



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

Reunión con Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón

Fecha - 7-11-23

SISTEMA SANITARIO

-Atención primaria

- **Incrementar el presupuesto** destinado a la Atención Primaria (AP) hasta alcanzar el **25 %** del total de gasto en Sanidad, en un plazo de 3 años.
- Creación de una **Gerencia** (o Dirección) **única para la AP en todo Aragón**, despojándola de la Gerencia de sector, que actualmente incluye la AP y la atención hospitalaria.
- **Rediseño del Mapa Sanitario** de Aragón, adaptándolo a las necesidades sanitarias reales de cada zona de salud.
- **Desburocratización** real y efectiva de las consultas de los médicos de atención primaria.
- **Optimización** del funcionamiento de la **interconsulta virtual** y de la **coordinación** entre **niveles asistenciales**.
- Incrementar la **compensación por doblaje** de consultas en los Equipos de Atención Primaria (EAP) cuando no haya sustitutos para cubrirlas individualmente, a 100 % en mismo horario y 125 % en caso de sobrepasar la jornada en 2 h.
- Potenciar la **formación sanitaria especializada en AP**:
 - Ampliación de la acreditación de centros docentes para aumentar así la capacidad docente, reconsiderando los requisitos exigidos para su nombramiento y aprobación, siempre garantizando la calidad en la formación.
 - Aumento del número de EAP docentes del medio rural para conocer la realidad de la asistencia sanitaria en dicho medio.
- **Mejorar las condiciones laborales y retributivas** de los profesionales de los EAP, ofreciendo contratos estables y con medidas encaminadas a la conciliación familiar: **flexibilidad** horaria, **baremación** especial del tiempo trabajado, **opciones**



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

preferenciales sobre la plaza ocupada, etc.. Estas medidas resultan esenciales para procurar la fidelización de profesionales en plazas de difícil cobertura.

- Desarrollo total de todos los niveles de **Carrera Profesional** estableciendo un cronograma.
- Limitar un **número máximo de TIS en 1500 para medicina de familia y 1000 en pediatría**. El exceso pagarlas el doble.
- Garantizar y **cumplir los descansos necesarios** establecidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales; BOE nº 269, de 10/11/1995).
- Implantación de módulos de **consulta de tarde** para aquellos profesionales **mayores de 55 años exentos de guardias** al igual que existe en el medio hospitalario.
- **Reestructuración** de las categorías profesionales del personal facultativo integrando los **Médicos de Atención Continuada (MAC)** en los Equipos de Atención Primaria (EAP). Funcionamiento de los centros de salud de modo equiparable a los servicios hospitalarios.
- **Control de la demanda asistencial** producida con filtros desde Admisión y enfermería; límite en las Agendas con un número máximo de pacientes que permita garantizar tiempo, calidad asistencial y seguridad para los pacientes. Sería deseable un rango de **10 minutos por paciente**.
- Implementación de Complemento Específico B para consultas sobrecargadas en los EAP.
- **Definición de funciones** de todo el personal de los EAP, evitando en todo momento las situaciones de **intrusismo**.
- **Redefinición** de la **Atención Continuada** en los centros **urbanos**.
- **Rediseño** de la **Atención Primaria** en los **EAP rurales**; dos ejes diferenciales:
 - **Atención Continuada**, con centros abiertos las 24 horas todos los días de año. Es imprescindible, además, que los profesionales del medio rural puedan ejercer su derecho a librar las guardias



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

- **Atención programada** en condiciones de gran dispersión geográfica para prestar asistencia sanitaria en todos los consultorios; obliga a revisar la periodicidad de consultas en los municipios pequeños o que algunos días puedan acudir otros profesionales del EAP; en todo caso, se deben mejorar las condiciones de desplazamiento y manutención de los profesionales.
- Son necesarias las **campañas de información** con medidas de **educación sanitaria** dirigidas a la población promoviendo un buen uso de los servicios sanitarios y el respeto y consideración a los profesionales, resaltando el buen hacer de la AP y del 061. **Medidas** activas y efectivas **contra las agresiones** a los profesionales del sistema sanitario. Constatamos la necesidad de que apruebe lo antes posible la **normativa** sobre **deberes** y **obligaciones** de los usuarios, con **medidas correctoras** adecuadas en caso de incumplimiento.

