

---

# El diálogo social en sanidad

---

*Cándido Méndez Rodríguez*

*Secretario General de UGT.*

Quiero felicitar al director de la Revista de Administración Sanitaria por los 10 años que cumple esta publicación, por su excelente calidad y oportuno tratamiento de los temas de actualidad, y agradecer su invitación a colaborar nuevamente. En este caso, la década de vida de la Revista coincide con el vigésimo primer aniversario de la Ley General de Sanidad (LGS). La proximidad de las celebraciones hace inevitable reflexionar sobre estos últimos veintitún años en los que el sistema sanitario público se conforma, se transforma y adopta su actual estructura descentralizada.

Cabría esperar, por tanto, que después de estas dos décadas estuviéramos ante un Sistema Nacional de Salud (SNS) maduro, cohesionado y saludable, en el que los valores y principios de universalidad, equidad, solidaridad y participación sobre los que se ha ido construyendo, tuvieran su máxima expresión en el planteamiento y ejecución de las políticas de salud, en el funcionamiento del sistema en su conjunto y en la gestión de los servicios de salud, en particular.

El SNS, definido y creado en la LGS, como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ha experimentado, a lo largo de su historia, cambios en cuanto a su financiación, prestaciones y niveles asistenciales, acompañados de modificaciones en la gestión, en el marco normativo y en el modelo de participación social. Se ha constituido como un modelo público, con cobertura universal, equitativo, participativo y solidario, en el que el acceso al sistema y a las prestaciones sanitarias deben realizarse en condiciones de igualdad efectiva – equidad –, y la política de salud debe estar orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Simultáneamente y a lo largo de 20 años, se fue descentralizando la gestión de la asistencia sanitaria, desde 1981 hasta 2001, año en el que culminan las transferencias en esta materia coincidiendo con el nuevo y actual modelo de financiación de la sanidad<sup>1</sup>. Tanto la descen-

tralización de la gestión de los servicios de salud, a lo largo de 20 años, como los cambios en el sistema de financiación sanitaria, se producen a la par que emergen las estrategias de reforma en la gestión pública, las políticas de convergencia y el control del déficit público, sin instrumentos consensuados de cohesión y gobierno del sistema, garantes de sus valores y principios. Es evidente que, en la década de los noventa, la proliferación de iniciativas de gestión amparadas en el Derecho privado se presentan como alternativas de mejor gestión al introducir criterios de mercado y se justifican por sus defensores frente a la rigidez del Derecho público, “lo que ha significado en el Sistema Nacional de Salud una auténtica eclosión de formas jurídico-organizativas diferentes de las burocracias públicas tradicionales, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas”<sup>2</sup>. Este fenómeno cuyas consecuencias todavía no han sido evaluadas es probablemente uno de los aspectos centrales a considerar y replantear con carácter de urgencia.

Por su parte, en 2003, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCCSNS) establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección

de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS. Esta Ley que tantas expectativas generó por el alto grado de consenso con el que se aprobó, fue considerada por nuestro sindicato como una pérdida de oportunidad para solucionar algunas de las deficiencias que se habían detectado en el sistema sanitario, aunque fue bienvenida porque reordenó la composición del Comité Consultivo del SNS como órgano de participación tripartito y paritario.

Junto al desarrollo normativo, y a pesar de los logros obtenidos y de la valoración positiva con la que los ciudadanos premian al sistema sanitario público, se puede afirmar que no siempre se cumplen los valores y principios que la Ley enuncia, y se destacan a continuación algunos aspectos mejorables que deben subsanarse.

En cuanto a la universalidad, a pesar del esfuerzo realizado en la expansión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la seguridad social<sup>(1)</sup>, en relación con los ciudadanos que tienen cubierta la asistencia sanitaria a través del Sistema español de Seguridad Social, la efectividad del derecho a la protección de la salud depende de la actuación de dos

---

(1) Resolución de 21 de 2005, del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

administraciones diferentes, la Administración de la Seguridad Social en cuanto al reconocimiento del derecho y la Administración sanitaria autonómica, respecto de la obtención de la tarjeta sanitaria individual. Esta situación compleja da lugar a no pocos casos problemáticos derivados de cambios en la situación laboral de los titulares y beneficiarios, que se solucionan en los márgenes de la normativa. Además, a ello hay que añadir que todavía queda sin derecho a la asistencia sanitaria un porcentaje muy reducido de la población, estimada cuantitativamente por exclusión<sup>3</sup>. Por ambos casos merece la pena un tratamiento específico en la normativa, procurando la universalidad de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social *de facto* y *de iure*.

