

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

2.2. Realizaciones en el sector de asistencia sanitaria

Dado que solamente un pequeño número de habitantes cubren por sus propios medios toda la gama de necesidades que supone el ciclo completo de la asistencia sanitaria y que los demás sectores de población pagan por los servicios sanitario un «precio político», que no cubre la totalidad del coste de producción, el Estado, de acuerdo con la misión que le compete ha de poder disponer de los medios necesarios para garantizar la salud pública, promoviendo, orientando e incluso gestionando los servicios, cuando las entidades públicas menores y las privadas, o los propios individuos, no lo garanticen suficientemente. Así, en la lucha contra el cáncer, la higiene mental y la rehabilitación de inválidos, es el Estado quien asume el papel principal, ya que las técnicas aplicadas resultan excesivamente onerosas para los entes locales y las economías familiares.

a) ACCIÓN PREVENTIVA

La situación epidemiológica española no resulta favorable comparada con la de otros países europeos. La mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas se elevó al 47,5 por 100.000 habitantes en 1957, proporción sólo superada por Finlandia y Portugal. Francia tenía el 37,7; Austria, el 34,4; Bélgica, el 28,5; Alemania Occidental, el 25,3, e Inglaterra, el 17,2. Por tanto, es preciso intensificar los medios preventivos o luchas sanitarias, principalmente a cargo de la Dirección General de Sanidad.

No obstante dedicarse en esta primera etapa una atención muy limitada al incremento de los medios directos de acción en el campo de la medicina preventiva (propaganda y educación sanitaria, acción contra zoonosis transmisibles, vacunaciones, etc.), se considera que, indirectamente, habrán de contribuir a una mejora de la situación epidemiológica las realizaciones relativas a equipos móviles de higiene infantil, centros de higiene rural y, sobre todo, los mayores medios puestos a disposición de las divulgadoras sanitarias de la Sección Femenina, que cumplen una misión especial como auxiliares del médico en el medio rural estricto.

También, por otra parte, se ha previsto una intensificación de la acción de saneamiento, con el fin de lograr las adecuadas condiciones ambientales y de salubridad, evitando así ciertas enfermedades infecto-contagiosas que tienen su causa principal en las condiciones higiénicas del medio rural. Dicha acción de saneamiento comprende la realización de obras y servicios de abastecimiento de agua potable, depuración y aprovechamiento de aguas residuales, destrucción y tratamiento técnico-sanitario de basuras y residuos, etc.

b) ASISTENCIA HOSPITALARIA

No se ha considerado entre las necesidades a cubrir las correspondientes a la asistencia en hospitales generales, quirúrgicos y maternidades, en espera de que los instrumentos creados por la Ley de Coordinación Hospitalaria de 21 de julio de 1962 empiecen a rendir sus frutos.

Se estima que en España existen 3,1 camas por cada 1.000 habitantes, frente a 5,2 en Francia y 7,5 en Gran Bretaña. Esta situación desventajosa se refiere principalmente a hospitales médicos, y a que en España predomi-

nan los quirúrgicos. Se considera como necesidad urgente y definida la ampliación de los servicios del Gran Hospital para poner a pleno rendimiento sus 1.200 camas, y la aplicación de la Ley de Coordinación Hospitalaria.

c) HIGIENE INFANTIL

La evolución sufrida por la mortalidad infantil en España, referida a niños menores de un año, ha experimentado un descenso desde las 188 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en 1941 a 38 en 1961, si bien ha de tenerse en cuenta que en este último la curva de mortalidad presentó tendencia ascendente. Esta tasa de mortalidad es sensiblemente igual a la de otros países europeos, pero se ha de hacer constar que la no inclusión en dicha cifra de los fallecimientos ocurridos en el primer día después del nacimiento, así como la elevada mortalidad en el grupo de uno a cuatro años, obligan a intensificar la actuación sanitaria en este campo, máxime considerando la reducción del índice de natalidad.

