

**XIII CONGRESO DE AECPA**  
**La fortaleza de Europa: vallas y puentes**  
**Universidad de Santiago de Compostela**

**20 al 22 de septiembre de 2017**  
**Santiago de Compostela - Galicia**

**GT 2.5 Las dinámicas del proceso político en sistemas multinivel**

**BORRADOR**

*Por favor, no citar sin permiso de las autores*

**El cambio en la gobernanza territorial del Estado de Bienestar español durante la crisis (2007-2016): *process tracing* de la política sanitaria, la política de atención a la dependencia y las políticas activas del mercado de trabajo<sup>1</sup>**

**Jorge Hernández-Moreno (UAM-IPP)<sup>2</sup>, Eloísa del Pino (IPP-CSIC)**  
**y Juan A. Ramos (URJC)**

---

<sup>1</sup>El trabajo se enmarca en los proyectos de investigación CRIGOBBE (Los efectos de la crisis en la gobernanza del sistema de protección social en España: la perspectiva multinivel y del *welfare-mix*) financiado por el INAP y en el proyecto de investigación CRISAUT (Capacidad y Estrategias de Reforma frente a la Crisis Fiscal en los Sectores Públicos y las Políticas de Bienestar Autonómicos: Condicionantes y Trayectorias de Cambio), CSO2012-33075, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España. Página web del proyecto: [http://crisaut.es/?page\\_id=2&lang=es\\_ES](http://crisaut.es/?page_id=2&lang=es_ES).

<sup>2</sup> Investigador pre-doctoral en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP/CSIC). Asistente de investigación de los proyectos CRIGOBBE y CRISAUT en el Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP/CSIC).

## Resumen

España ha sido uno de los países de Europa Occidental que ha avanzado hacia adelante en el proceso de descentralización del Estado de Bienestar en las últimas décadas. En concreto, las décadas de 1990 y 2000 fueron testigo de una aceleración de este proceso, el cual ha estado acompañado de una expansión del gasto social (el denominado esfuerzo en bienestar) a nivel sub-nacional (Comunidades Autónomas) alcanzado una participación de alrededor de dos tercios en los presupuestos regionales. Este documento tiene por objeto examinar si la crisis económico-financiera, y específicamente, las estrategias de consolidación fiscal desarrolladas para contener los efectos de la *Gran Recesión*, han afectado a la gobernanza territorial de las políticas sociales y el Estado de Bienestar, alterando en última instancia este proceso descentralizador en la política sanitaria, la política de atención a la dependencia y las políticas activas del mercado de trabajo.

## I. Introducción

La mayoría de los estudiosos sobre el Estado de Bienestar en el contexto de crisis actual se han sentido fundamentalmente atraídos por el impacto de la misma en el recorte de las políticas sociales y de este en los ciudadanos (por ejemplo, Hemerijck 2015). A pesar del creciente interés que había suscitado en las últimas décadas, la transformación de la gobernanza del Estado de Bienestar y, en particular su dimensión espacial o territorial, los estudios sobre el impacto de la crisis en la misma son todavía escasos y no del todo concluyentes (Oosterlynck et al. 2013; Humer et al. 2013).

Por un lado, la literatura politológica y económica sobre las transformaciones del federalismo se ha preguntado de qué manera la crisis financiera global ha afectado a los sistemas federales en general (Kincaid et al 2010). Varios análisis han evidenciado que los sistemas descentralizados han respondido a la crisis de formas variadas en lo que se refiere a sus modos de gobernanza (Braun y Trein 2014). Una tendencia bastante extendida es que los gobiernos centrales están asumiendo un papel más destacado en la regulación o en el control de las cuentas de los gobiernos subnacionales, papeles que se justifican con la necesidad de coordinar la elaboración de las políticas fiscales y para tratar de evitar comportamientos oportunistas de las unidades subnacionales. Esta tendencia puede esperarse sobre todo de países en las que el reparto del poder no está del todo cerrado aún aunque exista una tendencia hacia la descentralización (como en España, India o Argentina) (Braun y Trein 2013: 346).

Sin embargo, no está del todo claro en qué medida estas tendencias generales están afectando a la gobernanza de las políticas sociales ni tampoco están claros los mecanismos por los que esto ocurre. Tanto desde la economía, como desde la geografía, la ciencia política o la sociología, el interés por la relación entre las políticas sociales y la organización territorial del Estado respondió a que, efectivamente, numerosos países habían puesto en marcha procesos de descentralización de estas políticas tratando de dar salida así a demandas relacionadas con la identidad, la profundización democrática o la creencia en que la eficacia de la acción pública mejoraría si las políticas podían adaptarse a las peculiaridades territoriales (Banting 2006; Kazepov 2010).

Existen dudas acerca de si esta tendencia descentralizadora ha continuado durante la crisis. Por ejemplo, se han producido algunas experiencias de recentralización en el sector de las políticas sociales, vinculadas en general a la creencia de que desde el

centro es más fácil garantizar la equidad entre los ciudadanos que viven en un país (López Santana 2015). Algunos estudios sectoriales sobre diferentes políticas sociales han puesto de manifiesto procesos más complejos, en los que la gobernanza territorial de estas políticas se manifiesta como un fenómeno multidimensional. Mientras que en las últimas décadas algunas de sus dimensiones han sufrido cambios sustantivos otras han permanecido en esencia constantes (Hooghe y Marks, 2003; López-Santana 2015).

Este artículo está interesado en analizar hasta qué punto la crisis ha afectado a la gobernanza del Estado de Bienestar. En concreto, se pregunta si y de qué modo la relación entre los diferentes niveles de gobierno alrededor de las políticas sociales han evolucionado desde el comienzo de la crisis. Así mismo busca estudiar qué tipo de cambios se han producido, en qué dimensiones de la gobernanza del bienestar y mediante qué mecanismos, tratando de contribuir a la literatura sobre reformas de bienestar y federalismo, en concreto sobre federalismo fiscal y relaciones intergubernamentales así como a la literatura que desde la ciencia de la administración y la gestión pública se ha preocupado de analizar los aspectos de la gobernanza, sus cambios y los instrumentos por los que se producen (por ejemplo, Falletti 2010; López Santana 2015).

Para responder a las preguntas mencionadas se analiza el caso español. Tras años de una fuerte centralización, la descentralización ha sido una de las principales tendencias en el desarrollo institucional del Estado de Bienestar español (Aja 2003; Moreno 2009). Desde los años 90 y durante la década de los 2000, se aceleró el proceso de descentralización de las políticas sociales a los gobiernos subnacionales y locales. Sin embargo, no está claro que ha pasado durante la crisis con la gobernanza de estas políticas. Aparentemente los gobiernos regionales se han convertido en más dependientes del gobierno central (Viver y Martín 2013; Muro 2015). Al comenzar la crisis, los gobiernos subnacionales fueron acusados de ser incapaces de gestionar adecuadamente sus recursos o de no querer hacerlo (Del Pino y Pavolini 2015). El margen de maniobra de estos gobiernos se vio reducido debido a la problemática situación económica, la cual ha impedido que los gobiernos subnacionales hayan obtenido financiación de los mercados para sus políticas y, por lo tanto, se vieron obligados a recurrir al gobierno central.

En este contexto, el gobierno central declaró que la supervisión de los gobiernos subnacionales era necesaria y que para recibir apoyo financiero, estos tendrían que

aceptar las condiciones que el gobierno central les impusiera, tales como un mayor control sobre sus presupuestos (Colino y del Pino 2014). Además, al avanzar la crisis, los gobiernos subnacionales se han visto obligados a aplicar ambiciosos planes de austeridad, buena parte de los cuales se han diseñado desde el gobierno central. Debido a estos planes, las políticas sociales que son de competencia autonómica (educación, sanidad, servicios sociales, de atención a la dependencia y a las políticas activas de empleo, entre otras) han experimentado fuertes recortes (ver Tabla I.1), pero no está claro que ha ocurrido con su gobernanza. No sabemos en qué medida por ejemplo reformas generales relacionadas con la estabilidad presupuestaria han afectado al modo en que se deciden, se financian o se proveen las políticas sociales o en qué medida la gobernanza del sistema de protección social se ha tratado de reformar más o menos abiertamente, mediante qué estrategia y con qué reacción por parte de los gobiernos subnacionales españoles.

Para responder a estas preguntas se analizan tres políticas sociales, sanidad, atención a la dependencia y políticas activas del mercado de trabajo. Además del análisis detallado de normas y otro tipo de información secundaria, hemos realizado alrededor de veinte entrevistas en profundidad que tratan sobre las percepciones de los decisores y gestores de las políticas concretas, tanto del Estado central como de seis Comunidades Autónomas. Estas entrevistas semiestructuradas han tratado sobre la evolución de la relación entre los diferentes niveles de gobierno (especialmente el Estado central y las Comunidades Autónomas) a lo largo de la crisis y alrededor de varias dimensiones de la gobernanza territorial. Con frecuencia, estas personas participan en órganos de decisión conjunta sobre cuyo funcionamiento real no existe información pública; asimismo, nos han proporcionado información que sobre la dimensión informal de estas relaciones. Las entrevistas tuvieron una duración media de una hora y cuarto y se han realizado a lo largo de casi tres años. Las entrevistas han sido explotadas por tres investigadores de forma separada.

**Tabla I.1**

**Varios indicadores sobre el recorte del gasto social durante la crisis en varias CCAA % (con datos disponibles desde finales de 2015)**

<b>CCAA</b>	Diferencia entre el gasto social en % del PIB regional (2013-2007), puntos porcentuales	Variación del gasto social nominal (2013-2007), porcentaje	Diferencia entre el gasto social en % del PIB regional (2013-el año de máximo de gasto social entre 2007 y 2013), puntos porcentuales	Diferencia entre el gasto social en euros constantes per cápita (2013 - 2007), puntos porcentuales	Diferencia entre el gasto social en euros constantes per cápita (2013 menos el máximo año de gasto de entre 2007 y 2013), puntos porcentuales
<b>Andalucía</b>	0,9	2,2%	-1,5	-13,5	-23,4
<b>Asturias</b>	0,8	0,2%	-1,2	-11,4	-18,2
<b>Castilla-La Mancha</b>	-0,4	-6,8%	-4,8	-20,7	-35,2
<b>Cataluña</b>	0,1	0,1%	-2,1	-15,4	-25,7
<b>Madrid</b>	-0,1	-2,7%	-1,1	-17,1	-24,0

Fuente: elaboración propia a partir de: gasto no financiero total en todos los años (MINHAP, sin fecha a), saldo de la cuenta 413 en 2008 y 2009 (de la Fuente, 2015) y saldo de la cuenta 413 desde 2010 hasta 2014 (MINHAP, sin fecha, a). \*Se ha incluido el saldo de la cuenta 413 íntegramente como gasto sanitario. \*\*El gasto dedicado a políticas sociales se ha calculado sumando los epígrafes 2. Actuaciones de promoción y protección social y 3. Producción de bienes públicos de carácter preferente (excluyendo cultura) de la clasificación funcional del gasto público contenida en los presupuestos. \*\*Población de derecho a 1 de julio de cada año, INE. \*\*\*Inflación, INE, serie homogénea del IPC autonómico con precios de 2008. \*\*\* PIB, INE, contabilidad regional, serie homogénea con base 2008.

Este artículo se organiza en varias secciones. La segunda contiene una revisión de la literatura sobre las dimensiones de la gobernanza, sus cambios e instrumentos por los que estos se producen, y una propuesta para la medición del cambio en la gobernanza territorial del Estado de Bienestar. En el apartado tercero, se describe el liderazgo llevado a cabo por el Gobierno central español durante la crisis, y se apunta a la utilización técnicas novedosas en los procesos de (re)centralización durante este

periodo. En la cuarta sección analizamos como ha evolucionado de la gobernanza territorial del Estado de Bienestar español entre 1980 y 2007, para proceder posteriormente al análisis de los estudios de caso en tres políticas sociales, atención a la dependencia, sanidad y políticas activas del mercado de trabajo. Un marco de análisis comprendido entre el inicio de la crisis, 2007, hasta diciembre de 2016. En el quinto apartado se discute el tipo de cambios ocurrido en el sistema de protección social y se sintetizan las principales conclusiones.

## **II. Cómo estimar el cambio en la gobernanza territorial de las políticas sociales**

El concepto de gobernanza y su relación con los estudios sobre el Estado de Bienestar, tiene sus orígenes en las reformas del sector público de principio de los años ochenta y los debates en torno a cómo han de gobernarse las políticas de bienestar. Desde la literatura académica esta relación ha sido abordada desde un punto de vista *bidimensional* (Bureau y Vabo, 2011: 141-142). La primera aproximación se refiere a la dimensión *horizontal*, en la que el concepto de gobernanza hace referencia al incremento de la participación de la sociedad en el gobierno a través de la auto-organización en redes, provocando la reducción de la lógica jerárquica y dando lugar a nuevas formas de gobernar (Rhodes, 1996; Mayntz, 2001; Kooiman, 2000, 2004). En la literatura sobre el Estado de Bienestar es lo que se conoce como *Welfare Mix*, fórmula para nada novedosa que trata de cubrir las necesidades sociales de los ciudadanos a través de una combinación de actores públicos o privados (Del Pino y Rubio Lara, 2016: 51-53).

En segundo lugar, la literatura hace referencia a la dimensión *vertical* (territorial) del concepto de gobernanza. Una dimensión presente en los estudios al menos desde mediados del siglo XX, cuando la transferencia de autoridad de los niveles nacionales a los subnacionales (regionales y locales) otorgó responsabilidades a los gobiernos municipales en la provisión de servicios sociales (Bergmark y Mina, 2007). Un concepto que se centra en la creciente interdependencia vertical de actores que operan en diferentes niveles territoriales y la consiguiente reasignación de autoridad desde el Estado central tanto hacia arriba como hacia abajo (Hooghe y Marks, 2001; Bache y Flinders, 2004).