En relación con la equidad, la persistencia de subsistemas de producción privada de servicios no integrados en el SNS<sup>(2)</sup> da lugar a diferencias en cuanto a

las garantías de las prestaciones (de acceso, de tiempo, de calidad, etc.) a pesar de las Disposiciones Finales Segunda y Tercera de la LGS.

En relación con la universalidad y la equidad debemos recordar que durante el debate parlamentario de la LCCSN la UGT insistió, tanto al gobierno de entonces como a los partidos de la oposición, en la oportunidad para incorporar en esta Ley aspectos para resolver algunos vacíos normativos. Más tarde, en nuestro Programa de Acción<sup>(3)</sup> de la UGT se manifiesta que:

“El concepto solidario de universalidad en la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social debe extenderse sin exclusión alguna al 100% de la población y procurarse en condiciones de equidad en un sistema sanitario único. Ade-

---

(2) Ley General de Sanidad: Disposición Adicional Segunda. Hasta que los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno en el plazo de 18 meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de:

1. La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el artículo 20.1 a) de la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes

---

específicas: Agrario, Trabajadores del Mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia y los miembros de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre.

2. La asistencia médico farmacéutica a los funcionarios y empleados de la Administración Local.

Disposición Adicional Tercera 2. El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados, dispondrá que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes, Mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos.

(3) Programa de Acción. 39 Congreso Confederal de UGT, Junio de 2005.

más, se debe, por una parte, establecer legalmente una definición explícita del concepto de aseguramiento, así como el catálogo de prestaciones común a todos los usuarios del SNS y de todos los sistemas de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, sobre los principios de igualdad y atención integral de la salud. Por otra, deberán integrarse todos los sistemas de prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social de manera homogénea en el Sistema Nacional de Salud, evitándose las situaciones de diversidad de aseguramiento y provisión de la asistencia sanitaria que aún existen, tal y como dispone la LGS, con los objetivos de mejorar la coordinación y la integración de los recursos sanitarios públicos”.

Mención especial requiere la existencia de desigualdades interterritoriales cuyas magnitudes y repercusiones en la salud de los ciudadanos se desconocen. Las situaciones diferentes de los servicios autonómicos de salud nos proporcionan un mapa en el que se constatan las diferencias en las prestaciones y en el acceso a las mismas, en las condiciones de salud, en el gasto per cápita destinado a salud por habitante, en los recursos tecnológicos y en la dotación de personal.

Es sabido que para la elaboración de cualquier informe o estudio riguroso sobre nuestro sistema sanitario público, la mayor

dificultad ha sido la de la obtención de la información, porque España no dispone de un sistema de información sanitaria capaz de recabar e integrar la información de todo el SNS de una forma útil, ágil y exhaustiva. Carecemos, por tanto, de un conocimiento general y detallado del conjunto del sistema, requisito necesario para informar a los ciudadanos, profesionales y agentes sociales e imprescindible para conocer el estado de salud de la población, desarrollar estudios epidemiológicos, evaluar la gestión, planificar y determinar los recursos necesarios y, en definitiva, establecer las políticas sanitarias y los recursos necesarios para su ejecución, a pesar de los esfuerzos realizados recientemente en la elaboración de los informes anuales del SNS 2003, 2004 y 2005 y las estrategias de salud (cardiopatía, cáncer, etc.), así como del trabajo realizado por la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS para el desarrollo del Sistema de Información en Atención Primaria, entre otros.

En este sentido quiero hacer especial hincapié y destacar la urgente necesidad de hacer un análisis exhaustivo de los nuevos modelos de gestión implantados por las diferentes Comunidades Autónomas. Asunto éste abordado parcialmente por el Tribunal de Cuentas que alertó en su Informe sobre las distorsiones y falta de

transparencia en las partidas económicas y cuyos resultados deberán darse a conocer. De igual forma debe actuarse en relación con la proliferación de concesiones administrativas para la construcción y gestión de centros sanitarios. Estamos convencidos de que los resultados de estas iniciativas privatizadoras del SNS no van a contribuir a mejorar su gestión económica y van a deteriorar la calidad del servicio.

Nosotros apostamos porque la sostenibilidad del SNS depende, además de su cohesión y solidaridad, de una mejora en cuanto a su gestión pública tradicional, con financiación y provisión públicas; asunto sobre el que hemos insistido en el Programa de Acción<sup>(3)</sup> en los siguientes términos:

“Un aspecto de especial preocupación para UGT es la adopción de nuevas formas de gestión en el sistema sanitario público sujetas a fórmulas jurídicas de derecho privado que se alejan del control administrativo característico del derecho público y con criterios mercantilistas bajo el pretexto de lograr mayor eficiencia que la obtenida con la gestión pública tradicional.

