

Madrid, 27 de diciembre de 1960.

Señor Ministro:

Tengo la honra de acusar recibo de su nota fecha de hoy, por la cual V. E. me comunica lo siguiente:

«Tengo la honra de comunicar a V. E. que, con referencia a lo dispuesto en los artículos 8 y 45 del Acuerdo de Migración firmado en esta fecha entre los Gobiernos del Estado español y de la República de los Estados Unidos del Brasil, queda entendido que los migrantes españoles gozarán de todos los derechos y prerrogativas reconocidos a los demás extranjeros residentes en el Brasil, con excepción de los que, en virtud de Convenio especial, son atribuidos a los portugueses.

Los migrantes españoles estarán además plenamente equiparados a los brasileños y tendrán los mismos derechos y obligaciones que éstos en todo cuanto se refiera a remuneraciones, condiciones de trabajo y seguros sociales.»

Al agradecer esta comunicación, aprovecho la oportunidad, Señor Ministro, para reiterarle el testimonio de mi más alta consideración.

Fernando María Castiella,
Ministro de Asuntos Exteriores.

A Su excelencia el señor Joao Pizarro Gabizo de Coelho Lisboa, Embajador Extraordinario y Plenipotenciario del Brasil.—Madrid.

POR TANTO, habiendo visto y examinado los cincuenta y ocho artículos que integran dicho Acuerdo y dos Canjes de Notas, oída la Comisión de Tratados de las Cortes Españolas, en cumplimiento de lo prevenido en el artículo 14 de su Ley Orgánica, vengo en aprobar y ratificar cuanto en ello se dispone, como en virtud del presente lo apruebo y ratifico, prometiendo cumplirlo, observarlo y hacer que se cumpla y observe puntualmente en todas sus partes, a cuyo fin, para su mayor validación y firmeza, mando expedir este Instrumento de Ratificación firmado por Mí, debidamente sellado y refrendado por el infrascrito Ministro de Asuntos Exteriores.

Dado en Madrid, a veintiocho de junio de mil novecientos sesenta y uno.

FRANCISCO FRANCO

El Ministro de Asuntos Exteriores,
Fernando María Castiella

Las ratificaciones fueron canjeadas en Río de Janeiro el 10 de junio de 1964.

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

ORDEN de 31 de julio de 1964 por la que se declaran normas conjuntas de obligado cumplimiento en los Ejércitos de Tierra, Mar y Aire, las que se mencionan.

Excelentísimos señores:

De conformidad con la propuesta formulada por el Alto Estado Mayor, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 24 del Reglamento Provisional del Servicio de Normalización Militar, aprobado por Orden de 27 de febrero de 1927 («Boletín Oficial del Estado» número 74),

Esta Presidencia del Gobierno tiene a bien declarar normas conjuntas de obligado cumplimiento en los Ejércitos de Tierra, Mar y Aire, las comprendidas en la siguiente relación:

NM-P-316 EMA Pentaeritrita.
NM-S-317 EMA Sulfuro de antimonio para pirotecnia.
NM-E-318 EMA Esparadrapo adhesivo.
NM-C-319 EMA Concentrado de vitamina A.
NM-P-320 EMA Pasaporte (Transportes militares).

Asimismo se declaran normas «conjuntas» de obligado cumplimiento en los Ejércitos de Tierra y Mar las siguientes:

NM-O-321 EM Oleum para pólvoras y explosivos.
NM-E-322 EM Estearato de bario.

Las normas NM-E-318 EMA y NM-C-319 EMA se declaran también de obligado cumplimiento en la Dirección General de la Guardia Civil y Policía Armada y de Tráfico. La norma NM-P-320 EMA se declara asimismo de obligado cumplimiento en la Dirección General de la Guardia Civil.

Lo que comunico a VV.EE. para su conocimiento y efectos consiguientes.

Dios guarde, a VV.EE. muchos años.

Madrid, 31 de julio de 1964.

CARRERO

Excmos. Sres. General Jefe del Alto Estado Mayor y Ministros del Ejército, de Marina y del Aire.

Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 1964-1967. (Continuación.)

4.2 Medidas de política administrativa

También en el orden político-administrativo será preciso adoptar una serie de medidas para conseguir la mayor eficacia de las obras y servicios locales, tanto de los realizados directamente por estas Entidades como los llevados a cabo por el Estado y sus Organismos autónomos. Estas medidas habrán de referirse a los siguientes aspectos:

a) Evitar la superposición de organismos públicos de todas clases que actúan en el ámbito local, bien por la integración de los mismos en las Comisiones provinciales de Servicios Técnicos, o por la delegación de funciones en las Diputaciones o en los Ayuntamientos que reúnan las características convenientes.

b) Intervención de las Corporaciones, a nivel regional, provincial o propiamente local, en los programas de inversiones integrados en planes nacionales o regionales.

c) Las agrupaciones de Municipios para la creación y utilización de servicios comunes y la creación de organizaciones supramunicipales de carácter comarcal para una mejor explotación de aquéllos.

d) Liberar a las Corporaciones locales de economía débil no sólo de la creación, sino también del mantenimiento de servicios generales que por su naturaleza corresponde al Estado, así como de todas las servidumbres que actualmente se imponen como consecuencia de los mismos. También por lo que se refiere a estos servicios, en el caso de las Corporaciones de mayor capacidad económica, el Estado debe contribuir en proporción importante tanto a la creación como a su sostenimiento.

e) Incrementar la acción ya iniciada por el Ministerio de la Gobernación de equipos móviles especializados en organización y métodos, para lograr una mayor productividad de los servicios correspondientes por la simplificación, racionalización y mecanización de sus actividades.

5. PROGRAMA DE INVERSION 1964-67 Y SU FINANCIACION

El crecimiento acumulativo de las inversiones locales durante el período 1959-62, en pesetas constantes, fué del 4,25 por 100. Se da una gran correlación entre el crecimiento de las inversiones locales y el del producto nacional bruto, situación que ha conducido, sin embargo, a una insuficiencia de estas inversiones.

Para el año 1963 se estima que las inversiones locales crecerán, como mínimo, al mismo ritmo que en 1962 —que fué del 6,6 por 100—. En consecuencia, se considera que la cifra de inversiones en este año se aproximará a los 6.710 millones.

Partiendo de esta base, ha sido calculada la inversión necesaria para el período del Plan, estimando que crecerán al 9 por 100 anual acumulativo, aproximadamente, con lo que las previsiones correspondientes se han cifrado como sigue:

(En millones de pesetas)

Años	Total Programa de Inversiones
1964	7.853
1965	8.065
1966	9.280
1967	10.120

Para determinar las diferentes fuentes de financiación de las inversiones proyectadas para el período del Plan se ha partido de la distribución estimada para 1962.

Además de los recursos procedentes del crédito local y los aplicados directamente a los planes de obras de las Comisiones provinciales de Servicios Técnicos, los restantes no procedentes de impuestos, tasas y arbitrios están constituidos fundamentalmente por la contribución del Ministerio de Obras Públicas a las obras de abastecimiento de aguas y de caminos vecinales.

Restando las subvenciones estatales al total de inversiones efectuadas en 1962, resultan, como parte financiada a cargo de Corporaciones locales, las siguientes:

	Millones
Total inversiones	6.270
A deducir:	
Planes provinciales	684
Caminos (Obras Públicas)	174
Abastecimiento de aguas (Obras Públicas)	420
	1.278
Recursos propios Corporaciones locales y crédito local	4.992

Como quiera que las inversiones referidas son únicamente las de carácter «real», habría que añadir las inversiones financieras—que pueden cifrarse en 500 millones de pesetas—, por lo que, con cargo a recursos propios y crédito local, se estima se habrá financiado en 1962 un importe aproximado de 5.492 millones.