Algunos estudios han realizado una clasificación que se centra, como factor determinante, en la propia estructura del Estado (desde un punto de vista nacional y constitucional/institucional) en su relación con la organización territorial de la provisión de asistencia social (McEwen y Moreno, 2005: 6-10): Estados uni-nacionales/estructura unitaria (Francia); Estados uni-nacionales/ estructura descentralizada (Alemania); Estados plurinacionales/estructura unitaria (Bélgica); Estados plurinacionales/estructura unida (Reino Unido); Estados Plurinacionales/ estructuras descentralizadas (Canadá).

Por otro lado, siguiendo la clásica tipología de los “regímenes” o “mundos” del bienestar de Esping-Andersen (1990), se ha tratado de identificar una serie de configuraciones territoriales diferenciadas (Kazepov 2010: 52-65).

Estudios más recientes han continuado esta línea de investigación y han tratado de desarrollar una nueva tipología<sup>3</sup> que vincule la organización territorial y los sistemas de protección social, en este caso de los países europeos, en función de una serie de variables como el nivel de responsabilidad gubernamental, la fuente principal de financiación, la producción y la provisión de las políticas de bienestar (Humer, 2013a, 2013b). El resultado es una tipología de tres grandes grupos (Humer et al., 2013a: 154-161): un primer grupo integrado por la mayoría de países de la Europa mediterránea más Bélgica y Luxemburgo, cuya característica principal es el predominio del gobierno central en la organización territorial de sus políticas sociales, salvo en los casos de España e Italia que poseen una fuerte regionalización de sus EB; un segundo grupo, el más amplio de esta tipología, integrado por el RU y la mayoría de países del norte y el centro de Europa, así como países de la Europa oriental como Letonia, Estonia o Rumanía, los cuales poseen una organización territorial en la que la responsabilidad principal sobre la planificación, la producción y la financiación de las políticas de bienestar recae en los niveles regionales y locales de gobierno; y por último, un tercer grupo de países integrado por los Países Bajos, Irlanda, Hungría y Grecia (más heterogéneo geográficamente) el cual se caracteriza por la posición dominante del gobierno central en la organización territorial de las políticas sociales, tanto en la planificación como en la financiación.

Aunque ha habido varios esfuerzos por ubicar distintos países en diferentes clasificaciones o tipos, la gobernanza del Estado de Bienestar en su dimensión territorial

---

<sup>3</sup> Para Humer (2013a) los sistemas de protección social están compuestos por las políticas de sanidad, educación, mercado de trabajo, vivienda pública y servicios sociales.



o espacial no es fácil de aprehender (véase por ejemplo Humer et al. 2013; Kazepov 2010, 2013). En primer lugar, los múltiples políticas que componen el sistema de protección en cada país están ubicadas en distintos niveles de gobierno. Independientemente del tipo de federalismo, las pensiones y la protección por desempleo son casi siempre responsabilidad del Estado central en la mayoría de los sistemas federales. Mientras tanto, es más común que la sanidad o las políticas activas de empleo estén descentralizadas (Banting 2005; Banting 2012).

En segundo lugar, las variedades del federalismo (Obinger et al, 2005) provocan que el nexo entre federalismo y políticas sociales y sus implicaciones en torno al cambio institucional y territorial de los Estados de Bienestar deba ser estudiado, comparado y contrastado a nivel de programas de bienestar específicos, y rechazar generalizaciones sobre las lógicas de cambio institucional en los sistemas federales (Béland y Myles, 2012).

En tercer lugar, la gobernanza de cada una de las políticas, e incluso de los programas específicos, supone una amplia gama de actividades y funciones que en muchos sistemas territorialmente complejos están repartidas en distintos niveles de gobierno (Lazard 2006). En esta *functional division of powers*, la regulación básica de la sanidad puede recaer en el Estado central mientras que los gobiernos regionales pueden tener competencias en el desarrollo de esta legislación; a su vez los gobiernos regionales y los locales son los responsables de la gestión del sistema y, al mismo, los tres niveles corren a cargo de la financiación de la política (Banting 2005; Jeffery 2005; Greer 2016).

En este sentido, es complejo describir en pocas palabras los principales rasgos de la gobernanza de un sistema de protección social específico. Con el objetivo de apreciar la complejidad de la gobernanza y de las políticas públicas en los Estados modernos donde son varios actores los que participan en las distintas dimensiones de las políticas, la literatura ha distinguido con una finalidad analítica entre el componente decisorio de la gobernanza (más político), el relacionado con la implementación (más administrativo) y el de financiación (véase, López-Santana 2015). Aunque esta distinción sigue siendo imperfecta ya que sabemos, por ejemplo, que en la fase de implementación se adoptan decisiones, es al menos una forma de acercarse a la complejidad del objeto de estudio.

Aunque la forma en la que gobernanza cambia no puede simplificarse en el continua centralización/ descentralización, los cambios en este eje son sin duda relevantes (McEwen y Moreno, 2005; Kazepov 2010; Van Berkel 2010; Wood y Klassen 2008; Weishaupt 2011a, 2011b). Como ya se ha mencionado en la introducción de este artículo, la literatura científica que estudió la gobernanza de las políticas sociales antes de la crisis, detectó una tendencia hacia la descentralización. No está claro que ha ocurrido durante la crisis. Si bien la tendencia descentralizadora puede haber continuado, la literatura sobre federalismo parece detectar que los gobiernos han emprendido políticas recentralizadoras con el fin de conseguir más fácilmente la consolidación fiscal. Sin embargo, algunos análisis sectoriales han detectado procesos más complejos.

**Tabla II.2**

**Varios indicadores para medir la transformación de la gobernanza territorial de los sistemas de protección social**

	<b>Hay centralización si:</b>
<b>Decisión</b>	<p>Ha cambiado formalmente el sistema de decisión en favor de niveles de gobierno superiores respecto de niveles inferiores</p> <p>Sin cambiar formalmente el sistema de decisión, se decide lo que quiere el nivel superior</p> <p>Se adoptan decisiones por parte de los órganos horizontales (no sectoriales) de los niveles de gobierno superiores que condicionan las decisiones que adoptan en el área de política en cuestión</p>
<b>Financiación</b>	<p>Si ahora la financiación es finalista y antes no</p> <p>Si ahora se exige a cambio más información</p> <p>Si ahora se exige cumplir objetivos (de rendimiento por ejemplo).</p> <p>Si se reduce la financiación vía transferencia y ello reduce el margen de maniobra de los gobiernos inferiores</p> <p>Los actores del sistema perciben que se ha producido centralización</p>
<b>Implementación</b>	<p>Evidencia de que hay más homogeneidad que antes</p> <p>Si, con la intervención del nivel superior de gobierno, se aprueban normas detalladas que condicionan la gestión cotidiana de la política (sobre cumplimiento de estándares u otras cuestiones)</p>

	<p>Si se crea una agencia desde el nivel superior de gobierno para garantizar la implementación</p> <p>Si el nivel de gobierno pone en marcha actividades para el seguimiento exhaustivo de la gestión de la política</p> <p>Los actores del sistema perciben que se ha producido centralización (por ej. más homogeneidad o declaran que tienen menos libertad para reaccionar ante problemas de gestión)</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Con la finalidad de intentar comprender esa complejidad nosotros proponemos analizar los cambios en las diferentes dimensiones de la gobernanza mencionadas. Estos cambios pueden haberse producido formalmente, de modo que han dejado un rastro normativo en el sistema, o informalmente. En nuestra hipótesis principal es que es posible que a pesar de la tendencia descentralizadora que se había producido en las políticas sociales durante las últimas décadas, la crisis haya cambiado frenado o revertido esta tendencia. Suponemos por tanto que vamos a encontrar cierta tendencia centralizadora en las tres dimensiones de la gobernanza. En la Tabla II.2 se encuentran los indicadores que hemos diseñado en tratar de observar este proceso de cambio.

Desarrollar la tabla

### **III. El rol del gobierno central en la crisis financiera**

Aunque el liderazgo de los gobiernos centrales en la gestión de la crisis resulta un fenómeno generalizado en los países de nuestro entorno (Bordignon, 2013) en el caso español nos encontramos con técnicas novedosas que refuerzan este proceso (Urrutia 2015: 77-110): el condicionamiento de la autonomía financiera a través de la reforma del art. 135; el desarrollo unilateral del principio de estabilidad presupuestaria; la transformación de las cajas de ahorro (Ley 9/2012); la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, que cuestiona el actual sistema de reparto de competencias entre niveles de gobierno y la limitación de la acción exterior de las comunidades autónomas (CC. AA.) (Ley 2/2014), a las que se les impone que actúen bajo el marco y los objetivos de la política exterior del Gobierno central.

Algunas de estas medidas realizadas por el gobierno central tuvieron un claro efecto centralizador. El gobierno central utilizó sus capacidades para estimular el gasto de los gobiernos locales, especialmente en obras públicas y servicios sociales, a través de las subvenciones condicionadas. Hasta el año 2008, las regiones habían participado en la

gestión y distribución de los subsidios a los gobiernos locales. También las donaciones para la ayuda a las industrias ha limitado la autonomía de las regiones (por ejemplo a la Industria del automóvil ). La promoción de una reforma del sector financiero ha conllevado indirectamente una centralización, ya que la mayoría de las cajas de ahorro regionales (con jurisdicción regional) se vieron obligadas por el Banco Central de España a la fusión y consiguiente transformación en bancos (con competencia central) y por lo tanto se han excluido a los gobiernos de las CCAA de sus juntas de decisión .

En el otro lado, el gobierno central permitió a las regiones endeudarse y aplicar las medidas anticíclicas a través de la reforma de 2009 , que también aumentó la autonomía fiscal regional. Ni el gobierno central ni los mercados de crédito fueron capaces de disciplinar el comportamiento fiscal de las CCAA. Sólo la UE señaló algunos problemas al abrir un procedimiento de déficit excesivo en 2009 .

En la segunda fase que comienza en 2009, la situación cambió completamente. Los estrictos objetivos de consolidación fiscal marcados por la UE, los problemas de liquidez de las CCAA, debido a la restricción del mercado de crédito y el aumento de rendimiento de los bonos del gobierno central conducen a la imposición unilateral de las CCAA de las políticas procíclicas y al abandono de las políticas anticíclicas por parte de algunas de ellas. El Gobierno Central estableció límites de control más severos en relación al aumento de los gastos regionales, de los niveles de deuda y de endeudamiento (Mas-Collel et al 2012). Al mismo tiempo se trató de obligar a las CCAA a aumentar sus impuestos regionales o recortar el gasto en personal y servicios públicos .

Una medida importante fue la reforma del artículo 135 de la Constitución para establecer límites al gasto público y al endeudamiento. Esta enmienda constitucional se acordó con el principal partido de la oposición, y debía ser ejecutada a través de la Ley de Estabilidad Fiscal y Sostenibilidad Financiera, aprobada el 27 de abril de 2012, que siguiendo el modelo alemán ha introducido un control estricto, el cumplimiento de las sanciones por incumplimiento de déficit y los objetivos de deuda, fijados unilateralmente por el gobierno central. El Gobierno central también puso en marcha un conjunto de préstamos condicionales para evitar incumplimientos y apoyar a las CCAA con problemas de liquidez. Desde 2010, los gobiernos centrales se negaron a mutualizar la deuda regional y aumentaron su control de las políticas presupuestaria regionales, a través de condicionalidades fiscales y un límite a la emisión de deuda. Para aliviar la

situación de liquidez pésimo de las regiones, el gobierno central también estableció el Fondo para la Financiación de Pago a Proveedores y el Fondo de Liquidez Autonómico (FLA), este último con un máximo de 18 millones de euros para permitir la centralización de la emisión de deuda pública y proporcionar liquidez a las CCAA con préstamos menos costosos para ellas. Este mecanismo también se basa en una estricta condicionalidad fiscal y el seguimiento de los planes regionales de reequilibrio. Todo ello evidencia que el gobierno central ha desempeñado un papel dominante en la gestión de la crisis económica en España (Colino y Del Pino 2014).

#### **IV. La gobernanza territorial del bienestar durante la crisis (2007-2015) en varios sectores de política social.**

El sistema de gobernanza territorial del Estado de Bienestar español se articula a través del modelo federal denominado Estado de las Autonomías<sup>4</sup>. Este sistema tiene su origen en un profundo proceso de descentralización, que ha ido otorgando amplios poderes políticos y administrativos a las Comunidades Autónomas (CCAA) (Moreno y Colino, 2010; Aja y Colino, 2014). La tendencia descentralizadora del Estado de Bienestar español desde los años 90 y principios de los 2000, ha afectado al núcleo de las políticas sociales, convirtiendo a los niveles subnacionales (autonómicos y locales) de gobierno en instituciones con un gran peso en las políticas ligadas al Estado de Bienestar (Moreno y McEwen, 2005; Gallego y Subirats, 2011).

Si bien las políticas de pensiones y programas de desempleo pasivos permanecen casi totalmente en manos del gobierno central, la descentralización de la salud y la educación a las diecisiete regiones se culminó en 2002. Además, los regímenes de ingresos mínimos, generalmente modestos, se llevan a cabo en las CCAA desde 1989. Los servicios de asistencia social se delegaron entre 1987 y principios de 1990 a las CCAA. Los gobiernos regionales también tienen competencias en políticas activas de empleo, y a través de los sistemas Regionales de Empleo se encargan de administrar e implementar estas políticas, de la formación, la intermediación del mercado de trabajo, la promoción de emprendedores así como de hacer cumplir las sanciones correspondientes ligadas a la activación (Del Pino y Ramos, 2013: 231).

---

<sup>4</sup> Desde el establecimiento de la Democracia y la progresiva aprobación de los 17 Estatutos de Autonomía, la práctica totalidad de ellos han sido modificados en sucesivas fases (1991, 1994, 1996-2001, 2002, 2004-2011, 2012-2015) ampliando las competencias de las CCAA, propiciando al mismo tiempo un avance del proceso de descentralización política y la introducción de instrumentos de participación y cooperación con el Estado central.