Por todo ello, UGT reafirma su convicción de que el derecho a la salud de la ciudadanía, por tratarse de un bien social, sólo puede hacerse efectivo a tra-

vés de un Sistema Nacional de Salud con financiación, gestión y provisión públicas que garantice la aplicación de los principios de aseguramiento público y único, universalidad, gratuidad, calidad y equidad”.

Y puesto que, por un lado, la LGS dispuso que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarían el SNS, al que definió como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, y por otro, también creó el Consejo Interterritorial que la LCCSNS redefinió como órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, con la finalidad de promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, han quedado determinadas, consecuentemente, tanto la integración de los dispositivos, como la descentralización y la coordinación de todos ellos en un sistema único.

Con respecto a la participación en los ámbitos diferentes al estatal, resulta manifiestamente insuficiente y con órganos constituidos que no se ajustan al modelo establecido por la LGS ni por la LCCSNS, por lo que sólo cabe analizar

los motivos por los que se ha llegado a esta situación y abordarla para fortalecer de inmediato un sistema de participación tripartito y paritario, promover la constitución de los consejos de salud de área y de zona e impulsar una dinámica de funcionamiento adecuada. Cito nuevamente el Programa de Acción<sup>(4)</sup>:

“Se hace imprescindible ordenar la participación institucional en el conjunto del SNS. En el ámbito autonómico, creando los órganos de participación y consulta de acuerdo con el modelo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS: un Comité Consultivo, con carácter permanente, tripartito y paritario y el Foro Abierto, no permanente y para temas específicos”.

Otro aspecto determinante es el de la financiación de las prestaciones de asistencia sanitaria, incluidas en la acción protectora de la Seguridad Social sanitaria, objeto de la Segunda Conferencia de Presidentes y causa de un debate territorial permanente por su insuficiencia, que también ha evolucionado. En su origen, financiadas con cargo al presupuesto de la Seguridad Social, adquirieron la extensión universal con la LGS, en 1986, y la naturaleza no contributiva con la Ley

de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, en 1997. A partir de este momento las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria se financiaron por el Estado, hasta que en 2001 la financiación sanitaria se integró en la financiación general de las Comunidades Autónomas.

El sistema de financiación autonómico actual no está demostrando ser el más apropiado para garantizar la sostenibilidad del sistema. En él se detectan tensiones que no son achacables únicamente a las deficiencias de financiación, sino que son consecuencia de una gestión plagada de dificultades que se ha agravado con el dilatado proceso de transferencias, dando lugar a situaciones territoriales bien diferentes, que ponen en peligro la equidad del sistema y manifiestan desigualdades. En el actual sistema de financiación los recursos no tienen carácter sanitario finalista y la utilidad del Fondo de Cohesión, tanto en su actual concepción como en su insuficiente dotación, es muy escasa.

Para determinar un mejor diseño del sistema de financiación sanitaria se debe partir de una concepción común del sistema sanitario, y de las prestaciones y servicios que debe proveer y, en función de ello, calcular los recursos y las fuentes necesarias para su financiación. Sin olvidar que la sostenibilidad del sistema tam-

---

<sup>(4)</sup> Punto 3 del Artículo 3 de la Ley General de Sanidad.

bién depende de una mejora de su gestión pública en todos los ámbitos.

La UGT valoró positivamente el debate abierto sobre la financiación de la sanidad pública en la primera Conferencia de Presidentes, en octubre de 2004, y su tratamiento monográfico en la segunda Conferencia de Presidentes de 2005, lo que permitió conocer con mayor precisión la evolución del gasto sanitario y de la población en España durante el período 1999-2003, aspectos fundamentales para abordar las necesidades de financiación; así como el esfuerzo del Gobierno de la Nación y el de las Comunidades Autónomas para alcanzar un acuerdo en esta materia. Pero también se advirtió de que el debate debiera ser mucho más amplio y en la dirección de avanzar hacia una mayor equidad y solidaridad del sistema, tal y como se recogió en la Declaración en Defensa de la Sanidad Pública, ratificada por UGT y la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), el 7 de septiembre de 2005.

Compartiendo el objetivo de mejorar la financiación de nuestro Sistema Sanitario Público desde la UGT se instó al Gobierno para que el acuerdo político se completara con un acuerdo social.

