

NACIONES UNIDAS

CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL



Distr.
GENERAL

E/CN.4/1155/Add.19
8 de octubre de 1974

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COMISION DE DERECHOS HUMANOS
31º período de sesiones

INFORMES PERIODICOS SOBRE DERECHOS HUMANOS

Informes sobre derechos económicos, sociales y culturales, correspondientes al período comprendido entre el 1º de julio de 1969 y el 30 de junio de 1973, recibidos de los gobiernos en virtud de la resolución 1074 C (XXXIX) del Consejo Económico y Social

FINLANDIA

III^{1/}. A. El derecho al trabajo

1. Con excepción de los requisitos para ocupar puestos y cargos, así como de las disposiciones relativas a la protección del trabajador, la legislación finlandesa no impone restricción alguna al derecho del empleado a la libre elección del trabajo.
2. En virtud del artículo 17 de la Ley sobre los contratos de trabajo (320/70), en el contrato de trabajo o en la relación de trabajo, el empleador fijará condiciones de salario y otras condiciones de empleo por lo menos iguales a las establecidas en el convenio colectivo nacional respecto del trabajo considerado o respecto de una actividad análoga que deban observarse generalmente en el sector de que se trate.

La supervisión de la aplicación de las disposiciones y reglamentos relativos a la protección del trabajador quedó reorganizada en virtud de una ley del 16 de febrero de 1973 (131/73), que amplió considerablemente las facultades de la autoridad pertinente para recurrir a medidas coercitivas, en caso de violación de las disposiciones sobre protección del trabajador. Mediante la mencionada ley se ha tratado asimismo de establecer la cooperación necesaria entre empleados y empleadores en materias relativas a seguridad en los distintos puestos de trabajo.

La administración de la protección del trabajador también fue reorganizada por las leyes promulgadas en 1972 y 1973. En virtud de sus disposiciones, la Junta Nacional de Protección del Trabajador, en calidad de órgano central subordinado al Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, dirigirá y supervisará la administración de la protección del trabajador. A efectos de orientación e inspección a nivel regional, las actividades de protección del trabajador quedan repartidas entre varios distritos.

1/ La secretaría tiene a disposición de los miembros de la Comisión que deseen consultarlo material informativo complementario publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad de Finlandia, que ha sido enviado también por el Gobierno.

3. En virtud de la Constitución Finlandesa, los trabajadores finlandeses tienen derecho a protección especial del Estado. Dicha disposición fue complementada por una Ley del 28 de julio de 1972 (592/72) en la que se establece que: "El Estado proporcionará en caso necesario a todos los ciudadanos finlandeses la oportunidad de trabajar, a menos que la ley dispusiere otra cosa".
4. Véase el párrafo 2.
5. Véase el párrafo 2.
6. Con excepción de ciertas categorías de empleados, las horas de trabajo y las vacaciones anuales pagadas están reglamentadas por las leyes respectivas, que determinan el máximo de horas de trabajo y el período mínimo de ocio y de vacaciones anuales.
7. De conformidad con el artículo 52 de la Ley sobre los contratos de trabajo, ningún empleador ni trabajador podrá impedir a otro que pertenezca o se afilie a una asociación legal o que ejerza una actividad en ella. La infracción de esta disposición será castigada con multa.
8. Las disposiciones relativas al derecho de huelga están incluidas en la Ley de convenios colectivos y en la Ley sobre los contratos de trabajo. En virtud de la primera ley, las partes de un convenio colectivo están obligadas a abstenerse de toda acción hostil mientras esté en vigor el contrato colectivo. De ello se desprende que, a falta de un convenio colectivo, existe siempre el derecho a adoptar medidas hostiles. La Ley sobre los contratos de trabajo dispone expresamente que no se despedirá a ningún trabajador ni se rescindirán ningún contrato de trabajo porque en un conflicto laboral el trabajador de que se trate haya participado en una huelga o en cualquier otra acción hostil en la que tuviera derecho a participar de conformidad con la Ley de convenios colectivos.

Administración de la protección del trabajador en Finlandia, y su desarrollo

Tradicionalmente, el Estado se ha encargado de la organización de la protección del trabajador en Finlandia. Hasta finales de 1973, las actividades en esta esfera se desarrollaban de conformidad con la Ley de inspección de industrias, que databa de 1927.

La reorganización de la administración de la protección del trabajador y las actividades de supervisión conexas se iniciaron en 1971, y todavía no se ha completado la labor en todos sus aspectos. Basándose en la labor realizada por dos comités especiales creados en 1971, el Parlamento aprobó en 1972 las leyes sobre la supervisión de la protección del trabajador y la administración de la protección del trabajador. Esto significa que se dividió en dos leyes la antigua Ley de inspección industrial, que contenía disposiciones tanto sobre la labor práctica de inspección como sobre la organización administrativa de la protección del trabajador.

En 1973 se procedió a enmendar nuevamente la Ley sobre administración de la protección del trabajador, que había entrado en vigor parcialmente en 1972, incluyéndose en ella, entre otras, una disposición relativa a la creación de la Junta Nacional de Protección del Trabajador. La Junta Nacional inició sus actividades el 1º de octubre de 1973. La Ley

sobre la supervisión de la protección del trabajador entró en vigor el 1º de enero de 1974. Dicha ley se refiere particularmente a las medidas que deben tomarse en los lugares de trabajo para proteger a los trabajadores contra posibles lesiones, así como a la supervisión de las actividades conexas.

Funciones de la administración de la protección del trabajador

La Ley relativa a la administración de la protección del trabajador es una ley de bases. En virtud de dicha ley, es deber de la administración de ese ramo el promover la protección del trabajador. Para ello, las autoridades competentes elaborarán normas de seguridad y sanidad laboral, supervisarán la aplicación de las leyes y reglamentos sobre protección del trabajador, y desempeñarán otras funciones que la ley les asigne expresamente.

Además de las funciones de carácter general mencionadas, la administración de la protección del trabajador:

- 1) será responsable de las medidas necesarias para la planificación y perfeccionamiento de la protección del trabajador;
- 2) será responsable de las actividades relativas a la información, la investigación y la capacitación en la esfera de la protección del trabajador;
- 3) comprobará, mediante inspecciones e investigaciones, que se aplican las disposiciones y reglamentos relativos a la protección del trabajador;
- 4) publicará instrucciones, consejos y declaraciones sobre la aplicación práctica de las disposiciones y reglamentos relativos a la protección del trabajador;
- 5) dará instrucciones, asesoramiento y capacitación en materia de protección del trabajador a empresarios autónomos y los ayudará a planificar y perfeccionar la protección del trabajador según sus necesidades;
- 6) mantendrá una estrecha cooperación con las organizaciones de empleadores y trabajadores en la esfera de la protección del trabajador;
- 7) cooperará con las autoridades, instituciones y organismos relacionados con la la protección del trabajador y otras actividades conexas.

Estos tipos de actividad forman parte de la llamada promoción de la protección del trabajador y son al menos tan importantes como las actividades tradicionales de supervisión. Es, pues, evidente la importancia que se atribuye a la función de las autoridades competentes como máximos coordinadores de la protección del trabajador frente a organizaciones u organismos de carácter voluntario que actúan contractualmente, como por ejemplo, las compañías de seguros contra accidentes.

La organización de la administración de la protección del trabajador

La administración está constituida por autoridades estatales y municipales. A partir del 1º de octubre de 1973, la Junta Nacional de Protección del Trabajador, que es la oficina central del Gobierno en esta esfera, dirige, supervisa y ejecuta las actividades. Administrativamente, la Junta Nacional de Protección del Trabajador depende del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y, dentro de éste, de su Departamento de Protección del Trabajador.

En cooperación con el Ministerio existe un Comité Asesor sobre Protección del Trabajador en el que están representados, entre otros, las empresas de colocación y los expertos en protección del trabajador. La administración regional está formada por 11 distritos de protección del trabajador encargados de la labor práctica de supervisión.

Además de las actividades de supervisión de carácter general, los distritos realizan inspecciones en materia de construcción, transportes y agricultura y silvicultura. En general, las empresas que tengan más de 10 trabajadores, o en las que se utilice maquinaria, sustancias o procesos de fabricación peligrosos, deberán ser inspeccionadas por las autoridades estatales. En cada distrito de protección del trabajador existe también una Junta de protección del trabajador compuesta por representantes de empleadores, trabajadores y organizaciones relacionadas con esa protección.

A nivel local, las juntas locales de sanidad actúan como autoridades de protección del trabajador. Los inspectores locales trabajan bajo su dirección y el Estado contribuye al pago de sus sueldos. Los inspectores locales supervisan las condiciones de trabajo en empresas menores dedicadas principalmente a ocupaciones relacionadas con los servicios a la artesanía.

La supervisión de la protección del trabajador

En la Ley sobre la supervisión de la protección del trabajador se dispone la forma en que se supervisará la aplicación de las leyes y reglamentos relativos a la seguridad y sanidad en el trabajo. El propósito de la ley es garantizar que tanto el trabajo como el lugar en que éste se realiza ofrezcan las mejores condiciones posibles de seguridad y sanidad. Las autoridades a quienes corresponde la protección del trabajador se encargarán de la supervisión siempre que la ley les encomiende esa función. En la práctica, se les confía la supervisión de la aplicación de todas las leyes relativas a la protección del trabajador y a las horas de trabajo.

Las principales reformas de la nueva ley, que entró en vigor el 1º de enero de 1974, son las siguientes:

- 1) El alcance de la ley actual es más amplio que el de la anterior, abarcando ahora oficinas e instituciones dependientes del Estado, de los municipios (unidades de administración local) o de la iglesia u otras corporaciones públicas, y la ley se aplica a los funcionarios públicos empleados por ellas.
- 2) La promoción y mantenimiento de la seguridad y sanidad en el lugar de trabajo exige la cooperación entre empleadores y empleados. Naturalmente, antes había disposiciones sobre esa cooperación, pero eran de tipo general. Por consiguiente, las organizaciones de contratación de mano de obra habían concertado voluntariamente convenios de cooperación en la esfera de la protección del trabajador. La nueva ley hace obligatoria dicha cooperación. En virtud de la ley, el empleador nombrará un jefe de seguridad en el trabajo, responsable de la cooperación en caso de que el empleador no asuma esta obligación por sí mismo. En las empresas que emplean por lo regular a más de 10 trabajadores, éstos elegirán un delegado de seguridad en el trabajo y dos delegados adjuntos, que ocuparán el cargo durante dos años. Son ellos quienes representan a los empleados en cuestiones relativas a la cooperación en materia de protección

del trabajador. Los delegados representan también a los trabajadores ante las autoridades encargadas de la protección. En las empresas que emplean por lo regular a más de 20 trabajadores es obligatorio crear un comité de protección del trabajador compuesto por representantes del empleador y de los trabajadores. Ese comité velará por la seguridad y sanidad en el lugar de trabajo. La ley también ofrece a las empresas de colocación la oportunidad de fomentar la cooperación mediante un convenio especial.

- 3) En la nueva ley se ha aumentado el número de posibles medidas coercitivas. En consecuencia, las autoridades encargadas de la protección del trabajador pueden recurrir a la imposición de multas, ordenar que se realicen mejoras a costa del empleador, amenazar con la suspensión del trabajo, o suspenderlo, y evitar o prohibir la utilización de maquinaria o de un proceso de fabricación determinados. No obstante, antes de adoptar las medidas coercitivas, habrán de realizarse todos los esfuerzos posibles para eliminar el abuso o el defecto de que se trate mediante instrucciones y asesoramiento.

Planes futuros

Las reformas introducidas en la organización de la protección del trabajador y en las actividades de supervisión conexas constituyen una base para una protección coordinada del trabajador. Se tiene la intención de agrupar todas las formas de protección del trabajador bajo el órgano pertinente de la administración. En primer lugar, se tratará de transferir la supervisión de la protección del trabajador en las industrias de la minería y el transporte marítimo a la Junta Nacional de Protección del Trabajador.

Existen también planes para poner bajo la administración directa del Estado el Instituto de Sanidad en el Trabajo, y financiar las actividades de éste con fondos estatales. Actualmente, las actividades del Instituto están dirigidas por una fundación. El plan se llevará a cabo probablemente antes de 1977. Además, se fundarán nuevos institutos regionales, cuyos servicios estarán a disposición de los distritos de protección del trabajador, entre otros.

Una comisión encargada de estudiar la capacitación profesional en materia de protección del trabajador propuso un aumento considerable de los recursos y las actividades en dicha esfera. Ello entrañará cambios en la organización de la protección del trabajador.