La situación financiera actual—y no son de esperar

variaciones importantes para el año 1964 y siguientes—no permite suponer que esta aportación de las Corporaciones locales pueda incrementarse de forma sensible, antes bien, pudiera ocurrir que la necesidad de hacer frente a un crecimiento más elevado de los gastos corrientes—especialmente remuneraciones—disminuyera sus posibilidades en orden a la financiación de inversiones. Por tanto, teniendo en cuenta la cifra de subvenciones estatales prevista, resulta la siguiente financiación de las inversiones programadas:

(En millones de pesetas)

Años	Total Inversiones	Fondos propios y crédito local	Subvenciones estatales
1964	7.853,46	5.800,00	2.053,46
1965	8.065,14	5.967,02	2.098,12
1966	9.280,69	6.540,70	2.739,99
1967	10.120,68	7.067,01	3.053,67

Según esta distribución, y considerando como punto de partida el año 1962, resulta que las inversiones totales de las Corporaciones locales habrán crecido al 8,4 por 100 acumulativo, incrementándose en mayor medida la parte de las mismas financiada con subvenciones estatales (14,8 por 100 acumulativo) que la soportada por los recursos propios y crédito local (crecimiento acumulativo del 5,2 por 100).

6. EFECTOS DE LAS INVERSIONES PROGRAMADAS SOBRE EL NIVEL DE EMPLEO

Se ha considerado únicamente el incremento en el número de funcionarios y obreros que prestan servicios en las Corporaciones locales con lo que el aumento en el nivel de empleo que se indica no significa la posible demanda de mano de obra que motive la realización de las inversiones, sino el derivado del funcionamiento de las mismas. Generalmente, las obras se realizan por subasta o concurso, siendo, por tanto, el adjudicatario quien aporta los elementos necesarios.

EVOLUCION DEL EMPLEO

Años	Directivo y técnico	Administrativo	Maestros y capataces	De oficio	Total
1962	14.500	21.800	1.600	98.500	136.400
1967	15.400	23.300	1.700	104.400	144.800
Nuevos puestos de trabajo	900	1.500	100	5.900	8.400

7. CONCLUSION

El establecimiento de nuevos servicios originará, sin duda, la necesidad de personal para atender a aquéllos. Sin embargo, se podrá utilizar en una gran parte los empleados que hasta la Ley de 24 de diciembre de 1962 sobre Reforma de las Haciendas municipales venían ocupándose en la gestión de los Arbitrios sobre el consumo, suprimidos por dicha Ley.

Es indudable la necesidad urgente del acondicionamiento de los núcleos rurales y urbanos, ya que la amplia difusión de los modos de vida más adelantados está generando un progresivo abandono del campo, al crear una insatisfacción en las comunidades menos avanzadas cuan-

do se ponen en contacto, directa o indirectamente, con otras más progresivas.

Si verdaderamente es deseable el abandono de tierras poco productivas y la aplicación de las fuerzas de trabajo así liberadas a procesos más rentables de la industria, esta emigración no es deseable cuando se realiza de forma indiscriminada afectando también a tierras más productivas o susceptibles de convertirse en tales, y cuando el empleo de los antiguos campesinos tiene lugar en actividades que supone una ocupación coyuntural.

Puesto que la colaboración del Estado a la financiación de estas obras y servicios locales ha de ser creciente, si se quiere que el equipo urbano y rural alcance un nivel en consonancia con el desarrollo económico nacional, precisamente en el sistema de conceder estas subvenciones, puede estar el fundamento de una política definida de reestructuración de Municipios, que tienda a consolidar aquellos cuyas perspectivas de evolución son mejores. Solamente una visión de conjunto, de acuerdo con criterios suficientemente precisos y debidamente flexibles, puede garantizar la mayor eficacia de la influencia planificadora, tan difícil de delimitar entre la indicativa y la imperativa en el caso de las Corporaciones locales, sin afectar a la competencia propia de estas Entidades.

XXVIII. SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

El bienestar social como objetivo básico del Plan de Desarrollo exige disponer de los medios precisos tanto para la conservación de la salud como para el desempeño de la función económica y social de los individuos.

