

CONTRAPROPUESTA A LA PROPUESTA DE ACUERDO DEL MINISTERIO DE SANIDAD (17 de abril de 2026)

El Comité de Huelga formado por representantes de **CESM, SMA, METGES, OMEGA, SME y AMYTS**, una vez estudiada la propuesta presentada por el Ministerio de Sanidad, aunque reconoce algún avance, la considera insuficiente porque no resuelve de forma completamente satisfactoria ninguno de los problemas nucleares de nuestra reivindicación:

- Estatuto y ámbito de negociación propios.
- Jornada laboral.
- Clasificación.
- Jubilación.

En las diferentes reuniones mantenidas siempre hemos defendido que la posibilidad de avanzar en los diferentes temas estaba muy condicionada a la solución del problema de contar con un ámbito de representación propio de médicos y facultativos que nos permitiera a los médicos defender aquellos aspectos que son propios.

El estudio por parte de nuestras asesorías legales de la propuesta enviada nos deja claro que, en su formulación actual, no garantiza jurídicamente ninguno de los dos objetivos del comité de huelga médica estatal (mesa sectorial específica ni unidades electorales diferenciadas), y resulta insuficiente para el logro de nuestras reivindicaciones.

Mantenemos por tanto las propuestas que ya hemos formulado en ocasiones anteriores, introduciendo la posibilidad de alcanzar un acuerdo en cuanto al ámbito de negociación, pero de forma diferente a la planteada en la propuesta de 17 de abril.

1.- Estatuto propio

Aunque el ministerio nos ha negado de forma repetida la creación y negociación de un Estatuto propio del médico y facultativo, nuestra contrapuesta sigue defendiendo la necesidad de una normativa propia para conseguir nuestras reivindicaciones.

2.- Ámbito de negociación propio

Reclamamos un ámbito de negociación propio con un sistema de representación y negociación específico para los médicos a nivel autonómico y estatal, basado en mesas de negociación propias, elegidas en elecciones en las que voten médicos y facultativos y los sindicatos que concurran formen listas exclusivas de médicos y facultativos.

Después del estudio legal de la propuesta presentada por el ministerio, constatamos que el riesgo de bloqueo por parte de los sindicatos generalistas (CCOO/UGT) es real y tiene base normativa directa en los arts. 34.4 y 39.4 TREBEP y en los arts. 6 y 7 LOLS. Sólo una reforma legislativa que objetive los criterios de diferenciación puede reducir ese riesgo.

Por ello, para dotar de cobertura jurídica efectiva a la creación de mesas de negociación específicas del ámbito médico, evitando su subordinación a la voluntad de las mesas generales, se requiere la aprobación de una modificación normativa de carácter básico estatal, ya sea mediante una reforma del Estatuto Marco o a través de legislación básica específica, que habilite de forma directa la constitución de mesas sectoriales propias del personal médico en los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Dicha modificación deberá contemplar la adaptación de los preceptos correspondientes del Estatuto Básico del Empleado Público —en particular, los relativos a la estructura de la negociación colectiva (artículo 34.4 y concordantes)—, de manera que se establezca la creación de estas mesas sectoriales sin necesidad de acuerdo previo en las mesas generales.

Igualmente, se considera necesario el compromiso expreso del Consejo Interterritorial del SNS para promover e impulsar la constitución efectiva de dichas mesas específicas en todas las comunidades autónomas, garantizando así un marco homogéneo de representación y negociación del colectivo médico en todo el Estado.

Entendemos que el acuerdo debe reflejar esa realidad con evidencias suficientes como para poder garantizar su cumplimiento con carácter previo a la firma del acuerdo, y no posteriormente a la firma del mismo.