Por último, se puede mencionar que la actual Ley sobre protección del trabajador, de 1958, será objeto de revisión por un comité de expertos. Se trata de la ley más importante entre las que regulan las condiciones laborales en el lugar de trabajo, y su revisión es necesaria como consecuencia de los nuevos problemas que ha traído consigo el rápido desarrollo registrado en los últimos años. A ese respecto, se tendrán plenamente en cuenta los diversos aspectos del medio laboral. Junto a los aspectos debidos a cambios tecnológicos se hará hincapié en la sanidad laboral y en la medicina y psicología industriales.

III. E. El derecho de la familia, la maternidad y la infancia a protección y asistencia

La legislación relativa a las guarderías infantiles y al sistema de compensación de gastos familiares ha sido objeto de nuevas reformas a partir de 1972.

El 19 de enero de 1973 se promulgó la Ley sobre guarderías infantiles (36/73), dictándose el 16 de marzo de 1973 la Orden pertinente (239/73). La ley entró en vigor el 1º de abril de 1973, estableciendo un marco jurídico para las actividades relacionadas con las guarderías en general y su desarrollo.

El 4 de enero de 1974 fueron promulgadas varias leyes destinadas a reformar totalmente el sistema de compensación de gastos familiares. Con esa reforma se trataba de mejorar en particular la situación de las familias con hijos, elevando el nivel de la asistencia a esas familias y restableciendo el depreciado valor adquisitivo de las prestaciones que se les concedían. Por lo que respecta a la unificación y simplificación del sistema de prestaciones, se trata también de mejorar la eficacia de la asistencia a los niños que viven en circunstancias tales que su sostenimiento no está totalmente asegurado. A este fin, se promulgaron, entre otras, la ley por la que se emienda el artículo 1 de la Ley de subsidios infantiles (1/74), la ley por la que se deroga la Ley de subsidios familiares (5/74), la ley por la que se deroga la Ley de subsidios infantiles especiales (6/74), y la ley por la que se emienda la Ley de anticipos para sostenimiento de los niños (7/74). Además, se incrementó la cuantía del subsidio de maternidad por decisión del Consejo de Estado de 7 de febrero de 1974 (135/74).

Se proyecta adoptar durante el presente año medidas para reformar la Ley de protección a la infancia (52/36) actualmente en vigor. Se realizarán también esfuerzos para desarrollar las actividades de las clínicas de orientación pediátrica, a fin de adaptarlas mejor al sistema de sanidad pública.

Además, el Gobierno se ha comprometido a aumentar los subsidios familiares en un 25%, por lo menos, durante el año actual y el próximo. Del mismo modo, se aumentará la cuantía del subsidio de maternidad y se ampliará hasta seis meses la prestación de los subsidios de maternidad pagaderos después del nacimiento del niño.

Hogares infantiles y camas en 1968-72

	Hogares infantiles	Camas
1968	208	4 976
1969	205	4 887
1970	207	4 964
1971	206	4 942
1972	205	4 876

Guarderías infantiles en 1968-73

	Número de plazas
1968	32 635
1969	44 026
1970	34 627
1971	40 731
1972	46 535
1973	49 000*

* Datos provisionales.

Protección a la infancia en 1968-72

	Sin protección	Casos de educación en régimen de protección	Total
1968	12 368	6 681	19 049
1969	12 102	6 201	18 303
1970	12 013	6 564	18 577
1971	13 849	7 658	21 507
1972	11 183	6 462	17 645

Subsidios de vivienda pagados a familias con hijos en 1968-73

	Número de familias	Número de hijos de dichas familias
1968	17 129	52 304
1969	20 661	61 360
1970	22 402	66 498
1971 ^{1/}	22 187	64 969
1972	28 247	73 186
1973	32 087	78 662

^{1/} A partir de 1971, las estadísticas se refieren a la situación el último día del año. Las cifras anteriores a 1971 incluyen a todas las familias que recibieron subsidios de vivienda durante el año correspondiente.

Subsidios infantiles especiales en 1968-72

	Número de familias	Número de hijos
1968	42 735	78 630
1969	26 941	48 740
1970	24 886	46 875
1971	26 154	49 076
1972	28 739	52 813

Subsidios familiares en 1968-72

	Número de familias	Número de hijos
1968	55 437	116 331
1969
1970
1971	39 142	78 737
1972	36 460	72 362

Prestaciones por maternidad en 1968-73

	Número de familias	Número de hijos
1968	70 532	71 247
1969	63 985	64 672
1970	61 832	62 507
1971	60 000	60 602
1972	58 035	58 673
1973	56 000*	56 789*

* Datos provisionales.

Subsidios familiares en 1968-73

	Número de familias	Número de hijos	Cuantía de los subsidios	Total de los subsidios, en millones
1968	640 164	1 275 476	17,33-24,67 mk/kk	305,88
1969	640 066	1 250 067	17,33-24,67 mk/kk	299,16
1970	637 265	1 218 010	19,00-27,00 mk/kk	304,66
1971	636 661	1 189 329	20,67-29,33 mk/kk	336,96
1972	637 976	1 164 287	22,33-31,67 mk/kk	354,83
1973	641 183	1 148 655	22,33-43,34 ml/kk	357,91

EL SISTEMA FINLANDESE DE ASISTENCIA SANITARIA

con especial referencia a nuevas actividades legislativas y de planificación

por Kari PURO,
Secretario General del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad de Finlandia

1. Observaciones preliminares
2. Características generales de la administración sanitaria en Finlandia
3. Estructura de los servicios sanitarios
4. Evolución reciente en materia de planificación
 - 4.1 Legislación sobre planificación
 - 4.2 Planes nacionales
 - 4.3 Planes regionales y locales
5. Problemas y perspectivas

1. Observaciones preliminares

Finlandia es un país que se caracteriza por un tipo escandinavo de economía mixta desarrollada y una población culturalmente homogénea de 4,7 millones de habitantes. La población está dividida casi por igual entre las zonas urbanas y las rurales; el 20% de la población económicamente activa vive del sector primario (agricultura y silvicultura), el 35%, del secundario (manufactura) y el 45%, del terciario (servicios). La población está concentrada con cierta densidad en las zonas costeras y del sudoeste del país, que son las económicamente más desarrolladas. La estructura por edades indica una población más joven que en otros países nórdicos, con el 9,5% de más de 65 años.

Puede decirse brevemente que, en Finlandia, la situación sanitaria difiere algo de la de otros muchos países industrializados y económicamente desarrollados. La tasa de mortalidad infantil ocupa el segundo lugar entre las más bajas del mundo -11,8 por mil niños nacidos vivos en 1971- pero la mortalidad de adultos, sobre todo entre los varones, es excepcionalmente elevada, y está originada por todas las principales causas de fallecimiento: enfermedades cardiovasculares, neoplasmas malignos (en particular, cáncer de pulmón) y diversas modalidades de muerte violenta (suicidio, accidentes de la circulación). La esperanza de vida al nacimiento es de 65 años y medio para los varones y de 73 años para las mujeres. La situación general de la morbilidad se caracteriza por un predominio considerable de enfermedades crónicas de etiología multifactorial no especificada, tales como degeneración del miocardio, enfermedades del sistema locomotor y desórdenes mentales.

2. Características generales de la administración sanitaria en Finlandia

El organismo superior de la administración en materia de sanidad es el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad. En el Ministerio, hay un Departamento de Sanidad cuyas principales funciones son preparar las disposiciones legislativas referentes a la sanidad, preparar las propuestas presupuestarias en materia sanitaria, y ocuparse de los principios generales de la planificación sanitaria nacional.

En el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, existe, como organismo administrativo central, la Junta Nacional de Sanidad. Sus principales funciones son:

- 1) dirigir, controlar y desarrollar la asistencia médica y la producción, distribución y venta de productos farmacéuticos,
- 2) dirigir y controlar las actividades de las instituciones de asistencia médica y de los laboratorios,
- 3) realizar actividades de investigación, planificación, racionalización, normalización y consulta.

En los planos regional y local, la estructura administrativa es distinta según que se trate de los servicios básicos de asistencia sanitaria o de asistencia hospitalaria especializada, como se explicará más abajo. (En el gráfico 1 se indica la estructura básica de la administración sanitaria central.)

3. Estructura de los servicios sanitarios

En primer lugar, conviene citar algunos datos estadísticos sobre el personal y otros recursos sanitarios. Por cada 1.000 habitantes hay aproximadamente un médico, cinco enfermeras y 13 camas de hospital.

En Finlandia, la mayoría de los servicios de asistencia sanitaria están a cargo de la sociedad. Actualmente, el 98% de las camas están en hospitales de propiedad pública y la gran mayoría de los servicios para pacientes externos son prestados por la sociedad.

En Finlandia, las entidades administrativas locales, es decir, los municipios, tienen a su cargo los servicios de asistencia sanitaria. Los municipios pueden recaudar impuestos y gozan de una autonomía limitada. La Ley de Sanidad, que entró en vigor en 1972, prevé que los municipios organizarán los servicios sanitarios básicos. Dentro de algunos años, esos servicios se proporcionarán gratuitamente en virtud de la Ley de Sanidad. Sin embargo, algunos municipios de Finlandia son tan pequeños que no pueden prestar esos servicios básicos. Por ello, han creado agrupaciones para mantener centros sanitarios de tipo general. La esfera de acción de estos centros abarcará por lo menos 10.000 habitantes. Cuando el plan haya sido realizado, habrá alrededor de 220 centros sanitarios en el país.

Los municipios deben prestar también servicios especializados de hospitalización. De esos servicios se encargan unas agrupaciones municipales creadas al efecto. El país está dividido en 21 distritos para los servicios centrales de hospitalización, 19 distritos para atender a los enfermos mentales y 18 distritos para los tuberculosos. Además, existe un número considerable de hospitales más pequeños, que son administrados por las propias agrupaciones municipales. En la actualidad, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad está preparando un proyecto de ley, cuya finalidad es combinar el gran número de agrupaciones municipales que ahora existen en 20 agrupaciones regionales que se encargarían de toda la asistencia hospitalaria de especialistas en sus respectivos distritos.

Como la situación económica de los municipios varía considerablemente, el Estado participa pagando parte de los gastos de la asistencia sanitaria.

4. Evolución reciente en materia de planificación

4.1. Legislación sobre planificación

Por primera vez, el Estado y los municipios se han visto obligados a realizar una planificación sanitaria en virtud de la Ley de Sanidad que entró en vigor en 1972. La ley prevé que la Junta Nacional de Sanidad preparará anualmente un plan quinquenal para la organización de la asistencia sanitaria en el país. El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad lo presenta al Consejo de Estado para su aprobación. Además, cada municipio preparará anualmente un programa quinquenal de acción para la labor sanitaria y el programa se ajustará al plan nacional. La Junta Nacional de Sanidad aprueba los planes presentados por los municipios.

Después de entrar en vigor la Ley de Sanidad, se modificaron también las disposiciones relativas a la administración hospitalaria especializada. Los hospitales preparan un plan quinquenal nacional para la organización de la asistencia hospitalaria especializada. Cada distrito hospitalario central debe preparar anualmente un plan para la asistencia hospitalaria y presentarlo a la Junta Nacional de Sanidad para su aplicación.

Los planes preparados para la asistencia hospitalaria y la labor de sanidad constituyen un sistema integrado de planificación en la asistencia sanitaria finlandesa. El Consejo de Estado estudia simultáneamente todos los planes nacionales. Así, el Consejo de Estado examina anualmente su posición frente a las cuestiones esenciales que plantea el desarrollo de todo el sistema sanitario.

4.2. Planes nacionales

Los planes nacionales así como la Junta Nacional de Sanidad dan a los municipios una parte para la prestación de los servicios sanitarios. Los planes definen la naturaleza y la extensión de las obligaciones de los municipios. La supervisión de la política sanitaria por medio de los planes nacionales se basa en los principios siguientes:

- 1) Los planes definen los objetivos generales nacionales para el desarrollo de la asistencia sanitaria. En la actualidad, se tiende, por ejemplo, a eliminar las desigualdades en cuanto a la existencia de servicios sanitarios en diferentes partes del país y a crear, en particular, los servicios necesarios para el tratamiento de las enfermedades más corrientes entre la población.
- 2) Los planes definen la naturaleza de las actividades para la asistencia sanitaria y los principios centrales de acción. Los planes incluyen, en particular, disposiciones para que en todos los centros sanitarios haya médicos de servicio de las 8 de la mañana a las 8 de la noche y para que en los hospitales los servicios policlínicos apliquen también ese horario.
- 3) Los planes disponen el aumento del personal. Los planes indican asimismo el tipo y número del personal adicional que se debe contratar para la asistencia hospitalaria y las actividades de sanidad pública. Por otra parte, los planes indican también las regiones a las que se debe destinar el personal adicional. La distribución regional de los recursos de personal parece ser por el momento uno de los aspectos más importantes del sistema de planificación.

