de Madrid	(Primera Generación) Ley 11/1984 de 6 de junio, de Servicios Sociales (Segunda Generación) Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales	Si	Si
Murcia	(Primera Generación) Ley 8/1985 de 29 de diciembre, de Servicios Sociales (Segunda Generación) Ley 3/2003 de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales [modificada] La Ley 16/2015, de 9 de noviembre, modifica la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia	Si	No
Navarra	(Primera Generación) Ley Foral 14/1983 de 30 de marzo, sobre Servicios Sociales (Segunda Generación) Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, sobre Servicios Sociales	Si	Si
País Vasco	(Primera Generación) Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales (Segunda Generación) Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales	Si	Si
La Rioja	(Primera Generación) Ley 2/1990 de 10 de mayo, de Servicios Sociales (Segunda Generación) Ley 1/2002 de 1 de marzo, de Servicios Sociales (Tercera Generación) Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales	Si	Si

Fuente: elaboración propia.

* La denominación varía en función de la Comunidad Autónoma. En general, constituyen el desarrollo reglamentario de la Ley, especificando las prestaciones específicas que se ofrecen en el territorio en materia de servicios sociales.

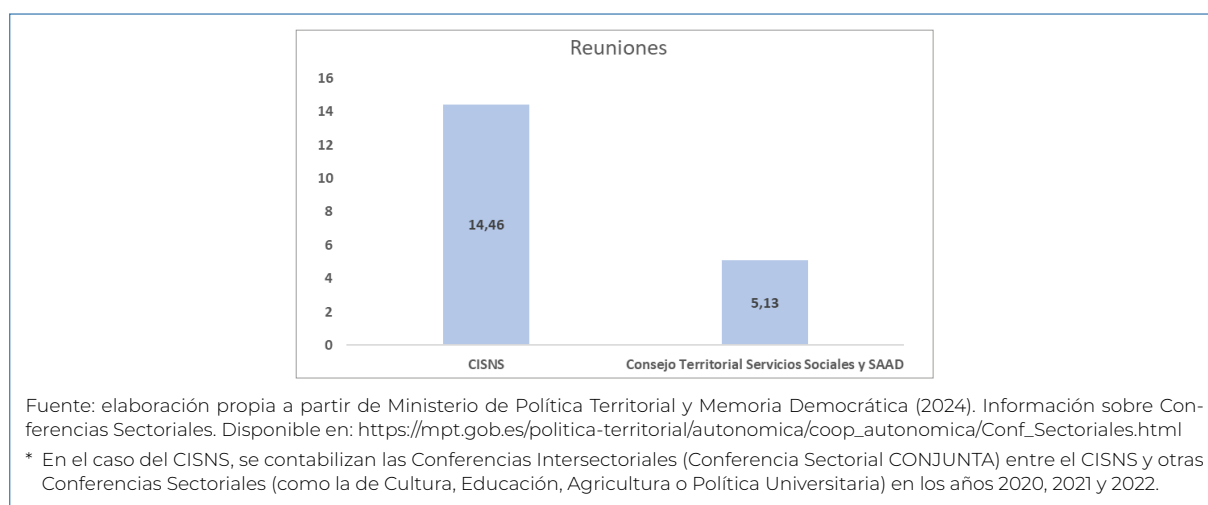
** Se trata de una identificación de los servicios sociales que se prestan efectivamente en los territorios (indicador del nivel de implementación de la normativa sectorial).