En una doble dirección ha de actuarse en este sentido, llevar los medios para intensificar la higiene infantil a las zonas más necesitadas (núcleos y suburbios de grandes poblaciones) y crear servicios hospitalarios especializados, hoy escasos.

d) LUCHA ANTICANCEROSA

La mortalidad producida por tumores malignos representó el 12,2 por 100 del total de las defunciones ocurridas en el año 1959, siendo superada esta proporción únicamente por la correspondiente al conjunto de las enfermedades cardiovasculares. El número de fallecidos por cáncer en el decenio 1950-1959 ha pasado de 20.919 a 32.190.

Tan elevadas cifras de mortalidad hacen pensar en una considerable morbilidad no estimada aún. Para luchar contra ellas se dispone solamente, además de otros servicios dispersos, de un centro especializado radicado en Madrid, con 150 camas—el Instituto Nacional del Cáncer—, algunas salas especializadas en los hospitales universitarios y en los de las Diputaciones Provinciales y una Residencia del S. O. E. especializada en técnicas radiológicas, generalmente con instalaciones insuficientes y personal escaso en número y especialización.

e) HIGIENE MENTAL

Se desconoce la cifra de enfermos mentales existentes. El Comité de Expertos de la O. M. S. ha admitido en 1953 que el número de enfermos mentales necesitados de tratamiento en una sociedad occidental es del orden de 3 por cada 1.000 habitantes, por lo que en España el número teórico de esta clase de enfermos sería de 90.000 personas.

El Instituto Nacional de Estadística recoge la cifra de 25.375 enfermos mentales tratados durante 1961 en los establecimientos que enviaron datos al mismo y que disponen de 32.245 camas. Estos establecimientos son en su casi totalidad del sector público, por lo que habría que añadir las camas disponibles en establecimientos privados, de las que por el momento no se dispone de datos, y las que, por lo demás, resultan poco asequibles para enfermos de familias económicamente débiles dado lo elevado de su coste.

A la vista de lo expuesto, resulta clara la existencia de un considerable déficit asistencial en este sector.

Ha de considerarse, además, que la hospitalización en estas enfermedades es solamente una fase del tratamiento, el cual ha de ser unas veces preparado y otras continuado en régimen de externado.

f) HIGIENE RURAL

La dispersión de los núcleos de población en España (casi el 30 por 100 de la población vive en municipios con población inferior a los 5.000 habitantes) ha sido el principal factor determinante de que, hasta el presente, la localización de establecimientos sanitarios no haya sido favorable al medio rural, puesto que solamente se han intentado resolver las necesidades del campo con instalaciones y servicios situados en los centros primarios y secundarios de higiene rural, Ambulatorios del S. O. E. y hospitales municipales, insuficientes en conjunto para la protección de todo el colectivo rural. Existen 98 centros secundarios de higiene rural y 1.565 centros primarios; el número de ambulatorios del S. O. E. se eleva a 323 y el de asilos hospitales de pequeños municipios a 193.

Sin higiene rural no puede haber higiene nacional. La medicina preventiva tiene en el ámbito rural uno de los principales campos de acción, estando plenamente justificada la necesidad de incrementar las inversiones para modernizar o dotar convenientemente los centros primarios y secundarios existentes, así como para aumentar su número, localizándose adecuadamente, por cuanto su misión no es sólo de acción sanitaria y preventiva y de descubrimiento de enfermos, sino también de pequeña cirugía de urgencia. Es oportuno tener en cuenta que en la zona rural se producen gran parte de los accidentes de todas clases (tráfico, de trabajo, etc.). A fin de realizar una acción sanitaria coordinada en el ámbito rural parece conveniente aumentar el número de estos centros secundarios de carácter comarcal que extienden su radio de acción a unos 30.000 habitantes.