4) Los planes establecen la estructura económica para el desarrollo de la asistencia sanitaria durante un quinquenio.

4.3. Planes regionales y locales

Los municipios o agrupaciones municipales definen en sus planes de sanidad y asistencia hospitalaria los objetivos detallados y los medios de acción de distintas secciones de los servicios sanitarios. Estos planes de distribución de los servicios afectan a la índole, la amplitud y el método de ejecución de las actividades. Los problemas tienen distinta importancia en las diferentes partes y comunidades del país. Las condiciones varían también según los municipios. En consecuencia, la población local es la que está mejor calificada para decidir la distribución de servicios, siempre que ello se realice de conformidad con los principios nacionalmente aceptados. El principio es que los usuarios de los servicios deben poder participar en las decisiones sobre las prestaciones ofrecidas por la sociedad. Uno de los mejores aspectos de la autonomía local, también desde el punto de vista de los servicios sanitarios municipales, es el control ejercido por los usuarios.

Los planes elaborados por los municipios y las agrupaciones municipales orientan la política sanitaria, por ejemplo, en los aspectos siguientes:

1. Los planes define cuantitativa y cualitativamente los servicios y los principios de acción en la zona durante los cinco años siguientes.
2. Los planes contienen un calendario para el desarrollo de los servicios.
3. Los planes ofrecen una pauta para la política de inversión de los municipios y las agrupaciones municipales.
4. Los planes regulan detalladamente la plantilla de las instituciones mantenidas por los municipios y las agrupaciones municipales.

La importancia de estos planes municipales en la realización de una política sanitaria se basa en su adaptación al plan nacional supervisado por la Junta Nacional de Sanidad. La adaptación de los planes municipales a los nacionales es un requisito previo para obtener subsidios del Estado.

Creemos que esta interdependencia de subsidios y planes servirá de base para crear un sistema de planificación integrada en el proceso de decisión. Este sistema permite también que quienes han de adoptar decisiones velen por que los recursos destinados por la sociedad a la asistencia sanitaria sean utilizados conforme a las verdaderas necesidades de la población.

Es aún demasiado pronto para evaluar el sistema finlandés de planificación sanitaria. Al cabo de un período de cinco a diez años, se podrá probablemente estimar si pueden alcanzarse los objetivos con los métodos que hemos elegido. Sin embargo, estimamos, por el momento, que es posible resolver algunos de los problemas más importantes de la política sanitaria en una sociedad industrializada utilizando los métodos de planificación que acaban de describirse.

5. Problemas y perspectivas

Desde el punto de vista del Gobierno central, uno de los principales problemas en materia de sanidad es que unos conocimientos médicos cada vez más extensos y una tecnología perfeccionada y más cara aumentan rápidamente los costos de la asistencia médica, mientras que los resultados de esa asistencia médica desde el punto de vista de la salud de la población parecen ser más bien pequeños cuando se comparan con las posibilidades de promoción de la salud pública y la prevención de enfermedades y accidentes. Sin embargo, esperamos que se hayan satisfecho ahora los requisitos administrativos necesarios para mantener el crecimiento exponencial de los gastos por concepto de sanidad dentro de límites tolerables y para asignar una mayor proporción de los escasos recursos disponibles a la prevención y a la asistencia ambulatoria. Sin embargo, los peligros actuales y futuros para la salud parecen derivarse cada vez más de las formas modernas de vida y comportamiento (nutrición, circulación, hábito de fumar, etc.) que sólo en parte están influidas por las medidas sanitarias tradicionales, por lo que necesitan estrategias y tácticas nuevas para luchar eficazmente contra esos problemas.

LEY DE SANIDAD

Dada en Helsinki el 28 de enero de 1972

De conformidad con la decisión del Parlamento se dispone lo siguiente:

Capítulo 1 - Servicios de sanidad

Artículo 1

Por servicios de sanidad se entienden los servicios destinados a la protección sanitaria de las personas y del medio en que viven y a la asistencia médica individual, así como las actividades conexas que tienen por objeto mantener y mejorar la salud de la población.

A menos que en otras leyes o en los reglamentos promulgados en virtud de las mismas se disponga o prescriba otra cosa, las disposiciones de la presente ley se aplicarán a los servicios de sanidad a que se hace referencia en el párrafo anterior con excepción de los de protección sanitaria del medio humano y de las actividades conexas reguladas por otras disposiciones legales.

Capítulo 2 - Administración

Artículo 2

El órgano supremo de dirección, control y supervisión de los servicios de sanidad será la Junta Nacional de Sanidad.

Artículo 3

La Junta Nacional de Sanidad preparará cada año un plan nacional para la prestación, durante los cinco años civiles siguientes, de los servicios de sanidad a que se refiere la presente ley. Dicho plan, así como las enmiendas que puedan introducirse en él, serán sometidos a la aprobación del Gabinete, el cual determinará de acuerdo con la Junta la fecha en la que las autoridades locales (municipios) deberán presentar a la Junta Nacional de Sanidad los planes de actividades previstos en el artículo 19 para su integración en el plan nacional.

Artículo 4

Los servicios de sanidad de cada provincia estarán bajo el control y la supervisión de la Junta Provincial, dependiente de la Junta Nacional de Sanidad.

Cuando se trate de cuestiones de índole general o muy importantes, la Junta Provincial podrá ser asistida por un consejo asesor, que se establecerá de acuerdo con las disposiciones pertinentes.

Artículo 5

La autoridad local (municipio) será responsable de los servicios de sanidad que han de prestarse con arreglo a lo establecido o dispuesto en la presente ley o en otras disposiciones legales.

Con el consentimiento de la Junta Nacional de Sanidad, los municipios podrán encargarse conjuntamente de las actividades a que se refiere el párrafo anterior, estableciendo con ese objeto agrupaciones municipales. Con el consentimiento de la Junta Nacional de Sanidad, un municipio podrá también convenir con otro vecino que este último se encargue de algunas de las funciones a que se hace referencia en el párrafo anterior.

En ciertos casos el Gobierno estará facultado, por recomendación de la Junta Nacional de Sanidad y previa audiencia de los municipios interesados, para ordenar a éstos que establezcan la cooperación prevista en el segundo párrafo del presente artículo y para determinar las condiciones de la misma.

En caso de que se asignen a una agrupación municipal actividades reguladas por la presente ley, dicha agrupación asumirá también las funciones que en materia de sanidad encomienden al municipio otras leyes.

Las disposiciones de la presente ley relativas a los municipios, los consejos municipales y los habitantes de los municipios se aplicarán igualmente a las agrupaciones municipales, los consejos de esas agrupaciones y los habitantes de municipios agrupados.

Artículo 6

El municipio tendrá una junta local de sanidad que, además de lo previsto en la presente ley, será responsable de las tareas que asignen otras leyes a la junta local de asistencia sanitaria.

Cuando una agrupación municipal se encargue de los servicios de sanidad, nombrará una junta local de sanidad para todos los municipios que forman parte de ella, los cuales no tendrán en ese caso juntas locales separadas.

La junta local de sanidad se compondrá de un departamento general y de un departamento de supervisión.

Cuando se considere conveniente por razón del número de habitantes del municipio o por otra causa, en las instrucciones generales a las que se hace referencia en el artículo 20 se dispondrá que la junta local de sanidad se divida en departamentos de manera distinta a la antes indicada, que la junta actúe siempre en pleno, o que la administración de los servicios de sanidad se organice de forma distinta a la establecida en la presente ley.

Artículo 7

El departamento de supervisión se ocupará de las cuestiones de sanidad relacionadas con el medio humano, y el departamento general de las demás cuestiones que son de la competencia de la junta local de sanidad.

La junta local de sanidad en pleno se ocupará de las cuestiones que han de someterse a la consideración de las autoridades nacionales y de las relativas:

- 1) al presupuesto
- 2) al informe anual
- 3) a su esfera de atribuciones
- 4) a la contratación y destitución de funcionarios y a la concesión de licencias a los mismos, en tanto en cuanto dichas cuestiones sean de la competencia de la junta, y
- 5) a asuntos que por su naturaleza sean comunes a los departamentos.

No obstante, la junta local de sanidad se ocupará también de cuestiones no enumeradas en el párrafo anterior cuando no pueda determinarse con exactitud que la cuestión de que se trata es de la competencia de un departamento determinado.

Artículo 8

La junta local de sanidad se compondrá de 10 miembros como mínimo y de 12 como máximo, y cada uno de sus departamentos tendrá un mínimo de seis miembros.

Cuando una junta local de sanidad no esté dividida en departamentos, el número de sus miembros podrá ser inferior al establecido en el párrafo anterior pero no será en ningún caso inferior a seis.

Los miembros de la junta local de sanidad, así como sus suplentes (uno por cada miembro) serán nombrados por el consejo local y, en el caso previsto en el segundo párrafo del artículo 6, por el consejo de la agrupación municipal, por un período de cuatro años. El consejo designará entre dichos miembros un presidente y un vicepresidente de la junta, cuyo mandato será igualmente de cuatro años.

Para toda la duración de su mandato, la junta local de sanidad designará a aquellos de sus miembros que deben servir en los distintos departamentos y a aquellos de sus miembros suplentes que, en caso de necesidad, habrán de sustituirlos. Entre los miembros nombrados por ella, la junta designará para cada departamento un presidente y un vicepresidente cuyo mandato tendrá la misma duración.

Artículo 9

Ningún funcionario del Gobierno entre cuyas funciones figuren el control y la supervisión de servicios de sanidad podrá ser designado para formar parte de una junta local de sanidad dentro del territorio de su competencia.

Artículo 10

Toda autoridad del Gobierno que controle y supervise servicios de sanidad estará facultada para pedir que se reúna una junta local de sanidad o un departamento de la misma para un fin determinado. La autoridad o el representante designado por ella tendrán derecho a asistir a la reunión y a participar en los debates, pero no en la adopción de decisiones.

Artículo 11

En el ejercicio de sus funciones, la junta local de sanidad estará facultada para pedir información a las autoridades gubernamentales, parroquiales y municipales, así como a todos aquellos que presten servicios de sanidad, a menos que ello esté en contradicción con lo dispuesto en las disposiciones legales relativas al secreto.

Artículo 12

Los funcionarios dependientes de la junta local de sanidad estarán autorizados para efectuar inspecciones dentro de los límites de su competencia dondequiera que haya motivos para sospechar que existe un peligro o una situación perjudicial para la salud. Sin embargo, el registro domiciliario está regulado por disposiciones separadas.

Artículo 13

La junta local de sanidad facilitará a la Junta Nacional de Sanidad y a la Junta Provincial información sobre los servicios de sanidad prestados por el municipio, y preparará acerca de los mismos, y con arreglo a un formulario aprobado por la Junta Nacional de Sanidad, un informe anual del que se enviarán copias a la Junta Nacional de Sanidad y a la Junta Provincial, a más tardar a finales de abril del año siguiente a aquel al que se refiere el informe.

Capítulo 3 - Servicios sanitarios del municipio

Artículo 14

Obligatoriamente, y dentro de los límites del plan de actividades a que se refiere el artículo 19, el municipio deberá:

- 1) mantener servicios de orientación sanitaria, y en particular informar sobre cuestiones de salud pública, asesorar sobre contracepción y organizar inspecciones sanitarias generales para los habitantes del municipio;
- 2) adoptar medidas para la asistencia médica de los habitantes del municipio, incluidos los reconocimientos y tratamientos realizados o controlados por médicos, la rehabilitación médica y la prestación de primeros auxilios en el municipio;
- 3) organizar el transporte de los pacientes, exceptuando la adquisición y el mantenimiento de los aviones necesarios, de los vehículos especiales para transportes difíciles, etc.;
- 4) tomar medidas para combatir las afecciones dentales, incluidas las actividades de información y prevención, y el reconocimiento y tratamiento dental de los habitantes del municipio; y
- 5) velar por la sanidad escolar, controlando las condiciones sanitarias de las escuelas primarias y secundarias inferiores y superiores, de las escuelas generales y de las escuelas profesionales públicas situadas en el municipio y la salud de los escolares, y organizando las inspecciones especiales necesarias para determinar el estado de salud de cualquier alumno con arreglo a las disposiciones más detalladas del reglamento pertinente.