Dicho bienestar no sólo ha de ser disfrutado por los miembros de la población activa, sino también por aquellas personas que no se encuentran en edad o circunstancias de aportar su esfuerzo al incremento del producto nacional y no tienen una familia que pueda atenderlos debidamente, por lo que la sociedad ha de acudir en su ayuda. Igualmente, los inadaptados sociales han de ser atendidos como miembros del colectivo nacional, cuyo bienestar general se persigue. En España, la sanidad y la asistencia social se encuentran en una fase de desarrollo relativamente avanzada. Los servicios estatales encargados de su administración en el Estado tienen ya cierta tradición y arraigo. Todo ello facilita cualquier esfuerzo que se haga en este sentido.

1 ASPECTOS ESTRUCTURALES E INSTITUCIONALES

1.1. Distribución de la población a efectos asistenciales

1.1.1. ASISTENCIA SANITARIA

En la asistencia sanitaria han de distinguirse los dos grupos principales: medicina preventiva y la medicina curativa.

La medicina preventiva corre a cargo preferentemente del Estado, aunque en tales funciones se halle asistido y cooperen con él las diferentes Corporaciones públicas, Organismos paraestatales y del Movimiento y las entidades particulares, o se realice una medicina preventiva de recursos individuales. La totalidad de la población queda, pues, bajo la normativa y vigilancia de los servicios de la Sanidad nacional.

En la asistencia curativa no ocurre lo mismo. Varios entes, más o menos coordinados, intervienen actuando sobre la población que se indica:

	Habitantes
Seguro Obligatorio de Enfermedad ...	11.800.000
Idem, Rama Agrícola	3.200.000
Beneficencia Pública y Privada	500.000
Seguro Libre de Enfermedad	11.200.000

Gran proporción de las personas pertenecientes a entidades del Seguro Libre lo son también del Obligatorio, lo que supone que una buena parte de la población no recibe asistencia sanitaria regular o la obtiene individualmente.

1.1.2. ASISTENCIA SOCIAL

El campo de acción de la Asistencia Social coincide, en parte, con los de la Seguridad Social, la Sanidad e, incluso, la Educación; en el estado actual de evolución de la Sociedad, la primera tiene carácter complementario, especialmente de la Seguridad Social, ocupándose, por tanto, de cubrir las lagunas que las demás dejan en su actuación.

En la Asistencia Social, la iniciativa privada ha tenido tradicionalmente una participación destacada, si bien la tendencia reciente es la de acentuar la intervención estatal para impulsar, orientar y suplir las deficiencias de dicha actuación (Dirección General de Beneficencia) o para tomar a su cargo la educación e incorporación de los inadaptados sociales (Ministerio de Justicia, Patronato de Protección a la Mujer y de Menores).

Debido al indicado carácter residual de la acción de la Asistencia Social, no es fácil determinar qué parte de la población total queda incluida en su ámbito. No obstante, se ha estimado que la población adscrita teóricamente a los diferentes subsectores es la siguiente:

Subsector	Edades	Sexos	Población total	Población que precisa ayuda
Infancia y juventud	Hasta 9	V. y M.	5.723.300	489.000 (1)
Infancia y juventud	De 10 a 14 ...	V. y M.	2.641.700	83.500 (2)
Infancia y juventud	De 15 a 24 ...	V.	2.317.900	23.000 (3)
Protección a la mujer	De 15 a 34 ...	M.	4.769.000	80.000
Vagos y maleantes	—	V. y M.	—	3.800 (4)
Sordomudos	—	—	—	—
Inválidos absolutos	—	V. y M.	100.000	100.000 (5)
Inválidos relativos	—	V. y M.	300.000	30.000 (6)
Ancianos	De 65 y más.	V. y M.	2.721.500	81.500 (7)

- (1) En guarderías, niños menores de seis años.
- (2) En régimen de internado. Comprende también menos de diez años.
- (3) En general, residencias en régimen abierto.
- (4) Incluidos 1.500 toxicómanos.
- (5) Internamiento o pensión suficiente.
- (6) Rfimo anual señalado por la Asociación de Inválidos, a los que habrá de añadir unos 6.000 de incremento, también anual.
- (7) El 3 por 1.000 de la población de esta edad.