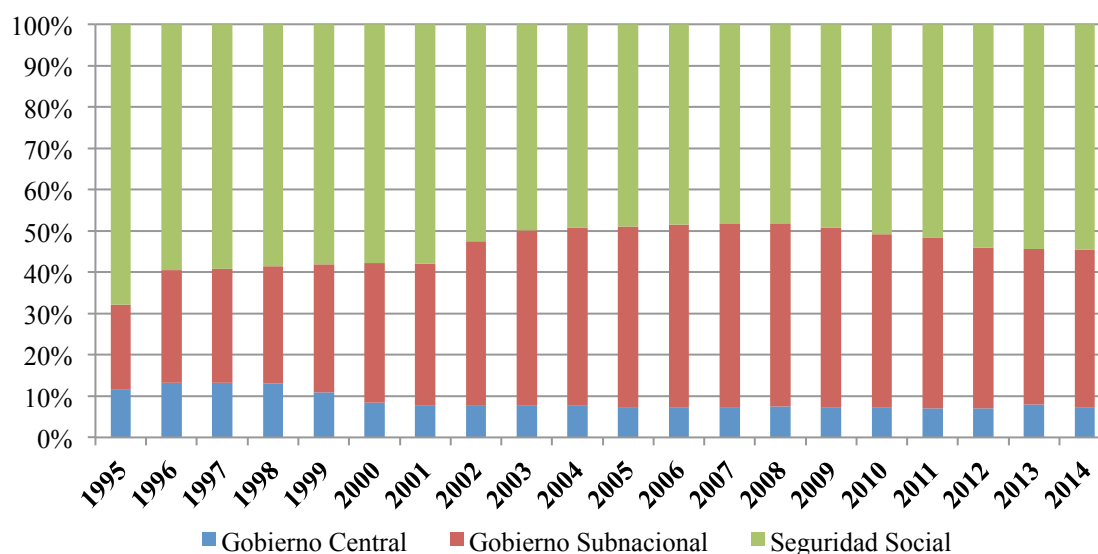
El reparto del gasto público por niveles de gobierno, muestra que la mitad del gasto público total en España está actualmente administrado por los gobiernos subnacionales, la participación del gobierno central es de alrededor de un 20 por ciento, y el sistema de Seguridad Social administra el 31 por ciento. Una gran proporción del gasto público del gobierno central (más del 40 por ciento) consiste en transferencias de dinero a los otros niveles de gobierno.

En cuanto al gasto social (o en bienestar), si atendemos al gráfico I.1, observamos que los gobiernos subnacionales gestionan alrededor de un 40 por ciento del gasto social total de España a partir del año 2002. Un cambio debido fundamentalmente al traspaso de competencias sanitarias a las 10 CCAA que todavía no tenía transferida la gestión de los servicios de salud, y el obligado aumento de gasto que ello conlleva (inversión en infraestructura, gasto en personal, etc.). En materia de educación y sanidad, las CCAA gestionan más del 90 por ciento del gasto destinado a estas políticas de bienestar. Por otro lado, destaca la paulatina reducción hasta el año 2008 de la participación de los fondos de la Seguridad Social en el gasto en bienestar, situándose en menos del 10 por ciento del total. Una participación destinada fundamentalmente al gasto en pensiones y en protección por desempleo (prestaciones contributivas y subsidios).

La llegada de la crisis en 2007/2008 propició un cambio en la participación de los distintos niveles de gobierno sobre el gasto en bienestar. Entre 2007 y 2014, el nivel de gobierno central ha aumentado en un 17 por ciento su participación, los Fondos de la Seguridad Social en algo más de un 35 por ciento, mientras los gobiernos subnacionales han disminuido su participación cerca de un 12 por ciento desde 2007. Un nuevo equilibrio de responsabilidades sobre el gasto en bienestar que provoca que los gobiernos subnacionales se hayan vuelto más dependientes del gobierno central que en el periodo previo a la crisis (Del Pino y Pavolini, 2015: 253).

**Gráfico I.1.**

**Gasto (esfuerzo) en bienestar total por nivel de gobierno (1995-2014)**



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE. Stat, Government expenditure by function (COFOG)

A pesar de lo mencionado, la gobernanza del sistema de protección social y en particular las analizadas en este artículo sanidad y atención a la dependencia (aunque también educación) es complejo desde un punto de vista territorial puesto que mientras que la gestión de estas políticas es responsabilidad de las CCAA, como veremos más adelante, el Gobierno Central participa en medidas distintas en las decisiones sectoriales.

**Tabla IV.3**

**Recortes en tres políticas sociales de competencia autonómica durante la crisis (con datos disponibles desde finales de 2015)**

CCAA	Sanidad Diferencia entre el gasto sanitario per cápita en euros constantes (2013-2007) %	Educación Diferencia entre el gasto educativo per cápita en euros constantes (2013 -2007) %	Cuidados de larga duración (dependencia) Diferencia entre el gasto per cápita en S. Sociales (2013 menos el año en el que el gasto fue más alto)
Andalucía	-12,9	-9,2	-22,1
Asturias	-5,3	-21,2	-1,5
Cataluña	-15,1	-21,0	-22,6

<b>Castilla-La Mancha</b>	-13,7	-26,8	-45,7
<b>Madrid</b>	-4,6	-21,3	-16,4

Fuente elaboración propia a partir de MINHAP (sin fecha a) e INE (sin fecha a) SANIDAD: \*Los datos corresponden al Gasto Público No Financiero. En sanidad en Madrid incluye capítulo 8 (gasto en adquisición de activos financieros), ya que a Madrid ha contabilizado en este capítulo importantes aportaciones a entidades públicas sanitarias que realmente, y como ha reconocido la IGAE, son gastos corrientes o de capital.\*\*Se ha computado todo el gasto extra presupuestario de la cuenta 413 dentro del gasto sanitario.\*\*\*.Población de derecho a 1 de julio de cada año, INE. \*\*\*\* PIB, INE, Contabilidad Regional, serie homogénea con base 2008.

La crisis ha afectado de manera muy sustantiva a las políticas sociales autonómicas. Las medidas de mayor calado fueron adoptadas por el gobierno central en 2012, para racionalizar el gasto público regional en el SNS, la educación y la atención a largo plazo<sup>5</sup>. Como consecuencia de ello, con mayor o menor resistencia en función de la ideología de sus gobiernos y de su situación económica de partida, las CCAA implementaran recortes en las principales políticas sociales. En la Tabla IV.3 puede observarse que los recortes en el gasto sanitario y en los cuidados de larga duración han sido muy importantes. Pero ¿qué ha ocurrido con la gobernanza territorial de estas políticas?

#### **4.1. Caso 1: la gobernanza territorial de la sanidad**

##### **4.1.1. La gobernanza de la sanidad antes de la crisis.**

En 2002 culminó el proceso de descentralización de la sanidad con el traspaso a las CCAA de las competencias en materia de organización y gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS), reservándose el Estado central la facultad de establecer la legislación básica. La política sanitaria es una materia en la que el Estado central y las CCAA se reparten el grueso de las competencias. En virtud de la legislación básica<sup>6</sup> en materia sanitaria, corresponderían al gobierno central el establecimiento de aspectos fundamentales como: la regulación de los titulares con derecho a la sanidad; los principios generales del SNS; el diseño de las actividades del sistema sanitario; de los criterios básicos de organización y coordinación del sistema, así como de los principios básicos del sistema de financiación de la sanidad. También posee competencias

<sup>5</sup> Real Decreto-ley 20/2011; Acuerdo 5/2012 del CPFF; Real Decreto-ley 14/2012; Real Decreto-ley 16/2012; Ley Orgánica 2/2012; Real Decreto-ley 20/2012. A las normas y los acuerdos de ámbito estatal habría que sumar necesariamente las elaboradas por las CCAA en desarrollo de las primeras.

<sup>6</sup> Contendida en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003.



exclusivas en materia de sanidad exterior, la regulación de los productos farmacéuticos y la Alta Inspección del sistema sanitario.

Las CCAA, por su parte, tienen la capacidad de decidir sobre la administración, gestión, organización y provisión de los servicios sanitarios a través de los Servicios Regionales de Salud (SRS), y también mantienen la potestad legislativa de dictar normas de aplicación y complementarias a las leyes básicas del Estado.

El sistema multinivel de decisión de la política sanitaria se completa con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)<sup>7</sup>. Se trata de un órgano de cooperación vertical multilateral entre los distintos niveles de gobierno. Este organismo que presenta un elevado grado de institucionalización, se ha conformado como un foro consultivo en el funcionamiento general del SNS. Compuesto por el Ministro de Sanidad y los Consejeros de sanidad de las CCAA, este organismo no adopta decisiones finales vinculantes para ninguno de los actores implicados, sino, en el mejor de los casos desempeña un papel importante en el establecimiento de: cartera de servicios sanitarios, el establecimiento de prestaciones sanitarias complementarias para las CCAA, la evaluación de los planes autonómicos de salud y de la planificación del sector farmacéuticos, la evaluación de las políticas de calidad implementadas en el SNS, la coordinación de la implantación en el SNS de las medidas adoptadas en el marco de la UE, y la cooperación entre el Estado y las CCAA para la consecución de objetivos comunes. A esto se añade la regulación de la tarjeta sanitaria individualizada que da acceso a las prestaciones del SNS (Moreno-Fuentes, 2009: 122).

En la práctica, el funcionamiento de este órgano de cooperación multilateral está condicionado tanto por la necesidad de alcanzar consensos en el proceso de adopción acuerdos, como por la lógica política que prima en su actuación, vinculada a la instrumentalización partidista de este foro en función del color político. Todo ello ha limitado los acuerdos llevados a cabo en este foro a cuestiones de carácter técnico (Moreno-Fuentes; 2009: 129) como por ejemplo los Planes de Calidad del SNS.

Por otro lado, la financiación de la política sanitaria a seguido la lógica marcada por el sistema general de financiación de las CCAA de régimen común. La aprobación de

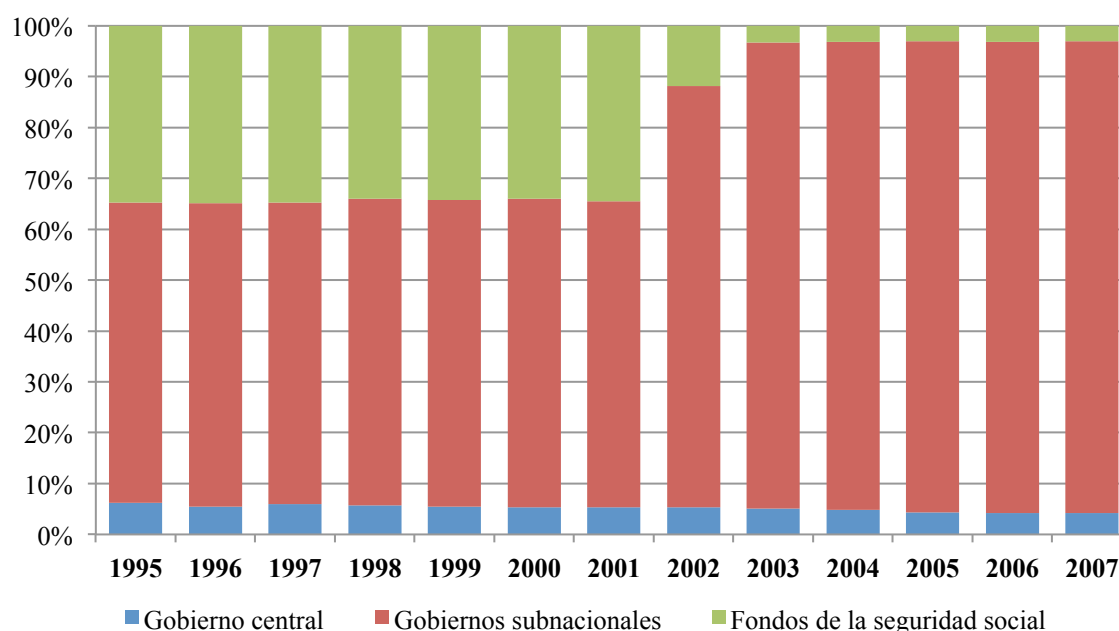
---

<sup>7</sup> El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud está regulado Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003 Reglamento de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud <http://www.msps.es/organizacion/consejoInterterri/docs/ReglamentoCISNS-23-07-2003.pdf>

un nuevo sistema de financiación de las CCAA en el año 2001, estructuraba los recursos que debía recibir cada CCAA en tres grandes bloques, entre los cuales se encontraba el referido a los gastos sanitarios. En cierta medida el Gobierno obligó a las CCAA a asumir las competencias en materia sanitaria si éstas querían acceder a los beneficios del nuevo sistema (Loscos y Ruiz-Huerta, 2016: 89), entre los que destacaba la cesión de capacidades normativas en los tributos cedidos por el Estado<sup>8</sup>.

**Gráfico IV.2**

**Distribución relativa del gasto público total en sanidad por nivel de gobierno (1995-2007)**



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE. Stat, Government expenditure by function (COFOG)

Desde de punto de vista de la participación sobre el gasto sanitario, el gráfico IV.2 muestra que más del 90 por ciento del total del gasto sanitario es gestionado por las CCAA desde el año 2003, después de completarse el traspaso de las competencias sanitarias a las 17 CCAA. Por otro lado, también es evidente la progresiva disminución de la capacidad de decisión y gestión del gobierno central sobre el gasto sanitario, hasta llegar a poco más del 4 por ciento en 2007. Por su parte, los fondos de la Seguridad Social, que hasta 2002 gestionaban alrededor del 35 por ciento, pasan a ser

<sup>8</sup>En el año 2002, se incrementó la participación de las CCAA en los impuestos sobre las transacciones inmobiliarias y herencia, el impuesto sobre el patrimonio, la tributación sobre el consumo, el 33% del IRPF y el 40% de los impuestos especiales al alcohol y el tabaco y los impuestos sobre los productos derivados del petróleo.

responsables de la gestión del 3 por ciento del total del gasto destinado a esta política de bienestar para el año 2007.