Por "habitante de municipio" se entiende, a los efectos de la presente ley, toda persona que, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley de Registro de la Población (141/69), tenga su domicilio en el municipio de que se trate. Por "municipio de residencia y domicilio" de una persona se entiende el municipio en la que habita dicha persona.

Artículo 15

Para el desempeño de las funciones enumeradas en los apartados 1 a 5 del primer párrafo del artículo 14 de la presente ley, cada municipio tendrá un centro sanitario. Las funciones del centro sanitario podrán, cuando sea necesario, ser encomendadas a establecimientos auxiliares de recepción o a unidades móviles.

Además de las funciones a que se hace referencia en el párrafo anterior, el municipio podrá asignar también a los centros tareas sanitarias de competencia municipal en virtud de otras leyes.

Con el consentimiento de la Junta Nacional de Sanidad, los municipios podrán convenir también con los empleadores y con escuelas que no sean de las especificadas en el apartado 5 del primer párrafo del artículo 14 en que el centro desarrolle tareas de asistencia sanitaria que ordinariamente incumbirían al empleador o a la escuela.

Artículo 16

En la asignación de las camas de los centros sanitarios se dará prioridad a los pacientes que, por la índole de su enfermedad, su necesidad de reconocimiento, tratamiento o rehabilitación, o su nivel de convalecencia, puedan ser mejor asistidos en el centro. Toda persona que necesite urgentemente asistencia médica que pueda prestarse en el centro sanitario tendrá derecho a ocupar una cama en el mismo o, en el caso de que no pueda ser debidamente examinada o tratada en él, será enviada o transportada al establecimiento adecuado.

Cuando se estime que el período durante el cual ha de prestarse asistencia a un paciente de un municipio hospitalizado en el centro sanitario de otro va a rebasar la duración media de la asistencia, o cuando el propio paciente lo pida, el centro de que se trate adoptará las medidas necesarias para trasladarlo a un centro sanitario o a otra institución de asistencia médica mantenida por el municipio de residencia y domicilio del paciente siempre que el traslado pueda efectuarse sin perjuicio para el estado de éste.

Artículo 17

Un médico responsable del centro sanitario decidirá si la asistencia médica del paciente ha de prestarse fuera del establecimiento, incluidos los tratamientos domiciliarios, o si el paciente debe ser hospitalizado en el propio centro. También decidirá si procede el traslado del paciente a otro establecimiento de asistencia médica.

Artículo 18

En los archivos del centro sanitario se abrirán expedientes en los que se hará constar el estado de salud de toda persona que consulte a un médico o a otra persona en el centro mismo, haya sido visitada por un miembro del personal del centro sanitario,

o haya sido hospitalizada en él. Cuando sea requerido para ello, el centro sanitario comunicará a cualquier otro establecimiento de asistencia médica la información contenida en sus archivos acerca de un paciente que reciba asistencia en él, expedirá una copia del expediente, o pondrá éste a la disposición del establecimiento que lo requiera. En el caso de que una persona se traslade a otro municipio, el expediente de esa persona se enviará al centro sanitario competente a petición de éste.

Toda la documentación que contenga información de la índole a que se refiere el párrafo anterior y que haya sido dejada en el distrito del centro sanitario por una persona que haya ejercido en dicho distrito la profesión de médico o dentista, o que pertenezca a un establecimiento privado de asistencia médica o de investigación que cese en sus actividades en dicho distrito, se incorporará a los archivos del centro sanitario en un expediente al efecto.

Artículo 19

La junta local de sanidad preparará cada año un plan de actividades para los cinco años civiles siguientes. El plan de actividades, que abarcará todos los servicios sanitarios especificados en el artículo 14, se integrará en el plan nacional aprobado por el Gabinete con arreglo a lo dispuesto en el artículo 3. En él se incluirá, con arreglo a las disposiciones reglamentarias que oportunamente se promulguen, un informe detallado sobre el campo y las formas de actividad y los gastos de establecimiento y funcionamiento de las actividades de asistencia sanitaria del municipio. El plan de actividades deberá ser aprobado por el consejo local y confirmado por la Junta Nacional de Sanidad, a cuya consideración será sometido en la fecha que fije el Gabinete con arreglo a lo dispuesto en el artículo 3. Antes de la confirmación del plan se recabará la opinión de la junta provincial al respecto.

El plan de actividades deberá ser confirmado sin modificaciones, aunque en él podrán hacerse las correcciones que sean necesarias. En el caso de que sea contrario a una ley o reglamento, de que no esté en armonía con el plan nacional confirmado por el Gabinete, o de que sea inaceptable por otros motivos, será devuelto para su revisión. Si la Junta Nacional de Sanidad estima que la versión revisada que en ese caso presente el consejo local sigue siendo inaceptable por los mismos motivos, la cuestión será sometida a la decisión del Gabinete.

Las disposiciones de los dos primeros párrafos del presente artículo relativos a la preparación, aprobación y confirmación del plan de actividades se aplicarán también en los casos de modificación de un plan de actividades confirmado como consecuencia de una alteración del plan nacional confirmado por el Gabinete, o por otros motivos.

Artículo 20

Las instrucciones generales sobre los servicios de sanidad determinarán más concretamente la forma en que debe organizarse la administración sanitaria del municipio.

Dichas instrucciones contendrán en particular disposiciones sobre las obligaciones de los médicos de los centros sanitarios en relación con la asistencia requerida por las autoridades de la policía para la práctica de exámenes forenses, ya se trate del reconocimiento clínico de una persona viva, o del examen físico de una persona fallecida, así como

sobre su obligación de proceder al reconocimiento médico de las personas obligadas al cumplimiento del servicio militar en el caso de que las autoridades encargadas del reclutamiento así lo soliciten de la junta local de sanidad.

Las instrucciones y las enmiendas que puedan introducirse en ellas deberán ser aprobadas por el consejo local y confirmadas por la Junta Nacional de Sanidad. En lo que respecta a su confirmación, se aplicarán en lo que proceda las disposiciones del segundo párrafo del artículo 19, si bien la cuestión no será sometida a la decisión del Gabinete sino a la del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad.

Artículo 21

Los servicios sanitarios encomendados al municipio mencionados en el artículo 14 serán gratuitos, si bien en las disposiciones reglamentarias podrá establecerse la obligación de los pacientes de pagar por su transporte, por el material utilizado para su tratamiento, por los aparatos adquiridos por conducto del centro sanitario y por su mantenimiento en él.

Artículo 22

Cuando un paciente que no sea habitante del municipio que mantenga el centro sanitario sea hospitalizado en éste, la asistencia médica de dicho paciente será sufragada por el centro sanitario mantenido por el municipio de residencia y domicilio del interesado.

Artículo 23

Los gastos a que dé lugar el reconocimiento o el tratamiento en un centro sanitario de un extranjero que, conforme al segundo párrafo del artículo 14, no tenga su domicilio en Finlandia, serán reembolsados por el Estado al municipio que mantenga el centro sanitario.

Artículo 24

La Junta Nacional de Sanidad estará facultada para concertar con un municipio que mantenga un centro sanitario un acuerdo para la asistencia en dicho centro de pacientes de las fuerzas armadas o de otros órganos del Estado. En caso de que no pueda llegarse a un acuerdo, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad podrá ordenar al municipio que asista u hospitalice en el centro a un cierto número de pacientes de esa categoría, de acuerdo con las necesidades propias del municipio. El Estado reembolsará a éste los gastos en que haya incurrido por el tratamiento de dichos pacientes.

Artículo 25

A menos que se convenga otra cosa, los pagos a que se hace referencia en los artículos 22, 23 y 24 de la presente ley se calcularán deduciendo del total de los gastos efectivamente realizados por el centro sanitario durante el ejercicio financiero anterior, incrementado en un 4% por concepto de amortización del capital fijo, las sumas abonadas por los pacientes por su reconocimiento y tratamiento y la parte de la contribución del Estado a los gastos de funcionamiento destinada efectivamente al pago de los gastos realizados, así como cualesquiera otros ingresos. Sin embargo, entre éstos no se incluirán las contribuciones de los municipios ni las cantidades que, con arreglo a lo dispuesto

en el presente párrafo, hayan de reembolsar al centro el Estado, otros centros sanitarios o los municipios. La diferencia se dividirá por el número total de días de asistencia en los casos de hospitalización en el centro sanitario, y por el número total de visitas para reconocimiento o tratamiento cuando se trate de otras funciones del centro sanitario. La cantidad obtenida se multiplicará por el número de días de estancia en el centro del paciente, por el número de visitas para su reconocimiento y tratamiento. A la suma obtenida se le añadirá, finalmente, el importe del reconocimiento o del tratamiento correspondiente a cada día de estancia o a cada visita de reconocimiento o tratamiento, siempre que no se haya cobrado ese importe al paciente, incluso en los casos en que, con arreglo a lo previsto en la presente ley y en las disposiciones promulgadas en virtud de la misma, podría haberse cobrado.

Artículo 26

En el caso de que, con arreglo a lo previsto en el apartado 5 del primer párrafo del artículo 14, se proceda al reconocimiento especial de un escolar que no sea habitante del municipio que mantenga el centro sanitario donde se practique dicho reconocimiento, el centro sanitario mantenido por el municipio de residencia y domicilio de dicho escolar reembolsará al primero los gastos correspondientes a dicho reconocimiento, incluidos los de laboratorio, rayos X u otros exámenes prescritos por un médico o un especialista, así como los gastos razonables de viaje del escolar y del acompañante que pueda ser necesario.

Capítulo 4 - Asistencia del Estado

Artículo 27

El Estado prestará al municipio asistencia para el establecimiento y funcionamiento de un centro sanitario con arreglo a la siguiente clasificación general para la solvencia de los municipios:

<u>Clase según la solvencia</u>	<u>Asistencia del Estado</u> (en porcentaje)
1	70
2	66
3	62
4	58
5	54
6	51
7	48
8	45
9	42
10	39

Para calcular los gastos de funcionamiento en que se basa la asistencia del Estado, se deducirán del total de los gastos las sumas cobradas a los pacientes por su reconocimiento o tratamiento al ingresar en el centro sanitario, así como la parte de dichos gastos que se haya pagado al mismo centro en virtud de lo previsto en la Ley del Seguro de Enfermedad. También se deducirán las contribuciones que pague el personal para tener

derecho a las prestaciones y las sumas que pague otro municipio, una agrupación municipal o el Estado, y cualesquiera otros ingresos propiamente dichos, pero no las sumas pagadas por los pacientes distintas de las ya indicadas, ni los ingresos financieros o procedentes de actividades a cuyos gastos no contribuya el Estado.

En el caso de que un centro sanitario concierte los acuerdos a que se refieren el cuarto párrafo del artículo 5 o el segundo párrafo del artículo 15, la asistencia del Estado para sufragar los gastos de esas actividades se regirá por las normas que se establecen en las disposiciones pertinentes.

La asistencia del Estado no se extenderá a las actividades a que se refiere el tercer párrafo del artículo 15.

En el caso de los gastos de establecimiento de un centro sanitario, incluidos los gastos adicionales provenientes de una elevación de los costos o debidos a otro motivo aceptable, la base para calcular la asistencia del Estado será la clasificación en cuanto a solvencia que estaba en vigor el año en que se aprobó la inclusión de los trabajos y de las adquisiciones de establecimiento en el plan general para el pago de la asistencia del Estado.

Artículo 28

Para determinar la asistencia del Estado a una agrupación municipal por gastos de establecimiento, se estimará que la parte de dichos gastos imputable a cada municipio miembro de la agrupación es proporcional al número de camas a que tenga derecho para la hospitalización de sus pacientes.

Artículo 29

Para determinar la asistencia del Estado a una agrupación municipal por gastos de funcionamiento, se estimará que la parte de dichos gastos imputable a cada municipio miembro de la agrupación es la suma de la parte que le corresponda en los gastos de asistencia hospitalaria, calculados en función del número de días de estancia en el centro de los habitantes del municipio y de la parte que le corresponda en los demás gastos, calculada tomando como base las visitas de los habitantes del municipio a los distintos departamentos del centro sanitario, así como de las visitas hechas por los miembros del personal del centro a dichos habitantes.