No menos importantes son los problemas relacionados con los recursos humanos del SNS. Las tensiones que

sufren los distintos colectivos tienen su origen en la falta de planificación, en el marco normativo (Estatuto Marco y Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) y en la escasa práctica negociadora en el ámbito estatal, elemento clave y referencia para la cohesión del sistema. Poco puede avanzarse si la Administración General del Estado antepone sus acuerdos políticos con las Comunidades Autónomas en la Comisión de Recursos Humanos a la negociación con los sindicatos en el ámbito estatal, dejando éste vacío de contenido y subordinado a un proceso que debe darse en un orden inverso o simultáneo.

Pero, para nosotros, además de las deficiencias enumeradas, lo más preocupante en relación con el sistema sanitario público sería que se incumpliera uno de los mandatos legales más notables: el de la solidaridad. Expresada entre los principios generales establecidos en la LGS: la política de salud debe estar orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales<sup>(5)</sup>, por lo que desde su concepción, el sistema sanitario público ha ido constituyéndose como un mecanismo redistributivo eficaz. Mecanismo que deberá fortalecerse y persistir en la medida en que el SNS se mantenga como

---

<sup>(5)</sup> Eurostat.

un solo sistema sanitario público integrado por todos los servicios públicos de salud. Su cohesión, por tanto, es la clave de su sostenibilidad, función redistributiva y nuestra apuesta social y política más firme.

De hecho, ninguno de estos aspectos sería preocupante si no se constatará que frente a la persistencia de estas deficiencias no existen mecanismos eficaces correctores de las desigualdades, orientados hacia la equidad y garantes de un reparto presupuestario, según las necesidades, y si el sistema de financiación sanitaria, en el que hoy los recursos no tienen carácter finalista sanitario, fuera el adecuado.

Lamentablemente, de todo ello lo que sobresale del debate político, que con gran repercusión mediática está trascendiendo a la opinión pública, se ha centrado mucho más en la insuficiencia de la financiación sanitaria o en las medidas de salud pública que en las cuestiones de fondo. Ambas, las derivadas de la financiación y las medidas de salud pública, con ser importantes no pueden constituir los ejes del debate y de la política sanitaria.

En septiembre de 2005 la UGT y la FADSP, compartiendo el análisis sobre la sanidad y ante la falta de los mecanismos de gobierno, coordinación y cohesión necesarios para el mantenimiento

del sistema y para hacer frente a las causas de su desestructuración y desmembramiento y a la desmotivación de su personal, firmamos y dimos a conocer una Declaración a favor de la sanidad pública, con una serie de consideraciones para mejorar y reforzar el SNS de las que destacamos las siguientes:

1. Un incremento de recursos para adecuar su funcionamiento a las demandas y necesidades de atención que tiene la población. Para ello se precisaría situar el gasto sanitario público (en porcentaje sobre el producto interior bruto [PIB]), en el promedio de la Unión Europea (UE) de los 15 países previos a la última ampliación. Con datos correspondientes a 2004, ello supondría un gasto superior en 1,5 puntos de PIB para alcanzar el gasto medio de la UE 15.<sup>(5)</sup>

2. La vertebración y coordinación que se precisan para asegurar la equidad y la solidaridad interterritorial en las prestaciones del SNS, para lo que es necesaria una mejora sustancial de los sistemas de información y de los sistemas que puedan compensar los desequilibrios territoriales y sociales. Por ello, estimamos que el Fondo de Cohesión debería de convertirse en un Fondo de la Seguridad Social para la Cohesión del SNS, ampliando su dotación, cambiando su naturaleza e incluyendo entre sus fines de mane-



ra prioritaria la corrección de desigualdades.

Este Fondo se crea en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, y se regula su gestión y distribución por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

La LCCSNS, en 2003, en su Disposición Adicional Quinta determina:

“El Fondo de Cohesión tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Fondo de Cohesión sanitaria y según se determine reglamentariamente, realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una

mayor necesidad de servicio, tales como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar”.

En este contexto, debería desarrollarse el Plan Integrado de Salud del SNS para marcar los objetivos y orientar las actuaciones del conjunto del Sistema y las asignaciones del Fondo de Cohesión.

La LGS establece en su artículo 74:

“El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el Gobierno, recogerá en un documento único los planes estatales, los planes de las Comunidades Autónomas y los planes conjuntos. Asimismo relacionará las asignaciones a realizar por las diferentes Administraciones Públicas y las fuentes de su financiación”.