Por último, en lo referido a la implementación de este sector de política pública, la gestión del funcionamiento diario de los SRS está en manos de las CCAA, con competencias y responsabilidades plenas a partir de 2002 sobre la organización y gestión de sus SRS (Moreno-Fuentes, 2009: 116).

#### **4.1.2. La gobernanza territorial de la sanidad en el contexto de la *Gran Recesión*: el impacto del FLA y la Ley Orgánica 6/2015.**

En el contexto de la crisis, se han adoptado varias medidas por parte del Gobierno central que han afectado a la política de sanidad. De entre ellas, la reforma sanitaria llevada a cabo a través del Real Decreto-Ley 16/2012<sup>9</sup>, recoge importantes modificaciones en el sistema sanitario público y constituye el marco general para las políticas de ajuste desarrolladas por las CCAA. Junto a esta norma, destacan por su impacto en la gobernanza territorial de la política sanitaria dos mecanismos financieros que tienen como destinatarias a las CCAA: el Fondo de Liquidez Autonómico (FLA)<sup>10</sup> y el Instrumento de sostenibilidad del gasto sanitario y farmacéutico<sup>11</sup>.

El FLA es un mecanismo voluntario y temporal de apoyo financiero a CCAA que se encuentren en una situación de extraordinaria necesidad de financiación. Se trata de un mecanismo que ha centralizado la emisión de deuda pública y ha permitido a los gobiernos regionales tener acceso a una financiación más favorable que la que pudieran obtener directamente en los mercados financieros internacionales. En los años 2012-2013, más de la mitad del fondo se ha destinado a la sanidad de aquellas CCAA que se han adherido a este mecanismo (ver Tabla IV.4).

---

<sup>9</sup> Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

<sup>10</sup> Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio, de medidas de liquidez de las Administraciones públicas y en el ámbito financiero y su posterior actualización Real Decreto-ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico.

<sup>11</sup> Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

**Tabla IV.4**

**Finalidad del Gasto en % del Fondo de Liquidez Autonómico (FLA) 2012-2015**

CCAA	Sector de Política Pública			
	Sanidad	Educación	Servicios Sociales	Resto
Andalucía	37,7	14,6	17,5	30,3
Principado de Asturias	70,5	1,5	4,4	23,5
Islas Baleares	57,3	4,8	5	32,9
Canarias	89,6	0,30	0,2	9,9
Cantabria	56,9	11,10	8,8	23,2
Castilla-La Mancha	60,6	7	19,4	13
Cataluña	58,8	2,4	5,5	33,4
Comunidad Valenciana	55,1	22	11,4	11,5
Región de Murcia	91,5	-	-	8,4

Fuente: Elaboración propia a partir del informe N° 1106 del Tribunal de Cuentas sobre la fiscalización de las actuaciones desarrolladas por las CCAA.

Por otro lado, el instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto sanitario y farmacéutico de las CCAA, es al igual que el FLA, un instrumento creado por el gobierno central sujeto a unas férreas condiciones para las CCAA adheridas a él, que en este caso, limita el gasto sanitario de los gobiernos regionales a la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) a medio plazo de la economía española.

En el año 2016, a la vista del incumplimiento del objetivo de déficit para el año 2015 en que incurren la mayoría de las CCAA, el gobierno central ha procedido a

vincular ambos mecanismos<sup>12</sup>, de modo que las CCAA que se adhieran al FLA también lo hacen al instrumento de sostenibilidad del gasto sanitario y farmacéutico, asumiendo las condiciones previstas en ambos.

## **Cambios en el sistema de decisión, financiación e implementación durante la Gran Recesión de la política sanitaria**

### **Decisión**

Los nuevos desarrollos normativos, como la reforma sanitaria o los instrumentos financieros creados por el Gobierno central, han alterado el equilibrio institucional previo a la crisis.

En primer lugar, la dimensión decisional del sistema de gobernanza territorial de la política sanitaria ha cambiado formalmente a favor de los niveles de gobierno superiores en detrimento de los gobiernos regionales:

- El Gobierno central ha procedido a la reorganización de la cartera de servicios. Así, regula una cartera común de servicios del SNS y reconoce a las regiones la posibilidad de establecer sus propias carteras de servicios, que en cualquier caso deberán incorporar aquellos que formen parte de la cartera común del SNS.
- Las CCAA están obligadas a adherirse a los sistema de adquisición centralizada de medicamentos que en su caso proponga el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- El Gobierno central ha decidido que las CCAA que se acojan a estos instrumentos a partir de 2016, están obligadas a adherirse al protocolo de colaboración llevado a cabo entre el Gobierno central y Farmaindustria<sup>13</sup>, por el que se vincula el crecimiento del gasto farmacéutico a la evolución de la economía española. Una condicionalidad que no estaba recogida ni definida formalmente en los desarrollos normativos que regulan estos instrumentos.

---

<sup>12</sup> A través de un Acuerdo sobre condiciones adicionales llevado a cabo por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, el órgano colegiado del gobierno central encargado de examinar todas aquellas cuestiones relevantes en materia económica. Orden PRE/710/2016, de 12 de mayo, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos de 31 de marzo de 2016, sobre condiciones adicionales a cumplir por las Comunidades Autónomas adheridas al Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas, compartimento Fondo de Liquidez Autonómico 2016.

<sup>13</sup> Farmaindustria es la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica establecida en España. El protocolo citado se articula en torno a medidas en materia de sostenibilidad y medidas de acceso de los pacientes a la innovación.

- Las CCAA se han visto obligadas por el nivel superior de gobierno a llevar a cabo un proceso de reestructuración y racionalización administrativo, centrado en la reducción del sector público<sup>14</sup>.
- Las CCAA que superen el límite de gasto sanitario, no podrán aprobar la cartera de servicios complementaria y no podrán prestar servicios distintos fuera de la cartera común de servicios del SNS establecida por el Gobierno central<sup>15</sup>.

En segundo lugar, la reforma sanitaria del Gobierno central ha modificado las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Esta conferencia intergubernamental ha pasado de ser un organismo meramente consultivo y de coordinación entre los SRS, sin capacidad para discutir acerca de cuestiones financieras relativas al SNS (Moreno Fuentes, 2009: 129) a tener un papel activo en el fomento de los mecanismos conjuntos y centralizados de compra de medicamentos.

En tercer lugar, la reforma sanitaria y los instrumentos financieros han otorgado a la Comisión Delegada para Asuntos Económicos del Gobierno central, un órgano horizontal y no sectorial, la capacidad de adoptar medidas que han condicionado las decisiones en materia de política sanitaria de los gobiernos regionales: estableciendo las condiciones financieras de cada una de las operaciones de crédito tomadas por las CCAA en materia sanitaria; mediante la aprobación de las medidas para mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario, centrándose especialmente en la reducción del gasto farmacéutico y sanitario; marcando los plazos de duración del propio instrumento de sostenibilidad del gasto sanitario; y siendo el órgano encargado de la evaluación del grado de cumplimiento de las condiciones adheridas a este instrumento financiero por parte de las CCAA<sup>16</sup>. Todo ello ha conllevado que algunos de los informantes clave consultados para esta investigación la hayan calificado como “el órgano político que opina y decide qué es lo que tienen que hacer las CCAA en materia sanitaria para obtener liquidez”.

---

<sup>14</sup> Programa para la aplicación del mecanismo de apoyo a la liquidez de las Comunidades Autónomas 2014

<http://www.minhfp.gob.es/Documentacion/Publico/DGCFEL/Fondo%20de%20liquidez%20auton%C3%B3mica/Programa%20FLA%202014.pdf>

<sup>15</sup> Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

<sup>16</sup> Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

## Financiación

En lo que se refiere a la financiación, la política sanitaria se rige por el modelo de financiación autonómico aprobado en el año 2009, el cual a grandes rasgos, ha mantenido la tendencia al incremento de los espacios fiscales propios de las CCAA, y los resultados de este nuevo sistema están más ajustados a las necesidades de gasto de las distintas CCAA (Loscos y Ruiz-Huerta, 2016: 106-108). La estructura financiera, basada en una cesta de tributos propios, otra parte de tributos cedidos y un sistema de transferencias de los Presupuestos Generales del Estado, no ha sido modificada en el contexto de crisis y tampoco a raíz de la nueva reforma sanitaria o la adhesión de las CCAA a los instrumentos de liquidez contemplados en esta investigación.

No obstante, en el contexto de crisis se han producido cambios en la financiación en relación a su orientación, condicionalidad y el control, seguimiento y monitorización por parte del Gobierno central.

En primer lugar, la financiación procedente del FLA es de carácter finalista, es decir, esta liquidez no es gestionada por las CCAA si no que va directamente a los acreedores comerciales o financieros de los gobiernos regionales (González, 2013: 7-9). Tal y como recogen los sucesivos programas de aplicación de este fondo desde el año 2012, esta financiación esta sujeta a una serie de condiciones por parte de las CCAA que orientan su destino, primando entre otros aspectos el pago de los préstamos contraídos con instituciones europeas o entidades financieras nacionales e internacionales, las necesidades de financiación del déficit público o el pago de los vencimientos que deban abonarse a la Administración General del Estado.

En segundo lugar, con la aprobación de estos instrumentos, en concreto con la adhesión al instrumento de apoyo a la sostenibilidad del gasto farmacéutico y sanitario, se exige cumplir una serie de objetivos. En este caso, el instrumento de sostenibilidad trae consigo el compromiso de que la variación interanual del gasto farmacéutico y sanitario no podrá ser superior a la tasa de referencia de crecimiento del Producto Interior Bruto de medio plazo de la economía española<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Ley Orgánica 6/2015, de 12 de junio, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas y de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

En tercer lugar, tanto la reforma sanitaria como especialmente los instrumentos financieros mencionados, exigen a las CCAA adheridas a ellos más información a cambio de la financiación. El RD-Ley 16/2012 establece que las CCAA deben contar con un sistema electrónico común e interoperable para la prescripción de medicamentos y que, a efectos del control del gasto sanitario, deben proporcionar información periódica referida no solo a la facturación de recetas oficiales del SNS sino también a la adquisición de medicamentos y productos sanitarios realizados por los centros sanitarios. En relación a los instrumentos financieros, las CCAA que se han adherido al instrumento de sostenibilidad del gasto sanitario están obligadas a remitir al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, para que éste proceda a su seguimiento, información mensual de su gasto farmacéutico hospitalario, su gasto en productos farmacéuticos y sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación y su gasto en productos sanitarios. Con respecto al FLA, al tratarse de un instrumento de carácter horizontal y no sectorial, el Gobierno central puede solicitar información sobre el cumplimiento de la normativa de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, morosidad y control de la deuda. Por su parte las CCAA están obligadas a presentar un plan de tesorería y de las operaciones de deuda viva que cuente con: una previsión mensual de ingresos; impacto de las medidas de ahorro y de ingreso previstas; calendario de necesidades de endeudamiento; y el perfil de vencimiento de la deuda de los próximos diez años.

En resumen, podemos decir que el Gobierno central ha pasado a ejercer en el contexto de la crisis, férreas labores de monitorización, seguimiento y control contable y presupuestario sobre los gobiernos regionales.

### **Implementación**

Desde un punto de vista formal, la implementación de la política sanitaria sigue siendo responsabilidad de las CCAA. No obstante, se han producido una serie de cambios en esta dimensión de la gobernanza.

En primer lugar, la reforma sanitaria elaborada por el Gobierno central, incluye importantes modificaciones del sistema sanitario público<sup>18</sup>, que han condicionado la

---

<sup>18</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Introduce asimismo cambios en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.



gestión cotidiana de la política sanitaria en los respectivos SRS, como la nueva condición de asegurado, que rompe con la tendencia hacia la universalización de la asistencia sanitaria excluyendo del sistema a los inmigrantes irregulares mayores de edad (salvo en situaciones de emergencia) y la introducción de copagos en determinados servicios y prestaciones.

En segundo lugar, la intervención del gobierno central en materia de recursos humanos, a través de la creación de un registro estatal de profesionales sanitarios centralizado, la reglamentación de diversos aspectos de la formación de los mismos, la atribución al Ministerio de Sanidad de la responsabilidad de aprobar un catálogo homogéneo de equivalencias de categorías profesionales y el mandato dirigido a los servicios de salud autonómicos para que establezcan procedimientos de evaluación del desempeño del personal sanitario, ha pretendido homogeneizar determinados aspectos de la gestión sanitaria a nivel regional. Aún así, la implementación de la política sanitaria es la dimensión de la gobernanza territorial en el que los gobiernos regionales disponen de un mayor margen de discrecionalidad y por tanto de diferenciación entre ellos, como así lo evidencia la gran diversidad de modelos de gestión sanitaria existentes en las distintas regiones (Gallego y Barbieri, 2016).

## **4.2. Caso 2: La gobernanza territorial de la Atención a la Dependencia**

### **4.2.1. La gobernanza del sistema de atención a la dependencia antes de la crisis.**

La formalización de la política de atención a las personas en situación de dependencia se plasmó en España con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAAD). Esta ley fue promulgada en 2006, un año antes de que empezase la crisis y puso en marcha el llamado Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD).

Antes de la aprobación de la LAAD, haciendo uso de las competencias que la Constitución Española atribuye de manera exclusiva a las CCAA en materia de asistencia social, estos gobiernos autonómicos junto a los gobiernos locales venían prestando un conjunto de servicios para atender a este colectivo, existiendo gran heterogeneidad entre las distintas regiones. El Estado central se limitaba a realizar una aportación económica que se fijaba en los convenios de colaboración entre el Estado y las CCAA (Sáenz-Royo 2010). Desde el punto de vista de las crecientes necesidades

sociales en este ámbito, estos servicios eran claramente insuficientes. El cuidado del colectivo era asumido principalmente por las familias, por lo que, a juicio de los expertos, cabía afirmar que no existía una política como tal.