Artículo 30

Los gastos de establecimiento comprenderán los relativos a la adquisición del terreno y de los locales necesarios para las actividades del centro sanitario, anexos y servicios, oficinas y residencias, y a su debido acondicionamiento, así como los de abastecimiento de agua, desagüe, electricidad, climatización y demás equipo de la misma índole, conexión de dichos servicios a las redes generales, construcción de carreteras, vallas, etc., incluidas la administración y la planificación de dichas adquisiciones, así como la gestión y la supervisión. Se incluirán también los gastos de adquisición de maquinaria, instrumentos, aparatos, muebles, medios para el transporte de los pacientes y otros bienes muebles necesarios, existencias básicas de medicamentos, ropa, etc., y los de cualesquiera otras medidas necesarias para que el centro sanitario pueda iniciar sus actividades.

Los gastos de establecimiento comprenderán también los de la índole indicada en el párrafo anterior que se efectúen para la ampliación de los locales del centro sanitario o de parte del mismo, o sean consecuencia de reparaciones básicas o de una reorganización, previa deducción, sin embargo, del valor en venta de los bienes que dejen de utilizarse.

Artículo 31

Los gastos de funcionamiento comprenderán los que sean necesarios para la administración del centro sanitario, la remuneración y el pago de las pensiones del personal, así como los seguros sociales, las prestaciones en especie y la asistencia sanitaria que reciba dicho personal, el uso y mantenimiento de los bienes a que se refiere el artículo 30, y la adquisición y renovación anual del equipo fijo y de los objetos muebles, de las existencias de ropa, medicamentos, etc. Se incluirá también el costo de los medicamentos, el material para las curas y otros artículos fungibles, la alimentación, el agua, la calefacción, la luz y la energía eléctrica, el lavado y planchado de ropa, la limpieza, los alquileres, los seguros (excepto los de responsabilidad civil), los trabajos de investigación, planificación y desarrollo, y otros gastos ocasionados por el funcionamiento del centro sanitario.

Sin embargo, en lo que se refiere a la asistencia médica domiciliaria, los gastos de funcionamiento comprenderán únicamente los imputables a las visitas efectuadas a los pacientes por miembros del personal del centro sanitario, o al uso del material médico de dicho centro en relación con ese tipo de asistencia.

Los gastos de funcionamiento antes indicados no serán considerados como gastos de administración de la junta local de sanidad.

Artículo 32

Cuando los gastos de establecimiento se deban a la adquisición de bienes destinados a sustituir a otros bienes destruidos o dañados por el fuego o por otra causa, habrá que deducir de esos gastos la suma pagada por el seguro o cualquier otra indemnización a la que haya lugar.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no se aplicará cuando el Estado no hubiera pagado asistencia alguna para sufragar los gastos de adquisición de los bienes de que se trate o, en caso de siniestro, las primas del seguro correspondiente.

Artículo 33

El Estado no contribuirá al pago de los gastos que no se originen en la aplicación de un plan de actividades aprobado, ni al de los que, por su cuantía, resulten excesivos o injustificadamente elevados, caso este último en el que se tomará únicamente en cuenta la suma que se considere razonable.

El Estado no contribuirá tampoco al pago de los gastos de depreciación ni a los de los préstamos.

Artículo 34

Los gastos de personal serán considerados como gastos necesarios en tanto en cuanto sean efectivamente imprescindibles para la realización de las actividades propias del centro y siempre que los sueldos y demás beneficios, habida cuenta de las prestaciones

en especie y de las cantidades que se cobren por ellas, no excedan de los correspondientes a otras personas que desempeñen funciones análogas al servicio del Estado, de los municipios o de las agrupaciones municipales a no ser que la Ley sobre los efectos de los acuerdos colectivos municipales sobre asistencia del Estado (62/70) disponga otra cosa. Los gastos de pensiones se considerarán como necesarios en tanto en cuanto el empleo por el que se paguen haya sido igualmente necesario y siempre que las prestaciones no sean superiores a las pagadas por el Instituto de Pensiones Municipales.

En el caso de que el número de personas de la plantilla no haya sido confirmado en el plan de actividades, la cuestión podrá ser previamente sometida a la decisión de la Junta Nacional de Sanidad, la cual determinará, de conformidad con las instrucciones generales del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, cuáles son los gastos de personal que dan derecho a asistencia del Estado.

Cuando los sueldos u otras prestaciones económicas del personal no se ajusten a los principios a que se alude en el primer párrafo del presente artículo, el Gobierno podrá decidir, previa audiencia de la comisión a la que se refiere el artículo 2 de la Ley de Bases sobre asistencia del Estado para el pago de los sueldos del personal de los establecimientos de asistencia médica (546/60), que no debe denegarse total o parcialmente la asistencia del Estado para el pago de esos sueldos o prestaciones.

Artículo 35

Antes de que se construyan, modifiquen o amplíen considerablemente los locales de un centro sanitario incluido en el plan de actividades, habrán de someterse a la aprobación del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad los planos para la construcción, alteración o ampliación de que se trate.

Artículo 36

Para que el Estado contribuya al pago de los gastos de establecimiento se requiere que, antes de dar comienzo a los trabajos correspondientes, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad haya aprobado, a petición de la Junta Nacional de Sanidad, su inclusión en el plan general para la asistencia estatal.

En el caso de construcción de nuevos locales para un centro sanitario, o de reparaciones básicas totales de los antiguos locales, las disposiciones del párrafo anterior se aplicarán también a la asistencia del Estado para el pago de los gastos de funcionamiento.

Cuando existan razones poderosas para ello, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad podrá conceder asistencia del Estado para el pago de la totalidad o parte de los trabajos de establecimiento y las adquisiciones para los locales de un centro sanitario incluido en el plan nacional, aunque dichos trabajos o adquisiciones se hayan iniciado antes de haber sido aprobada su inclusión en el plan a que se refiere el primer párrafo del presente artículo.

Cuando un municipio haya hecho un plan y haya adoptado una decisión sobre la construcción de nuevos locales para un centro sanitario, o sobre reparaciones básicas totales de los antiguos locales, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad podrá, cuando se solicite, decidir de antemano si una vez ejecutado dicho plan se concederá la asistencia

del Estado para los gastos de funcionamiento del centro, aunque hasta el momento no se haya decidido la cuestión de la inclusión de esos trabajos y adquisiciones de establecimiento en el plan general para asistencia estatal.

Artículo 37

Cuando el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad haya aprobado la inclusión en el plan general para la asistencia estatal de los trabajos y las adquisiciones de establecimiento a que se refiere el artículo 36, la Junta Nacional de Sanidad irá pagando por anticipado esa asistencia a medida que vayan realizándose los trabajos de establecimiento o las adquisiciones correspondientes. La Junta Nacional de Sanidad efectuará esos pagos cuando se demuestre que se han realizado dichos trabajos o adquisiciones.

Artículo 38

La Junta Nacional de Sanidad pagará retroactiva y anualmente la asistencia del Estado para el pago de los gastos de funcionamiento. Sin embargo, se anticipará mensualmente una suma igual a la duodécima parte del total de la asistencia concedida por el Estado para la totalidad del año anterior. El Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad podrá, por razones especiales, aumentar o reducir la cuantía de esos anticipos.

La asistencia anticipada del Estado para el primer año de actividad del centro sanitario se determinará mediante un cálculo aproximado.

Artículo 39

Cuando se solicite, el Gobierno podrá conceder asistencia adicional para el pago de los gastos a los municipios de escasa solvencia financiera para los que los gastos derivados de la aplicación de la presente ley puedan representar una carga excesiva.

Capítulo 5 - Disposiciones varias

Artículo 40

Los locales de un centro sanitario no podrán utilizarse antes de que la Junta Nacional de Sanidad los haya aprobado para ese fin y haya confirmado el número de camas destinadas a la hospitalización de los pacientes.

Artículo 41

Cuando la Junta Nacional de Sanidad lo considere oportuno, el municipio tendrá la obligación de adoptar las medidas necesarias para que las personas dedicadas a las actividades de asistencia sanitaria sigan, por lo menos una vez cada 10 años, cursos de perfeccionamiento profesional organizados o aprobados por la Junta Nacional.

Artículo 42

Los miembros de la junta local de sanidad y las personas nombradas o empleadas por la misma no divulgarán, sin autorización, secretos relativos a una persona o familia, de los que hayan tenido conocimiento por razón de su cargo. La violación de esta obligación

de secreto se castigará con multa o privación de libertad de seis meses como mínimo, a menos que la ley estipule una pena más grave. El fiscal no perseguirá a la persona que haya violado esta obligación a no mediar denuncia de la parte ofendida.

Artículo 43

Quando en las actividades del centro sanitario no se hayan cumplido las disposiciones o reglamentos vigentes o el plan de actividades confirmado, o se hayan producido abusos sin que se haya procedido a su corrección dentro del plazo fijado para ello, la Junta Nacional de Sanidad podrá interrumpir el pago de la asistencia estatal o suspender el pago de anticipos de la misma. Cuando sea necesario por razones médicas, la Junta Nacional de Sanidad podrá ordenar que se interrumpan en todo o en parte las actividades hasta que se haya corregido la situación.

Artículo 44

Quando los bienes inmuebles o muebles de un centro sanitario cuyos gastos de establecimiento se hayan financiado en todo o en parte con fondos del Estado se transfieran a otro propietario, a no ser que esa transferencia se haga en virtud de las disposiciones para la aplicación de la presente ley (67/72), o cuando esos bienes dejen de utilizarse para las actividades a que se refiere la presente ley, así como en el caso de que su función se altere de tal forma que la Junta Nacional de Sanidad no pueda considerar que están destinados a una de dichas actividades, el Gobierno podrá reivindicar esos bienes a un justo precio fijado por él mismo. La asistencia pagada por el Estado será considerada en tal caso como parte del precio de esos bienes. La decisión correspondiente deberá adoptarse y notificarse dentro del plazo de un año contado a partir de la fecha en la que el propietario ponga en conocimiento de la Junta Nacional de Sanidad el cambio experimentado en el uso de los bienes, o de la fecha en que la Junta haya comprobado dicho cambio e informado al respecto al propietario.

Quando la Junta Nacional de Sanidad haya dado su consentimiento al cambio a que se refiere el párrafo anterior, no tendrá derecho a la reivindicación de los bienes. En tal caso, sin embargo, habrá de abonarse al Estado una parte del valor de dichos bienes equivalente a la proporción relativa de los gastos de establecimiento que se financiaron con fondos estatales, a menos que el Gobierno exima parcial o totalmente de ese pago.

En el caso de que los bienes hayan sido transmitidos en las condiciones indicadas en el primer párrafo del presente artículo a otro municipio o a una agrupación municipal que haya percibido del Estado asistencia para el pago de sus respectivos gastos de establecimiento, dicha asistencia y la suma pagadera al Estado en virtud de lo previsto en el segundo párrafo del presente artículo serán objeto de mutua compensación hasta el importe de su cuantía.

Artículo 45

El valor de los bienes a que se hace referencia en el artículo 44 se calculará, tanto en lo que respecta a los terrenos y a los edificios como a los bienes muebles, deduciendo del precio corriente de adquisición una suma razonable en concepto de depreciación y de uso.

El valor de los bienes y la indemnización que haya de pagarse por ellos serán confirmados por una comisión compuesta por un presidente nombrado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad y por otros cuatro miembros, de los que dos serán nombrados por la Junta Nacional de Sanidad y los otros dos por el municipio o la agrupación municipal competente.

Artículo 46

Los bienes inmuebles y muebles de un centro sanitario cuyos gastos de establecimiento hayan sido financiados en todo o en parte por el Estado estarán asegurados contra incendios por la totalidad de su valor.

Cuando así se solicite y en las condiciones que él mismo determine, el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad podrá eximir de la obligación establecida en el párrafo anterior.

Artículo 47

Contra las decisiones de una junta local de sanidad podrá recurrirse ante la Junta Provincial dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que se haya notificado la decisión.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no se aplicará cuando otra ley o reglamento disponga otra cosa en materia de recursos o excluya todo recurso, o cuando la decisión de que se trate pueda, en virtud de la Ley Municipal (642/48) ser sometida a examen de la junta municipal o de la junta de la agrupación municipal.

Contra las decisiones de la comisión a que se refiere el artículo 45 podrá recurrirse ante la Junta Provincial dentro de un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que se haya notificado la decisión.

El recurso contra las decisiones de la Junta Provincial se rige por disposiciones especiales promulgadas al efecto.