1.2. El equipo sanitario y social

Una de las deficiencias fundamentales que existen para poder determinar con precisión las necesidades no cubiertas es la ausencia de censos completos y actualizados referentes a establecimientos sanitarios y de ayuda social. En lo que se refiere a los primeros, existe un único censo referido a 1949 que a las deficiencias propias de un cómputo aislado de esta clase une las de no establecer una clasificación adecuada para las necesidades de la planificación y la falta de actualidad. Por otra parte, en relación a los establecimientos de ayuda social no se dispone de censo ni de cómputo aproximado de los diferentes tipos; los datos que se manejan son, por tanto, datos parciales. Acoplando los últimos datos disponibles de procedencia diversa se llega a las siguientes estimaciones sobre la capacidad de los establecimientos sanitarios y sociales.

1.2.1. EQUIPO SANITARIO

Hospitales generales, quirúrgicos y maternidades

	Número de establecimientos	Camas
Séguo Social de Enfermedad Estado y Corporaciones locales	69	10.214
Otros entes públicos:		
Obra Sindical 18 de Julio	21	1.209
Cruz Roja	42	2.105
Entes benéficos:		
De patronato religioso	—	2.933
De patronato no religioso	52	5.000
Ministerios militares	—	17.302
Entidades privadas	—	20.000
TOTAL	184	94.878

Establecimientos sanitarios especializados

	Número de establecimientos	Camas
Sanatorios Psiquiátricos de la Dirección General de Sanidad	4	1.800
Manicomios (incluidos los de Diputaciones)	55	31.800
Asilos-hospitales de pequeños municipios	193	8.118
Idem id. de la Dirección General de Beneficencia	3	340
Sanatorios antituberculosos (PNA). Preventorios de tuberculosis (PNA). Leprosías (Dirección General de Sanidad)	56	16.279 (x)
5	5	1.831
2	2	700
3	3	250
Instituto del Cáncer (Dirección General de Sanidad)	1	150
Hospital del Rey (Dirección General de Sanidad)	1	385
Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax	1	40
Instituto Oftálmico (Dirección General de Beneficencia)	1	144
Hospitales infantiles:		
Hospital del Niño Jesús (Dirección General de Beneficencia).	1	400
Otros	10	450
TOTALES	336	62.687

(x) Incluidas cuatro colonias con 4.644 camas.

1.2.2. EQUIPO SOCIAL

	Número de establecimientos	Número de camas o plazas
A) <i>Para menores ambos sexos</i>		
Auxilio Social:		
Seminternado	66	8.718
Internado	101	11.928
Dirección General de Beneficencia:		
Seminternado	1	320
Internado	3	796
Diputaciones:		
Guarderías infantiles	13	955
Internado	57	9.545 (1)
Juntas Provinciales de Protección de Menores:		
Seminternado	77	5.761
Internado	46	5.658
Instituciones religiosas y privadas:		
Guarderías infantiles	128	8.075
Seminternado	29	3.300 (2)
Internado	260	27.000 (2)
Tribunal Tutelar de Menores:		
Seminternado	8	110
Internado	85	4.593
TOTALES:		
Seminternado	322	27.239
Internado	552	59.520
B) <i>Para mujeres</i>		
Patronato de Protección a la Mujer:		
Instituciones propias (3)	34	1.644
Instituciones auxiliares (4)....	48	2.150 (2)
TOTALES	82	3.794
C) <i>Para vagos y maleantes</i>		
Ministerio de Justicia	2	680
D) <i>Para sordomudos</i>	5	448 (5)
E) <i>Inválidos absolutos</i>		
Asilo-Hospital del Rey (Toledo)	1	50
F) <i>Para ancianos</i>		
Dirección General de Beneficencia	2	950 (6)
Corporaciones locales y Beneficencia particular	497	33.149 (7)
TOTALES	499	34.099

- (1) Datos incompletos.
(2) Cifras estimadas.
(3) Incluidas las alquiladas. Sólo una institución, con 16 plazas, es de seminternado.
(4) Excluidos los centros que acogen también a niñas del Patronato de Menores.
(5) Computadas únicamente las instituciones de las que obtuvo información el Instituto Nacional de Estadística.
(6) Residencia de Ancianos Convalecientes de «Vista Alegre» (Carabanchel), 150, y Residencia de Ancianos de Madrid, 800.
(7) Incluidas las instituciones, de las que recoge información el Instituto Nacional de Estadística.