La aprobación de la LAAD transforma el panorama existente desde distintos puntos de vista. El acceso al SAAD se configura como un derecho subjetivo y en este sentido es bien recibido por expertos y *practitioners*, generando también grandes expectativas entre los ciudadanos. Asimismo, gozó de un amplio respaldo político. A pesar de ello, se produjeron algunas críticas de los partidos nacionalistas que denunciaron el entremetimiento del Estado central en las competencias autonómicas. Algunas CCAA reaccionaron incluso mediante la reforma de sus Estatutos de Autonomía reafirmando sus competencias en servicios sociales, como en el caso de Andalucía, entre otras (Vilá, 2013).

De este modo el Estado central decide intervenir en el área que es el de la asistencia social, competencia de las CCAA en virtud del artículo 149.1. de la CE que le permite "regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de los españoles". Desde el punto de vista de la decisión, en virtud de este artículo, el Estado central es competente en el establecimiento de las condiciones básicas en todo el territorio nacional. La norma crea el Consejo Territorial del SAAD como órgano de cooperación multilateral en el que participan el Estado, las CCAA y, en su caso las Entidades Locales. Este órgano es competente para adoptar decisiones sobre los criterios de reparto de los fondos y otras normas que desarrollan la ley y que versan sobre muchos y diferentes aspectos de la implementación de la norma (Saenz Royo 2010: 20). Junto al Consejo territorial, la ley articula también otros instrumentos de cooperación como los planes conjuntos y los convenios de colaboración bilaterales.

Las CCAA también son responsables de la implantación y la gestión del sistema. El acceso al mismo se produce por la solicitud del potencial beneficiario o sus familias y los servicios sociales de las CCAA son los encargados de evaluar el grado de dependencia de cada individuo conforme a un baremo. Cada grado de dependencia da derecho a una serie de servicios y prestaciones. Son las administraciones autonómicas las que junto al propio beneficiario o su familia deciden qué tipo de prestaciones (por ejemplo, el pago de o servicios, ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias o centros de día) tendrá a su disposición y la intensidad de las mismas. El papel de los municipios en la gestión del sistema varía significativamente en entre CCAA. En Castilla y León su

papel es muy relevante; en Andalucía las diputaciones provinciales han asumido gran protagonismo y otras CCAA los municipios tienen un papel mejor.

Por lo que se refiere a la financiación del SAAD, la LAAD establece tres niveles de protección (véase Maldonado 2010). El Estado central debe asumir íntegramente el coste del *nivel mínimo de protección garantizado* que establece esta misma administración. La AGE se lo paga a la CA que será quien lo gestione. El *nivel de protección acordado* se acuerda entre la AGE y las CCAA. Se financia entre las dos administraciones, debiendo aportar la administración regional una cantidad que sea al menos igual que la del Estado anualmente incluido el nivel mínimo. Además existe un *nivel adicional* que se establece por cada CA y se financia con cargo a sus presupuestos. Según la memoria económica que acompañaba a la LAAD estaba previsto que el Estado central asumiera la mitad de la financiación, las CCAA alrededor del 24 por ciento del coste y el resto, cerca de un 34 por ciento, fuese asumido por la aportación de los usuarios al pago tanto de servicios como de prestaciones.

En resumen, como ha sostenido Montilla ( ) "el Estado regula y garantiza el sistema, las CCAA tienen competencias para la planificación y la gestión. Gobiernos locales, sector mercantil, tercer sector y familia también tienen un papel significativo"

#### **4.2.2. El impacto de la crisis en la gobernanza de la dependencia**

La implantación de la dependencia en su primer año fue problemática desde diversos puntos de vista debido a las erróneas previsiones del número de potenciales beneficiarios, la resistencia de algunas CCAA a aplicarla y al agravamiento que rápidamente sufrió la situación de la economía del país. Desde el punto de vista decisonal, la delicada situación de la economía ha provocado una sucesión de normas, mayoritariamente generales y pocas específicas sobre dependencia, procedentes del Estado central que aunque no han cambiado la esencia del SAAD (sigue habiendo un derecho subjetivo para los ciudadanos), sí lo han desvirtuado de manera sustantiva y han afectado también a su gobernanza. A estas normas centrales, hay que sumar otras emanadas de los parlamentos y gobiernos regionales que no han contribuido a disminuir la heterogeneidad inicial del SAAD en las CCAA.

La LAAD determina que el Estado central es competente para establecer las condiciones básicas del SAAD en el territorio nacional. A la vez articula instrumentos para asegurar la capacidad de decidir de las CCAA, ya que estas son mayoritarias en el

principal órgano decisor que es el Consejo Territorial. Sin embargo, la realidad ha puesto de manifiesto que el funcionamiento del SAAD es complejo: junto a la lógica territorial, también funciona la lógica política. Mientras que durante el su primer periodo de funcionamiento (2007 a 2011), pareció prevalecer una clima de colaboración (“avancemos lentamente pero todos juntos”, en palabras de un entrevistado), y las decisiones se adoptaban por unanimidad, las cosas cambiaron al recrudecerse la crisis y mudarse el color del gobierno en el Estado central que pasó de ser socialdemócrata a conservador. En esta segunda fase, en la que además la gran mayoría de las CCAA era también del mismo color político que el partido gobernante en el Estado central, la lógica política se impuso, recurriéndose a la votación como modo de adoptar las decisiones. En este periodo, incluso algunas CCAA conservadoras, por tanto del mismo color político del Gobierno central, que se oponían a decisiones relacionadas fundamentalmente con recortes, fueron convencidas de apoyarlas. Finalmente, a partir de 2015, la composición política del Consejo vuelve a cambiar ya que varias CCAA que había estado gobernadas por los conservadores pasan a manos gobiernos de izquierda. En este nuevo periodo, se han bloqueado la mayoría de las propuestas del Gobierno Central. Como ejemplo muy ilustrativo cabe mencionar que en 2015 ni siquiera fue posible aprobar el informe de evaluación del sistema relativo a 2014. En conclusión, el mecanismo de decisión del sistema no se ha cambiado a lo largo del periodo pero es un mecanismo puede ser utilizado de forma oportunista.

En cuanto a la implementación, el ministerio central ha aprobado algunas normas con el fin de homogeneizar determinadas cuestiones relacionadas con la implementación (por ejemplo, los criterios comunes para definir buenas prácticas o para garantizar la calidad de los servicios y de los centros del SAAD, entre otros). Algunas de estas han condicionado la implementación de la política en los territorios. Por ejemplo, en 2010, una norma trataba de que las CCAA rezagadas en cuanto al reconocimiento de los dependientes, tuvieran que realizar esta tarea en el plazo de seis meses a contar desde la solicitud de los dependientes. Muchas de estas normas se han adoptado mediante acuerdo del ya mencionado Consejo Territorial donde las CCAA son mayoría. Tomando algunos indicadores para ver qué servicios ofrecen las CCAA, la elevada heterogeneidad que existía antes de la aprobación de la ley entre las regiones sigue existiendo (véase también Oliva-Moreno 2014:9). Las CCAA no consideran que

se hayan adoptado medidas tanto con un afán recentralizador de la gestión, sino con como una garantía de la calidad prestación de los servicios en los territorios.

Un ejemplo ilustrativo es la clara diversidad de normas sobre el copago entre los diferentes gobiernos implicados en la prestación de los servicios (Cordiniú, 2009b:135; Vilaplana, 2011; Codorniú y Montejo, 2013). De unos principios generales que establece la legislación del Estado, las CCAA establecen las tarifas y la manera de calcular la capacidad económica del usuario (por ejemplo, en algunas CCAA se tiene en cuenta el patrimonio y en cinco de ellas no, entre otras diferencias) y los precios de referencia de los servicios. Sin embargo, el reciente informe de fiscalización elaborado por el Tribunal de Cuentas (2014) señala que existe una gran variedad de regulaciones y que muchos gobiernos regionales no proporcionan información o no lo hacen con suficiente calidad. Además, los municipios pueden también establecer copago por los servicios de proximidad (la tele-asistencia y los servicios de ayuda a domicilio). Con todo tipo de cautelas, Barriga et al (2015) han estimado que, entre 2009 y 2014, el incremento del copago en todo el sistema SAAD ha sido desde un 10% a un 68%.

La financiación es la dimensión de la gobernanza que claramente se ha visto más afectada durante la crisis. La puesta en marcha del SAAD implicó que el Estado central empezaba a financiar de manera finalista la long-term care. A lo largo de la crisis, el Estado y el Parlamento central han aprobado diferentes normas generales (es decir, no específicas sobre la dependencia) que han terminado afectando no solamente a la cantidad a los recursos del sistema. La Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2012 incluye un cambio muy sustantivo en la financiación del sistema: suspende indefinidamente la financiación del nivel intermedio de la política por parte del Estado central. Además, el RD 20/2012, de 13 de julio disminuye la cuantía del nivel mínimo 9,6 o un 13 puntos porcentuales según diferentes estimaciones (Codorniú, 2015). Esta situación ha persistido en las sucesivas leyes de presupuestos hasta la actualidad. De este modo el Estado central solo asume el nivel mínimo (pero a menor coste que antes) o en todo caso queda a su voluntad el establecer en convenios bilaterales una financiación distinta. Una primera consecuencia es que si las CCAA que desean seguir manteniendo el nivel calidad de los servicios que venían prestando han tenido que incrementar su esfuerzo económico y pedir a los ciudadanos un esfuerzo mayor de copago. Según la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, la AGE ha pasado de financiar el 50 al 20 por ciento del SAAD, aportando en la actualidad incluso

menos que los usuarios. Sin embargo, también debe destacarse que las CCAA han tenido cierto margen de maniobra para decidir si rebajaban o no su intensidad prestadora. En definitiva, por lo que se refiere a al sistema de financiación, el Estado central se ha desentendido parcialmente la financiación.

### **4.3. Caso 3: la gobernanza territorial de las políticas activas del mercado de trabajo (PAMT)**

#### **4.3.1. La gobernanza de la activación antes de la crisis.**

En España será a partir de la puesta en práctica de la Estrategia Europea para el Empleo (1997), que abogaba por la modernización de las redes de seguridad social, cuando se consolide el paradigma de la activación como vehículo de modernización institucional de los sistemas de protección social (López-Santana 2016: 121). Este sistema ha ido conformándose a partir de 1990 por los gobiernos socialdemócratas (PSOE) y conservadores (PP) a través de acuerdos bilaterales con los gobiernos regionales. Finalmente, Ley de Empleo de 2003 suprime el monopolio del Gobierno central sobre las PAMT y en 2010 culmina este proceso con la descentralización de las competencias administrativas, de gestión, organización y ejecución en esta materia a las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) (ver Tabla IV.5).

Tabla IV.5

Proceso de descentralización de las PAMT (1990-2010)

	Año de descentralización de las PAMT						
	1990	1999	2000	2001	2002	2003	2010
Partido en el Gobierno central	PSOE	PP	PP	PP	PP	PP	PSOE
CCAA que reciben las competencias de activación	Cataluña Galicia	Valencia Canarias Navarra	Madrid	Extremadura Asturias	Castilla y León Islas Baleares La Rioja Cantabria Aragón	Castilla-La Mancha Andalucía Murcia	País Vasco

Fuente: Elaboración propia.

El Gobierno central, a través del Sistema Público de Empleo Estatal (SPEE) tiene la capacidad de desarrollar la legislación básica<sup>19</sup> de este sector de política pública, el diseño de las líneas generales de la política, la coordinación y cohesión, la supervisión de su implementación (aplicación) en los Servicios de Empleo Públicos Regionales (SEPR), así como de la recopilación de estadísticas a nivel nacional.

Las CCAA por su parte tienen la capacidad de decidir sobre la administración, gestión, organización y provisión las PAMT a través de los SEPR y también mantienen la potestad legislativa de dictar normas de aplicación y complementarias a las leyes básicas del Estado, así como la obligación de hacer cumplir las condicionalidades y las sanciones impuestas por el Gobierno central. Esto quiere decir que los gobiernos regionales “tienen cierta capacidad de organizarse y administrar sus políticas pero dentro de los límites del mandato nacional” (Del Pino y Gago, 2015: 152).

<sup>19</sup> Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo.

Los gobiernos locales tienen la facultad de poder participar en el proceso de concertación de las PAMT en las CCAA, mediante su representación en los SEPR.

En este sistema multinivel de decisión en torno a las PAMT, juega un papel fundamental la Conferencia Sectorial de Empleo y Asuntos Laborales (CSEAL)<sup>20</sup>. Se trata de un órgano intergubernamental de carácter formal<sup>21</sup>, con capacidad de llegar a acuerdos que vinculen a los firmantes. Está integrado por el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales y por los Consejeros con competencia en la materia de cada CCAA. Tiene capacidad de decisión para establecer acuerdos sobre la coordinación de la política de empleo, aprobar los Planes Anuales de la Política de Empleo (PAPE), establecer los objetivos y orientaciones de las PAMT, marcar criterios y procedimientos comunes para las CCAA en la ejecución de estas políticas, y establecer la distribución territorial y las condiciones de gestión de los fondos estatales que el gobierno central destina a las PAMT. Todas las decisiones aprobadas por este órgano deben ser aplicadas por cada CA dentro de los límites de sus competencias. A través de este órgano intergubernamental de coordinación, colaboración, cooperación y evaluación, el Gobierno central trata de supervisar la actuación de las CCAA y hace cumplir las normas en materia de PAMT (López-Santana y Moyer, 2012: 778).

Por último, la UE como nivel supranacional de gobierno a través de las prescripciones normativas, la propagación de conceptos como “flexiseguridad” (Viebrock y Clasen, 2009) “envejecimiento activo” o el establecimiento de indicadores para la evaluación de las PAMT, participa del sistema de decisión conformando lo que se conoce como “*framing effect*” (López-Santana, 2006). Aun así, la gobernanza de las políticas sociales en la UE se lleva a cabo bajo el Método Abierto de Coordinación (MAC), un instrumento caracterizado por la voluntariedad, la flexibilidad y una base legal débil, por tanto, la responsabilidad última sobre la regulación de las PAMT esta en manos de los gobiernos nacionales (de la Porte y Pochet, 2012; de la Porte y Weishaupt, 2013; de la porte y Heins, 2015).