Artículo 48

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 209 de la Ley Municipal, toda decisión de la junta local de sanidad podrá aplicarse antes de que sea legalmente ejecutoria. No obstante lo previsto en dicha disposición, la decisión podrá aplicarse también aunque contra ella se haya interpuesto recurso, en los casos en que su aplicación no admita demora o no pueda aplazarse por razones de salud pública y la junta local de sanidad haya ordenado su ejecución inmediata.

Artículo 49

Por vía reglamentaria se promulgarán disposiciones más detalladas para la ejecución de la presente ley.

La entrada en vigor de la presente ley se regulará mediante una ley separada.

Con la entrada en vigor de la presente ley quedan derogadas la Ley de 9 de marzo de 1951 sobre asistencia sanitaria (141/51), la Ley de 31 de marzo de 1944 sobre enfermeras municipales (220/44), la Ley de 31 de marzo de 1944 sobre centros municipales de asistencia maternoinfantil (224/44), la Ley de 31 de marzo de 1944 sobre parteras municipales (223/44); los párrafos 7 a 9, 87 y 88 de la Ley de 27 de agosto de 1965 sobre sanidad (469/65), la Ley de 31 de octubre de 1952 sobre nombramiento de médicos para las escuelas elementales (362/52) y la Ley de 17 de mayo de 1956 sobre nombramiento de dentistas para las escuelas elementales (297/56), así como todas las enmiendas posteriormente introducidas en dichas leyes.

No obstante lo dispuesto en la presente ley, la Ley de 9 de marzo de 1951 sobre disolución de hospitales de distrito y hospitales rurales (142/51) seguirá aplicándose a la asistencia del Estado a las salas de hospitalización de los centros sanitarios que antes formaran parte de uno de los hospitales municipales a los que se refiere dicha ley.

Helsinki, 28 de enero de 1972

Urho Kekkonen, Presidente de la República

Alli Lahtinen, Ministro de Asuntos Sociales y Sanidad.

LEY DE SANIDAD

Exposición general del Gobierno

Debido a las disposiciones relativas a la construcción de hospitales centrales, en los últimos decenios la política de salud pública se ha centrado en tal construcción. Las posibilidades de recibir asistencia hospitalaria han aumentado considerablemente porque no sólo se han construido hospitales centrales, sino también regionales y locales, y se han ampliado, además, los hospitales existentes. La ejecución del programa de construcción, confirmado por la Ley sobre construcción de hospitales centrales (337/50), ha requerido abundantes recursos de la comunidad. Los gastos por concepto de salud pública aumentan más rápidamente que el producto nacional. En el momento actual, en que el programa de construcción previsto en dicha ley está aún sin terminar, se está dedicando alrededor de un 6, del producto nacional bruto a la asistencia médica. Como esa asistencia abarca todas las actividades destinadas a mantener y mejorar la salud, prevenir y curar enfermedades y rehabilitar a los enfermos, el desarrollo de los servicios médicos que ofrecen los hospitales no basta por sí solo para mejorar el estado de la salud pública, como lo demuestran las cifras de mortalidad y morbilidad de la población en edad de trabajar.

La estructura de la población por edad es muy favorable desde el punto de vista de la asistencia médica, porque la proporción de niños es relativamente elevada y la de personas en edad de trabajar una de las más altas del mundo. Una consecuencia de la existencia de una proporción relativamente baja de personas de edad avanzada es que la cifra de mortalidad general de Finlandia es más bien baja si se compara con las cifras de otros países industriales. En cambio, las tasas comparativas globales de mortalidad por edad son las más altas de Europa, tanto en lo que respecta a los hombres como a las mujeres. La tendencia de este fenómeno es alarmante. Durante el período comprendido entre 1957 y 1967, la tasa de mortalidad de las mujeres disminuyó en todos los grupos de edad mientras que la de los hombres adultos aumentó en todos los grupos de edad a partir de los 40 años.

La esperanza de vida, expresada en años, puede servir también para ilustrar el estado de la salud pública. En Finlandia, la esperanza de vida de un recién nacido es de 65 años y medio para los varones y de 72 años y medio para las mujeres. En una comparación entre los países europeos estas cifras figuran en los lugares vigésimo primero y decimotercero respectivamente. Si se analiza la esperanza de vida de una persona de 40 años tomando como base los datos disponibles más recientes, se verá que los finlandeses ocupan una posición muy desfavorable en el plano internacional, correspondiendo a los hombres el último lugar y a las mujeres el vigesimotercero en Europa.

Las únicas cifras de mortalidad sobre las que puede decirse que la situación de Finlandia es comparable en el plano internacional son las relativas a la mortalidad infantil y a la mortalidad derivada de la maternidad. Estas cifras favorables y su persistente tendencia favorable se deben en parte a la elevación del nivel de vida y en parte también al funcionamiento eficaz, en la esfera de la protección materno-infantil, de servicios sanitarios profilácticos, a la educación sanitaria y a la creación de una organización pública que cubre todo el país y presta servicios gratuitos.

Las cifras de mortalidad que se indican más arriba no revelan por sí solas las diferencias en materia de salud pública entre las distintas regiones del país. Las cifras de mortalidad y morbilidad relativas al este y norte de Finlandia son netamente más elevadas que las relativas al suroeste y sur del país, lo cual se debe en parte a que una mayor proporción de las enfermedades contraídas en el este y norte de Finlandia son a la larga crónicas o mortales.

Las estadísticas de mortalidad revelan sólo parte de la alarmante situación de la salud pública del país. Las estadísticas de morbilidad y de incapacidad, así como las investigaciones que se han hecho en materia de salud pública, revelan que hay más de 1 millón de personas en Finlandia crónicamente enfermas, mientras que la proporción de personas en edad de trabajar que reciben pensiones por incapacidad es excepcionalmente elevada desde un punto de vista internacional.

Esto es un indicio de que el desarrollo de los servicios médicos que se prestan en los hospitales no bastará, como se dijo antes, para mejorar el estado de la salud pública. Para ello será preciso desarrollar también otros servicios sanitarios que, unidos a la red de hospitales, puedan prestar toda la asistencia médica necesaria para el buen funcionamiento de las actividades en esa materia. Si se desarrollan los servicios de asistencia médica de esta manera, tal vez sea posible controlar el aumento de los gastos hospitalarios más eficazmente que por otros medios. Sin embargo, esto no ocurrirá inmediatamente ya que el desarrollo de otros servicios de asistencia médica hará que sea mayor la necesidad de cuidados hospitalarios, al menos en algunos casos. Es probable asimismo que el desarrollo de esos servicios dé lugar a una situación en la que un número cada vez mayor de personas gravemente enfermas sean tratadas en hospitales. Este fenómeno originará una mayor demanda de los servicios de los hospitales y aumentará sus gastos directos. En cambio, cabe suponer que con el tiempo disminuirá la necesidad relativa de camas de los hospitales, lo que, en definitiva, repercutirá también en los gastos.

Cuando se examina la parte que corresponde en los servicios de salud pública en el producto nacional bruto, se ve que, entre los años 1954 y 1969, pasó del 3 al 5,1%. La mayor parte de los gastos de los servicios de asistencia médica son sufragados por los municipios. Los gastos de esos servicios son repartidos principalmente entre el municipio y el Estado. Los beneficiarios de esos servicios contribuyen también a sufragar los gastos de los servicios de asistencia médica, como viene haciendo también el Instituto Nacional de Pensiones desde que se aprobó la Ley del seguro de enfermedad.

De 1960 a 1967, el promedio del aumento de los gastos en asistencia médica ascendió a un 17% anual, debido sobre todo al aumento de los gastos de la red de hospitales. En la actualidad, los gastos del sistema hospitalario ascienden a un 85% de los gastos de la asistencia médica. La posibilidad de modificar el aumento de los gastos del sistema hospitalario es limitada, al menos a corto plazo. Las decisiones adoptadas han surtido ya el efecto de perpetuar ese aumento. La decisión de construir hospitales se traducirá en un aumento de los gastos de funcionamiento una vez que terminen las obras de construcción. La decisión de capacitar personal perpetuará el aumento en los gastos correspondientes.

Se han hecho, con diversos criterios, estimaciones del aumento de los gastos de asistencia médica, fijándolos para los años 1969 a 1974 en 402 a 711 millones de marcos, según la solución elegida. En este aumento, la parte correspondiente a los gastos hospitalarios representaría de 367 a 676 millones de marcos según la solución. En una previsión que se hizo, después de estudiar los datos correspondientes, el aumento de los gastos de asistencia médica ambulatoria se fijó en 34 millones de marcos. Teniendo en cuenta el futuro aumento de los gastos de asistencia médica será necesario tomar rápidamente medidas a fin de contratar para distintos sectores al personal sanitario que entre en el mercado del trabajo. El empleo de médicos es de particular importancia por lo que respecta al futuro aumento de los gastos. De conformidad con las decisiones ya adoptadas en materia de educación y las previsiones hechas a ese respecto, el aumento neto en el número de médicos será de 324 por año hasta 1975 y, a partir de entonces, de 520. Los nuevos médicos suelen encontrar empleo en el sistema hospitalario.

Si se destina un mayor número de médicos, recién graduados, a los servicios ambulatorios, se podrá emplear con menores gastos generales el creciente número de personal existente en actividades de asistencia médica.

En vista de lo indicado, resulta evidente que los servicios de sanidad abarcan la protección sanitaria de las personas y del medio en que viven, así como la asistencia médica individual y las actividades conexas que tienen por objeto conservar y mejorar la salud de la población. Una serie de diferentes leyes forman la legislación vigente en materia de servicios de sanidad. Las disposiciones sobre la administración general de los servicios de sanidad y sobre el personal encargado de dichos servicios que se relacionan con las actividades que atañen a las personas y al medio en que viven y con la asistencia médica prestada fuera de los hospitales no sólo figuran en la Ley de sanidad (higiene y medio: 469/65), sino también en la Ley sobre el ejercicio de la medicina general (141/51), la Ley sobre las enfermeras de los servicios de sanidad municipales (220/44), la Ley sobre las parteras municipales (223/44), la Ley sobre los centros municipales de asistencia maternoinfantil (224/44), la Ley sobre los médicos de las escuelas elementales (363/52) y la Ley sobre los dentistas de las escuelas elementales (297/56). Algunas disposiciones relativas a la lucha contra las enfermedades no sólo figuran en la Ley de sanidad antes mencionada (469/65), sino también en la Ley sobre vacunación (361/51), la Ley sobre enfermedades venéreas (52/52) y la Ley sobre la lepra (638/45). Las disposiciones que se refieren a la inspección en materia de higiene figuran también en la Ley sobre productos alimenticios (526/41), la Ley sobre inspección de la leche (558/46), la Ley sobre inspección de la carne (160/60), la Ley sobre protección contra las radiaciones (174/57) y la Ley sobre seguridad en el trabajo (299/58). En lo que se refiere al sistema hospitalario, conviene tener en cuenta que, aparte de las disposiciones relativas a la asistencia hospitalaria, la Ley sobre hospitales municipales generales (561/65) y la Ley sobre hospitales centrales de las universidades (392/56) sólo incluyen disposiciones sobre los departamentos de consulta externa de algunos hospitales, mientras que la Ley sobre la tuberculosis (355/60) y la Ley sobre los enfermos mentales (187/52) contienen disposiciones sobre asistencia sanitaria preventiva, asistencia ambulatoria y asistencia hospitalaria en las respectivas ramas.

En vista de que las disposiciones relativas a los servicios sanitarios se han preparado en distintas ocasiones, cuando se aprobaron las diversas leyes en la materia no se pudo establecer un sistema suficientemente amplio dentro del cual se pudiera realizar la planificación global de los servicios sanitarios municipales y nacionales. Esas disposiciones son también deficientes en muchos puntos esenciales y, por ende, inaplicables en las condiciones actuales. Las condiciones de trabajo de los médicos municipales, a menudo peores que las de los demás médicos, hacen que el número de médicos que ingresan en este sector sea insuficiente, sobre todo cuando se trata de distritos remotos. Una consecuencia de las disposiciones sobre la ayuda estatal, donde se estipula que sólo una pequeña parte de los ingresos del médico municipal debe proceder de esa ayuda y que el resto de los ingresos debe proceder de los pacientes beneficiarios de la asistencia, es que los pacientes que reciben asistencia médica ambulatoria tienen que pagar más de lo que pagarían en un hospital. El resultado es que los pacientes acuden al hospital y al departamento de consulta externa de éste para reconocimientos y tratamientos, incluso en los casos en que podrían recurrir a los servicios ambulatorios. Las disposiciones del actual proyecto de ley se refieren únicamente a la parte de los servicios de sanidad relacionada con la asistencia sanitaria y médica de las personas y, por lo que respecta a los servicios conexos, sólo se aplican en la medida en que no existan disposiciones al respecto en otras leyes. Otros aspectos se han regulado mediante disposiciones sobre los servicios de sanidad incluidas en diversas leyes como, por ejemplo, en la Ley de sanidad (higiene y medio).