1.3. El personal sanitario y social

1.3.1. PERSONAL SANITARIO

La evolución en el número de profesionales sanitarios colegiados ha sido, en los últimos cuatrienios, la siguiente:

	1953	1957	1961	Porcentaje acumulativo 1953-57	Porcentaje acumulativo 1957-61
Médicos	29.138	33.337	36.562	3,5	2,3
Veterinarios ..	5.829	6.709	7.293	3,6	2,1
Farmacéuticos	10.007	10.295	12.174	0,6	4,2
Odontólogos	2.463	2.672	2.824	2,1	1,3
Practicantes	20.502	21.739	21.815	1,5	0,1
Matronas	4.592	5.512	4.963	0,5	-2,6
Enfermeras	—	—	10.000 (1)	—	—

(1) Cifra aproximada.

Los puestos de trabajo existentes para personal médico en las instituciones que se indican son los siguientes:

SOE	24.220
Seguro libre	8.020
Beneficencia del Estado	1.741
Lucha antituberculosa	988
Marina civil	40
Balnearios	97
Servicios sanitarios locales	9.972
Dirección General de Sanidad	1.372
TOTAL	46.450

Más limitado es el conocimiento respecto al número de puestos de trabajo existentes en los establecimientos sanitarios para matronas, enfermeras, practicantes y ayudantes técnico-sanitarios, que se concretan a los servicios siguientes:

	Matronas	Enfermeras	Practicantes
Servicios sanitarios locales	6.440	—	6.919
Seguro Obligatorio de Enfermedad	2.284	4.758 (1)	7.654
Sanidad Nacional (2).	22	427	168
Patronato Nacional Antituberculoso (3).	1	1.389	80
TOTALES	8.747	6.574	14.821

(1) En residencias sanitarias.

(2) Datos plantillas Presupuesto del Estado.

(3) Idem id. P.N.A.

Estableciendo la comparación entre el número de médicos colegiados y el de plazas, pese a ser este último incompleto, se apreciará la simultaneidad de puestos de trabajo, ya que el número de éstos es muy superior al de médicos colegiados. Análoga conclusión se saca respecto de las matronas.

Además del señalado, existe otra clase de personal, muy numeroso y necesario, como ayudantes de laboratorio, administrativos, religiosos, sirvientes, de oficio, etc., que prestan sus servicios en los establecimientos sanitarios.

1.3.2. PERSONAL DE CENTROS SOCIALES

Contrariamente a lo que ocurre respecto al personal sanitario, en el Sector de la Asistencia Social se conoce el personal ocupado en la mayor parte de los establecimientos asistenciales públicos, pero no el número total de profesionales que existe. Este personal empleado en Centros públicos es el siguiente:

Organos y entes	Directivo	Ejecutivo	Auxiliar	Subalterno	Total
Dirección General de Beneficencia	153	79	254	264	750
Patronato Nacional Las Hurdes	—	6	5	—	11
Organización Nacional de Ciegos	40	2.958	1.033	589	4.620
Obra Nacional de Auxilio Social	830	1.390	1.822	4.675	8.717
Protección de Menores	1.280 (1)	788	228	2.715	5.011
Tribunal Tutelar de Menores	338	315	212	462	1.327
Patronato de Protección a la Mujer	6	96	264	51	417
TOTALES	2.647	5.632	3.818	8.756	20.853

(1) Incluidos los Presidentes y Vocales, de los órganos colegiados.