---

<sup>20</sup> Creada por la Leyes 42/1997 (art.16) y 56/2003 (art.7), así como en R.D. 1722/2007 (art.5,6 y 7). Última regulación en la Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo, en el Real Decreto 1722/2007, de 21 de diciembre, por el que se desarrolla la Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo, en materia de órganos, instrumentos de coordinación y evaluación del Sistema Nacional de Empleo. Reglamento de funcionamiento de la CSEAL [http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/areas/politica\\_autonomica/coop\\_autonomica/Conf\\_Sectorial\\_es/Conf\\_Sect\\_Regl/parrafo/0/R\\_CS\\_AsuntosLaborales.pdf](http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/areas/politica_autonomica/coop_autonomica/Conf_Sectorial_es/Conf_Sect_Regl/parrafo/0/R_CS_AsuntosLaborales.pdf)

<sup>21</sup> Institucionalizada (legalmente) y con reglamentos de funcionamiento, adopción de decisiones, convocatoria, presidencia y regularidad en su convocatoria.



Las fuentes de financiación de las PAMT provienen fundamentalmente de tres pilares. En primer lugar, el Estado central es el que asume la mayor parte de esta financiación, dado que es el nivel de gobierno que retiene los poderes fiscales (López-Santana, 2015: 171-172). El Gobierno central negocia con cada una de las CCAA, en reuniones bilaterales informales entre funcionarios (técnicos del SPEE y del SEPR) y políticos del nivel central y regional de gobierno, una cantidad fija condicionada para que cada una de las CCAA gasten en PAMT. Este reparto de fondos, que denominaremos estatales y que proceden de los Presupuestos Generales del Estado (Martínez Valverde 2014: 18), es aprobado posteriormente en las reuniones anuales de la CSEAL. Estos fondos se agrupaban, en el periodo previo a la crisis, en formación, empleo y modernización de los SEPR (reformular las oficinas, actualización de los sistemas informáticos, etc.). En segundo lugar, las PAMT se financian a través de fondos procedentes de los recursos propios de las CCAA. Estos recursos son destinados fundamentalmente a los gastos corrientes e inversiones de aquellas competencias asumidas por las CCAA en materia de legislación laboral. Por último, las PAMT se financian mediante los fondos estructurales procedentes de la Unión Europea (UE), principalmente a través del Fondo Social Europeo (FSE). La financiación procedente del FSE es en realidad una cofinanciación, puesto que el apoyo financiero de la UE siempre corre paralelo a una financiación estatal. La cofinanciación puede variar entre el 50 y el 80 por ciento del coste total de las intervenciones, en función de una serie de factores socioeconómicos. En la práctica, los fondos procedentes de la UE son de gestión compartida desde el inicio: las líneas de actuación del FSE se diseñan a escala europea, pero su ejecución sobre el terreno es responsabilidad de los gobiernos nacionales y regionales, a través de la selección de los proyectos y el seguimiento de los mismos. Esta fuente de recursos proveniente del nivel supranacional de gobierno desempeña un papel fundamental en la construcción de la capacidad administrativa necesaria para aplicar a nivel local las PAMT y representan un incentivo a la cooperación horizontal entre niveles de gobierno a través de programas y proyectos de asociación regionales (López-Santana, 2016: 121-122). El Gobierno central es el encargado, a través de la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo (UAFSE), de administrar los recursos, controlar y evaluar las medidas y programas de activación que hayan recibido ayuda del FSE. Aún así, tal y como apuntan los informantes

consultados para esta investigación, el control del Gobierno central sobre la gestión regional de estos fondos es más flexible que el llevado a cabo a los fondos estatales.

La implementación de las PAMT es competencia de todos los gobiernos regionales desde 2010, momento en el que se completa el proceso de descentralización de esta política pública. De esta forma los gobiernos regionales son los encargados de la aplicación de esta política en su territorio a través de sus respectivos SEPR.

#### **4.3.2. El impacto de la crisis en la gobernanza territorial de las PAMT.**

En el contexto de la crisis, se han llevado a cabo en España varias reformas del mercado de trabajo. Estas reformas han abarcado en el periodo que va de 2010 a 2014 han afectado a las PAMT<sup>22</sup>. Las medidas introducidas por el Gobierno central en esta materia se han centrado en: incentivos a la contratación; la formación y el aprendizaje y los incentivos al autoempleo (Moreira *et al.*, 2015: 204).

Desde la perspectiva de la organización territorial de las PAMT, el ejecutivo socialista antes de su salida del Gobierno central en 2011, llevo a cabo una reforma del sistema en colaboración con las CCAA<sup>23</sup>. Esta reforma puso en marcha la Estrategia Española de Empleo y su concreción anual, los PAPE, que recoge los objetivos fundamentales de las PAMT y el catálogo de servicios comunes para el conjunto del Estado. Esta reforma transformó una estructura previa en la que los programas de activación estaban fijados por el Estado, y otorgó a las CCAA la posibilidad de adaptar los programas y las medidas a las especificidades de su mercado laboral, y a las administraciones locales la posibilidad de poder adoptar medidas complementarias a pesar de no poseer competencias específicas en este sector de política pública (Martínez Valverde, 2014: 15-17).

A partir del año 2013, y sobre la base que supuso la reforma laboral llevada a cabo por el Gobierno central del Partido Popular (PP)<sup>24</sup>, las PAMT van a seguir un nuevo modelo de organización territorial con efectos en su dimensión decisional, financiera y administrativa (implementación). Este nuevo sistema de gobernanza acordado en el

---

<sup>22</sup> Real Decreto-Ley 20/2012; Real Decreto 1529/2012; Real Decreto 189/2013; Real Decreto-Ley 4/2013; Real Decreto-Ley 16/2013; Real Decreto-Ley 3/2014; Real Decreto-Ley 8/2014.

<sup>23</sup> Real Decreto-Ley 3/2011, de 18 de febrero.

<sup>24</sup> Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral,

seno de la CSEAL<sup>25</sup>, se articula a través de tres instrumentos: la Estrategia Española de Activación para el Empleo (EEAE), los PAPE y el Sistema de Información de los Servicios Públicos de Empleo (Del Pino y Gago, 2015: 152-153).

La EEAE (2014-2016) se configura como el principal instrumento del Gobierno central para la coordinación de las PAMT en el conjunto del Estado, recogiendo los objetivos a alcanzar por las CCAA, el marco presupuestario, las fuentes de financiación y las condiciones de gestión de los fondos estatales. Los PAPE constituyen el principal instrumento anual de organización y planificación del Gobierno central en materia de PAMT. Veamos a continuación cual ha sido el impacto de estos dos instrumentos (EEAE y los PAPE) y los cambios sucedidos durante la crisis en la gobernanza territorial de las PAMT.

### Decisión

En primer lugar, desde un punto de vista formal, la EEAE no ha supuesto una modificación del sistema de decisión, ya que el Gobierno central posee competencias exclusivas en materia de legislación laboral. Ahora bien, este nuevo marco normativo, constituido por la EEAE, a través del establecimiento de los principios de actuación y, especialmente mediante la regulación específica de las medidas de activación propias de las CCAA (Reglamento de empleo) y el poder otorgado a la Dirección General del SPEE, como el único organismo con capacidad de modificar los servicios y programas (tanto comunes como propios) contenidos en los PAPE, provoca que informalmente se decida lo que quiere el nivel superior de gobierno.

En segundo lugar, se han adoptado decisiones por parte del nivel supranacional de gobierno (UE) a través de órganos horizontales y no sectoriales, es decir, fuera de los mecanismos propios de la política del mercado laboral como Europa 2020, el Pacto Euro-Plus, el Paquete de Inversión Social o el programa de Garantía Juvenil (de la Porte y Heins, 2015) que han marcado las decisiones en el sector de política pública. Los nuevos desarrollos normativos de la UE en materia de coordinación de la política fiscal (*Six Pack*, *Two Pack* o Pacto fiscal) han modificado su papel tradicional en las PAMT. Estos instrumentos fiscales, concretados a nivel nacional en las recomendaciones del Consejo relativas a los programas nacionales de reforma (2011, 2012, 2013, 2014,

---

<sup>25</sup> Conferencia Sectorial de Empleo y Asuntos Laborales de 11 de abril de 2013. Nota de prensa Ministerio de Empleo y Seguridad Social <http://prensa.empleo.gob.es/WebPrensa/noticias/laboral/detalle/2078>

2015) han sido una de las claves en la transformación del modelo de gobernanza de las PAMT recogida en la EEAE, orientando estas políticas hacia la eficacia, la consecución de resultados en base a objetivos de política fiscal y el incremento de la rendición de cuentas *ex ante* y *ex post* en materia de gasto público de los gobiernos regionales.

En tercer lugar, dentro de la dimensión decisional también ha habido cambios en la lógica con la que se desenvuelve y el tipo de decisiones que adopta la CSEAL. Aunque el funcionamiento de esta conferencia sectorial puede estar marcado por distintas lógicas (territorial, técnica, etc.) desde la llegada de la crisis ha primado la lógica político/partidista. La primacía mono-color del partido en el Gobierno central en este órgano intergubernamental, le ha otorgado mucho poder de actuación, ya que tiene menos necesidad de debatir y deliberar cualquier tipo de decisión con los gobiernos regionales. Según algunas de las personas entrevistadas para esta investigación, esta mayoría política “ha puesto en una posición de ventaja muy predominante al Estado en la CSEAL, evidenciada en la tendencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (representante del Gobierno central) de intentar actuar como director de las CCAA en materia de activación”. Por otro lado, la CSEAL se ha configurado como un órgano intergubernamental encargado fundamentalmente en el ámbito de la activación de tomar decisiones de carácter económico, atendiendo casi en exclusiva al reparto de los fondos territoriales destinados a las PAMT y los criterios de esta distribución. A diferencia del periodo previo a la crisis, los nuevos desarrollos normativos de carácter técnico (como por ejemplo estándares de calidad de la formación profesional para el empleo) han sido aprobados por el Gobierno central de manera unilateral sin negociación con las CCAA en el marco de la CSEAL.

En último lugar, los propios actores subnacionales del sistema de decisión de las PAMT perciben que se ha producido una centralización de la dimensión decisional a raíz de los nuevos desarrollos normativos. Así lo señalan algunos de los informantes consultados para esta investigación “[...] las CCAA están atadas a la normativa básica estatal y las herramientas que marca el Ministerio de Empleo”.

## Financiera

En primer lugar, con la aprobación y posterior puesta en práctica de la EEAE y los sucesivos PAPE, se ha pasado a una nueva fragmentación de parte de los fondos destinados a las PAMT, creando “bloques” y partidas de financiación finalistas:

- Un primer bloque ha ido destinado en exclusiva a la financiación de la intermediación laboral realizada a través de las agencias de colocación<sup>26</sup>, en detrimento de los Planes de empleo públicos, de contratación de los Ayuntamientos o de ayudas a la movilidad laboral interregional. El Gobierno central ha ido dotando de recursos a este nuevo pilar a través de los sucesivos PAPE desde 2013, pasando de 25 millones de euros en 2014, a 41 millones de euros en 2016 con el último contrato del SPEE con las agencias de colocación (MEYSS, 2016). Tal y como han manifestado los informantes consultados para esta investigación, ante esta nueva orientación finalista “muchos gobiernos regionales han dejado de percibir fondos por no realizar contratos con las agencias de colocación”.
- Otro ejemplo de esta nueva orientación finalista de la financiación proveniente del gobierno central lo encontramos en el PAPE de 2016. En este plan el Gobierno central obliga a las CCAA a ejecutar parte de estos fondos en programas de atención a los desempleados de larga duración con determinadas características<sup>27</sup>.

En segundo lugar, el nuevo sistema de financiación ha pasado a depender progresivamente del grado de cumplimiento de unos objetivos, vinculados al rendimiento de las PAMT, comunes a todas las CCAA. El Gobierno central siguiendo

---

<sup>26</sup> Acuerdo Marco de intermediación laboral. Contenido en el Real Decreto-ley 4/2013, de 22 de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento y de la creación de empleo. Esta medida supuso la entrada del sector privado vía agencias de colocación en la financiación de las PAMT. En concreto, este nuevo instrumento de carácter voluntario, tiene como objeto complementar la intermediación de los servicios públicos de empleo (nacionales y regionales) mediante un sistema de colaboración público-privado. En un principio este acuerdo no tuvo una gran contestación ni fue especialmente conflictivo desde un punto de vista intergubernamental, ya que la mayoría de los gobiernos regionales eran del mismo color político que el partido en el Gobierno central. De esta forma contó con el respaldo de todas las CCAA, exceptuando Andalucía, País Vasco y Cataluña, de diferente color político que el partido gobernante en el Estado central. Los nuevos gobiernos regionales surgidos de las urnas en 2015 en las CCAA de Extremadura, Baleares, Valencia, Castilla-La Mancha y Aragón, han salido de este acuerdo marco.

<sup>27</sup> Resolución de 22 de agosto de 2016, de la Secretaría de Estado de Empleo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de agosto de 2016, por el que se aprueba el Plan Anual de Política de Empleo para 2016, según lo establecido en el artículo 11.2 del texto refundido de la Ley de Empleo, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre.

las recomendaciones del Consejo de la UE y en línea con los principios introducidos en los propios instrumentos de política social europeos (como Europa 2020) ha procedido a una progresiva transición en los criterios de reparto de los recursos a los gobiernos regionales, haciendo hincapié en la condicionalidad a la hora de conseguir estos fondos (Graziano, 2012). Tal y como recoge la EEAE de 2014-2016: “La clave del cambio al nuevo modelo de políticas activas de empleo está en un nuevo marco basado en la evaluación”. Este cambio de paradigma centrado en la evaluación de todas las políticas del mercado de trabajo esta presente en países como Suecia, Austria, Dinamarca Alemania o Países Bajos desde los años 90 (Weishaupt, 2010: 468).