-Atención hospitalaria

- **“Falta de especialistas”**: afecta cada vez más especialmente a determinadas especialidades, lo que añadido al serio problema de **envejecimiento de las plantillas**, (en Aragón 40,5% de los médicos tienen más de 55 años) hará difícil una reposición adecuada con el ritmo actual de formación de especialistas.
- **“Plazas de difícil cobertura”**, derivadas de una falta de planificación y previsión de reposición de bajas laborales y jubilaciones, hacen falta planteamientos imaginativos, novedosos y atrevidos que resulten atractivos para los jóvenes especialistas que se forman en nuestra Comunidad, y que prefieren “emigrar” en busca de mejores condiciones económicas y profesionales: **flexibilización de jornada**, **baremación** especial del tiempo trabajado, **opciones preferenciales** sobre la plaza ocupada, etc...
- Favorecer desde los hospitales comarcales la **Investigación y accesibilidad a los hospitales terciarios de referencia** para “no perder” técnicas, en definitiva, hacer atractivo el destino profesional en el Hospital Comarcal, fidelizando y estabilizando sus plantillas. En los hospitales comarcales de nuestra Comunidad preocupa la dificultad para crear equipos de trabajo estables, debido a una elevada rotación de especialistas y la dificultad para cubrir las plazas vacantes.



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

- Innovación en la forma de incentivar a los profesionales, **potenciando incentivos salariales y no salariales** como una mayor valoración del trabajo en un Hospital Comarcal; evitar modelos rígidos, facilitando la movilidad de los médicos especialistas del Hospital Comarcal a los hospitales de Zaragoza para su actualización y formación continuada, así como la rotación de los MIR de los hospitales de Zaragoza Hospital Comarcal, permitiéndoles conocer un entorno profesional diferente y que quizás pudiera ser su futuro destino laboral.
- Informar de la situación de los profesionales hospitalarios a la Administración sanitaria autonómica y a la sociedad en general, poniendo en valor nuestra profesión y corrigiendo las importantes desigualdades en relación a otras comunidades (**retribución menor que comunidades limítrofes.**) Las diferencias retributivas de médicos especialistas entre diferentes comunidades autónomas muestran que Aragón está a la cola de retribución, especialmente en guardias.
- **Incentivación profesional** actualmente con limitación de acceso a determinados niveles de **carrera profesional** (nivel IV no reconocido, ni retribuido, por ejemplo); posibilitar el **acceso a jefaturas** de Sección o de Servicio para los facultativos que **no** tienen **dedicación exclusiva**. Los eventuales de más de cinco años tampoco cobran carrera.
- El sistema sanitario ha sufrido la peor crisis desde su existencia como consecuencia de la pandemia. Además, tras varios años de recortes y falta de inversión, nuestra sanidad arrastra un **déficit crónico de financiación** con respecto a otros países de nuestro entorno y con similar desarrollo económico.
- Las **listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas** sólo serán subsanables mediante un adecuado **redimensionamiento** de las necesidades de **plantilla estructural** y de **infraestructuras y recursos materiales** disponibles. Los **conciertos** con la sanidad privada (externalización, alquiler de suelo quirúrgico) y las medidas de autoconcertación (fórmula que debería flexibilizarse) pueden contribuir a paliar la problemática. Es necesaria una revisión racionalizadora de la **cartera de servicios**.
- La implementación de otras formas de gestión como fórmulas de **hospitalización domiciliaria** y la potenciación y mejora de los **cuidados paliativos y de los recursos**



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

sociosanitarios, pueden incidir muy significativamente en la presión asistencial sobre la estructura hospitalaria reduciendo la necesidad de camas de hospitalización.

