

La FADSP ante la huelga médica

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), ante la convocatoria semanal de huelga durante los últimos meses promovida por los sindicatos CESM, SMA, METGES, OMEGA, SME y AMYTS, y después de analizar la tabla reivindicativa recogida en <https://www.cesm.org/2026/03/24/esta-es-la-propuesta-de-acuerdo-del-comite-de-huelga-al-ministerio-de-sanidad/> y <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2026/04/20260420-Contrapropuesta-comite-huelga-APL-Estatuto-Marco.pdf>, quiere hacer público su desacuerdo por las siguientes razones.

1. La justificación de esta convocatoria no se dirige contra los artículos del proyecto del Estatuto Marco, sino contra el sistema de representación sindical que opera en las mesas de negociación. Reivindican la fragmentación de la negociación colectiva por grupos profesionales. Para ello crean un relato en donde un Estatuto Marco común, donde medidas y facultativos negocian sus condiciones laborales junto con el resto de los trabajadores, sea visto como una imposición, que beneficia a los que denominan sindicatos generalistas o de clase, y que trae como consecuencia que sus demandas médicas queden sistemáticamente en minoría ante la unidad que suele existir entre los sindicatos generalistas. La reivindicación de un estatuto propio implica fragmentar la negociación, transitar de un modelo de equipo a un modelo gremial donde cada colectivo presiona por separado.

2. Sus reivindicaciones están dirigidas a la liberalización total de la práctica de la medicina privada, para médicos/as que trabajan en la sanidad pública con una jornada obligatoria de 35 horas en horario de mañana (de 8 a 15 horas), lo que haría inviable la apertura de Centros de Salud en horario de tarde. La ampliación de la compatibilidad público-privada es una vieja reivindicación liberal que choca frontalmente con la garantía de cober-



tura asistencial en la sanidad pública, e impulsa la fuga de profesionales hacia la privada en horario laboral de tarde y noche.

3. Existe una evidente contradicción en exigir una jornada laboral obligatoria en el Sistema Nacional de Salud de 35 horas para evitar la fatiga y favorecer el ejercicio de la profesión en el sector privado. Esa doble actividad, por definición, añade carga de trabajo, aunque sea en otro empleador. La sanidad privada es un foco de atracción para grandes grupos inversores, que ven la sanidad como un sector con alta demanda y márgenes atractivos. Llama la atención como en la tabla reivindicativa no se encuentra un aumento de la financiación por las comunidades autónomas para compensar la enorme cantidad de nuevas contrataciones que implicaría una jornada laboral obligatoria de 35 horas, o el aumento de sus retribuciones, limitándose a solicitar estudios de cargas laborales que determinen la necesidad de médicos y facultativos, en todos los puntos de atención médica.

La reivindicación de un estatuto propio implica fragmentar la negociación.

4. Reducir drásticamente la jornada máxima sin un aumento proporcional y casi inmediato del número de médicos pondría en riesgo la continuidad del servicio. El sistema actualmente depende estructuralmente de las guardias para cubrir la asistencia continuada (noches, fines de semana y festivos). Cambiar el modelo requeriría contratar a miles de nuevos facultativos para cubrir los mismos turnos, lo que choca con la realidad de una escasez generalizada de profesionales.

5. En numerosas entrevistas representantes de estos sindicatos médicos proclaman que el SNS está en "riesgo de colapso" y que un estatuto marco propio es necesario para su supervivencia y que no atender a esa petición implicaría la desaparición de la sanidad pública tal y como la conocemos. Llama la atención que el modelo de negociación en la sanidad privada madrileña es unitario: un solo convenio, una sola mesa de negociación, para todos los profesionales del sector (medicina, enfermería, etc) sin que se haya realizado una huelga para solicitar un estatuto médico propio en sanidad privada.

6. Hacen una reivindicación de la jubilación anticipada mediante coeficientes reductores por la penosidad de la profesión, invisibilizando la experimentada por otros trabajadores/as sanitarios cuando la evidencia disponible muestra que enfermería y TCAEs están igual o más expuestos a factores de penosidad. De nuevo, la reivindicación del estatuto médico propio es el mecanismo para generar esta fragmentación en la negociación entre diferentes colectivos que se consideran como

un freno para sus reivindicaciones profesionales.

7. Los sindicatos convocantes parecen considerar que la precariedad laboral de médicos/as se debe a la inexistencia de un estatuto médico propio, cuando la alta precariedad depende de la aplicación del estatuto común por partes de las Comunidades Autónomas. Es notorio la ausencia de referencias a que el importe de los complementos salariales es una competencia de las CCAA, y que ellas pueden regular para el personal estatutario una jornada máxima inferior a la establecida con carácter básico en el Estatuto Marco, que pueden establecer la organización del trabajo del personal médico mediante trabajo a turnos o a través de disminuir por debajo de las 17 horas la jornada de guardia.

8. Consideramos que los profesionales de la salud de los diferentes colectivos sufren importantes problemas y que el Sistema Sanitario presenta deficiencias organizativas, mala gestión y deficiente planificación, pero es un error considerar que el instrumento adecuado para poder resolverlos se encuentre en la tabla reivindicativa de los sindicatos convocantes. Nuestra Federación se ha mostrado abiertamente defensora de un sistema de incompatibilidad entre la práctica pública y la privada, ha propuesto y sigue proponiendo mejoras en las condiciones laborales de todas las profesionales sanitarias (como convertir las guardias en jornada estructural) que, junto con otras medidas como aumento de inversión y planificación de recursos, mejoren una sanidad sanitaria pública centrada en el paciente.