Por su parte, el actual Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fue constituido el 16 de enero de 2013, a través del *Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*⁷ (art.22.2). La composición del Consejo Territorial es la misma que la del CISNS y también cuenta con una Comisión Delegada del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, una Comisión Delegada de Servicios Sociales, así como con una estructura de órganos de apoyo (principalmente grupos de trabajo de carácter permanente o temporal). El Consejo Territorial puede adoptar diferentes tipos de decisiones, en forma de Acuerdos, Propuestas, Dictámenes o Recomendaciones. A diferencia del CISNS, donde las decisiones –Acuerdos– son siempre alcanzadas por consenso, en el Consejo Territorial los acuerdos formales y las propuestas políticas son adoptados por la regla de la mayoría. En este sentido, la Ley de Dependencia de 2006 establecía una cooperación y coordinación muy intensa en determinadas áreas o dimensiones del sistema, “unos esfuerzos compartidos que van más allá del patrón tradicional de coordinación de políticas a través de las Conferencias Sectoriales” (Cuesta-López, 2013: 262).

A lo largo de los años, ambas Conferencias Sectoriales han mostrado un elevado grado de estructuración y un sólido sistema de toma de decisiones (Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, 2024). Sin embargo, encontramos notables diferencias si nos fijamos en el número y frecuencia de sus reuniones. Desde su constitución en 1987, el CISNS ha sido un órgano estable en sus reuniones anuales, celebrando una media de tres o cuatro sesiones al año. De hecho, desde que se tienen registros de forma sistematizada, sus niveles de actividad son los más altos de todas las Conferencias Sectoriales. En los últimos 15 años, este órgano ha celebrado un total de 217 sesiones, con una media anual de 14,46 encuentros. Por su parte, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y SAAD en el mismo periodo se ha reunido en 77 ocasiones, con una media anual de 5,13 reuniones (ver Figura 3).

En general, estos niveles de actividad e interacción intergubernamental muestran la existencia de un Estado descentralizado relativamente maduro, que asume un papel específico en su coordinación intergubernamental. Varios de los entrevistados en el marco de esta investigación han manifestado el peso especial de cuestiones como la (in)congruencia partidista o la importancia del “engrase” de los órganos de segundo

FIGURA 3
COMPARATIVA NÚMERO DE REUNIONES PROMEDIO ANUALES MANTENIDAS POR EL CISNS* Y EL CONSEJO TERRITORIAL DE SERVICIOS SOCIALES Y DEL SAAD (2010-2025)



⁷ Esta reforma integra los anteriores Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales en un único órgano.

nivel (de apoyo técnico) en las dinámicas de acuerdo y en el grado de coordinación finalmente alcanzado:

“[...] dependiendo para qué, la congruencia o no entre los diferentes niveles juega un papel o juega otro. Y luego, a nivel de funcionamiento del interterritorial, sin lugar a duda, creo que hace que se ponga un mayor peso en el consenso técnico. [...] Lo técnico es una forma de generar consensos donde no los hay. Yo creo que ahora hay una particularidad, que es una particularidad que no siempre se da, y es que con diferentes sobrepesos de una parte y de otra, pero tanto la ministra como yo, como el secretario de Estado, tenemos una parte técnica y una parte política. O sea, eso hace que sí que tengamos la cintura técnica, o sea, la cintura para poder incorporar elementos técnicos en el ámbito del debate político, lo cual en muchas ocasiones sirve para sacar adelante acuerdos” (entrevistado 1).

PROCESOS DE REFORMA EN TIEMPOS DE CRISIS: RESILIENCIA INSTITUCIONAL Y ADAPTACIÓN ORGANIZATIVA ENTRE LA GRAN RECESIÓN Y LA PANDEMIA DE COVID-19

Sanidad

La Gran Recesión y las políticas de austeridad implementadas por el gobierno conservador del Partido Popular provocaron un gran impacto en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El Real Decreto-ley 16/2012 modificó elementos fundamentales, estableciendo una división entre ciudadanos con derecho a la asistencia sanitaria pública y aquellos obligados a pagar, afectando principalmente a colectivos vulnerables como inmigrantes en situación irregular (Cervero-Liceras et al., 2015). El gasto sanitario público experimentó una reducción del 12,6% entre 2009 y 2013, mientras la media de los países de la UE-15 lo aumentaba ligeramente (OECD, 2023). Estas políticas exacerbaron las desigualdades territoriales en materia de gasto sanitario y tuvieron consecuencias directas en la calidad y accesibilidad de los

