

# I. Disposiciones generales

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

*ORDEN de 8 de mayo de 1964 por la que se establecen las primas o cuotas mínimas que las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria han de percibir de sus afiliados.*

Ilustrísimo señor:

Las primas o cuotas que las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria han de percibir de sus afiliados tienen que guardar en su importe una perfecta relación con el coste de las prestaciones contratadas o cubiertas por las mencionadas primas, pues en caso contrario no cubriendo suficientemente dicho coste, se originaría, inevitablemente, deficiencias en la cantidad o en la calidad de las repetidas prestaciones. Ello ha sido reconocido así, tanto en el Decreto fundacional de la Comisaría de Asistencia Médico Farmacéutica de 12 de enero de 1926, como en los distintos Reglamentos que han venido rigiendo dicho Organismo (12 de abril de 1941 y 7 de mayo de 1957), en los cuales se señala la facultad y la obligación para la Comisaría de señalar las primas mínimas de obligatoria aplicación. Este precepto es recogido igualmente en la Orden de la Presidencia del Gobierno de 20 de marzo de 1959.

Por otra parte, el profundo cambio que en su estructura han sufrido las Compañías de Seguros de Asistencia Sanitaria, como consecuencia de la promulgación de la Ley Ordenadora del Seguro privado de 16 de diciembre de 1954, sometiendo todos sus cálculos a la técnica actuarial, ha hecho evidente la impropiedad de contratar pólizas con prima familiar fija e independiente del número de beneficiarios. Por ello, la Comisaría de Asistencia Médico Farmacéutica, al hacer los estudios para calcular el coste actual de las prestaciones, muy superior al que sirvió de base para calcular las primas señaladas en la Orden ministerial de 17 de junio de 1958, tuvo en cuenta esta dificultad y acordó señalar una prima individual para aplicar a las pólizas familiares, quienes abonarán, en concepto de prima o cuota, no una cantidad fija, sino otra en función del número de beneficiarios de la misma.

Al hacer los cálculos precisos la Comisaría, a través de una Ponencia en que estuvieron representados todos los elementos particulares y oficiales que intervienen en esta modalidad de seguro, tuvo en cuenta, además de la razón antes expuesta, el fuerte aumento que han sufrido no solamente el coste de los elementos materiales que intervienen en las prestaciones sanitarias, sino la elevación de retribuciones legalmente fijadas para el personal facultativo y administrativo de los sanatorios o clínicas, llegando a fijar las primas mínimas que aparecen en esta Orden.

Por todo ello, este Ministerio, a propuesta de la Dirección General de Sanidad, y previo informe favorable de las Direcciones Generales de Seguros y de Previsión, ha acordado lo siguiente:

1.º En todas las nuevas pólizas y contratos que se suscriban por las entidades sometidas a la inspección de la Comisaría de Asistencia Médico Farmacéutica (Compañías de Seguros, Mutualidades, etc.), a partir del día 1 del mes siguiente al de la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» de la presente disposición, se aplicarán las siguientes tarifas de primas o cuotas mínimas, según la modalidad de prestaciones contratadas, y siempre que corra íntegramente a cargo de la entidad el coste de dichas prestaciones.

I.—*Servicios completos*, que comprenden la totalidad de las especialidades médico-quirúrgicas señaladas como obligatorias por la Comisaría de Asistencia Médico Farmacéutica, incluyendo asimismo la asistencia por médico de cabecera, practicante, matrona y hospitalización quirúrgica:

- Póliza con un solo beneficiario, 756 pesetas anuales.
- Póliza con dos o tres beneficiarios, 1.380 pesetas anuales.
- Póliza con cuatro beneficiarios, 1.728 pesetas anuales.
- Póliza que exceda de cuatro beneficiarios, por cada uno más, un suplemento de 348 pesetas anuales.

II.—*Servicios limitados*, que son los mismos del apartado anterior, sin Médico de cabecera:

- Póliza con un solo beneficiario, 576 pesetas anuales.
- Póliza con dos o tres beneficiarios, 1.032 pesetas anuales.
- Póliza con cuatro beneficiarias, 1.272 pesetas anuales.
- Póliza que exceda de cuatro beneficiarios, por cada uno más, un suplemento de 240 pesetas anuales.

III.—*Servicios restringidos*, que son los señalados en el apartado anterior excluyendo además servicios de Practicante, Matrona y toda clase de prestaciones a domicilio.

Se aplicarán las primas del apartado anterior con una disminución de un 20 por 100.

IV.—*Servicios por libre elección de facultativos*, que son los prestados por entidades que carecen de Cuadro Facultativo propio y que ofrecen a sus afiliados la libre elección de Facultativos, y a éstos, el pago de honorarios por acto profesional.