- La compleja problemática de los **servicios de urgencias hospitalarias** requieren un abordaje integral, dado el enclave que ocupan en la estructura organizativa del sistema sanitario: un adecuado y eficiente funcionamiento de la Atención Primaria permitirá atender de forma adecuada buena parte de las demandas asistenciales de la población (a través de las consultas programadas, y mediante la atención continuada extrahospitalaria) evitando su autoderivación a las urgencias hospitalarias por una muy deficiente accesibilidad a los recursos limitados de Atención Primaria; y por otra parte, una gestión eficiente de los procesos de hospitalización y el uso de alternativas de manejo de los pacientes como ya se ha comentado, que posibilite una reducción de las estancias, liberando recursos hospitalarios y permitiendo aumentar la rotación de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias.

-Emergencias y 061

Debemos señalar la **merma de la calidad asistencial suscitada tras la entrada en funcionamiento del nuevo Pliego de Transporte Sanitario Urgente (TSU) de Aragón** el pasado mes de junio. Con la nueva contrata, en las localidades de Jaca, Barbastro, Calatayud y Alcañiz las UVI móviles se desactivan de 21 a 9 horas y los fines de semana, y se sustituye el personal médico por personal de enfermería convirtiendo las UVIs medicalizadas en Soporte Vital Avanzado a cargo de Enfermería (SVAE), haciendo un uso inapropiado para este tipo de unidades, no concebidas para atención inmediata a las emergencias graves. También en Huesca y Teruel las SVAE han sustituido a las UVIs medicalizadas en las mismas franjas horarias para los traslados secundarios de pacientes graves. En la Unidad de Rescate en Montaña, unidad independiente en el seno del 061, se producen situaciones de irregularidades análogas en la atención a las emergencias.

Como consecuencia de este nuevo pliego la calidad asistencial de los pacientes que viven en zonas con menor densidad de población ha disminuido. La ausencia de un médico presencial merma significativamente la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, sobre todo de aquellos pacientes con patología vital que tienen que ser trasladados hasta hospitales útiles distantes.

En relación a esto, desde el Consejo Autonómico de colegios de médicos de Aragón enfatizamos que las **ambulancias tipo SVAE no pueden sustituir a las UME** (Unidad Médica



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

de Emergencia) ni a las UVI dadas las funciones de enfermería y medicina, cada una con sus propias competencias y atribuciones. El médico es el profesional con la formación acreditada para solucionar los problemas que se plantean en la atención a las emergencias, y disponer de unidades de atención a emergencias que deban contar con la presencia de un facultativo pero prescindiendo de éste, paliando la deficiencia mediante la decisión que el personal médico tome telefónicamente en función de la exploración que del paciente lleven a cabo profesionales no médicos, no es admisible de todo punto. Por ello, los tres colegios de médicos de Aragón exigimos que en la atención a las urgencias y las emergencias no se otorguen funciones propias de la Medicina a otros colectivos, puesto que las emergencias sanitarias deben ser atendidas por un equipo multidisciplinar liderado por un médico.

En el documento presentado el pasado 25/10/23 en la reunión mantenida con la gerente de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Aragón se recogen una serie incumplimientos en los procedimientos de Estructura y Organización del Servicio de Atención a Urgencias y Emergencias (*ANEXO*). La legislación indica que los coordinadores de las bases han de ser facultativos, pero **en las bases de Teruel y Alcañiz estos puestos están ocupados desde hace años por personal de enfermería**. Tras poner reiteradamente en evidencia la irregularidad ante el Departamento de Sanidad, sólo de forma reciente se han arbitrado las medidas oportunas desde la Dirección General de Recursos Humanos, a pesar de lo cual únicamente se ha subsanado la situación en la base de Teruel continuando en situación irregular la base de Alcañiz.