En el caso español se combina un sistema de medición en base a una serie de indicadores<sup>28</sup> que permite medir el grado de cumplimiento de los objetivos fijados en los PAPE. Este nuevo modelo que gira en torno a la condicionalidad y la evaluación, se ha ido poniendo en práctica de forma progresiva. De esta forma, una parte de los fondos procedentes del Gobierno central son fijos (denominado marco general), otorgados en función de una serie de indicadores de empleo (porcentaje de parados jóvenes, parados de larga duración, población asistida, indicadores socioeconómicos del propio territorio, etc.) y otra parte de los fondos estatales está vinculada al cumplimiento de los objetivos contenidos en los PAPE. Esta parte de la financiación del Gobierno central ha pasado de representar un 15 por ciento de los fondos destinados a las PAMT en 2013, a un 70 por ciento en 2016. Este cambio en la dimensión financiera orientado hacia la consecución de resultados y la eficiencia de las PAMT, tal y como afirman algunos de los entrevistados para esta investigación “ha dado lugar a un sistema complejo de medición de indicadores que hace que la financiación que reciben las CCAA dependa en mayor porcentaje de los resultados que de sus necesidades reales en materia de inserción laboral”.

En tercer lugar, desde que comenzara la crisis se ha producido una caída de los recursos destinados a las PAMT, tanto de los fondos estatales como de los provenientes de la UE, que ha alterado la participación de los diferentes niveles de gobierno en la

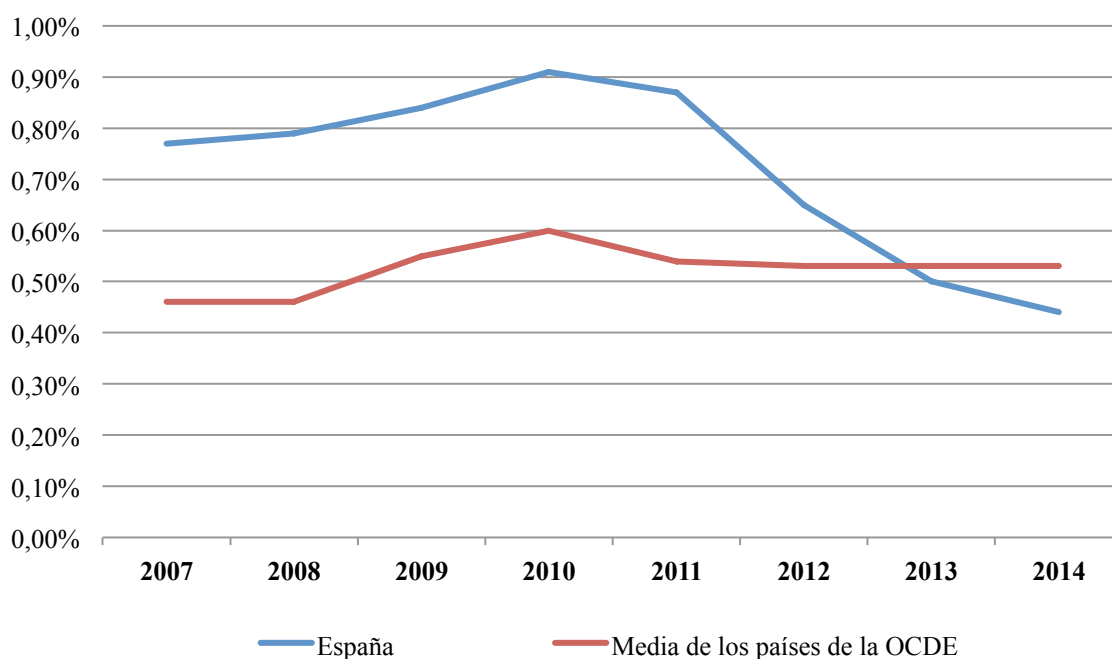
---

<sup>28</sup>En la elaboración de estos indicadores participa: la UE, la cual ha incorporado los indicadores de eficacia que utiliza la red HoPES (*Heads of Public Employment Services*) así como los indicadores específicos de seguimiento del programa de Garantía Juvenil a través del Marco Europeo de Referencia de Garantía de las Calidad en la Formación Profesional (*EQAVET* por sus siglas en inglés); el Gobierno central a través del SPEE; y las CCAA a través de un foro de debate multilateral *on-line* en el que se proponen indicadores propios, adaptados a su mercado laboral, que posteriormente pueden ser recogidos en los PAPE previo consenso y aprobación de todas las CCAA en la CSEAL.

financiación de este sector de política pública. Por un lado, ha caído la financiación (vía transferencia) por parte del Gobierno central. Si atendemos al gráfico IV.3, en 2010 el gasto público alcanzó el mayor porcentaje de recursos destinado a las PAMT, con un 0,91 por ciento del PIB. En 2014 (último año con datos disponibles), el gasto público destinado a las PAMT había disminuido en torno al 50 por ciento respecto al inicio de la crisis, hasta situarse en poco más del 0,44 por ciento del PIB, un 10 por ciento por debajo de la media de los países de la OCDE .

**Gráfico IV. 3**

**Gasto público en PAMT (%PIB) de países seleccionados y media de países OCDE**



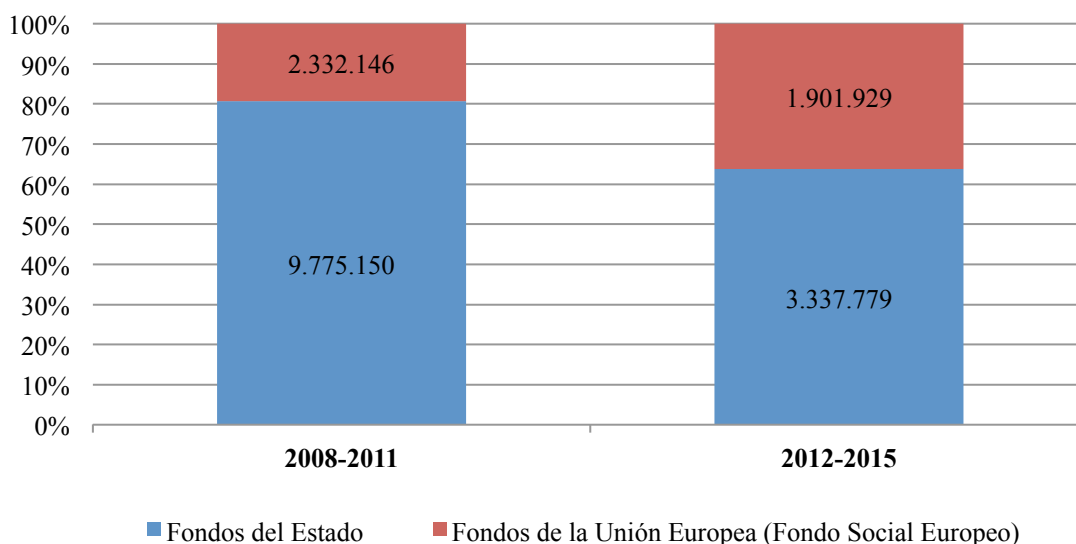
Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE. Stat. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=LMPEXP#>

La caída de los recursos estatales destinados a PAMT no ha sido homogéneo. La retirada de fondos se ha concentrado en aquellas CCAA más pobres (las que tenían menor PIB por habitante). De entre todas destacan por la retirada de recursos Andalucía, donde los fondos estatales han disminuido en un 93 por ciento, Castilla-La Mancha y Extremadura, en un 91 por ciento, y Galicia en un 85 por ciento (Negeruela, 2015).

También ha caído la financiación procedente de la UE en algo más del 12% (ver Gráfico IV.4). Un descenso que se debe al propio funcionamiento de los fondos estructurales (fundamentalmente el FSE), basados en un sistema de retorno de la financiación de los recursos ejecutados, el cual queda constreñido contexto marcado por la estabilidad presupuestaria y el establecimiento de techos de gasto por parte del Gobierno central a las CCAA<sup>29</sup>.

**Gráfico IV.4**

**Distribución de Fondos del Estado y de la Unión Europea (en mill. de €) gestionados por las CCAA**



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat Database (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/labour-market/labour-market-policy/main-tables>)

Como muestra el Gráfico IV.4, si en el periodo que va de 2008 a 2011 el Gobierno central aportaba el 80 por ciento de recursos y el FSE era responsable del 20 por ciento, en el periodo 2012-2015 los fondos estatales representan poco más del 60 por ciento y el FSE en torno al 40 por ciento.

<sup>29</sup> Para que los gobiernos subnacionales (regionales y locales) reciban los recursos, estos han de ser gastados con anterioridad. De acuerdo con los responsables públicos entrevistados para esta investigación “en los últimos 4 años se han perdido fondos europeos porque no se han podido gastar previamente, como por ejemplo los relacionados con el programa de Garantía Juvenil”.



Puesto que los recursos procedentes del FSE están sometidos a una mayor flexibilidad en la gestión y un menor control (López-Santana, 2016: 128) el incremento de la participación de la UE en la financiación total de este sector de política pública ha provocado que los niveles de gobierno subnacional (regionales y locales) puedan experimentar, en mayor medida que en el periodo previo a la crisis, con los programas y medidas de activación, y poner en práctica de esta forma la singularidad de sus territorios. Tal y como afirman algunas de las personas entrevistadas “son de los recursos provenientes del FSE donde las CCAA, en su panel de activación, han podido realizar acciones innovadoras, muy adaptadas al territorio y buscar nuevas soluciones al problema del desempleo”.

### Implementación

Desde un punto de vista de la implementación, las PAMT están compuestas por programas y servicios comunes o de aplicación para todo el Estado (regulados por la normativa estatal), o propios de cada CA. Estos programas y servicios se enmarcan en los seis ejes prioritarios de actuación establecidos por el Gobierno central en la EEAE (2014-2016), aunque ya presentes en el PAPE de 2013: orientación, formación, oportunidades de empleo, igualdad de oportunidades en el acceso al empleo, emprendimiento y por último, mejora del marco institucional.

**Tabla IV.6**

### Servicios y Programas de activación contenidos en los Programas Anuales de Empleo (2013-2016)

Tipos de medidas	Servicios* y Programas** comunes SNE				Servicios y Programas propios SEPR			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Orientación	7	7	11	12	43	62	54	77
Formación	9	9	13	13	63	92	103	123
Oportunidades de empleo	6	6	7	7	70	94	102	133
Igualdad en el	3	3	4	4	20	26	25	20

acceso al empleo								
Emprendimiento	7	5	9	9	72	62	62	78
Mejora del marco institucional	4	4	7	7	39	51	20	47
Total	36	34	51	52	307	387	366	478

\*Servicios (o acciones, según la terminología de la Ley de Empleo). Son aquellos que se prestan de forma continua y sostenida en el tiempo, que buscan atender derechos o responder a las necesidades de personas o empresas.

\*\*Programas (o medidas, según la terminología de la Ley de Empleo). Son aquellas actuaciones dirigidas a la consecución de objetivos concretos

La Tabla IV.6 presenta la evolución de los servicios y programas de activación, en función del tipo de política (eje de actuación) desde la implantación del nuevo sistema a partir del Plan Anual de Política de Empleo para 2013. A partir de este año el número de medidas comunes a todo el Estado, así como las propias de cada CA se han incrementado en todos los ejes de actuación (tipos). Dentro del tipo de PAMT que son reguladas directamente por el Gobierno central y son comunes a todas las CCAA, destacan por encima del resto las políticas de orientación y formación para el empleo, centradas en el asesoramiento de las personas beneficiarias y en mejorar su cualificación y facilitar su inserción laboral. Por otro lado, dentro de las PAMT, los servicios y programas propios diseñados por sus SEPR y adaptadas a la realidad de las personas desempleadas y el tejido productivo de cada territorio, destacan por encima del resto el crecimiento de las medidas de formación y las contempladas dentro del eje oportunidades de empleo. Este último tipo de medidas, que son las que más se han implementado en el conjunto de las CCAA en el periodo contemplado, están centradas en los incentivos a la contratación y el mantenimiento de los puestos de trabajo a través de instrumentos como las bonificaciones fiscales, beneficios laborales, o incentivos negativos como la reducción o condicionalidad de las prestaciones así como la imposición de sanciones (Bonoli, 2010: 11). En términos comparativos, durante el periodo 2013-2016, entre un 80 por ciento y un 90 por ciento del total de las PAMT (servicios y programas) implementadas han sido propias, es decir, diseñadas por los SEPR y adaptadas a la realidad de las personas desempleadas y el tejido productivo de cada CA.

En segundo lugar, la intervención del nivel superior de gobierno, a través de la aprobación de normas vinculadas a la EEAE 2014-2016, ha disminuido la independencia y la flexibilidad administrativa de los gobiernos regionales en su gestión diaria de las PAMT:

- La Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Empleo (Real Decreto 7/2015, de 16 de enero); de aplicación en todas las CCAA, esta integrada por los servicios de orientación profesional, de colocación y de asesoramiento a las empresas, formación y cualificación para el empleo y de asesoramiento para el autoempleo y el emprendimiento.
- Los Reglamentos de Empleo y Formación (Real Decreto-ley 4/2015, de 22 de marzo); el nuevo modelo de formación profesional para el empleo será de aplicación a todas las Administraciones públicas, y estará al servicio de empresas y trabajadores en cualquier parte del territorio. Ahondando en la gobernanza del modelo, se ha transformado la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo en la que los representantes de la Administración General del Estado representarán a la mayoría de sus miembros. Esta fundación estatal es la encargada de impulsar y coordinar la ejecución de las políticas públicas en materia de Formación Profesional en el ámbito del empleo y las relaciones laborales.
- Las nuevas competencias asumidas por la Dirección General del SPEE; con la aprobación de la EEAE, se convierte en el único departamento con capacidad para adaptar y modificar de acuerdo con los objetivos e intereses del Gobierno central los servicios y programas de activación
- El Programa de buenas prácticas, que establece qué medidas han sido exitosas en materia de activación y por tanto han de ser incorporadas por los SEPR.
- El Acuerdo Marco de intermediación laboral con agencias de colocación, que servirá de arquitectura común para coordinar los proyectos de colaboración público-privada en la intermediación laboral.