Ley sobre servicios de sanidad

El objetivo fundamental del proyecto de ley sobre los servicios de sanidad es transferir el centro de gravedad de la política del país en materia de salud pública a los servicios de asistencia sanitaria y asistencia médica ambulatoria mediante la creación de las condiciones económicas y administrativas necesarias para un desarrollo rápido y sistemático del sistema municipal de asistencia médica básica.

Para alcanzar esos objetivos, el proyecto de ley integra las disposiciones actualmente dispersas en una Ley sobre los servicios de sanidad, que contiene disposiciones sobre las obligaciones de los municipios en materia de salud pública y sobre la financiación y administración de los servicios de sanidad.

La Junta Nacional de Sanidad conservará las funciones directivas superiores, incluso en lo que se refiere a la administración regional, y el control y fiscalización de los servicios de sanidad administrados por los municipios.

En virtud de la Ley de 30 de diciembre de 1970 sobre la administración de la asistencia médica y sanitaria en los distritos (839/70), las juntas provinciales, cada una en su respectiva provincia y con sujeción a la Junta Nacional de Sanidad, estarán encargadas de los servicios administrativos de los distritos en materia de asistencia médica y sanitaria. Por lo tanto, se ha incluido en el proyecto de ley una disposición (artículo 4) según la cual los servicios de sanidad de las provincias serán dirigidos y fiscalizados por una Junta Provincial -que dependerá de la Junta Nacional de Sanidad- y que esa Junta Provincial podrá tener un consejo asesor que se ocupará de las cuestiones relacionadas con esa esfera.

Se propone que la organización de los servicios de sanidad locales siga siendo de competencia de los municipios, conforme a la legislación vigente. En algunos casos, tal vez convenga que los municipios administren los servicios de sanidad conjuntamente. Los servicios de sanidad directamente administrados por un municipio deberían perseguir el objetivo general de organizarlos de forma que puede atenderse de 10.000 a 13.000 habitantes. Una de las razones para ello es que el número recomendado de médicos que se necesitarán para esos servicios se ha calculado entre cuatro y seis, con un mínimo de tres. Sólo en casos excepcionales se consideraría la posibilidad de que un municipio de menos de 8.000 habitantes administrara por cuenta propia los servicios de sanidad cuya administración incumbe directamente al municipio. En consecuencia, el proyecto de ley prevé la posibilidad de que los municipios formen agrupaciones con ese fin. Con el consentimiento de la Junta Nacional de Sanidad, un municipio podrá también convenir con otro vecino en que este último administre, para una parte del otro municipio, algunos de los servicios de sanidad a que se refiere la Ley. Cuando esa cooperación entre los municipios se considere indispensable y no pueda lograrse mediante acuerdos voluntarios, el Gobierno podrá ordenar a los municipios que establezcan una tal cooperación.

La planificación de los servicios de sanidad debe fomentarse e identificarse por distintos medios. Por ello, se propone que la Junta Nacional de Sanidad prepare un plan para organizar los servicios de sanidad del país. Ese plan se preparará para los cinco años civiles siguientes y se ajustará y modificará cada año. El plan será confirmado por el Gobierno.

En vista de que las mejoras previstas en el sistema proyectado deben introducirse también en los servicios de sanidad de los municipios y de que es preciso además tener en cuenta las necesidades especiales debidas a las condiciones locales, el proyecto de ley contiene una disposición sobre un plan de actividades para los servicios de sanidad de los municipios (artículo 19). Como ese plan ha de someterse a la Junta Nacional de Sanidad para su confirmación en un plazo fijado por el Gobierno, los planes de actividades de los municipios podrán integrarse adecuadamente en el plan nacional. Tanto en el plan nacional como en los planes municipales, se definirá en detalle el tipo y el alcance de los servicios de sanidad por períodos de cinco años. Como los servicios sociales y los servicios de sanidad coinciden en muchos puntos, convendría que el plan nacional y los planes municipales en materia de servicios de sanidad fueran preparados en colaboración por las autoridades competentes. El plan para la organización de los servicios municipales de sanidad se desarrollará mediante disposiciones reglamentarias (artículo 20), que se someterán también para su confirmación a la Junta Nacional de Sanidad. En esas disposiciones se definirá asimismo cuando proceda la cooperación entre las juntas de sanidad y las juntas locales de los servicios sociales.

La autoridad encargada de los servicios locales de sanidad se denominará junta local de sanidad, en lugar de "junta de asistencia sanitaria", como se ha llamado hasta ahora, pues el nuevo nombre refleja mejor sus funciones, tanto en la esfera de la asistencia sanitaria como en la médica. Para facilitar el desempeño de sus funciones, la junta se dividirá en dos departamentos. Sin embargo, debido a las diferencias que existen entre los municipios, conviene regular la posibilidad de que la administración de los servicios de sanidad se organice de una manera distinta a la prevista en la Ley.

En consecuencia, en un municipio pequeño, la junta de sanidad podría seguir funcionando como órgano indiviso mientras que puede estudiarse la posibilidad de dividirla en dos o más departamentos en el caso de municipios grandes. Además de las actividades que se les asigne en el proyecto de ley que se examina, las juntas locales de sanidad asumirán también las funciones que en materia de sanidad les encomienden otras leyes. Cuando de los servicios sanitarios se encargue una agrupación, se establecerá una junta local de sanidad para todos los municipios que formen parte de ella, los cuales no tendrán en ese caso juntas locales separadas. Si una agrupación municipal está encargada de los servicios de sanidad mencionados en el presente proyecto de ley, las funciones que correspondan en esa materia al municipio en virtud de otras leyes le serán también asignadas a dicha agrupación municipal.

Las disposiciones del proyecto de ley sobre las obligaciones que incumben al municipio en la esfera de los servicios de sanidad (artículo 14) difieren de las disposiciones actuales en el sentido de que la situación y las obligaciones de los funcionarios que trabajan en esos servicios no están reguladas por la ley; el propósito es que cualquier disposición al respecto se incluya en los reglamentos y órdenes del municipio.

En cuanto a la asistencia sanitaria en el plano individual, se observará que el municipio prestará servicios de asesoramiento en la materia (apartado 1) del primer párrafo del artículo 14). Se tiene el propósito de ampliar gradualmente esos servicios para que no sólo abarquen las actividades en la esfera maternoinfantil, sino también otras formas de orientación sanitaria previstas para los habitantes del municipio y basadas en reconocimientos médicos. Para las personas que necesiten orientación sobre contracepción, embarazo o parto, así como sobre recién nacidos y niños en edad preescolar, se organizarán regularmente consultas gratuitas de asesoramiento, en las que dichas personas serán sometidas a reconocimiento médico antes de recibir el asesoramiento. Asimismo se organizarán por separado consultas para personas en edad de trabajar, ya que el asesoramiento de esas personas es parte esencial de los servicios de sanidad de los municipios, a pesar de que el empleador tenga algunas obligaciones a ese respecto. Además de la orientación sanitaria normal mencionada, se organizarán servicios para prestar asesoramiento sanitario con algún fin particular, o con carácter temporal o periódico. Por lo general, ese asesoramiento irá precedido de un reconocimiento masivo de toda o parte de la población de un municipio, a fin de localizar alguna enfermedad en una etapa anterior al momento en que la persona afectada pueda notar síntomas de su dolencia. En vista de que en el plan de actividades de los servicios de sanidad de los municipios debe incluirse un plan detallado para la orientación sanitaria y los correspondientes reconocimientos médicos oficiales requeridos, la organización de esos servicios podrá ser oportunamente fiscalizada y orientada.

En virtud del plan nacional, la obligación de prestar asistencia médica a los habitantes de los municipios se limitará, en lo que se refiere al tratamiento médico, al reconocimiento del paciente por un médico generalista y al tratamiento realizado o controlado por él, así como a la rehabilitación médica y a la prestación de primeros auxilios en el municipio. Las camas de los hospitales del centro sanitario están destinadas a una mejor asistencia de los enfermos crónicos, si bien algunas de ellas

se utilizarán para pacientes que necesitan cuidados médicos de corta duración y pueden ser tratados por médicos generalistas.

También incumbirá a los municipios la tarea de organizar el transporte de los enfermos, exceptuando la adquisición y el mantenimiento de aviones y de vehículos para transportes difíciles o de vehículos especiales que puedan ser necesarios.

Se propone la ampliación de las actividades en la esfera de la lucha contra las afecciones dentales a fin de incluir, no sólo la labor preventiva e informativa, sino también el reconocimiento y tratamiento dental de los habitantes de los municipios (apartado 4) del primer párrafo del artículo 14). En consecuencia, la asistencia dental será organizada por los municipios con los mismos criterios aplicados actualmente a la asistencia médica. Al intensificarse la lucha contra las afecciones dentales, deberá concentrarse ante todo la atención en el reconocimiento y tratamiento dental de todos los habitantes del municipio menores de 17 años. Esta reforma es necesaria porque se ha visto que, al ingresar en la escuela primaria, los niños tienen ya defectuosa la segunda dentadura. Como los alumnos que pasan de las escuelas primarias a otras escuelas no reciben ahora ningún tratamiento dental reglamentario, la experiencia muestra que gran parte de los resultados obtenidos con el tratamiento dental dado en la escuela primaria se malogran con el tiempo. Esto no puede considerarse apropiado desde el punto de vista de la salud pública ni desde el económico.

En virtud de la ley actual, la asistencia sanitaria escolar obligatoria cubre las escuelas primarias, y, cuando proceda, las escuelas generales, así como la parte de las escuelas secundarias que corresponde a las escuelas generales, lo cual no puede considerarse adecuado en lo que respecta a los servicios de salud pública. En consecuencia, se propone una ampliación, de manera que no sólo queden cubiertas las escuelas de enseñanza general, a las que se están incorporando las escuelas primarias, sino también las de segunda enseñanza superior y las escuelas públicas de formación profesional.

Para dar la mayor eficacia y utilidad posibles a los servicios municipales de sanidad, es preciso fusionar sus diversas actividades en una sola entidad funcional. No basta con desarrollar el actual sistema de médicos municipales, organizando grupos integrados por varios médicos, sino que debería procederse a una reforma orgánica de todas las funciones. De ese modo podría emplearse con eficacia y flexibilidad a las personas que trabajan en los servicios municipales de sanidad, cuyos sueldos representan la mayor parte de los gastos de salud pública, en las diversas tareas encomendadas al centro sanitario. La centralización propuesta permitiría asimismo ahorrar en los gastos de establecimiento.

Además de las actividades mencionadas en ese proyecto de ley, el municipio podrá asignar al centro de sanidad las tareas de esa índole previstas en otras leyes. Sin embargo, no se considera posible obligar a un municipio o a una agrupación municipal a que asuman la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria a otras escuelas de su región, aparte de las mencionadas, como tampoco de prestar esa asistencia en los lugares de trabajo; en cambio, se considera que un empleador o una escuela podrán convenir, cuando proceda, en que el municipio o la agrupación municipal preste en un lugar de trabajo o en una escuela la asistencia sanitaria encomendada al empleador o a la escuela, especificándose en el acuerdo el pago correspondiente.

Cuando un hospital de un centro de sanidad presta asistencia a un paciente que no sea habitante del municipio que mantiene dicho centro, los gastos a que dé lugar el tratamiento serán sufragados por el centro sanitario mantenido por el municipio de residencia y domicilio del interesado. El tratamiento recibido en los departamentos de consulta externa de los centros de sanidad se sufragará de conformidad con lo dispuesto en la Ley del seguro de enfermedad. Los gastos a que dé lugar el reconocimiento o el tratamiento de un extranjero que no tenga domicilio en Finlandia en un centro sanitario o en un hospital del mismo, serán reembolsados por el Estado al municipio que mantenga el centro sanitario.

Las disposiciones sobre las facultades que la Junta Nacional de Sanidad tiene para concertar, en nombre de una dependencia del Estado, acuerdos con un municipio que mantiene un centro sanitario sobre la asistencia en ese centro a pacientes de esa dependencia, así como las disposiciones relativas a las bases sobre las que se calculará el pago en los casos previstos en los artículos 22, 23 y 24 del proyecto de ley, corresponden a las disposiciones que figuran en la Ley sobre hospitales municipales generales (561/65).