El escrito referido también se hace eco de la denuncia de los **Médicos Reguladores del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias del 061 Aragón (CCU)**, que ponen en evidencia la falta de medios y recursos para atender correctamente el trabajo que supone el nuevo pliego: a sus funciones habituales se les suma ahora las funciones de médico consultor que requieren las ambulancias de Soporte Vital Avanzado a cargo de Enfermería.

Por otra parte, se pone de manifiesto que en la Gerencia del 061 cuentan con una gran cantidad de **protocolos y algoritmos** de perfil tanto médico como enfermero. Resulta una práctica muy habitual en la elaboración de protocolos de perfil médico la presencia de personal de enfermería en el equipo de autores; sin embargo, a la inversa no ocurre, en la elaboración de los protocolos de enfermería no suele contarse con la participación de ningún facultativo, hecho que podría permitir una mejor concreción en algunos aspectos determinados.



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

De igual modo, en la **oferta formativa** publicada por el propio Gobierno de Aragón promovida desde la Gerencia del 061 es práctica común la presencia de cursos de contenido netamente médico en los que se permite la inscripción de profesionales sanitarios no facultativos, los cuales carecen de la cualificación necesaria para abordar los contenidos de dichos cursos. Y, sin embargo, no se permite en ocasiones la inscripción de profesionales de la medicina en este tipo de cursos cuando pertenecen a otra gerencia diferente de la convocante del curso.

-Salud mental

- **Redimensionamiento** de los **recursos sanitarios** adscritos a los trastornos de **salud mental**, actualmente insuficientes.
- **Adecuación** de la dotación de **plantillas** a las **necesidades asistenciales**, reforzando la presencia y el **liderazgo de psiquiatras** en los equipos interdisciplinares.
- **Actualización** del **Plan de Salud Mental 2022-2025** de Aragón, acometiendo con **urgencia** el desarrollo de las **líneas prioritarias**.

-Medicina privada

El **23,71%** de los ciudadanos de la Comunidad cuentan con **aseguramiento privado en salud**, porcentaje que se sitúa alrededor de un punto y medio por debajo de la media nacional (25,32%). Por provincias, la mayor proporción de personas con cobertura privada corresponde a Zaragoza con un 24,86% de la población y 238.543 asegurados, seguida de Huesca con un 22,35% y 49.785 y Teruel, con el 17,71% y 23.617 personas.

- **Replanteamiento** de las exigencias de **exclusividad** en las convocatorias para jefaturas de sección y servicios.
- **Racionalización** de la necesaria **colaboración público-privada**, empleando todos los **recursos sanitarios disponibles** para la resolución de la grave problemática de las **listas de espera** en todos sus ámbitos (consultas, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas), priorizando lógicamente la potenciación y desarrollo de los recursos públicos propios.



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

- Formación. Investigación

La **formación** es otro de los grandes pilares de los Colegios de Médicos. Generalmente se ha enfocado únicamente como la formación interna que los Colegios de médicos realizamos para mejorar las diferentes aptitudes en nuestros profesionales, enfocados principalmente a la demanda según las posibilidades económicas y diferentes características de los Colegios de Médicos, una iniciativa complementaria que forma parte de nuestras señas de identidad.

Es cierto que en los Hospitales de Teruel y Huesca, además reclaman la posibilidad de realizar formación que les capacite para nuevas técnicas, nuevos diagnósticos, valorando la implantación en sus centros de trabajo además de la opción de poder realizarlos en los centros donde se realiza dicha técnica (con traslado de capital humano) o valorando la posibilidad de un traslado posterior a un centro de alto nivel. Para cualquier circunstancia deben de tener la posibilidad de formación reclamada por los profesionales a nuestros Colegios.

Potenciar las **posibilidades investigadoras**, así como facilitar el acceso a la **docencia**, son otros elementos que pueden resultar fuertemente incentivadores para atraer profesionales hacia plazas de difícil cobertura.

Esta posibilidad existe ya que la normativa está formulada de forma más o menos adecuada; solicitamos por tanto la colaboración de la Consejería para poder pasar del plano teórico a la realidad de la formación de los profesionales del SALUD que realizan su labor en los Hospitales de Huesca y Teruel.