3.- Clasificación Profesional:

La propuesta del ministerio no recoge ningún cambio en la clasificación, ni una redacción que permita suponer que se van a diferenciar los grupos de clasificación en base a nuestra propuesta. Por ello, seguimos manteniendo nuestro planteamiento:

- **Nuevo sistema de clasificación basado en los créditos universitarios (sistema MECES), la especialización y la responsabilidad.** NO se puede igualar titulaciones con diferente nivel de formación y responsabilidad. Grupos de titulaciones MECES 3 (con y sin especialidad) separados y por encima de los otros grupos.
- Un sistema que contemple el grado de responsabilidad sobre los procesos asistenciales de los pacientes y delimite con claridad las diferencias entre la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento y el resto de las competencias profesionales.
- Cambio coherente con esa nueva clasificación en las retribuciones básicas, que se fundamentan en el nivel formativo necesario para alcanzar esa categoría (sueldo base, trienios, complemento de destino y extraordinarias).

4.- Jornada laboral: mejora del régimen de jornada específica del médico. Jornada flexible y respetando los límites de la Unión Europea.

- Jornada ordinaria de 35 horas semanales de 8 a 15 horas.
- Las horas que superan esta jornada ordinaria se consideran exceso de jornada, se retribuirán por encima de la hora ordinaria máxima y computando para jubilación.
- Descansos relacionados con las jornadas de guardia y computables como jornada efectivamente trabajada y retribuida.
- Regulación y limitación de las guardias localizadas.

El objetivo es conseguir una jornada máxima obligatoria de 35h semanales donde puedan coexistir diferentes tipos de jornada, pero sin descartar ampliaciones de jornada de carácter voluntario con adecuado reconocimiento tanto en cómputo de jornada, jubilación, carrera profesional y retribuciones, reemplazando al actual modelo único de jornada ordinaria y jornada complementaria (guardias).

Alcanzar ese modelo puede ser progresivo en un periodo de 3 a 5 años y debe de ir acompañado de adecuación de las plantillas e incremento retributivo de la actividad extraordinaria.

El Estatuto Marco actual define de una manera meridiana el concepto de las horas de guardia/atención continuada como jornada complementaria y negando su carácter de horas extraordinarias, por lo que no cabe duda que puede definirlo de manera contraria, es decir, calificar la guardia/atención continuada como jornada extraordinaria y las horas por tanto igualmente como concepto jurídico-laboral de extraordinarias, al igual que puede definir las, como ocurre en el E.T., sin entrar en la cuantía, pero sí en su aplicación retributiva, es decir, puede establecer que deben equipararse como mínimo a la hora ordinaria y bajo la negociación colectiva, en cada C.A., podrán incrementarse.

4.- Profesión médica

- Régimen de incompatibilidades igual que el resto de los empleados públicos.
- Reconocimiento como profesión de riesgo por la especial penosidad.
- Pagas extraordinarias íntegras que incluyan todos los complementos.
- Eliminación de la movilidad forzosa.
- Ampliación de la Carrera Profesional con un 5º grado.
- Establecimiento de límites en la presión asistencial, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria, en función de los criterios que determine cada sociedad científica.
- Establecimiento de estudios de cargas laborales que determinen la necesidad de médicos y facultativos, en todos los puntos de atención médica.

5.- Jubilación

- Un sistema de jubilación flexible y voluntaria entre los 60 y los 70 años.
- Jubilación parcial para el personal médico y facultativo estatutario y laboral que trabaje para la sanidad pública.
- Jubilación anticipada: es necesario establecer un reconocimiento de la penosidad del trabajo y el sistema de jornada del médico, que permita la jubilación anticipada sin penalizaciones, a través de un sistema de coeficientes.

La presente contrapropuesta no pretende desconocer los avances técnicos de la propuesta presentada por el ministerio el 17 de abril, pero son insuficientes para poder articular un Acuerdo de desconvocatoria de Huelga.

La ausencia de un ámbito negociador propio, la indeterminación del complemento de penosidad que se plantea y la delegación autonómica de materias esenciales sin calendario ni garantías son cuestiones que no pueden resolverse por la vía de la concreción técnica, sino que requieren movimiento político del ministerio.

El Comité de Huelga médica estatal manifiesta su disponibilidad para trabajar sobre la base de esta contrapropuesta y, simultáneamente, mantiene la convocatoria de jornadas de huelga como garantía del proceso negociador hasta que se produzca un avance sustantivo en los ejes aquí planteados.

**Comité de Huelga
21 de abril de 2026**