g) REHABILITACIÓN DE INVÁLIDOS

La debida asistencia de los inválidos requiere tres clases de medidas: acción pública sistemática en relación con todos los aspectos que la conciernen (médico, educacional, vocacional, laboral y social), incremento de las cantidades destinadas por el Estado al sostenimiento de las instituciones y centros dedicados a esta actividad, y montaje de un sistema de subvenciones, créditos y exenciones fiscales que actúe de estímulo a la promoción de establecimientos privados. En lo que se refiere a la asistencia sanitaria ha de tenerse en cuenta que se calcula que precisan de rehabilitación unos 300.000 inválidos, considerándose conveniente su tratamiento a un ritmo de 30.000 anuales, más unos 6.000 nuevos de incremento anual. Varias instituciones y entidades se ocupan de esta tarea —si bien no con la extensión e intensidad necesarias—, pero se echa de menos la acción eficaz del organismo estatal encargado de la promoción, control y programación de los establecimientos necesarios, pues el Patronato Nacional de Recuperación y Rehabilitación de Inválidos, falto de medios, no ha podido llevar a cabo ni esta misión ni la de coordinación de los distintos sectores y organismos públicos.

h) ENFERMEDADES DEL TÓRAX

Este grupo de enfermedades ostenta el mayor índice de mortalidad del país. Sin embargo, conviene hacer una distinción entre las tuberculosis pulmonares y las enfermedades cardiovasculares, ya que mientras en aquéllas la mortalidad ha venido descendiendo desde el 14,7 por 100 en el quinquenio 1901-1905 hasta el 3 por 100 en 1959, en las enfermedades cardiovasculares representa en este mismo año el 27,7 por 100.

Esta diferencia en la evolución de los dos grupos significaría la necesidad de centrar exclusivamente la atención en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, si no fuera porque nuestras cifras de morbilidad y mortalidad tuberculosa son aún extremadamente elevadas en comparación con otros países europeos, la tuberculosis es mucho más estable que las enfermedades cardiovasculares, consideradas como un todo y, finalmente, porque en la lucha antituberculosa es posible obtener un mayor rendimiento con el equipo actualmente existente.

Para intensificar la lucha antituberculosa es necesario extender la asistencia médica organizada en régimen ambulatorio, ampliar los reconocimientos periódicos y las encuestas en el foco familiar y en los restantes focos de contacto; incrementar los recursos para el pago de las estancias sanatoriales y la acción quirúrgica cuya insuficiencia hace que se alargue el período de curación, etc.; todo ello unido al empleo de métodos preventivos.

Por el contrario, en el caso de otras enfermedades del tórax (cardiopatías, bronquitis, etc.), la tendencia al aumento de la mortalidad y morbilidad no puede ser adecuadamente combatida por incluir enfermedades de difícil prevención y ser muy escasos los elementos suficientemente organizados de la Administración sanitaria estatal, territorial o institucional para hacer frente a esta tendencia, precisándose un aumento general del equipo.

La intensificación de los medios de curación aplicables a enfermos tuberculosos hace prever un exceso de capacidad en los establecimientos sanatoriales dedicados a éstos y, por tanto, en la intensificación de la lucha contra las demás enfermedades del tórax podrían utilizarse algunos de estos centros cuya situación fuera adecuada.

i) PERSONAL SANITARIO

La comparación de las proporciones de incremento de personal sanitario para los cuatrienios 1953-57 y 1957-61 muestran una tendencia decreciente en el número de profesionales colegiados, quizá debida a las dificultades de colocación existentes, ya que en las profesiones sanitarias se ha producido una saturación, especialmente en capitales de provincia. El 55,5 por 100 de los médicos residen en estos núcleos, mientras que sólo habita en ellas el 30,7 por 100 de la población.

Existe en España una proporción de 845 habitantes por médico; según el «Informe sobre la situación social en el mundo» de las Naciones Unidas (Nueva York, 1961), esta relación corresponde al grupo de países con renta *per capita* superior a los 1.000 dólares.