Es el caso por ejemplo de las técnicas oftalmológicas que pueden ser realizadas en nuestros hospitales, formación en técnicas quirúrgicas, formación en cirugía robótica Da Vinci, etc.

Adjuntamos resoluciones:

- RESOLUCIÓN de 10 de julio de 2017, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se resuelve la publicación del **pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de incentivos** para los profesionales sanitarios en centros del Servicio Aragonés de Salud de **difícil cobertura**.
- RESOLUCIÓN de 23 de marzo de 2020, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se regula la **colaboración entre hospitales del Servicio Aragonés de Salud** para facilitar la formación de los profesionales de los centros de



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

difícil cobertura.

En cuanto a la **formación sanitaria especializada** es inaplazable el reconocimiento del papel de los **tutores MIR de todas y cada una de las especialidades** mediante la concesión del tiempo necesario para el desempeño de sus funciones y la dotación de un complemento retributivo. Por otra parte se debe respetar los **derechos laborales** de los médicos en formación (**MIR**), asegurando el disfrute de las libranzas tras las jornadas de guardia y facilitándoles todas las oportunidades formativas precisas para su adecuado desarrollo profesional. Resolución:

- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

-Deficiencias organizativas y estructurales

- La dotación de **nuevas infraestructuras** asistenciales y de los **recursos materiales** requeridos, adecuada convenientemente a las necesidades asistenciales estimadas para atender la demanda de atención sanitaria de la población, debe ser una prioridad ineludible que cuente con las partidas presupuestarias pertinentes.
- La **política de recursos humanos** debe abordar una **planificación** realista de las plantillas estructurales necesarias a corto, medio y largo plazo, teniendo en cuenta el perfil demográfico y sanitario de la población y su evolución, así como las propias características demográficas de la profesión médica de nuestra comunidad (tasas de reposición previsibles), determinando la cadencia de procesos de **OPEs** y **traslados** necesarios.
- Los mencionados factores asociados a **derechos y obligaciones de tutores y MIR** incidirán de forma crítica en su disponibilidad para las labores asistenciales de los servicios y centros de salud a los que se adscriben, lo que unido al disfrute de otros derechos laborales como los períodos vacacionales, de libre disposición y de conciliación propios y del resto de la plantilla serán elementos que habrá que tener muy presentes en el dimensionamiento de las plazas estructurales necesarias para el adecuado funcionamiento del sistema sanitario.



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

- Nuevos sistemas de control de la asistencia sanitaria y nuevos sistemas de atención sanitaria de calidad. Es inaplazable la **reestructuración del Mapa Sanitario de Aragón** (distribución irregular de TIS -pueblos con pocas TIS-, dispersión geográfica...) atendiendo a criterios de racionalidad en la planificación sanitaria y evitando cualquier tipo de injerencias o intentos manipulativos de corte político.
- Necesaria **revisión de la cartera de servicios** como ya se ha referido.
- **Gasto farmacéutico:** no solo la farmacia externa sino los servicios y presupuestos para los tratamientos de nueva implantación en enfermos crónicos, cáncer etc. que suponen un alto precio para la sanidad y que deberían ser detraídos de los presupuestos sanitarios puros (este gasto no puede ser imputable ni a Atención Primaria ni a Hospitalaria).
- Homogeneizar y racionalizar los criterios de **baremación**, evitando la variabilidad en su aplicación y los constantes vaivenes derivados de su modificación recurrente, tanto a efectos de la **bolsa de empleo** como de las convocatorias de **concursos de empleo y traslado. Erradicar la burocracia** excesiva al tener que aportar la misma documentación de forma reiterativa en todos estos procesos.
- Las **plazas de difícil cobertura** son un tema importante y trascendente, que requiere un de forma imprescindible un abordaje por parte de los Colegios de Médicos, Departamento, sindicatos y la sociedad en su conjunto.