Los honorarios que perciben los médicos generales de los municipios por el reconocimiento y tratamiento de pacientes son elevados en comparación con los que cobran los departamentos de consulta externa de los hospitales dirigidos por especialistas. No se ha previsto ningún sistema para reducir gradualmente la diferencia entre los costos de tratamiento de un especialista y los de un generalista. No ha sido posible aplicar una política de honorarios que encauce, de acuerdo con la política sanitaria, la mayor parte de la demanda de asistencia facultativa hacia los servicios prestados por médicos generales. Con el fin de que la población solicite asistencia facultativa tan pronto como la necesite, se propone la supresión de los honorarios de los médicos generales. Las demoras con que se solicita esa asistencia debido a los costos que entraña son particularmente grandes entre los pacientes que disponen de escasos medios.

A fin de poder encauzar fondos del sistema del seguro de enfermedad hacia el desarrollo de los centros municipales de sanidad y subsanar las desigualdades de los servicios prestados en las distintas regiones, el Gobierno se propone introducir, junto con el presente proyecto de ley sobre servicios de sanidad, un proyecto de ley para modificar la Ley sobre el seguro de enfermedad a fin de que se reembolsen inmediatamente las prestaciones del seguro de enfermedad a los centros sanitarios.

En virtud del proyecto de ley, los servicios sanitarios encomendados al municipio, que se mencionan en el artículo 14 del mismo, serán gratuitos, si bien, cuando así se disponga expresamente, el paciente pagará por su transporte en ambulancia, por el material utilizado para su tratamiento, por los accesorios adquiridos por conducto del centro sanitario, y por su mantenimiento en el hospital de dicho centro. Por lo tanto, la asistencia médica a que se refiere el apartado 2) del primer párrafo del artículo 14 de la Ley de sanidad no pasará a ser gratuita inmediatamente después de su entrada en vigor, sino sólo a partir de 1980. En el período que preceda a esa fecha, el paciente pagará unos honorarios y una remuneración fijados por reglamento (artículo 3 de la ley sobre la entrada en vigor de la Ley de sanidad). Al entrar en vigor la Ley de sanidad, el reconocimiento y tratamiento dental será gratuito sólo para las personas menores

de 17 años. Desde el punto de vista de una labor de salud pública satisfactoria, no se puede considerar que baste con ofrecer asistencia dental, mediante reconocimiento y tratamiento gratuitos, sólo a los menores de 17 años; por lo tanto, esa medida debería extenderse a las personas que hayan pasado de esa edad. Como todavía no se dispone de los servicios necesarios para hacerlo debido a la escasez de dentistas, se propone que se fije por reglamento la fecha en que el reconocimiento y el tratamiento dentales de las personas mayores de 17 años pasarán a ser gratuitos, y el orden en que se ha de aplicar esa medida.

Las actividades de los servicios de sanidad a las que se aplicará el presente proyecto de ley ocasionaron al Estado en 1972, conforme a las disposiciones reglamentarias vigentes, un gasto que se estima en 170 millones de marcos. Según el proyecto de ley, el Estado prestará a los municipios asistencia para el establecimiento y funcionamiento de los centros sanitarios, con arreglo a una clasificación general de solvencia. La escala de porcentajes de la asistencia del Estado será la misma que la de la asistencia que presta para el funcionamiento de hospitales, sobre la cual se ha presentado un proyecto de ley al Parlamento. Para calcular esa escala de porcentajes, que es la misma para el sistema de hospitales y para el de salud pública, se ha partido del supuesto de que, en lo que respecta a los servicios de sanidad, las sumas cobradas a los pacientes cuando ingresan en los centros sanitarios se deducirían de los gastos corrientes de dichos centros antes de fijar el monto de la asistencia del Estado y que, en la medida en que los municipios perciban reembolsos en virtud de la Ley del seguro de enfermedad en lugar de cobrar a los pacientes, también se deducirán tales reembolsos. El procedimiento corresponde al sistema actual, en virtud del cual las sumas que los pacientes pagan a los médicos municipales por su reconocimiento y tratamiento no están incluidas en los gastos municipales por concepto de asistencia sanitaria que el Estado contribuye a sufragar. Según esa escala, los gastos del Estado aumentarían en un total de 62 millones de marcos, de ellos 5.800.000 en virtud del presente proyecto de ley. Naturalmente, la expansión de las actividades en virtud del proyecto de ley entrañará un aumento en los gastos de los municipios y del Estado. Sin embargo, conviene recordar que, cuando se apruebe el proyecto de ley, no se aplicará inmediatamente en todo su alcance debido a la escasez de médicos y de dentistas, y que las actividades que se realizan ahora sólo pueden ampliarse al ritmo en que aumenten esos profesionales. En consecuencia, el aumento de los gastos no se producirá de una sola vez, sino que se escalonará en un período de varios años. Como el plan nacional relativo a los servicios de sanidad ha de ser confirmado por el Gobierno para un período de cinco años, éste es otro medio de ajustar la expansión de los servicios de sanidad a la situación económica del Estado y de los municipios. En vista de ello, se calcula que durante los primeros años el crecimiento anual de los gastos corrientes de los centros sanitarios será de un 15% anual aproximadamente. Así pues, en los próximos años, la parte que corresponde al Estado aumentará poco más o menos en 25 a 30 millones al año, según sea el crecimiento de esas actividades.

En virtud del artículo 38 del proyecto de ley, el Estado anticiparía mensualmente para los gastos corrientes de los centros sanitarios una suma igual a la duodécima parte del total de la asistencia concedida el año precedente. Esto significa que se anticiparía a los municipios la suma de 69 millones de marcos para el primer año de actividades de los centros sanitarios que no recibían asistencia en virtud de la legislación actual. Como la asistencia que los municipios reciben del Estado para esos

servicios a principios del primer año de actividades de los centros sanitarios se calcula sobre la base del año anterior, se propone que, para la financiación del Estado, el sistema de los anticipos se adopte gradualmente (artículo 16 de la ley sobre la entrada en vigor). La implantación de servicios sanitarios gratuitos se considera como el móvil principal del proyecto de ley. La supresión total e inmediata de la remuneración por esos servicios provocará un aumento en los gastos de más o menos 25 a 30 millones de marcos. El Gobierno ha presentado al Parlamento un proyecto de ley para modificar la Ley del seguro de enfermedad, a fin de que esos gastos adicionales se imputen al sistema de seguro de enfermedad y sean sufragados por él. Como la introducción de los servicios sanitarios gratuitos podría dificultar la tarea de satisfacer la creciente demanda de tales servicios debido a la escasez de médicos, se propone que la remuneración por ese concepto se vaya suprimiendo gradualmente, de manera que quede completamente eliminada el 31 de diciembre de 1979. El monto de los gastos imputados al sistema del seguro de enfermedad dependería entonces de la proporción en que se redujera la remuneración y del aumento de las actividades.

La experiencia de los centros de higiene maternoinfantil demuestra claramente que los servicios sanitarios gratuitos y basados en la prevención y el diagnóstico precoz permitirán reducir con el tiempo la demanda de asistencia médica y mejorar la salud pública. En el primer plan quinquenal, el Gobierno se propone hacer hincapié en el desarrollo de la orientación sanitaria, basada en una labor informativa sobre la salud y sobre los reconocimientos médicos de la población. Esta forma de actividad hace que los gastos por concepto de servicios sanitarios no se eleven mucho y, por ende, que se adapten bien al contenido del programa durante los primeros cinco años. También se realizarán durante el primer período quinquenal estudios e investigaciones en los centros sanitarios con objeto de preparar métodos para reconocimientos masivos, lo cual es importante para mejorar la salud de la población. El Gobierno se propone también preparar, en la última parte del período quinquenal, planes para el desarrollo en los municipios de la asistencia médica y la rehabilitación y prevención de las afecciones dentales y de su tratamiento. Durante el primer período quinquenal y en relación con la construcción de centros sanitarios se hará también un esfuerzo para encontrar soluciones convenientes desde el punto de vista funcional a ese respecto. Se hará lo posible por aumentar el número de puestos para médicos en los centros sanitarios, dentro de los límites que impone el número de graduados, para llegar a crear unos 70 puestos por año en el primer período quinquenal. Por lo general, se tenderá a trasladar a los centros sanitarios a los enfermos crónicos que reciben asistencia institucional.

Las disposiciones relativas a lo que ha de considerarse como gastos de establecimiento y gastos corrientes son análogas a las que figuran en la Ley sobre hospitales municipales generales.

Entrada en vigor

La reforma de las actividades en materia sanitaria constituye un cambio de gran trascendencia en los servicios de sanidad. Para esa reforma, se necesitarán muchas disposiciones detalladas que carecerán de objeto una vez que se hayan adoptado las medidas al respecto. En consecuencia, conviene recoger las disposiciones para el

período de transición en una ley separada. Se tiene el propósito de que la Ley de sanidad entre en vigor el 1º de abril de 1972. Antes de esa entrada en vigor, se pretende adoptar todas las medidas necesarias para darle cumplimiento. Los centros sanitarios empezarán a funcionar tan pronto como la ley entre en vigor. Habida cuenta del procedimiento para la ejecución del plan de actividades que se menciona en el artículo 19 de la Ley de sanidad, no es probable que se pueda confirmar la fecha de entrada en vigor y, en consecuencia, la Ley que regula esa entrada en vigor contiene una propuesta para que los centros sanitarios desempeñen, hasta el momento en que se confirme el plan, funciones en materia de salud pública en la medida en que lo hacían con anterioridad a la entrada en vigor de esa ley. Las disposiciones reglamentarias y las instrucciones confirmadas y aprobadas en virtud de leyes, cuya anulación se propone ahora, se aplicarán en la medida en que no sean incompatibles con la Ley de sanidad, hasta que se hayan promulgado debidamente nuevas disposiciones. No es aconsejable pedir el reembolso al Estado de la parte financiada con cargo a fondos estatales del valor de los bienes de los hospitales locales que hayan dejado de funcionar como consecuencia de la reforma (artículo 5). Este será también el procedimiento que se seguirá en caso de que los bienes de un hospital local se traspasen a otro municipio o a una agrupación municipal para su uso en el centro sanitario (artículo 6). Sin embargo, en ese caso, cuando se fije el precio de los bienes traspasados, se tendrá en cuenta la parte del valor de los bienes financiada con fondos de la asistencia del Estado para reducir el precio. Como resultado de la reforma, se cerrarán los hospitales locales, a menos que el Gobierno decida lo contrario en el caso de algún hospital determinado a recomendación de la Junta Nacional de Sanidad y previa audiencia de los respectivos municipios o de la agrupación municipal (artículo 7). Sólo se autorizará la continuación de las actividades de los grandes hospitales locales dirigidos por especialistas que, por ser asimilables a los hospitales regionales, no se necesitarán para la labor de los centros sanitarios. En cuanto a las disposiciones provisionales que podrían ser necesarias, cabría estudiar la posibilidad de alquilar un hospital local para usarlo como parte de un centro sanitario, por ejemplo, en el caso de que la actual colaboración entre los municipios no se considere permanente (artículo 7). Los locales actuales dedicados a los servicios sanitarios se utilizarán también en general con ese fin en lo futuro. Lo mismo sucederá con los bienes de un hospital cuyos gastos de instalación no hayan sido parcial o totalmente financiados con fondos del Estado (artículo 9).

En lo que se refiere al traslado de funcionarios permanentes y semipermanentes de los municipios a puestos correspondientes y al traslado de trabajadores con contratos semipermanentes a empleos correspondientes, y a otros derechos de esas personas, se han incluido en el proyecto de ley, con algunas enmiendas, las disposiciones que se aplican actualmente en algunos establecimientos hospitalarios (artículos 11 a 15). A este respecto, se tiene la intención de transferir a las enfermeras de los servicios sanitarios municipales y a las parteras municipales a los futuros puestos de enfermeras de asistencia sanitaria.

En relación con lo anterior, existe el propósito de suprimir los puestos de las enfermeras de los servicios sanitarios municipales y los de las parteras municipales y sustituirlos por puestos de enfermeras de asistencia sanitaria, a los que serán trasladados los titulares de los puestos suprimidos. En las disposiciones reglamentarias se estipulará la remuneración de las enfermeras de asistencia sanitaria que, conforme a la escala oficial de sueldos, se considere aceptable como base para la asistencia del Estado.