Como la tasa de crecimiento de estos profesionales en España es superior a la de población, quiere decirse que, en general, las necesidades de personal sanitario han de quedar atendidas, si bien se precisa promover la especialización que corresponde a los nuevos establecimientos que se crean y la de algunos de los centros y servicios existentes.

2.3. Realizaciones en el sector de asistencia social

Mientras en el caso de los servicios sanitarios existe una diferencia en la demanda según la capacidad económica de los sujetos, las personas necesitadas de ayuda social constituyen un sector más homogéneo, situado en un nivel inferior al de los económicamente débiles. Si bien la insuficiencia económica es uno de los motivos principales de la ayuda social, también ésta es debida a otras circunstancias, constituyendo el Plan de Desarrollo

una ocasión para intensificar dicha ayuda, ya que puede ser medio eficaz de incorporar individuos al mundo del trabajo.

a) INFANCIA Y JUVENTUD

La acción de asistencia social a la infancia y juventud no trata de proteger solamente a los huérfanos y expósitos, acogiéndolos en establecimientos adecuados, sino a todo niño o joven que por su situación propia o familiar no pueda satisfacer sus necesidades fundamentales.

Un elevado porcentaje de los niños y jóvenes precisan en una u otra forma, prestaciones de asistencia social, ya sea como ayuda domiciliaria o con acogimiento en establecimientos adecuados, ya a través de los servicios sociales de adaptación a la comunidad.

El Plan de Desarrollo ha de dedicar especial atención a los niños menores de seis años (edad pre-escolar), que han de ser cuidados en las guarderías infantiles durante la jornada de trabajo de la madre. Se calcula en unos 450.000 niños los que requieren esta asistencia, y para ello las disponibilidades no llegan a las 20.000 plazas. La diferencia entre las necesidades y disponibilidades es tan grande que cualquier error en uno u otro concepto no hace variar esencialmente el planteamiento.

Las necesidades de internados para los niños menores de catorce años no parecen, en general, cuantitativamente muy acuciantes. Unas 75.000 plazas son las disponibles frente a unas necesidades cifradas en 83.000. Esta situación sería satisfactoria si no fuera por la insuficiente dotación de la mayoría de estas plazas.

En su consecuencia, la necesidad más apremiante en este sector es la modernización y especialización de los centros existentes. Merece especial consideración la infancia inadaptada y subnormal, para la que sería preciso crear establecimientos expresamente dedicados a estos niños, hoy mezclados en muchos casos con los normales, o insuficientemente atendidos. De los menores bajo la jurisdicción de los Tribunales Tutelares, 10.469 están internados y 17.000 sometidos únicamente a la tutela y protección de los mismos que son posibles usuarios de establecimientos especiales.

Quedan, además, los jóvenes a partir de los catorce años, en que empieza la edad laboral, para los que la necesidad se concreta en la disposición de residencias donde coman y duerman y donde se complete y vigile su educación, contribuyendo los interesados a su sostenimiento en proporción a la remuneración obtenida. Sin embargo, la carencia de este tipo de establecimientos es casi absoluta.

b) VAGOS Y MALEANTES

La existencia de un adecuado aparato normativo, policial y jurisdiccional para actuar en este sector, no se corresponde con la necesaria organización asistencial, de la que prácticamente se carece. Sólo se dispone de dos establecimientos especializados para el internamiento de los sometidos a medidas de seguridad, el de Nancrales de Oca, cuya capacidad es de 600 plazas, y el de Tefia, en la isla de Fuerteventura, con 80 plazas.

Faltan establecimientos para el cumplimiento de tales medidas para jóvenes comprendidos entre los dieciséis y veintiún años. Igualmente, no se dispone de hospitales especializados para el tratamiento de alcohólicos y toxicómanos, así como tampoco de centros de observación y clasificación, de asistentes sociales y de psicólogos.

c) ASISTENCIA SOCIAL A LA MUJER

Al igual que ocurre con otros sectores, se carece en este de un censo de mujeres necesitadas de prestaciones de ayuda social, así como de una relación de las que debieron ser atendidas por necesitarlo y no lo fueron efectivamente por carencia de medios en las instituciones a que acudieron. Puede cifrarse en 80.000 (aproximadamente el 3 por 100 de la población femenina comprendida entre quince y treinta y cuatro años) el número de mujeres que necesitan protección.