Esta cuestión afecta a la calidad asistencial, repercute en las condiciones laborales y en la conciliación familiar, afecta a la formación de nuestros profesionales, y en definitiva afecta a los pilares de la asistencia sanitaria en las zonas de difícil cobertura.

Ya en 2017 se desarrolló un plan (ya referido) que no se desarrolló en casi ningún punto:

- RESOLUCIÓN de 10 de julio de 2017, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se resuelve la publicación del **pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de incentivos** para



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

los profesionales sanitarios en centros del Servicio Aragonés de Salud de difícil cobertura.

La NO puesta en marcha de estas medidas supone que no podamos valorar su potencial eficacia y nos plantea, nuevamente, la necesidad buscar una solución al problema que podría pasar por la actualización de las perspectivas reales y la viabilidad de dicho plan.

- Resulta imprescindible optimizar el funcionamiento de los **equipos multidisciplinares** potenciando el **liderazgo médico** en la coordinación de los procesos asistenciales, evitando cualquier forma de **enfrentamiento entre medicina y enfermería**, y por supuesto toda fórmula que suponga **intrusismo profesional**.
- Es esencial **potenciar la medicina de familia como garante del funcionamiento de la Atención Primaria**, evitando la contratación de cualquier tipo de profesionales médicos sin la necesaria cualificación como especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Es absolutamente prioritaria para salvaguardar la eficiencia del sistema sanitario la óptima coordinación entre niveles asistenciales **hospitalarios y extrahospitalarios** esencialmente, evitando subordinaciones, burocratizaciones innecesarias, potenciando el acceso a pruebas diagnósticas y las relaciones directas entre profesionales. Es esencial la integración de **recursos sociosanitarios** en los procesos mejorando y ampliando su dotación y disponibilidad.
- Potenciar el proceso de **transformación digital integral** superando las descoordinaciones y áreas de ineficiencia que padecemos actualmente. El concepto de telemedicina trasciende con mucho el planteamiento actual de consultas telefónicas, que en muchos casos se muestran inoperantes y realmente no satisfacen la atención de las necesidades sanitarias que plantean nuestros pacientes.
- Es necesaria la **desburocratización** efectiva de la labor que desempeñan los médicos, trasladando todas estas cargas burocráticas al personal administrativo cuyas competencias precisamente contemplan estos cometidos. Descargar al personal médico de procedimientos que no aportan valor a su trabajo permitirá su polarización esencialmente hacia las labores asistenciales, así como dedicado complementariamente a procesos de formación, docencia e investigación.



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

- Como ya se ha apuntado, y aunque pueda parecer reiterativo, queremos resaltar la importancia de las **campañas de información** con medidas de **educación sanitaria** dirigidas a la población promoviendo un buen uso de los servicios sanitarios y el respeto y consideración a los profesionales, resaltando el buen hacer de la AP y del 061. **Medidas** activas y efectivas **contra las agresiones** a los profesionales del sistema sanitario.

CUESTIONES COLEGIALES

-PAIME

La implantación del **Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)**, promovido desde la OMC y que está transferido a cada **Consejo Autonómico**, ofrece la posibilidad a los profesionales Médicos que lo requieran de recuperarse de las enfermedades psiquiátricas o adictivas que puedan padecer en su vida y que van a afectar a su desarrollo profesional y su capacidad para una atención adecuada de la población.

En Aragón la implicación económica de la Consejería fue una realidad entre 2004 y 2007 contribuyendo parcialmente a la **financiación** del **PAIME**, colaborando de esta manera en el **diagnóstico, tratamiento y rehabilitación** de los profesionales en condiciones de **confidencialidad y eficiencia**, y favoreciendo la **reincorporación** precoz y con garantías de las personas afectadas a su labor asistencial. El apoyo a los Colegios para una mejor implantación de este programa en Aragón sería una de las mejores oportunidades que tendríamos de recuperar a estos profesionales médicos (Mingote-Adan JC, Garrote-Díaz JM, Romero-Agüit S; PAIME working group. The experience of the Comprehensive Care of the Sick Physicians Programme (PAIME) of the Spanish General Council (CGCOM). Med Clin (Barc). 2019;152(8):324-328. doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.025. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30551871).