1.4. Gastos de sostenimiento y de inversión

La información de que se dispone sobre gastos de sostenimiento de los establecimientos sanitarios y sociales—que en algunos casos incluyen los gastos de inversión por no haberse podido discriminar éstos—sólo se refiere al sector público y a algunos entes institucionales, teniendo que utilizarse, en la mayor parte de los casos, las cifras presupuestas.

En cuanto a los gastos de capital, se conocen muy imperfectamente tanto por no discriminar la cifra de inversión como por el propio concepto de ésta, pues ocurre que gastos de inversión (como son grandes reparaciones) son considerados como de sostenimiento, y a la inversa, algunas denominadas inversiones son preplamente gastos de sostenimiento.

Sin entrar en la conceptualización económica del gasto, los datos contables correspondientes a los entes que se indican para el año 1962 presentan la siguiente distribución:

	GASTOS EN MILLONES DE PESETAS		
	Corrientes o de sostenimiento	Capital o de inversión	Total
Sanidad			
Entes institucionales:			
SOE (1)	4.690,0	231,1	4.921,1
Otros (2)	992,8	—	992,8
Ministerio de la Gobernación:			
Dirección General de Sanidad	435,6	37,5	473,1
Organismos autónomos (3)	405,8	23,6	429,4
Dirección General de Beneficencia (4).	42,3	7,0	49,3
Otros Ministerios (5).	843,3	—	843,3
Corporaciones locales (6)	788,1	—	788,1
	8.197,9	299,2	8.497,1

(1) Gastos sanitarios efectivos correspondientes a 1960.

(2) Cajas de Ahorro, Montepío del Servicio Doméstico, Montepíos Laborales y Entidades de Accidentes del Trabajo; para los tres últimos grupos, gastos sanitarios efectivos correspondientes a 1960.

(3) Liquidación provisional 1961.

(4) Gran Hospital y Hospital del Niño Jesús.

(5) Incluidos los Ministerios militares.

(6) Datos presupuestarios para 1958; en años sucesivos no se discriminan los gastos sanitarios de los sociales.

GASTOS EN MILLONES DE PESETAS

	Corrientes. o de sosteni- miento	Capital o de inversión	Total
<i>Asistencia Social</i>			
Ministerio de la Go- bernación:			
Dirección General de Beneficencia	28,6	2,0	30,6
Fondo de Protección Benéfico-Social ...	304,7	—	304,7
Fondo Nacional de Asistencia Social	630,0	—	630,0
Auxilio Social	31,8	16,5	48,3
Ministerio de Justi- cia (7)	357,3	47,2	404,5
Corporaciones loca- les (6)	2.221,5	—	2.221,5
Entes instituciona- les (8)	1.340,3	—	1.340,3
TOTALES	4.914,2	65,7	4.979,9

(7) Patronato de Protección a la Mujer, Consejo Superior y Juntas Provinciales de Protección de Menores, Tribunal Tutelar de Menores y Patronato Nacional de San Pablo.

(8) Organización Nacional de Ciegos, Regiduría de Divulgación y Asistencia Social-Sanitaria de la Sección Femenina y Caritas Española.

Además de los gastos de asistencia social indicados anteriormente, los Organismos de la Seguridad Social conceden pensiones y subsidios de vejez e invalidez, ayuda a viudas y huérfanos, premios de nupcialidad y natalidad, etc., que, en 1960, representaron la cifra de 7.691 millones de pesetas.

El total de los gastos de inversión que resulta de los datos anteriores se aproxima a los 400 millones, sin contar la parte correspondiente a Corporaciones locales que, por su destacada actuación en el campo sanitario y social —especialmente las Diputaciones—, dedican una cantidad notable a inversiones en estos Sectores, de tal forma que la aludida cifra de 400 millones de inversión pública es ampliamente rebasada. Deducidos los gastos de capital del Seguro de Enfermedad, quedan unos 200 millones como cifra anual de inversiones que pueden denominarse corrientes, en los gastos públicos de los sectores incluidos en el ámbito de esta Comisión.