Los recursos humanos son fundamentales en el SNS y aunque su gestión corresponda a las Comunidades Autónomas, es necesario establecer una política acorde a un estado descentralizado, pero a la vez, coordinado y vertebrado, en aras al fortalecimiento de su función de servicio público y como instrumento de motivación y desarrollo de sus profesionales.

Por tratarse de un pilar fundamental del Estado de Bienestar, debe potenciar-

se la participación social a todos los niveles, según el modelo establecido en la LCCSNS y originado en la Seguridad Social que posibilita la participación y representación de la ciudadanía.

En conclusión, el debate sobre la sanidad no puede circunscribirse únicamente al ámbito territorial ni a los aspectos de financiación, sino que debe ser objeto preferente en el diálogo social del Gobierno con los interlocutores sociales, a fin de lograr los objetivos de cohesión y solidaridad.

El 8 de julio de 2004 se firmó la Declaración para el diálogo social (por el Presidente del Gobierno y los máximos responsables de CEOE-CEPYME, CCOO y UGT). Con esta Declaración se inició una nueva etapa en la que se recuperó la importancia y el valor del diálogo social como instrumento necesario para alcanzar el triple objetivo de mejorar la competitividad, el empleo estable y la cohesión social. La Comisión de Seguimiento y Evaluación de la Declaración, facultada para ordenar las materias objeto de negociación, determinar el ámbito de trabajo de cada una de ellas y el calendario a seguir, abordó en su reunión de 3 de diciembre de 2004 la inclusión de la sanidad entre las materias a tratar. Hasta el momento, el proceso de diálogo social ha dado lugar a la consecución de alrededor de 20 acuerdos

que inciden en medidas económicas, sociales y laborales, aunque quedan pendientes algunas de las materias cuyo tratamiento deberá planificarse en una nueva agenda que deberá elaborar la Comisión de Seguimiento y Evaluación.

En este contexto de diálogo social, y especialmente en cuanto a las materias relacionadas con el sistema de Seguridad Social se echa en falta más que nunca el establecimiento de una mesa específica en materia de sanidad, dado que las prestaciones sanitarias lo son también de la Seguridad Social, en la que abordar todos los temas relacionados con el SNS en su conjunto y, especialmente, en todo aquello relacionado con la equidad, la seguridad, la calidad, la sostenibilidad, la solidaridad, la universalidad y la cohesión del mismo.

En diferentes ocasiones la UGT ha trasladado al Ministerio de Sanidad y Consumo la necesidad de constituir una mesa de diálogo social en sanidad en la que abordar una serie de temas, entre los que destacamos como más significativos: la financiación y el gasto sanitario, en el que incluimos el seguimiento de las medidas adoptadas en el Acuerdo de la Conferencia de Presidentes y en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en septiembre de 2005, tanto sobre financiación como sobre racionalización del gasto; el marco

normativo establecido por el Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, su desarrollo reglamentario y el desarrollo de las Políticas de Recursos Humanos en el SNS; los modelos de organización y gestión y la colaboración público-privada en la financiación y producción de los servicios sanitarios, desde la perspectiva de la cohesión, la calidad y la equidad y el modelo de participación en el SNS, entre otros.

En nuestra opinión, se requiere un análisis y un debate en profundidad sobre la evolución y el estado actual del sistema sanitario español en el entorno europeo y en el contexto de la globalización. Tales análisis y debate no deberían circunscribirse al ámbito territorial, dada la naturaleza del Sistema que engloba tanto las bases y coordinación general de la sani-

dad que corresponden al Estado, como la competencia propiamente dicha de sanidad que corresponde a las Comunidades Autónomas, sino que el diálogo social entre Gobierno de la Nación y los interlocutores sociales resulta igualmente imprescindible para conseguir el objetivo común de fortalecer el Sistema Nacional de Salud y concluir y acordar criterios y orientaciones que pudieran, si lo tuvieran a bien, inspirar al Gobierno y al Parlamento para el desarrollo normativo adecuado, la adopción de acuerdos políticos u otras medidas que se consideren oportunas y de trascendencia política. La historia de las relaciones sociales en nuestro país desde la recuperación de la democracia avala que la negociación social es un método útil y eficaz para ejercer las tareas de gobierno a todos los niveles.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Ley 21/2001, de 27 diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.
2. Martín Martín JJ. Nuevas fórmulas de gestión en el ámbito sanitario y nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Fundación alternativas; 2003.
3. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios: Sistemas Sanitarios en Transición. España. Ministerio de Sanidad y Consumo: Sistema Nacional de Salud en Cifras; 2003.