- **CONVENIO COLABORACIÓN Dpto. SANIDAD - PAIME:**

04/02/2004 D.G.A. CONVENIO PAIME AÑO-2003	14.296,00 €
19/01/2005 SUBVENCIÓN D.G.A. AÑO-2004	14.436,10 €
05/01/2006 SUBVENCIÓN D.G.A. AÑO-2005	20.956,13 €
11/01/2007 SUBVENCIÓN DGA AÑO-2006	22.462,30 €



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

08/01/2008 D.G.A. CONVENIO PAIME AÑO-2007 20.304,51 €

- **Suspendido desde 2008.**
- Coste promedio actual: 35.000 €/a.
- *Convenios en otras CCAA (ANEXOS).* Generalmente, cofinanciación del 70% del coste del programa por parte de las consejerías correspondientes.

-Control de la colegiación

- Lucha contra el **intrusismo profesional** tanto de otras categorías, como de médicos no cualificados o títulos falsos. Punto de gran importancia para la administración y por supuesto, punto de alta **responsabilidad** que recae en los **Colegios de Médicos**.
- Para ejercer un adecuado control de la colegiación obligatoria, la **administración** debe proporcionar a los Colegios de Médicos los **listados** oportunos de **profesionales** a su cargo. Esta medida no vulnera ningún precepto legislativo y sin embargo, desde la lealtad institucional, permite una adecuada **vigilancia del cumplimiento** de la legalidad en cuanto a asegurar la cualificación profesional, garantía de la seguridad y de la calidad de la atención que recibe la sociedad.
- *Convenio de colaboración* entre *Osakidetza* y el Consejo de Colegios de Médicos del PV sobre comunicación de *identidad de profesionales (ANEXOS)*.

-Obligatoriedad de la colegiación

La **Ley de Colegios Profesionales de Aragón** (Ley 2/1998, de 12 de marzo) establece la **obligatoriedad** de la **colegiación** en concordancia con la legislación estatal al respecto.

Sin embargo, el art. 22.6 dispone en concreto:

6. Los funcionarios y el personal laboral de las Administraciones Públicas en Aragón no necesitarán estar colegiados para el ejercicio de sus funciones, **sin perjuicio de lo que dispongan el Estatuto de la Función Pública y la legislación básica del Estado.**



Consejo de Colegios de Médicos de Aragón

Y la **doctrina** reiterada del **T. Constitucional** señala que la determinación de la **obligatoriedad** de la colegiación es **competencia básica del Estado** que así lo establece en el art. 3 de la Ley 2/1974, de Colegios Profesionales.

Cualquier normativa u orden ulterior que entre en conflicto con este principio legislativo no debe resultar aplicable.

-Publicidad sanitaria

- Valoración **positiva** de la iniciativa actualmente en curso de **revisar el Decreto vigente (DECRETO 240/2005, de 22 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la autorización de Publicidad Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Aragón)**.
- Incorporar la posibilidad de **delegar** en los **Colegios** el ejercicio de algunas de las funciones del Decreto, o determinados actuaciones. (En el Decreto de Murcia de 2021 se ha incluido, y ratificado jurídicamente por el Órgano Consultivo autonómico).
- Incorporar referencia al *RD 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria*, donde aparece una **relación de prohibiciones** en materia de publicidad sanitaria.
- Incorporar una referencia a la **determinación del ámbito de control y sanción**, en función del domicilio de los destinatarios de la publicidad activa, cuando ésta se difunde a través de **internet** (en la reciente revisión de la regulación de la publicidad del Juego así se ha hecho).
- Ofrecer, una vez más, la **colaboración** del Consejo en todo lo concerniente a esta materia.