## VI. Conclusiones

La crisis ha impactado en la gobernanza territorial del sistema de protección social de maneras diversas. En general, la intervención del Estado central en los tres sectores de política pública en el que las CCAA poseen un alto grado de capacidades legislativas, ejecutivas, de gestión e implementación ha provocado un aumento gradual de las tensiones intergubernamentales. La distinción entre diferentes dimensiones de la gobernanza multinivel (decisión, implementación y financiación) nos ha permitido captar la complejidad de estos cambios que no siempre se han producido en la dirección esperada.

Por lo que se refiere a la decisión, con el objetivo claro de incrementar el control sobre la situación económica de los gobiernos subnacionales, se ha producido un proceso centralizador en las tres políticas estudiadas. Dicha centralización se manifiesta tanto de manera informal como en una dimensión formal. Respecto al aspecto informal, en el caso de la dependencia se ha utilizado de forma oportunista el sistema de decisión formal existente, de modo que su lógica territorial fue sustituida por una lógica de mayorías políticas cuando la coyuntura política así lo permitió. En el caso de la sanidad, la lógica política con la que funciona el órgano de participación entre el Estado central y las CCAA también ha favorecido la centralización. Por su parte, las políticas activas no han sufrido cambios formales en la dimensión decisional, pero sí de manera informal. A partir de la EEAE y los Reglamentos desarrollados bajo esta legislación, la Dirección General del SPEE, un órgano “horizontal” ligado al Gobierno central, ha pasado a ser el único organismo con capacidad de modificar los servicios y programas (tanto comunes como propios) contenidos en los PAPE, provoca que se decida lo que quiere el nivel superior de gobierno. Dentro de este sector de política pública también ha habido cambios en la lógica con la que se desenvuelve y el tipo de decisiones que adopta la CSEAL. Aunque el funcionamiento de esta conferencia sectorial puede estar marcado por distintas lógicas (territorial, técnica, etc.) desde la llegada de la crisis ha primado la lógica político/partidista.

Además, en las tres políticas analizadas, el imperativo económico fue utilizado para adoptar decisiones impulsadas desde el Ministerio de Hacienda que han impactado directamente en el sector de política, es decir, una parte de las decisiones sobre la política se han sacado de su ámbito sectorial natural. El contenido de las decisiones ha

estado orientado a reducir el alcance de las prestaciones y servicios existentes y a limitar compromisos futuros de gasto. Sin embargo, mientras en el caso de la atención a la dependencia no se ha modificado el derecho subjetivo, este si fue alterado en el caso de la sanidad.

Por lo que se refiere a la implementación del sistema, la trayectoria anterior de los servicios sociales, explica la diversidad que continúa existiendo hoy en el caso de la dependencia. Lo mismo puede afirmarse de la sanidad y las políticas activas, muy ligada esta última a las peculiaridades de los sistemas de empleo público regionales. En cualquier caso, aunque las CCAA siguen disponiendo de un amplio margen en la implementación de las políticas analizadas, como pone de manifiesto el hecho de que la heterogeneidad inicial siga persistiendo en el tipo de servicios y programas, se ha producido una tendencia hacia la estandarización de normas y procedimientos que han tenido dos objetivos: garantizar cierta homogeneidad en algunos aspectos de la implementación de la política y, realizar un control financiero más estrecho de los recursos aportados por el Estado central.

La dependencia financiera de los gobiernos regionales respecto al Estado central en las tres políticas analizadas es muy importante. No obstante, se aprecian diferencias entre ellas. En sanidad, el gobierno central ha estado especialmente interesado en introducir mecanismos para reducir el gasto en una política cuyos recursos no habían dejado de crecer y en condicionar la utilización del dinero público. En dependencia, el Estado central se ha limitado a retirar su financiación hasta donde la ley se lo permitía, dejando a los gobiernos regionales a cargo de la política con sus propios recursos. En cuanto a las políticas activas, las CCAA han sufrido una fuerte caída tanto de los fondos provenientes del Estado como de los fondos estructurales (principalmente Fondo Social Europeo), y además el sistema de financiación de los fondos estatales se rige desde el año 2013 por un nuevo modelo condicionado y de carácter finalista, que depende progresivamente del grado de cumplimiento de unos objetivos vinculados al rendimiento de las políticas activas en cada CA en lugar de a las necesidades de cada territorio.

## VII. Referencias

AJA, E. (2003), *El Estado autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*, Madrid: Alianza Editorial.

BANTING, K. G. (2006), “Social citizenship and federalism: is a federal welfare state a contradiction in terms?”, en *Territory, Democracy and Justice* (pp. 44-66). Palgrave Macmillan UK.

BRAUN, D., Y TREIN, P. (2013). Economic crisis and federal dynamics. *Federal Dynamics: Continuity, Change, and the Varieties of Federalism*, 343.

BRAUN, D. Y TREIN, P. (2014), “Federal dynamics in times of economic and financial crisis”, *European Journal of Political Research*, 53(4),803–821.

COLINO, C., Y DEL PINO, E. (2014), *Spanish Federalism in Crisis*, in PETERSON, P. AND NADLER, D. (eds.) *The Global Debt Crisis. Haunting U.S. and European Federalism*, Washington: Brookings Institution Press,159-178.

DE LA FUENTE, Á. (2013), *Las Finanzas Autonómicas en Boom y en Crisis (2003-2012)*, Fundación SEPI, available at [http://www.fundacionsepi.es/ciea/Finanzas%20autonomicas%20en%20boom%20y%20en%20crisis%20\(Angel%20de%20la%20Fuente\).pdf](http://www.fundacionsepi.es/ciea/Finanzas%20autonomicas%20en%20boom%20y%20en%20crisis%20(Angel%20de%20la%20Fuente).pdf)

DEL PINO, E., Y RAMOS, J. (2013) “Políticas de protección por desempleo en perspectiva comparada: hacia la re-mercantilización y la activación” en DEL PINO, E. Y RUBIO LARA, M<sup>a</sup>. J. (eds.), *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid, Editorial Tecnos, pp. 212-236.

EUROPAPRESS (2012), “Montoro rechaza que Estado autonómico suponga "despilfarro" y garantiza a las CC.AA. respeto a sus competencias” newspaper article, 26 January.

EUROPAPRESS (2011), “Y Rajoy reapareció para presentar su plan contra el despilfarro autonómico”, newspaper article, 2 June.

FALLETI, T. G. (2010), *Decentralization and subnational politics in Latin America*. Cambridge University Press.

MORENO-FUENTES, F. J. (2009), “Del sistema sanitario de la seguridad social al sistema nacional de salud descentralizado”, en MORENO, L. (ed.) *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid, Siglo XXI de España Editores. pp. 101-136.

GALLEGO, R. Y SUBIRATS, J. (2011), “Regional Welfare Regimes and Multi-level Governance”, en GUILLÉN, A.M. AND LEÓN, M. *The Spanish Welfare State in the European Context*, London: Ashgate, 97-118.

GALLEGO, R., Y BARBIERI, N. (2016), “¿Por qué se han desplegado modelos sanitarios distintos en Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco entre 2000 y 2012?”, en GALLEGRO, R. (ed). *Descentralización y desigualdad en el estado autonómico: Opinión pública, financiación territorial, ideología y políticas públicas*. Valencia: Tirant-lo-Blanch, pp. 263-299.

GALLEGO, R., Y VILALTA, M. (2016), “Descentralización y (des)igualdad en el Estado Autonómico: entre la autonomía política y la financiación territorial”, en GALLEGRO, R. (ed). *Descentralización y desigualdad en el estado autonómico: Opinión pública, financiación territorial, ideología y políticas públicas*, Valencia: Tirant-lo-Blanch, pp. 21-43.

GUILLÉN, A.M., Y LEÓN, M. (eds.) (2011), *The Spanish Welfare State in the European Context*, London: Ashgate.

Hemerijck, A. (2015), “The Quiet Paradigm Revolution of Social Investment”. *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, 22 (2): 242-256.

HOOGHE, L. Y MARKS, G. (2003), “Unraveling the central state, but how? Types of multi-level governance”, *American Political Science Review*, 97(2): 233–43.

HUMER, A., RAUHUT D., Y MARQUES DA COSTA, N. (2014), “European Types of Political and Territorial Organisation of Social Services of General Interest Romanian”. *Jurnal of Regional Science*. 7: 142-164.-

KAZEPOV, Y. (ed.) (2010), *Rescaling Social Policies*, Farnham: Ashgate.

KINCAID, J., TARR G. A., Y WÄLTI S. (2010), “Federalism and the Global Financial Crisis: Impacts and Responses”, *L'Europe en Formation*, 4 (358): 3-14.

LEÓN, M. (ed.) (2014), *The Transformation of Care in European Societies*, Basingstoke: Palgrave.

LÓPEZ-LABORDA, J., MARTÍNEZ-VÁZQUEZ, J. Y MONASTERIO, C. (2007), ‘The Practice of Fiscal Federalism in Spain’, in SHAH, A. (ed.), *The Practice of Fiscal Federalism: Comparative Perspectives*, Montreal and Kingston: McGill-Queen’s University Press, 287-316.

LÓPEZ-SANTANA, M. (2015), ‘The New Governance of Welfare State in the United States and Europe’. New York, State University of New York.

LOSCOS, J., Y RUIZ-HUERTA, J. (2016), “los sistemas de financiación y su impacto en la desigualdad”, en GALLEGO, R. (ed). *Descentralización y desigualdad en el estado autonómico: Opinión pública, financiación territorial, ideología y políticas públicas*, Valencia: Tirant-lo-Blanch, pp. 79-118.

MAS-COLELL, A., BONO RÍOS, F., MUÑOZ-FONTERIZ, E., SAZ-CASADO, J. L., MANGLANO-ALBACAR, P., Y SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ, M. (2012), *El ajuste fiscal de las comunidades autónomas visto desde dentro*. Instituto de Estudios Económicos.

MCEWEN, N., Y MORENO, L. (eds.) (2005), *The Territorial Politics of Welfare*, Oxon/New York: Routledge.

MORENO, L. (2001), *The Federalisation of Spain*, London: Routledge.

MORENO, L. (2009), *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Siglo XXI de España Editores.

MURO, D. (2015), “When Do Countries Recentralize? Ideology and Party Politics in the Age of Austerity”, *Nationalism and Ethnic Politics*, 21(1), 24-43.

OECD (2014a), *Health at a glance 2013: OECD indicators*, Paris: OECD Publishing.

OECD (2014b), *Education at a glance 2013: OECD indicators*, Paris: OECD Publishing.

OOSTERLYNCK, S., KAZEPOV, Y., NOVY, A., COOLS, P., WUKOVITSCH, F., SARUIS, T., Y LEUBOLT, B. (2013), *Exploring the multi-level governance of welfare provision and social innovation: welfare mix, welfare models and rescaling* (13/12). Herman Deleeck Centre for Social Policy, University of Antwerp.

PAVOLINI, E. (2015), “How many Italian welfare states are there?”, en ASCOLI, U. AND PAVOLINI, E. *The Italian Welfare State in a European Perspective: A Comparative Analysis*, Bristol: Policy Press. 285–307.



PAVOLINI, E., Y GUILLÉN, A.M. (eds.) (2013), *Health Care Systems in Europe under Austerity*, Basingstoke: Palgrave.

PAVOLINI, E., Y DEL PINO, E., (2015), “Decentralisation in a time of harsh austerity: multilevel governance and the welfare state in Spain and Italy facing the crisis”, *European Journal of Social Security*, 17 (2): 246.

PÈREZ-NIEVAS, S. (2013), ‘Los efectos de la crisis económica en la democracia española, Informe de Investigación’, available at <http://www.uam.es/otros/afduam/documentos/Informe-Los%20efectos%20de%20la%20crisis.pdf>

RAMOS, J., DEL PINO, E., BLANCO, F. Y COLINO, C. (2014), ‘El alcance de las políticas de austeridad en el Estado Autonómico (2008-13): un análisis exploratorio de las trayectorias de consolidación fiscal en varias regiones’, paper presented at the ‘Policy Divergence and Convergence in the Spanish State of Autonomies’ Conference, Madrid, 5 June.

RANCI, E., Y PAVOLINI, (eds.) (2013), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York: Springer.

SÁENZ ROYO, E. (2010), *La estructura organizativa territorial del sistema de atención a la dependencia y relaciones de cooperación interadministrativa*. Fundación Democracia y Gobierno Local, Área de Bienestar Social. Diputación de Barcelona.

VAN BERKEL, R. (2010), The provision of income protection and activation services for the unemployed in ‘active’ welfare states. An international comparison. *Journal of Social Policy*, 39(01), 17-34.

VIVER PI-SUNYER, C., Y MARTÍN, G. (2013), El proceso de recentralización del Estado de las autonomías. *Informe IEB sobre Federalismo Fiscal*, 12, 47-60.

WEISHAAPT, J. T. (2011a), Governing Public Employment Services: Recent Trends in Social Partnership and Privatization. In *Joint OECD/University of Maryland International Conference ‘Labor Activation in a Time of High Unemployment’*, Paris (pp. 14-15).

WEISHAAPT, J. T. (2011b), Social partners and the governance of public employment services: Trends and experiences from western Europe. ILO.

WOOD, D., & KLASSEN, T. R. (2008), Intergovernmental Relations Post-devolution: Active Labour Market Policy in Canada and the United Kingdom 1996–2006. *Regional and Federal Studies*, 18(4), 331-351.