La insuficiencia de esta inversión en el Sector Sanitario se muestra por el hecho de que más de la mitad de nuestros hospitales (excluidas las residencias del SOE) están construidos con anterioridad a 1930. Sus equipos son también anticuados.

En lo que se refirió a las instalaciones de Asistencia Social, pueden establecerse dos grupos: los Centros tradicionales (asilos y orfanatos) y los Centros modernos (asistencia a la infancia y juventud y a la mujer). Los primeros son, en su casi totalidad, edificios viejos, mientras que los segundos datan de 1940 en adelante, si bien se utilizan como auxiliares otros antiguos, pertenecientes principalmente a Institutos y Ordenes religiosas.

1.5. Principales problemas que afectan a los Sectores Sanitario y Social

Un problema previo que presentan tanto el Sector Sanitario como el Social es el de aplicar los medios necesarios para incrementar el rendimiento del equipo utilizado, por lo que se concede gran importancia a la institucionalización de la Asistencia Sanitaria y Social, que si bien no se acomete decididamente en este Plan, indirectamente se persigue a través de una especialización de los Organismos, entidades y particulares que intervienen en estos campos.

tamente se persigue a través de una especialización de los Organismos, entidades y particulares que intervienen en estos campos.

En el orden sanitario, dependientes de Organismos estatales, paraestatales y de la Seguridad Social, Corporaciones locales y entidades privadas, hay suficientes residencias, clínicas y hospitales quirúrgicos, pero no de los dedicados a la hospitalización médica general y al tratamiento de otras enfermedades en las que la cirugía constituye sólo un aspecto de la asistencia hospitalaria: únicamente en la asistencia a enfermos tuberculosos no se da esta circunstancia.

En cuanto a la Asistencia Social, más que de la abundancia de establecimientos ha de hablarse de excesiva multiplicación de Instituciones públicas, sin competencias claramente determinadas, que, en ocasiones, coinciden en la atención de unas mismas necesidades, e incluso de unos mismos sujetos. Ejemplo característico es la forma en que se lleva a cabo la protección a la infancia y juventud; en este campo coinciden las Diputaciones Provinciales, Obra Nacional de Auxilio Social, Consejo Superior y Juntas Provinciales de Protección de Menores, Patronato Nacional de San Pablo y Tribunales Tutelares de Menores, además de instituciones de carácter particular, Ordenes religiosas y otras organizaciones de la Iglesia. Si de la consideración de las Instituciones se pasa a la de los Centros de Asistencia Social, se aprecia una cierta falta de tecnificación, consecuencia de los reducidos medios de que dispone. Frecuentemente, estos establecimientos están atendidos por simples funcionarios o por personas de probada vocación, pero sin la formación necesaria para el caso. Junto a estos problemas ha de situarse el común ya señalado de la insuficiencia de las inversiones públicas, tan ligado a los anteriores. El envejecimiento del equipo disponible está condicionando una acción eficaz en estos sectores por parte de los Organismos públicos, en detrimento de la función directiva y orientadora que les compete.

2. OBJETIVOS DE LOS SECTORES DE SANIDAD Y AYUDA SOCIAL

2.1. La demanda de los Servicios de Sanidad y de Ayuda Social

La explicación principal del crecimiento de la producción por habitante debe buscarse en el factor humano y, particularmente, en el nivel de educación, de los conocimientos técnicos y de la salud, que son consecuencia de las llamadas inversiones sociales.

Ahora bien desde el punto de vista individual, los servicios de sanidad y ayuda social han de considerarse como bienes de consumo pese a no distribuirse a través del mecanismo del mercado y ser ínfima la parte de población que puede hacer frente con sus propios ingresos a la satisfacción de todas las necesidades que se presentan en el orden sanitario y social. Por ello no puede operarse con la elasticidad de su demanda para, en relación con el incremento de renta, hacer previsiones sobre la demanda futura.

Por tanto, la estimación de las necesidades ha de llevarse a cabo según el criterio social de atender a la realidad de su incidencia, teniendo en cuenta las experiencias propias, así como los índices extranjeros y comparaciones con otros países.

(Continuará.)