servicios, con una pérdida aproximada de 28.500 puestos de trabajo en el SNS durante 2010-2014 (Del Pino y Ramos Gallarín, 2018). Desde un punto de vista territorial, durante la Gran Recesión se produjo un significativo proceso de recentralización en materia sanitaria. El gobierno central promovió reformas legislativas que reforzaron su papel en detrimento de las capacidades de las regiones, al mismo tiempo que el Ministerio de Hacienda fortaleció su influencia en el proceso de toma de decisiones de este sector de política pública. La coordinación intergubernamental a través del CISNS disminuyó un 58% entre 2012 y 2016 respecto al periodo anterior. No obstante, algunas regiones desarrollaron “estrategias de resistencia”, manteniendo cierto margen de maniobra, especialmente aquellas con diferencias partidistas respecto al gobierno central o mayor capacidad institucional (Hernández-Moreno et al., 2025).

El contexto generado por la pandemia actuó como prueba de estrés para el SNS, que demostró una notable capacidad de adaptación en la reorganización asistencial y en la expansión de capacidades críticas, aunque con tensiones derivadas de la insuficiencia de recursos preventivos. La pandemia también evidenció las consecuencias de una década de austeridad, particularmente en recursos humanos, camas UCI y equipamiento (Legido-Quigley et al., 2020). En el periodo pospandémico, el SNS ha experimentado importantes procesos (e intentos) de reforma de carácter estructural, como el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (2021), para la transformación digital y el fortalecimiento asistencial. También el *Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19* amplió significativamente las exenciones de copago farmacéutico, beneficiando a 7,3 millones de personas vulnerables.

Durante la pandemia el gobierno implementó medidas tanto centralizadoras como descentralizadoras. En la primera etapa se evidenció una importante centralización mediante la declaración del estado de alarma en marzo de 2020, pero posteriormente se regresó al modelo de distri-

bución de poderes y responsabilidades previo, con una importante participación de los gobiernos subnacionales (denominado a nivel técnico y normativo como co-gobernanza) en los procesos de adopción e implementación de medidas en este sector de política pública. Desde un punto de vista de la coordinación y colaboración intergubernamental, durante la pandemia se reforzaron algunos mecanismos de coordinación vertical, se crearon nuevos foros o se recurrieron a algunos ya existentes –como las Conferencias Intersectoriales– (Hernández-Moreno y Harguindéguy, 2024). En general, la actividad de los órganos de coordinación intergubernamental (tanto formales como informales) se intensificó extraordinariamente. El CISNS pasó a celebrar reuniones semanales (82 en 2020), y aunque posteriormente ha moderado su ritmo, mantiene la periodicidad más alta de todas las Conferencias Sectoriales.

Servicios Sociales

El Sistema Público de Servicios Sociales y el SAAD sufrieron especialmente durante la Gran Recesión. La financiación estatal de los servicios sociales a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas (PCSS) se redujo un 72% entre 2010 y 2013, mientras las CCAA recortaron aproximadamente un 5% y las entidades locales un 23%. En dependencia, el Real Decreto-ley 20/2012 supuso una reducción del 13% en las cuantías de prestaciones económicas por cuidados familiares, eliminación de compatibilidades entre servicios y reducción de intensidades horarias (IMSERSO, 2017). La aportación estatal al SAAD cayó un 27,4% entre 2010 y 2013. Estas medidas provocaron una profundización del modelo hacia las prestaciones económicas frente a los servicios profesionales, con una re-familiarización de los cuidados (Rodríguez-Cabrero, 2016). Entre 2011 y 2015 se redujo un 6% el número de beneficiarios con prestaciones efectivas, mientras las listas de espera aumentaron un 35% (ADGSS, 2016). La crisis también reforzó el papel del gobierno central en la toma de decisiones sobre el SAAD, reduciendo la autonomía regional mediante reformas legislativas y la reestructuración de los órganos de coordinación intergu-

bernamental. Sin embargo, al igual que en sanidad, las regiones conservaron competencias clave y la capacidad de adaptación de la medidas estatales al mantener la responsabilidad operativa diaria (Hernández-Moreno et al., 2025).