Para hacer frente a estas necesidades sólo se dispone de unas 3.800 plazas, además de las pocas que podrían habilitarse en otros establecimientos de internado.

La cuestión se radicaliza si se piensa que los establecimientos existentes, tanto en el sector público como en el privado, no cubren, ni siquiera por regiones, un ciclo completo de asistencia social a la mujer en la forma que se hace en algunos otros países.

d) INVÁLIDOS

Se estima que hay en España cerca de 100.000 inválidos irre recuperables sobre los 300.000 de posible recuperación; únicamente por accidentes de trabajo existen 3.800 entre inválidos absolutos y grandes inválidos.

La protección social de estos inválidos solamente es posible a través de dos soluciones: ayuda domiciliaria, fundamentalmente por medio de un régimen de pensiones periódicas, prestaciones médico-farmacéuticas gratuitas y acogimiento en establecimientos adecuados de carácter público o privado si no disponen de hogar propio o ajeno con personas que puedan y quieran responsabilizarse de su cuidado.

Hasta fecha reciente este grupo de necesitados no había recibido más prestaciones que las propias de la caridad individual o de la Iglesia y el acogimiento, en casos siempre muy limitados, en asilos; actualmente el Estado ha comenzado a aplicar un régimen de pensiones con cargo al F. O. N. A. S. para todos aquellos enfermos incurables o inválidos que no perciben ingresos económicos.

e) ANCIANIDAD

La cifra de ancianos (personas mayores de setenta años) necesitados de asistencia ha sido calculada entre 140.000 y 150.000, y las necesidades de plazas en establecimientos de asilo se ha estimado en 81.500.

Frente a dichas necesidades, la información que se posee sobre número de plazas disponibles señala el número de 34.100, que no cubren, por tanto, ni la mitad de aquéllas, a lo que debe unirse las deficiencias de muchas instalaciones.

Las necesidades de alojamiento para ancianos deben considerarse de acuerdo con unas líneas de política general, para lo que se aboga por la creación de una Obra Nacional de Auxilio a la Ancianidad que se responsabilice de organizar la asistencia social, al menos por lo que al sector público se refiere, de un modo permanente y ordenado.

f) INVESTIGACIÓN SOCIAL

Ha sido programada la realización de trabajos de prospección neurológica que ha de servir no sólo de instrumento de investigación médica, sino también social.

En el campo puramente social, serían necesarias otras investigaciones sobre la calidad y cantidad de los centros existentes, nuevas creaciones, modalidades de los estable-

cimientos, coordinación y campos de actuación de centros privados, etc. También estas investigaciones deberían extenderse al aspecto sanitario y a la preparación de programas de investigación sanitaria en otras etapas, a la vista de la experiencia recogida en esta primera, que requieren medios específicos.

g) OTRAS NECESIDADES URGENTES

Se ha puesto de manifiesto la existencia de otras necesidades urgentes en el sector de la asistencia social, pero que, dada la limitación de los recursos disponibles, no ha sido posible incluir en el Programa de Inversiones o sólo hacerlo de forma limitada, si bien es posible que a lo largo de la ejecución del mismo puedan aplicarse a aquellas parte de los fondos generales adscritos al Plan o sobrantes por el retraso en la realización de otras actividades. Dichas necesidades se refieren a la disponibilidad del personal adecuado y al desarrollo comunitario.

Existe un personal, el de los asistentes sociales, de cuya actuación depende en gran parte la eficacia de los establecimientos de esta índole. Este personal se dedica por cuenta de una institución o establecimiento de carácter benéfico-asistencial o sanitario a intentar resolver las dificultades económicas, sociales o espirituales que tienen las personas que se encuentran en situación de necesidad. Su función se centra en actuaciones de información, orientación de personas, promoción de servicios asistenciales y realización de prestación de bienes a través de los mismos.