Se puede establecer esta modalidad en cualquiera de las tres combinaciones de servicios señalados en los apartados anteriores, aplicándose un aumento del 20 por 100 sobre las primas señaladas en el correspondiente apartado.

2.º En el caso de que la póliza no garantice la cobertura de la totalidad de los honorarios facultativos, sino que el asegurado ha de contribuir al pago de los mismos, mediante el abono de un ticket en todas y cada una de las asistencias facultativas (visita, consulta, operación, etc.), las tarifas de primas a aplicar serán las siguientes:

I.—*Servicios completos*:

- Póliza con un solo beneficiario, 600 pesetas anuales.
- Póliza con dos o tres beneficiarios, 996 pesetas anuales.
- Póliza con cuatro beneficiarios, 1.224 pesetas anuales.
- Póliza que exceda de cuatro beneficiarios, por cada uno más, un suplemento de 228 pesetas anuales.

II.—*Servicios limitados*:

- Póliza con un solo beneficiario, 468 pesetas anuales.
- Póliza con dos o tres beneficiarios, 804 pesetas anuales.
- Póliza con cuatro beneficiarios, 972 pesetas anuales.
- Póliza que exceda de cuatro beneficiarios, por cada uno más, un suplemento de 168 pesetas anuales.

III.—*Servicios restringidos*:

Se aplicarán las primas del apartado anterior, con una disminución de un 20 por 100.

IV.—*Servicios con libre elección*:

Se aplicarán las primas señaladas en el apartado correspondiente a la combinación de servicios que se ofrezcan, aumentadas en el 20 por 100.

3.º En el caso de que la póliza garantice la cobertura de la totalidad de los honorarios de los Médicos de Medicina General, pero obligue al asegurado a contribuir al pago de los honorarios de los especialistas, mediante el abono de un «ticket» en cada asistencia facultativa (visitas, consultas, análisis, radiografías, operaciones quirúrgicas, etc.), las tarifas de primas a aplicar serán las siguientes:

- Póliza con un solo beneficiario, 648 pesetas anuales.
- Póliza con dos o tres beneficiarios, 1.152 pesetas anuales.
- Póliza con cuatro beneficiarios, 1.452 pesetas anuales.
- Póliza que exceda de cuatro beneficiarios, por cada uno más, un suplemento de 300 pesetas anuales.

4.º El importe mínimo de los tickets a satisfacer por el asegurado en los casos previstos en los números segundo y tercero de la presente disposición será el siguiente:

- a) Visita en el consultorio del Médico, 10 pesetas.
- b) Visita en el domicilio del enfermo, 20 pesetas.
- c) Visitas nocturnas (de las veinte horas a las ocho horas), 30 pesetas.
- d) Sencillas maniobras quirúrgicas o exploratorias (radiografías, análisis, etc.), 50 pesetas.
- e) Operaciones pequeñas, 125 pesetas.
- f) Operaciones medianas, 300 pesetas.
- g) Operaciones grandes, 500 pesetas.

La participación del asegurado señalada en los precedentes apartados a), b) y c), podrán ser abonadas, mediante la entrega de uno, dos o tres tickets de 10 pesetas cada uno.

5.º Para la utilización por las entidades de las primas señaladas en los números dos y tres de la presente disposición, será requisito indispensable la previa aprobación de los correspondientes póliza o contrato por la Dirección General de Seguros o por la de Previsión, según proceda, de acuerdo con la naturaleza de las entidades.

6.º En el plazo de un mes, la Dirección General de Sanidad dictará, previo informe de la Comisaría de Asistencia Médico Farmacéutica, una resolución en la que se detallen las operaciones que deben ser incluidas en cada uno de los grupos señalados en el apartado e), f) y g), quedando autorizada la citada Dirección General de Sanidad para resolver cuantas dudas se planteen en la clasificación a los efectos de inclusión en uno y otro de los apartados, antes indicados, de las intervenciones quirúrgicas.

7.º A las pólizas familiares en vigor a la promulgación de la presente Orden ministerial se les seguirán aplicando la prima bajo la citada modalidad de prima familiar, mientras no sufran ninguna variación en la calidad o cantidad de las prestaciones.

8.º La prima a aplicar a dichas pólizas familiares será la siguiente, según cada una de las diversas combinaciones señaladas en los números uno, dos y tres de la presente disposición.

Modalidad primera (el coste de todas las prestaciones íntegramente a cargo de la entidad):

- I. Servicios completos, 1.416 pesetas.
- II. Servicios limitados, 1.044 pesetas.