Durante la pandemia, los servicios sociales, especialmente los residenciales, mostraron mayores dificultades para responder adecuadamente a la crisis, con serios problemas de gestión y coordinación intergubernamental e intersectorial (Del Pino et al., 2020; Hernández-Moreno et al., 2023; Pereira-Puga et al., 2023, Hernández-Moreno et al., 2024 y Hernández-Moreno et al., 2025.). La pandemia también visibilizó las consecuencias de una infrafinanciación crónica y abrió una ventana de oportunidad para repensar el sistema en su conjunto, emergiendo una coalición de actores diversos con una agenda de reformas muy ambiciosa, centrada en la desinstitucionalización del sector y la adopción de un enfoque comunitario (Cruz-Martínez y Hernández-Moreno, 2025; Perna et al., 2025). La respuesta institucional se ha materializado en el anteproyecto de ley para reformar simultáneamente la Ley de Dependencia y la Ley de Discapacidad en el verano de 2025. El papel de Europa ha sido determinante, intensificando su influencia a través del Pilar Europeo de Derechos Sociales, la Estrategia Europea de Cuidados y los fondos Next Generation EU, que han canalizado recursos significativos hacia la modernización de los sistemas sanitarios y de cuidados.

Desde un punto de vista de la dimensión territorial y la coordinación intergubernamental, es reseñable la inestabilidad en la operatividad e institucionalización del Consejo Territorial de Servicios Sociales y SAAD en los peores años de la pandemia. Este órgano pasó de mantener cuatro reuniones en 2020 a 13 y 11 encuentros en los años 2021 y 2022, respectivamente. Este salto cuantitativo, que continuó en 2023 y 2024, se explica fundamentalmente por el proceso de reforma del sistema de cuidados y el modelo residencial anteriormente mencionado. Un complejo proceso de negociación en el que han estado presentes todos los actores públicos (Gobierno central y CCAA) y privados vinculados al sector.

CONCLUSIONES: LECCIONES APRENDIDAS Y DESAFÍOS PENDIENTES

El análisis de la evolución de los sistemas sanitario y de servicios sociales en España durante los últimos 50 años revela tanto patrones comunes como divergencias significativas. El SNS ha gozado tradicionalmente de buena reputación internacional, logrando resultados muy favorables en salud y esperanza de vida con un nivel de gasto inferior a la media. Sin embargo, en los años recientes, la percepción ciudadana sobre el sistema ha empeorado, haciendo necesario recuperar la confianza mediante el refuerzo de recursos y la mejora de la calidad asistencial. Existen un amplio consenso entre los principales actores del sistema, instituciones y organizaciones nacionales e internacionales sectoriales, en torno a la reformas más prioritarias en el SNS español, entre las que destacan: el fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria para mejorar la prevención, el diagnóstico precoz y reducir desigualdades; la reforma del sistema de salud pública; la consolidación de la cohesión, equidad y universalidad, así como el incremento de la Cartera Común de Servicios del SNS; el refuerzo de las capacidades profesionales y la reducción de la temporalidad y, por último; la mejora de la regulación de medicamentos y productos sanitarios para incrementar la competencia y favorecer el acceso a nuevos tratamientos.