Se considera preciso que 500 nuevos asistentes sociales pasen al servicio de entidades públicas, sociales y sanitarias en el período 1964-67.

También se considera muy importante llevar a cabo un completo programa de *desarrollo comunitario* para conseguir la integración consciente, activa y solidaria del individuo y de los grupos sociales en su comunidad más inmediata, siendo el llamado centro social la organización más caracterizada o útil para ello. El programa incluye un reducido número de estos centros, a construir por las propias comunidades, con subvenciones o anticpos.

Una actividad en favor del desarrollo comunitario, por medio de ciertos servicios sociales, se realiza ya en España a través de diversas entidades u organismos públicos y privados: Servicio de Extensión Agraria, Instituto de Colonización, Comisaría de Extensión Cultural, Organismos del Movimiento y de Sindicatos, centros y escuelas parroquiales, Cáritas, etc. La mayoría de estos servicios son de reciente creación y casi todos en proceso de adaptación y perfeccionamiento. No constituyen, sin embargo, aspectos de un programa de desarrollo comunitario, sino actividades aisladas y no sistemáticas que tienden a él.

3. FACTORES DINAMICOS DE LOS SECTORES SANITARIO Y SOCIAL

3.1. Participación del sector público y del sector privado

Como las necesidades propuestas son mínimas e imprescindibles para cualquier actuación racional en este campo, el Estado (Dirección General de Sanidad) debe garantizar que estén atendidos los servicios que comporta.

Sin embargo, no se ha excluido la posibilidad de una participación de la actividad privada, la que trata de fomentarse mediante un sistema de estímulos a través

de exenciones tributarias y subvenciones, aunque se supone que el tiempo necesario para lograr resultados positivos como consecuencia de estas medidas (promulgación de la legislación aplicable, solicitud de los interesados, concesión de los beneficios, iniciación de las obras, etc.), impedirá que las construcciones privadas representen una aportación sensible en el período 1964-67.

En cambio, en el sector social se prevé una mayor participación de la iniciativa privada.

Las inversiones públicas en equipo social serán recomendadas a la Dirección General de Beneficencias y Obras Sociales, Auxilio Social y a los órganos del Ministerio de Justicia: Patronatos de Protección de Menores y de la Mujer y Jurisdicción de Vagos y Maleantes.

3.2. Estímulos a la iniciativa privada

Se prevé un sistema de estímulos para fomentar la creación de establecimientos sociales y sanitarios por entidades privadas en aquellos subsectores donde el déficit asistencial es mayor. Estos beneficios podrían hacerse también extensivos a entidades públicas como las Corporaciones locales.

Los estímulos que se consideran convenientes establecer son los siguientes:

a) Concesión del título de institución, establecimiento benéfico-asistencial o sanitario de interés social, cuando se dedique a actividades cuya prioridad se haya determinado en los objetivos del Plan.

b) Desgravaciones fiscales análogas a las otorgadas para la construcción de viviendas de renta limitada y subvencionada.

c) Concesión de subvenciones para la construcción del edificio y para la adquisición del material costoso especializado, y préstamos en condiciones favorables, teniendo en cuenta las necesidades no cubiertas y la potencialidad económica de las instituciones que tradicionalmente vienen actuando en cada uno de los subsectores.

En el caso de establecimientos de ayuda social, el sistema de estímulos podría simultanearse con la realización por el Estado de la construcción e instalación de los establecimientos, que cedería después por plazos fijos renovables, para su uso, a personas o instituciones acreditadas en la materia y a cuyo cargo correría el mantenimiento—asistencia a beneficiarios y administración—y la conservación adecuada. Para los subsectores de ayuda social más necesitados de apoyo, el Estado podrá además comprometerse a sufragar a las entidades privadas el coste de un número determinado de plazas o estancias, según tarifas oficialmente establecidas, incluida la parte correspondiente a los mantenidos por la Beneficencia estatal, provincial o municipal, en proporciones que variarían entre el 20 por 100 y el 50 por 100.