Modalidad segunda (el afiliado ha de contribuir mediante el abono de un ticket):

- I. Servicios completos, 996 pesetas.
- II. Servicios limitados, 792 pesetas.

Modalidad tercera (el asegurado no abona ticket más que en caso de servicios de Especialistas): 1.200 pesetas.

Si en cualquiera de las anteriores combinaciones el servicio tuviera el carácter de libre elección de Facultativo, estas primas serían incrementadas en un 20 por 100.

Igualmente, en caso de servicios restringidos, la tarifa de servicios limitados sufriría una disminución de un 20 por 100.

9.º En dichas pólizas familiares no podrán estar incluidos, bajo ningún pretexto, como beneficiarios de las mismas, más que los siguientes familiares del asegurado, siempre que vivan en el domicilio del mismo: Cónyuge, ascendientes de ambos cónyuges, mayores de sesenta y cinco años, hijos, de ambos sexos, menores de veintidós años y no emancipados, nietos y hermanos (huérfanos de padre), menores, también, de veintidós años.

Tanto los ascendientes, como los hijos, hermanos o nietos, huérfanos de padre, que estuvieran incapacitados para el trabajo con carácter permanente, podrán disfrutar de la condición de beneficiarios, cualquiera que fuera su edad.

10. El plazo máximo para la aplicación de la prima señalada en el número octavo de la presente disposición a las pólizas familiares vigentes, será de tres meses, a partir del día primero del mes siguiente al de la promulgación de la presente Orden ministerial.

11. Igual plazo máximo se concede para la adaptación de los beneficiarios incluidos en las referidas pólizas, a los límites señalados en el número nueve de esta disposición.

El incumplimiento por parte de las entidades de lo dispuesto en esta Orden ministerial sobre aplicación de nueva prima y adaptación de los beneficiarios a lo dispuesto anteriormente, será sancionado por la Dirección General de Sanidad como falta grave.

12. Dentro del plazo de un mes, la Dirección General de Sanidad, previo informe de la Comisaría de Asistencia Médico Farmacéutica, dictará una resolución en que detallará concretamente las prestaciones de inclusión obligatoria, dentro de las tarifas mínimas de primas, señalando en la misma resolución la sobreprima a aplicar en cada una de las prestaciones suplementarias o de lujo.

13. Queda autorizada la Dirección General de Sanidad para resolver cuantas incidencias se produzcan con motivo o como consecuencia de lo dispuesto en la presente disposición.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 8 de mayo de 1964.

ALONSO VEGA

Ilmo. Sr. Director general de Sanidad.

## MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

*ORDEN de 5 de mayo de 1964 por la que se dictan normas para aplicación del Decreto de 2 del actual sobre estructura y composición de la Junta Superior de Enseñanza Técnica.*

Ilustrísimo señor:

En uso de la autorización que le confiere el artículo quinto del Decreto de 2 de los corrientes («Boletín Oficial del Estado» del 5) sobre estructura y composición de la Junta Superior de Enseñanza Técnica,

Este Ministerio ha resuelto:

Primero.—Las Escuelas Técnicas Superiores en las que se cursa cada una de las diferentes ramas de la técnica son las siguientes: de Arquitectura, de Ingenieros Aeronáuticos, de Ingenieros Agrónomos, de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos; de Ingenieros Industriales, de Ingenieros de Minas, de Ingenieros de Montes, de Ingenieros Navales y de Ingenieros de Telecomunicación.

Segundo.—Las Escuelas Técnicas de Grado Medio en las que se desarrolla cada una de las distintas ramas de la técnica son las que se indican a continuación: de Aparejadores, de Peritos Aeronáuticos, de Peritos Agrícolas, de Peritos Industriales, de Peritos de Minas y Fábricas Mineralúrgicas y Metalúrgicas, de Peritos de Montes, de Peritos Navales, de Peritos de Obras Públicas, de Peritos de Telecomunicación y de Peritos Topógrafos.

Tercero.—Los Directores de los centros únicos de cada rama serán nombrados directamente Vocales de la Junta.

En los casos de varios centros de igual rama el único representante de ellos se designará a propuesta de todos sus Directores, y si ésta no estuviese formulada por unanimidad será elegido por el Ministro de Educación Nacional entre los que figuran en la misma. Las propuestas se elevarán a la Dirección General de Enseñanzas Técnicas en el plazo de ocho días contados a partir de la fecha en que para ello hayan sido requeridos.

Cuarto.—El Ministerio de Educación Nacional determinará cuando proceda los centros de investigación que deban estar representados en la Junta.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 5 de mayo de 1964.

LORA TAMAYO

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanzas Técnicas.