Por su parte, el sistema de servicios sociales requiere de un nuevo marco legal que consolide el derecho a los servicios sociales mediante una ley nacional que defina servicios mínimos en todo el país, avance en la cobertura de derechos subjetivos y mejore la transferibilidad de derechos entre CCAA. Asimismo, es necesario aclarar el alcance de los servicios sociales, abordar las lagunas de protección social en determinados ámbitos y considerar servicios más completos basados en la práctica internacional, con especial énfasis en los servicios preventivos, la atención domiciliaria y la transformación de los centros residenciales hacia modelos comunitarios. La mejora de la calidad de los servicios sociales pasa por replantear la dotación de personal, garantizando

una relación adecuada entre profesionales y usuarios, simplificando procedimientos administrativos y facilitando la formación continua. También es fundamental diseñar servicios integrados dentro de una estrategia más amplia, aumentando la interoperabilidad con otros sectores y reforzando los requisitos de responsabilidad de los proveedores privados y del tercer sector.

La gobernanza territorial representa uno de los principales desafíos para ambos sistemas en el contexto del Estado autonómico. El siempre difícil equilibrio entre descentralización y cohesión territorial requiere mecanismos y estructuras de coordinación y cooperación más efectivos y permanentes que garanticen la equidad sin comprometer la capacidad de autonomía y adaptación de los distintos territorios. Este desafío es especialmente relevante ante la creciente interrelación entre ambos sistemas, que exige modelos de atención integrada capaces de responder a necesidades cada vez más complejas y cambiantes.

REFERENCIAS

- Aguilar-Hendrickson, M. (2020). Long-term care in Spain: A reform failure or the regulation of a development path? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(11-12), 1301-1317.
- Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. (2016). XVI Dictamen del Observatorio de la Dependencia. <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2023/10/XVI-DICTAMEN-del-OBSERVATORIO.pdf>
- Bernal-Delgado, E., Angulo-Pueyo, E., Ridao-López, M., Urbanos-Garrido, R. M., Oliva-Moreno, J., García-Abiétar, D., & Hernández-Quevedo, C. (2024). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 26(3), i-187.
- Cervero-Liceras, F., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2015). The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia. *Health Policy*, 119, 100-106.
- Comisión Europea. (2023). Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2021-2070).
- Cruz-Martínez, G., & Hernández-Moreno, J. (2025). De la academia a la política: Fortaleciendo derechos sociales en tiempos de crisis. Entrevista a Ignacio Álvarez Peralta. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. <https://doi.org/10.24965/gapp.11534>
- Cuesta-López, V. (2013). Intergovernmental cooperation and social policies in the State of the Autonomies: The institutional framework for the governance of the dependent care. En A. López Basaguren & L. Escajedo (Eds.), *The ways of federa-*

- lism and the horizons of the Spanish State of Autonomies. Springer.
- Del Pino, E. (2020). Welfare state. En D. Muro & I. Lago (Eds.), *The Oxford handbook of Spanish politics* (pp. 525-541). Oxford University Press.
- Del Pino, E., Moreno-Fuentes, F. J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J., Moreno, L., Pereira-Puga, M., & Perna, R. (2020). Informe sobre la gestión institucional y organizativa de las residencias de personas mayores y COVID-19: Dificultades y aprendizajes. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC).
- Del Pino, E., & Ramos, J. A. (2018). Is welfare retrenchment inevitable? Scope and drivers of healthcare reforms in five Spanish regions during the crisis. *Journal of Social Policy*, 47(4), 701-720.
- Hernández, J., Del Pino, E., Ramos, J. A., & Colino, C. (2025). Recentralisation in welfare? Measuring and comparing territorial governance change in Spain. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 42(1), 23996544251322018.
- Hernández-Moreno, J., & Harguindéguy, J. B. (2024). COVID-19 and territorial politics: towards a redefinition of Spanish intergovernmental relations? *Regional Studies, Regional Science*, 11(1), 387-405. <https://doi.org/10.1080/21681376.2024.2370420>
- Hernández-Moreno, J., Pereira-Puga, M., & Cruz-Martínez, G. (2023). COVID-19 and nursing homes in decentralized Spain: How governance and public policies influence working conditions and organizational responses to the crisis. *Administration & Society*, 55(9), 1651-1679.
- Hernández-Moreno, J., Del Pino, E., y Moreno-Fuentes, F.J. (2024). Problemas intersectoriales e intergubernamentales complejos e integración de políticas en situaciones de crisis. En *Evaluación de la gestión de la pandemia de COVID-19 en España*. 291-319, Tirant lo Blanch.
- Hernández-Moreno, J., Perna, R., Pereira-Puga, M., & Cruz-Martínez, G. (2025). Long-term care for older people during the COVID-19 pandemic in decentralised Spain. In *Long-Term Care and Older People in Western Europe* (pp. 252-271). Policy Press.
- Jiménez Palacios, A. (2006). El Sistema Nacional de Salud 20 años después. *Revista de Administración Sanitaria*, 4(2), 311-322.
- Legido-Quigley, H., Mateos-García, J. T., Regulez Campos, V., et al. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, 5(5), e251-e252.
- León, S. (2003). El gobierno de la sanidad descentralización sanitaria y estructura organizativa. Subdirección General de Alta Inspección. Observatorio del SNS.
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2023). Informe de Seguimiento del Plan de Choque. Situación a 30 de noviembre de 2023. <https://www.senado.es/web/expedientappendixblobservlet?legis=15&id1=11741&id2=1>
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2024). Plan Concertado Para el Desarrollo de las prestaciones básicas de Servicios Sociales. <https://www.dsca.gob.es/es/derechos-sociales/servicios-sociales/prestaciones-basicas>
- Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática. (2024). Información sobre Conferencias Sectoriales. https://mpt.gob.es/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Conf_Sectoriales.html
- Montserrat Codorniu, J. (2024). La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 34, 48-79.
- Moreno-Fuentes, F. J. (2015). Retos y reformas de las políticas de cuidado de larga duración en España. En F. J. Moreno Fuentes & E. Del Pino (Eds.), *Desafíos del estado de bienestar en Noruega y España: Nuevas políticas para atender a nuevos riesgos sociales* (pp. 55-80). Tecnos.
- OECD. (2023). Long-term care for older people: Financing and sustainability.
- Pereira-Puga, M., Hernández-Moreno, J., & Cruz-Martínez, G. (2023). La coordinación institucional durante la pandemia de COVID-19: el caso de las residencias de personas mayores en España. *Política & Sociedad*, 60(2), e84774. <https://doi.org/10.5209/poso.84774>
- Perna, R., Hernández-Moreno, J., & Cruz-Martínez, G. (2025). Reforming long-term care provision and work in post-pandemic times: Scope and drivers of policy change in the Spanish decentralised system. *Social Policy & Administration*. <https://doi.org/10.1111/spol.13117>
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251-267.
- Rodríguez-Cabrero, G. (2016). La gran depresión y su impacto en las políticas sociales. *Revista Española del Tercer Sector*, 33, 17-46.
- Sabando Suárez, P., Torres-González, F., & Lamata Cotanda, F. (2020). El sistema nacional de salud: Pasado, presente y desafíos de futuro. Ediciones Díaz de Santos.
- Sevilla, F. (2006). La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social (Documento de trabajo 86/2006). Fundación Alternativas.
- Weible, C. M., & Sabatier, P. A. (Eds.). (2018). *Theories of the policy process* (4ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429494284>

SOBRE LOS AUTORES

Jorge Hernández-Moreno es investigador en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IPP-CSIC) y miembro asociado del Centro de Investigación sobre Gobierno Multinivel y Políticas Territoriales (UNED). Su investigación se centra en la gobernanza territorial de los Estados de Bienestar, así como en el federalismo comparado. Es Secretario Académico de Gestión y Análisis de Políticas Públicas (INAP)..

Gibrán Cruz-Martínez es profesor en la Universidad Complutense de Madrid. Su investigación se centra en la política social comparada y los determinantes del desarrollo de los estados de bienestar en América Latina, el Caribe y España. Es coeditor de *Alternautas*, y miembro del Consejo Editorial Internacional de *Social Policy & Society*.