Para los establecimientos sanitarios, el Estado exigirá un nivel técnico mínimo, alcanzado el cual la Administración pública garantizaría el mantenimiento de un 30 por 100 de las camas.

3.3. Reestructuración de los sectores sanitario y social

Examinados anteriormente los principales problemas estructurales de estos sectores y cuya solución tendría una gran repercusión en el aumento de la productividad, tanto del equipo existente como del que se cree, se ha de insistir sobre las actuaciones más urgentes: la especialización de instituciones y establecimientos y la adecuada distribución de funciones.

Las nuevas inversiones programadas, aunque no van directamente dirigidas a una reestructuración de estos sectores, sí tienen muy en cuenta tal objetivo. Así se proponen, además de la creación de nuevos establecimientos, otras inversiones adicionales para la reforma, modernización, especialización y transformación de los existentes (sanatorios antituberculosos, centros secundarios de higiene rural y establecimientos de Auxilio Social, de la Dirección General de Beneficencia y de los Tribunales de Menores, etc.).

Algunos cambios en el procedimiento de creación de nuevos establecimientos son necesarios para aumentar su eficacia. Así, en el aspecto arquitectónico, habrá que buscar el tipo óptimo de edificación según su finalidad, y en el económico, las dimensiones que resulten más adecuadas (*). También es importante la normalización del equipo mobiliario y técnico.

En el procedimiento de financiación ha de tenderse a simplificar el número de trámites. Aun cuando hayan de utilizarse diversas fuentes, será necesario que todas se canalicen a través del órgano que haya de decidir si los proyectos se ajustan a las condiciones exigidas, de manera que se formalice un solo expediente.

4. EL PROGRAMA PARA 1964-67

Determinados los subsectores de mayor déficit, las necesidades urgentes a cubrir en forma inmediata, por orden de preferencia, son las que se indican a continuación:

NUEVOS ESTABLECIMIENTOS Y EQUIPO SANITARIO Y SOCIAL A CREAR DURANTE EL PRIMER PLAN DE DESARROLLO

EQUIPO SANITARIO

Gran Hospital de la Beneficencia	(1)
Hospital del Niño Jesús	(1)
Equipos Sociales de Higiene Infantil	48
Centros Maternales de Urgencia	100
Servicios Hospitalarios Infantiles	11
Servicio de Oncología de Madrid	1
Servicios de Oncología Provinciales	10
Dispensarios de Higiene Mental	20
Centros Secundarios Higiene Rural	100
Centros de Rehabilitación y Recuperación de Inválidos	4
Sanatorio de Enfermedades del Tórax	1
Dispensario de Enfermedades del Tórax	1
Consultas Comarcales de Enfermedades del Tórax	4
Centros Sanitarios varios	(2)

EQUIPO SOCIAL

Casas de Observación y Clasificación	10
Establecimientos Subnormales	4
Guarderías Infantiles	250
Instituto de Reeducción Social	2
Hospitales de Alcohólicos y Toxicómanos	1
Hogares de Mujeres Jóvenes	10
Centros de Reeducción de Mujeres Jóvenes	1 (3)
Maternidades para solteras	4
Establecimientos de inválidos	5
Hogares para ancianos	25
Residencias regionales para ancianos	10
Centros sociales	100
Remolques-vivienda	40
Remolques-clínica	40
Centros sociales varios	(2)

(*) Según la Comisión Especial para los Hospitales de Madrid, las reducidas dimensiones de estos hospitales (menos de 200 camas) son causa de que el coste de la estancia resulte elevado.

- (1) Ampliación de instalaciones pero no de capacidad.
- (2) Centros sin especificar programados por la Comisión de Obras y Servicios de las Corporaciones locales.
- (3) Terminación del edificio e instalación.

Con independencia de la creación de nuevos establecimientos y equipo de carácter sanitario y social, se considera la reforma, modernización y especialización de centros secundarios de higiene rural, de establecimientos de Auxilio Social, orfanatos de la Dirección General de Beneficencia y centros del Tribunal Tutelar de Menores.

(Continuará.)

MINISTERIO DE HACIENDA

ORDEN de 28 de julio de 1964 por la que se atribuyen determinadas funciones al Cuerpo Administrativo de Aduanas.

Ilustrísimo señor:

El Decreto 154/1964 de 23 de enero, por el que se reorganizaron los servicios de la Dirección General de Aduanas, concedió facultades al Ministerio de Hacienda para que, de acuerdo con las necesidades del servicio y el carácter de los puestos a cubrir, determinase el Cuerpo, dentro de los que dependen de la Dirección General de Aduanas, a que habrían de pertenecer los funcionarios que debiesen desempeñarlos.

Por diversas causas, en la actualidad la utilización de personal, en lo que se refiere a los Cuerpos técnico y administrativo de Aduanas, en parte no responde plenamente a las normas señaladas por la Ley de Procedimiento administrativo, y, a este fin, se están realizando los estudios correspondientes para llegar, en el futuro, a una armónica distribución en función de las tareas a desarrollar.

Es evidente que al fin propuesto no puede llegarse sino paulatinamente, debido, en primer lugar, a que las plantillas de ambos Cuerpos no guardan aún la debida correlatividad, aspecto a cuya corrección atendió la Ley de 23 de diciembre de 1961, y, por otra parte, a que no cabe desconocer los problemas funcionales y humanos a que daría lugar una súbita e indiscriminada redistribución de funcionarios.

En cualquier caso, en el estado actual de los estudios a que antes se hace referencia, parece llegado el momento de poner en práctica las primeras medidas tendentes al fin propuesto. Una de ellas debe consistir en favorecer el empleo más amplio de los componentes del Cuerpo administrativo de Aduanas en los Servicios de Viajeros. Otra de esas medidas determinará la atribución a los miembros del expresado Cuerpo —con el carácter de Delegados de la Administración Principal de la provincia respectiva— del desempeño de Aduanas Subalternas, cuya naturaleza real del tráfico no precise que sean servidas permanentemente por funcionarios de alto nivel de especialización técnica. En este punto, es aconsejable designar un cierto número de esas Aduanas subalternas, sin perjuicio de completarlo a medida que lo consientan las necesidades del servicio y las disponibilidades de personal.

De acuerdo con cuanto precede, este Ministerio, en uso de las facultades que le concede el artículo 7.º del Decreto 154/1964 de 23 de enero y a propuesta de la Dirección General de Aduanas, ha tenido a bien disponer:

Primero. Los funcionarios del Cuerpo administrativo de Aduanas podrán ser designados por los respectivos Administradores para desempeñar funciones en los Servicios de Viajeros, con facultades de efectuar liquidaciones de derechos de importación de mercancías no constitutivas de expedición comercial y de poner en práctica por sí mismos o por intermedio del Resguardo las instrucciones que sobre la forma de ejercer el servicio reciban de sus Jefes inmediatos.

Segundo. 1. Las Aduanas Subalternas y las Delegaciones de Aduanas, todas ellas terrestres, de las fronteras hispano-francesa e hispano-portuguesa, excepto la Delegación de Behobia y las Aduanas de Valcarlos, Lés, Puigcerdá, La Junquera, La Guardia-Camposancos, Tuy, La Fregeneda y Rosal de la Frontera podrán ser desempeñadas, con el carácter de Delegados de la respectiva Administración principal, por funcionarios del citado Cuerpo administrativo.

2. Dentro del grado de habilitación de dichas Aduanas Subalternas los correspondientes Delegados poseerán las siguientes especificas: