

Informe propuesta sobre jubilación para el personal facultativo de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

Granada, octubre 2011



María Jesús Hidalgo Valverde
Vicente Matas Aguilera



Centro de Estudios
Sindicato Médico
de Granada



Centro de Estudios
CESM
Sindicato Médico de Granada

**INFORME PROPUESTA DE CESM EN MATERIA DE JUBILACION PARA EL PERSONAL
FACULTATIVO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SNS.**

1.- INTRODUCCION.

2.- OBJETO DE LA PROPUESTA: ¿Qué queremos?

3.- JUSTIFICACION: OPORTUNIDAD TEMPORAL.

4.- MARCO LEGAL.

5.- BASES PARA LA PROPUESTA: SITUACIÓN DE PARTIDA.

5.1.- Funciones y tareas de los facultativos sanitarios.

5.2.-Peculiaridades del trabajo de los licenciados sanitarios.

5.3.- Requisitos de formación.

5.4.- Condiciones de trabajo de los médicos y facultativos sanitarios: Factores de riesgo inherentes.

5.5.- Organización del tiempo de trabajo: Guardias médicas.

5.6.- Repercusiones en la salud del médico como consecuencia del trabajo por las guardias.

5.7.-Trabajo nocturno y a turnos: Consecuencias del mismo.

5.8.- Recomendaciones sobre trabajo nocturno: medidas protectoras.

5.9.- Otros factores ligados al trabajo: carga mental, estrés y burnout.

5.10.- Indicadores de deterioro de la salud de los profesionales y repercusión en la calidad del sistema.

5.11.- Dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.

6.- JUBILACION: SITUACION Y CONSECUENCIAS.

6.1.- Jubilación flexible en la Unión Europea.

6.2.- Beneficios de la flexibilidad en la jubilación.

6.3.- Coeficientes reductores.

6.4.- Posibilidad de reducción de la edad ordinaria de jubilación en el marco del artículo 161.2 de la LGSS.

6.5.- Impacto global y repercusiones de las condiciones de trabajo.

6.6.- La organización del trabajo: repercusiones del tiempo y distribución del mismo. Las guardias médicas.

6.7.- Repercusiones socio familiares del trabajo de los facultativos sanitarios.

6.8.- Necesidad de adaptación a la realidad social.

6.9.- Factores demográficos. Retos de la planificación de los recursos humanos en sanidad. Feminización de la profesión.

2

7.- JUBILACIÓN Y PENSIÓN.

7.1.- Tope máximo pensión.

7.2.- La jubilación del médico en el sistema de Seguridad Social: consecuencias económicas. Balance económico- fiscal.

8.- PROPUESTAS.

8.1.- Planes de Pensiones.

8.2.- Otras medidas.

9.- CONCLUSIONES.

10.- BIBLIOGRAFIA.

1.- INTRODUCCION

El Acuerdo Social y Económico 2011 firmado entre el Gobierno de la Nación, Patronal y las organizaciones sindicales UGT y CCOO sobre crecimiento, empleo y garantía de las pensiones públicas, **recoge la posibilidad de desarrollar un catálogo de profesiones que por sus problemas específicos de reconocida penosidad, toxicidad, peligrosidad, insalubridad y siniestralidad son susceptibles de la aplicación de coeficientes reductores de la edad de jubilación.** No se trata de una opción de jubilación novedosa ya que la normativa de la Seguridad Social viene contemplando, y aplicando, dicha posibilidad bajo diversas modalidades para varios grupos o actividades profesionales desde hace varios años, siendo el cuerpo de Bomberos de las Administraciones Públicas y los miembros de la Euzkintza los últimos colectivos incorporados (2008) a esta modalidad de jubilación.

La ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, vino a plasmar en el Boletín Oficial del Estado, el desarrollo del Acuerdo sobre Medidas en materia de Seguridad Social, suscrito el 13 de julio de 2006 por el Gobierno, la Unión General de Trabajadores, la Confederación Sindical de Comisiones Obreras, la Confederación Española de Organizaciones Empresariales y la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa. En dicha norma, en su Disposición adicional segunda se condiciona el procedimiento general para rebajar la edad de jubilación mediante coeficientes reductores a su desarrollo reglamentario y a la imposibilidad de modificar las condiciones de trabajo; igualmente, en su Disposición Adicional séptima sobre jubilación parcial y anticipada de los empleados públicos, se recoge “la realidad específica del personal al que le es de aplicación la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, tomando en consideración las singularidades que rodean al mismo”, en él se estableció un plazo, ya ampliamente sobrepasado, de un año para abordar la misma.

Por otra parte, el **Estatuto Marco del personal estatutario** de de los servicios de salud contemplaba hasta ahora, en su artículo 26, **la jubilación forzosa al cumplir los 65 años.** La aplicación de esta medida se convirtió en un motivo de conflicto y de enfrentamiento contencioso permanente que ha obligado, incluso, a algunas comunidades autónomas a rectificar sus decisiones iniciales y modificar sus Planes de ordenación de recursos humanos para permitir la prolongación voluntaria del servicio activo de muchos profesionales. De igual manera, la ley 40/2007 de 4 de diciembre de 2007, de medidas en materia de Seguridad Social, que establece modificaciones de la Ley General de Seguridad Social reconoce en su preámbulo la **opción de prolongar voluntariamente la vida laboral** *“En relación a quienes prolonguen voluntariamente su vida laboral , más allá de la edad ordinaria de jubilación se establece la percepción a tanto alzado, cuando el pensionista tenga derecho a la pensión máxima, o de un porcentaje adicional sobre la base reguladora de la pensión cuando no se alcance dicha cuantía máxima”*.

Por su parte, el **personal funcionario acogido al Régimen de Clases Pasivas** del Estado, contempla una jubilación forzosa al cumplir los 65 años de servicio y, al mismo tiempo, la

posibilidad de la jubilación voluntaria a partir de los 60 años y de la prolongación de la permanencia en activo hasta, como máximo, los 70 años.

Con este marco normativo y siendo concededores de los trabajos que la Administración de la Seguridad Social debe realizar para el desarrollo y puesta en marcha de las reformas en materia de pensiones, y específicamente, en cuanto al reconocimiento de las peculiaridades de los grupos profesionales susceptibles de la aplicación de coeficientes reductores de la edad de jubilación y de las condiciones necesarias para la prolongación de la vida laboral activa, **entendemos desde el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada que la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)**, como organización que **aglutina la mayor representatividad laboral del colectivo médico de nuestro país**, y considerando que las características pasadas, actuales y de futuro que definen el ejercicio de la medicina en nuestro Estado justifican la reiterada petición de esta organización de **un régimen especial de jubilación voluntaria del médico entre los 60 y los 70 años**, y ello desde el convencimiento pleno de que dicha medida no modificaría en absoluto las condiciones de sostenibilidad del sistema ni en sus aspectos asistenciales ni de protección social, ya que los médicos suponen tan solo el 0,85% de la población activa, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) ¹ de 2009.

4

2.- OBJETO DE LA PROPUESTA ¿Qué queremos?

El objetivo de este informe-propuesta es plantear la necesidad de un **régimen flexible de jubilación**, entre los 60-70 años, para todos los facultativos sanitarios que trabajan por cuenta ajena, con adaptación al ámbito del personal sanitario, de las jubilaciones parcial y anticipada ya previstas en la ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social.

En primer lugar, planteamos la posibilidad de prolongar, voluntariamente, la edad de jubilación de los facultativos sanitarios hasta los 70 años de edad, en consonancia con las actuales tendencias europeas, siempre que las condiciones físicas y psíquicas lo permitan.

En segundo lugar, queremos extrapolar, al personal facultativo sanitario estatutario y al personal facultativo sanitario laboral, la **jubilación anticipada de clases pasivas del Estado**, actualmente aplicable a personal acogido a las mutualidades.

Por último, planteamos una propuesta de **jubilación anticipada** que incluya el ejercicio de los facultativos sanitarios por cuenta ajena, en el catálogo de profesiones que se establecerá en el Real Decreto que actualmente se está tramitando por el Ministerio de Trabajo para aquellas profesiones con problemas de penosidad, toxicidad, peligrosidad, insalubridad y siniestrabilidad, cuyas circunstancias diferenciales de los trabajadores, no puedan ser resueltas mediante la modificación de las condiciones de trabajo y del puesto de trabajo.

El objetivo global de la propuesta persigue en última instancia **mejorar la salud de los profesionales y por ende, una mejora de la salud global de la sociedad en su conjunto**. Aunque resulta algo obvio, recientemente se ha destacado en el informe “Report by the comisión on the measurement of economic performance and social progress” de 2009 de los profesores Stiglitz, Sen y Fitoussi, donde aseguran que **“la salud es uno de los pilares de la Sociedad, ya que su impacto es transversal en todos los sectores”**. Es preciso prevenir y evitar el Desgaste profesional, evitar las incertidumbres generadas por un futuro incierto en torno a las jubilaciones en los médicos, sometidas a los vaivenes políticos. De manera que hay que seguir avanzando en conseguir un clima laboral, que no sólo tenga en cuenta las necesidades del paciente, sino que, además proteja la salud de los facultativos sanitarios, y evite el deterioro producido por los actuales riesgos de estrés que generan finalmente el burnout de estos profesionales.

Conviene recordar que **la sostenibilidad del Sistema sanitario pasa, no sólo por disponer de los recursos financieros que lo hagan posible, sino que precisa además, de una adecuada política de recursos humanos** que garantice las óptimas condiciones de sus profesionales.

Cuando se trata de la salud de los profesionales, quienes están llamados a cuidar de ésta, deben tener presente que las consecuencias de la omisión y no atender las necesidades de estos profesionales, terminaran, no sólo por afectar al propio colectivo, sino que las repercusiones alcanzaran a la salud de toda la sociedad.

3.- JUSTIFICACION: OPORTUNIDAD TEMPORAL

El momento actual, en contra de lo que algunos pudieran pensar, resulta muy apropiado para dar respuesta a los retos presentes y del futuro, a medio plazo, de la Sanidad. Para ello resulta necesario arbitrar nuevas fórmulas flexibles que garanticen máxima disponibilidad de recursos muy especializados, al mismo tiempo que es preciso modificar las condiciones laborales de estos profesionales.

Es preciso trabajar para conseguir que el personal facultativo sanitario desarrolle sus tareas en óptimas condiciones, tanto de medios, de condiciones laborales como de su propia salud, adoptando medidas que modulen el impacto negativo que tiene el exceso de jornada del personal facultativo sanitario, mejorando la calidad de vida de estos y propiciando una igualdad de trato de los mismos respecto a otros trabajadores.

Entre las **razones que justifican la oportunidad** de esta actuación podemos citar,

1º.- La actual tramitación de la Ley General de Salud Pública, donde se asume el concepto de intersectoralidad de la Salud pública, dentro y fuera del Sistema sanitario, preconizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) "**Salud en todas las políticas**".

2º.- Cada vez hay más pruebas que señalan las importantes consecuencias negativas para los sistemas sanitarios, de la mala salud de sus médicos.

Tradicionalmente, las organizaciones de atención sanitaria evalúan su rendimiento sólo mediante indicadores que se basan en el paciente, como, por ejemplo, los porcentajes de supervivencia tras el tratamiento del cáncer o una determinada cirugía. Sin embargo, incluir la salud del médico como indicador de calidad, tendría en cuenta la actual creencia de que **los médicos enfermos influyen negativamente en el rendimiento de los sistemas sanitarios.**

La salud de los profesionales repercute, según Wallace², de forma directa en la calidad del servicio prestado y en la salud de la población atendida y, por tanto, debe ser abordado como un problema de salud pública. Recuerda que los médicos no son buenos ocupándose de su propia salud o la de sus colegas, y **analiza una posible asociación entre la mala salud del profesional y una peor atención al paciente.** Teniendo en cuenta que **la salud** no sólo influye en cada médico, sino que es vital para la prestación de una buena atención, propone que **debería incluirse como indicador de calidad del sistema sanitario.**

3º.- La necesidad de adaptar la edad de jubilación a la realidad social, aplicando los conocimientos científicos actuales a la situación sociodemográfica de los próximos años y su prevención, abordando los cambios legislativos necesarios que permitan dotar de flexibilidad el acceso a la jubilación de estos profesionales.

4º.- Las modificaciones legislativas que se están realizando en este momento como consecuencia del Acuerdo Social y Económico 2011 firmado por Gobierno, Sindicatos y Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), en materia de jubilaciones, constituyen una magnífica oportunidad, para abordar un asunto que, aunque íntimamente relacionado con el tema de las jubilaciones, tiene y tendrá aún más consecuencias en otros ámbitos de la vida y en la salud de todos los ciudadanos.

5º.- La necesidad de aplicar los conocimientos actuales de la prevención en todos los ámbitos. En este sentido, la presidenta de la World Medical Association en el Foro Mundial de Líderes de Salud celebrado en Taipéi en 2009, instó a la profesión y a los gobiernos a que presten más atención al desgaste de los profesionales.

4.- MARCO LEGAL

El pasado 2 de agosto se publicó en el BOE la nueva Ley 27/2011, de 1 de Agosto, sobre Actualización, Adecuación y Modernización del Sistema de la Seguridad Social, que contempla diversas enmiendas introducidas en su trámite de aprobación parlamentaria, los acuerdos que dentro del marco del denominado “diálogo social” suscribieron los interlocutores sociales y el Gobierno en fecha 2 de febrero de 2011 en el denominado “Acuerdo social y económico para el crecimiento, el empleo y la garantía de las pensiones”, cuya Parte II estaba íntegramente dedicada al Acuerdo para la reforma y fortalecimiento del sistema público de pensiones.

La presente Ley entrará en vigor el próximo 1 de enero de 2013, salvo las excepciones que se recogen en su texto y especialmente la Disposición Final Undécima. Sin embargo, queda pendiente el desarrollo normativo ahí donde se exige.

Las novedades más importantes son:

1) Cotización a la Seguridad Social (SS) con 65 o más años.

Los empresarios y trabajadores quedarán exentos de cotizar a la SS por contingencias comunes, salvo por Incapacidad Temporal (IT) derivada de las mismas respecto de aquéllos trabajadores por cuenta ajena con contrato indefinido que se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

- 65 años de edad y 38 años y 6 meses cotizados.
- 67 años de edad y 37 años cotizados.

Con anterioridad la citada exoneración se fijaba en 65 años de edad y 35 años cotizados. La presente exoneración también es de aplicación a los trabajadores afiliados al RETA.

2) Jubilación.

a) Requisitos:

Haber cumplido 67 años de edad, o 65 años cuando se acrediten en este caso 38 años y 6 meses cotizados (antes 65 años.)

Se establece una aplicación paulatina de la edad de jubilación y los años de cotización indicados a partir de enero de 2013 y hasta el año 2027. Así, por ejemplo:

- 2013: con 35 años cotizados y 3 meses o más la edad exigida serán 65 años. Si la cotización es inferior la edad será de 65 años y un mes.
- 2014: con 35 años cotizados y 6 meses o más la edad exigida serán 65 años. Si la cotización es inferior la edad será de 65 años y dos meses.
- Y así sucesivamente hasta el ejercicio de 2027.

Período mínimo cotizado 15 años de los cuales 2 deben estar dentro de los 15 inmediatamente anteriores al hecho causante.

b) Cálculo Base Reguladora:

Será el cociente que resulte de dividir por 350 (antes 210), las bases de cotización del beneficiario durante los 300 meses -es decir, 25 años- inmediatamente anteriores al mes previo al del hecho causante (antes se tomaban los 180 meses anteriores, es decir, 15 años).

Aplicación gradual a partir de enero de 2013. Concretamente:

- 2013: se dividirá por 224 las bases de cotización de los 192 meses anteriores.
- 2014: se dividirá por 238 las bases de los 204 meses anteriores.
- Y así sucesivamente hasta completar el cálculo indicado en enero de 2022.

c) Cuantía:

La cuantía de la pensión de jubilación, en su modalidad contributiva, se determinará aplicando a la base reguladora, los porcentajes siguientes:

- Por los primeros 15 años cotizados: 50%.
- A partir del 16º, por cada mes adicional de cotización, comprendido entre los meses 1 y 248, se añadirá el 0,19% y por los que rebasen el mes 248, se añadirá el 0,18% sin que el porcentaje aplicable a la base reguladora pueda superar el 100% de la misma, salvo lo indicado a continuación.

Cuando se accede a la pensión de jubilación a una edad superior a los 67 años, o 65 años con 38 años y medio de cotización, siempre que se acrediten un mínimo de 15 años cotizados, se reconocerá al interesado un porcentaje adicional por cada año completo cotizado entre la fecha que cumplió dicha edad y la del hecho causante de la pensión, cuya cuantía estaría en función de los años cotizados acreditados en la primera de las fechas indicadas. Concretamente tales porcentajes adicionales serían los siguientes:

- Hasta 25 años cotizados, el 2%.
- Entre 25 y 37 años cotizados, el 2,75%.
- A partir de 37 años cotizados, el 4%.

Para aplicar los porcentajes anteriormente indicados también se establece un escalado o aplicación paulatina que se inicia en el 2013 y finaliza en el 2027.

3.- Jubilación Anticipada.

Se establecen dos modalidades dentro de esta figura:

Derivada del cese en el trabajo por causa no imputable al trabajador:

En este caso los requisitos a cumplimentar por la persona que se pretende jubilar anticipadamente son los siguientes:

- Acreditar 61 años de edad cumplidos.
- Encontrarse inscrito en la Oficina de Empleo, al menos, 6 meses inmediatamente previos a la solicitud de la jubilación.
- Acreditar un período mínimo de cotización efectiva de 35 años (antes eran 30.) Como novedad se computa como cotizado el período de servicio militar obligatorio o de prestación social sustitutoria realizada con un máximo de 1 año.
- Que el cese se haya producido como consecuencia de una situación de crisis o cierre de la empresa. Las causas de extinción del contrato que podrán dar derecho al acceso a esta modalidad de jubilación anticipada son:
 - El ERE (art. 51 ET)
 - El despido objetivo por causas económicas (art. 52c) ET)
 - La extinción del contrato por resolución judicial conforme al art. 64 de la Ley Concursal.
 - La muerte, jubilación o incapacidad del empresario individual.
 - La extinción del contrato por causa de fuerza mayor.
 - En este supuesto la pensión será objeto de reducción mediante la aplicación, por cada trimestre o fracción que le falte al trabajador para alcanzar la edad de jubilación prevista en el apartado 2 a) anterior, de un coeficiente del 1,875% por trimestre para los trabajadores con menos de 38 años y 6 meses cotizados y del 1,625% para los trabajadores con 38 años y 6 meses cotizados o más.

Derivada de la voluntad del interesado:

En este caso, los requisitos a cumplimentar por la persona que se pretende jubilar anticipadamente son los siguientes:

- Acreditar 63 años de edad cumplidos o dos años antes de la edad legal si es superior a los 65 años por no llegar a los años de cotización necesarios.
- Acreditar un periodo mínimo de cotización de 35 años. Rige en los mismos términos anteriores el período de servicio militar obligatorio o prestación social sustitutoria.
- Acreditados los anteriores requisitos el importe de la pensión debe ser superior a la mínima que correspondería al interesado por su situación familiar al cumplimiento de los 65 años de edad. De no alcanzar ésta no podrá acceder a la jubilación anticipada bajo esta fórmula.
- Aplicación coeficientes reductores en mismos términos que los indicados para cuando el cese no era por causa imputable al trabajador.
- Se mantiene la posibilidad de jubilación anticipada a los 60 años para los trabajadores que tuvieran la condición de mutualista el 1 de enero de 1967. En este caso, la cuantía de la pensión se reduciría en un 8% por cada año o fracción que le falte al trabajador para cumplir 65 años.

Regulación de la prestación de jubilación:

- Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre Actualización, Adecuación y Modernización del Sistema de la Seguridad Social.

- Ley 47/1998, de 23 de diciembre, por la que se dictan reglas para el reconocimiento de la jubilación anticipada del sistema de la Seguridad Social, en determinados casos especiales.
- Decreto 2957/1973, de 16 de noviembre, sobre cómputo recíproco de cotizaciones en el sistema de la seguridad social.
- Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y condiciones para el derecho a las mismas.
- Real Decreto 1647/1997, de 31 de octubre, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social.
- Real Decreto 691/1991, de 12 de abril, sobre cómputo recíproco de cuotas entre regímenes de seguridad social.
- Real Decreto 1799/1985, de 2 de octubre, para la aplicación de la Ley 26/1985, de 31 de julio, en la materia de racionalización de las pensiones de jubilación e incapacidad permanente.
- Orden TIN/1362/2011, de 23 de mayo, sobre régimen de incompatibilidad de la percepción de la pensión de jubilación del sistema de la Seguridad Social con la actividad desarrollada por cuenta propia por los profesionales colegiados (SUSPENDIDA)
- Orden de 18 de enero de 1967 por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de la prestación de vejez (jubilación) en el Régimen General de la Seguridad Social.
- Resolución de 28 de septiembre de 2004, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Hecho causante de la pensión de jubilación, en determinados supuestos en los que en la fecha de extinción del Convenio Especial se reúnen todos los requisitos exigidos para el reconocimiento de la pensión.
- Resolución de fecha 22 de enero de 1987, de la Dirección General de Régimen Jurídico de la Seguridad Social sobre edad real mínima de jubilación en supuestos de no alta ni de situación asimilada a la de alta.

Jubilación anticipada:

- Real Decreto 1851/2009, 4 diciembre, por el que se desarrolla el artículo 161 bis de la LGSS en cuanto a la anticipación de la jubilación de los trabajadores con discapacidad en grado igual o superior al 45 por ciento.
- Real Decreto 383/2008, de 14 de marzo, por el que se establece el coeficiente reductor de la edad de jubilación en favor de los bomberos al servicio de las administraciones y organismos públicos.

- Real Decreto 1539/2003, de 5 de diciembre, por el que se establecen coeficientes reductores de la edad de jubilación a favor de los trabajadores que acreditan un grado importante de minusvalía.
- Real Decreto 1132/2002, de 31 de octubre, de desarrollo de determinados preceptos de la Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible.
- Real Decreto 1559/1986, de 28 de junio, por el que se reduce la edad de jubilación del personal de vuelo de trabajos aéreos.
- Real Decreto 1194/1985, de 17-7, por el que se acomodan al amparo de lo establecido en la Disposición Adicional 7ª de la Ley 8/1980, de 10-3, modificada por la Ley 32/1984, de 2 de agosto, las normas sobre anticipación de la edad de jubilación como medida de fomento del empleo.
- Real Decreto 2366/1984, de 26 de diciembre, sobre reducción de la edad de jubilación de determinados grupos profesionales incluidos en el ámbito del estatuto del minero, aprobado por el Real Decreto 3255/1983, de 21 de diciembre.
- Resolución de 4 de noviembre de 1985, de la Subsecretaría de Trabajo y Seguridad Social, sobre jubilación plena con contrato sustitutorio a los 64 años, prevista en el Real Decreto 1194/1985, de 17 de julio.

Jubilación parcial y flexible:

Siguen pendientes de publicación los dos Reales Decretos que durante el mes de julio se aprobaron en el Consejo de los Diputados, que desarrollan reglamentariamente el nuevo sistema de jubilación gradual y flexible y la jubilación parcial en el Sistema de la Seguridad Social así como la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial.

- Real Decreto 1131/2002, de 31 de octubre, por el que se regula la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como de la jubilación parcial.
- Orden TIN/1827/2010, de 6 de julio, por la que se desarrolla, en relación con los acuerdos colectivos de empresa sobre jubilación parcial, lo dispuesto en la disposición transitoria segunda del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo.
- Resolución de 18 de noviembre de 2010, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por la que se publica la relación de acuerdos colectivos de empresa, suscritos con anterioridad al 25-5-2010, que contienen compromisos en materia de jubilación parcial.

Reconocimiento de años cotizados. Colectivos particulares:

- Real Decreto 1513/2009, de 2 de octubre, por el que se regula la suscripción de convenio especial con la Seguridad Social por los trabajadores de agencias de aduanas que resultaron afectados por la incorporación de España al Mercado Único Europeo.
- Real Decreto 1512/2009, de 2 de octubre, por el que se modifican el Real Decreto 487/1998, de 27 de marzo, sobre reconocimiento, como cotizados a la seguridad

social, de períodos de actividad sacerdotal o religiosa de los sacerdotes y religiosos o religiosas de la Iglesia católica secularizados, y el Real Decreto 2665/1998, de 11 de diciembre, por el que se completa el anterior Real Decreto.

- Real Decreto 1108/2007, de 24 de agosto, sobre reconocimiento como cotizados a la Seguridad Social periodos en que los miembros de las Corporaciones locales ejercieron con dedicación exclusiva su cargo político, con anterioridad a su inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social.
- Real Decreto 788/2007, de 15 de junio, sobre reconocimiento de los periodos de dedicación a la enseñanza del euskera como cotizados a la seguridad social.
- Real Decreto 2665/1998, de 11 de diciembre, por el que se complementa el R. Dto. 487/1998, de 27-3, sobre reconocimiento, como cotizados a la S.S., de los periodos de actividad sacerdotal o religiosa a los sacerdotes y religiosos de la iglesia católica secularizados.
- Real Decreto 487/1998, de 27 de marzo, sobre reconocimiento, como cotizados a la seguridad social, de periodos de actividad sacerdotal o religiosa de los sacerdotes y religiosos o religiosas de la iglesia católica secularizados.
- Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, por el que se integra en el Régimen General de la Seguridad Social el Régimen Especial de la Seguridad Social de los funcionarios de la Administración Local.
- Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre, por el que se integran los regímenes especiales (ferroviarios, jugadores de fútbol, representantes de comercio, toreros y artistas) en el Régimen General, y escritores de libros en el RETA.
- Orden de 30 de noviembre de 1987 para la aplicación y desarrollo, en materia de acción protectora, del Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre, (integración de Regímenes Especiales de la Seguridad Social).
- Resolución de 9 de abril 2008, de la Tesorería Gral. de la Seg. Social, por la que se publica el Acuerdo de encomienda de gestión con el INSS para la realización de determinadas actuaciones relativas a la aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 1108/2007, de 24 de agosto.
- Resolución de 12 de diciembre de 2007, de la TGSS, sobre el alcance del requisito de ejercicio retribuido del cargo de miembro de una corporación local, exigido por el art.1 del Real Decreto 1108/2007, de 24 de agosto, sobre reconocimiento como cotizados a la Seguridad Social de los períodos en que los miembros de corporaciones locales ejercieron con dedicación exclusiva su cargo político, con anterioridad a su inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social.

Jubilación Funcionarios Públicos:

- Real Decreto 134/2002, de 1 de febrero, por el que se modifica parcialmente el Régimen Jurídico de las Pensiones de Viudedad y Orfandad en Clases Pasivas.
- Real Decreto 851/1992, de 10 de julio, por el que se regulan determinadas pensiones extraordinarias causadas por actos de terrorismo.

- Real Decreto 691/1991, de 12 de abril, sobre cómputo recíproco de cuotas entre Regímenes de Seguridad Social.
- Real Decreto 172/1988, de 22 de febrero, sobre procedimiento de jubilación de Funcionarios Civiles del Estado.
- Real Decreto Legislativo 670/1987, de 30 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado.

Personal estatutario y empleado público:

- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (Art. 67 y Disposición Adicional Sexta).
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Art. 26 y Disposición Transitoria Séptima).
- Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la reforma de la Función Pública; precepto que, según la Resolución de 21 de junio de 2007, de la Secretaria general para la Administración Pública, sigue siendo aplicable en tanto no se dicten las leyes de función pública previstas en el Estatuto Básico del Empleado Público.
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

5.- BASES PARA LA PROPUESTA, SITUACION DE PARTIDA.

5.1.- Funciones y tareas de los facultativos sanitarios.

En nuestro país llegar a **ser Médico significa recorrer un largo camino formativo** que no admite, desde ningún punto de vista, comparación alguna con el resto de profesiones derivadas de titulaciones universitarias. Y no se trata ésta de una afirmación gratuita o de tintes corporativistas sino de una realidad amparada en la normativa actual que exige, por ahora, una Licenciatura Universitaria o Titulación de Grado con una exigencia de 360 créditos ECTS (European Credit Transfer System) a desarrollar en SEIS años, lo cual significa un 30% más de carga académica que la mayoría de las titulaciones universitarias, necesaria, sin lugar a dudas, para que el estudiante de Medicina adquiriera los conocimientos y competencias mínimas imprescindibles según el estado actual del conocimiento médico.

Pero a diferencia de los demás universitarios, los egresados de las Facultades de Medicina, hoy Licenciados, mañana Graduados y, esperemos que en breve tiempo, Masters, aún tienen que superar, previo duro examen de acceso, un intenso periodo de instrucción teórico-práctico cual es la formación especializada mediante el conocido sistema de Médico Interno Residente (MIR). Un periodo de tiempo que les ocupará y les obligará durante 4 ó 5 años más a desarrollar, además de una intensa actividad intelectual, una jornada laboral

especialmente penosa debido a las muchas guardias médicas que le son exigidas, teóricamente para su formación, pero que en la práctica, han venido a suplir las carencias de personal de plantilla a muy bajo coste. Ya en este periodo, son múltiples los estudios y las evidencias que apuntan a una patología específica derivada de esta exigente actividad.

Tras un mínimo de 11 o 12 años de intensa y competitiva dedicación formativa, puede presentarse en sociedad el médico como un profesional reconocido y legalmente habilitado para ejercer la medicina. Hasta este momento, rondando los treinta años de edad, transcurrido más de un tercio de su esperanza de vida, no ha podido el profesional ofertarse en el mundo laboral para empezar a poder vivir de su trabajo de médico. Además, como otra particularidad de esta profesión, es en este momento, cuando el médico adquiere un compromiso, único e irrenunciable, con la sociedad y que le llevará a **SER MÉDICO en todo momento durante toda su vida**. Esto conlleva unos niveles de exigencia y responsabilidad social y personal difícilmente comparables con otras ocupaciones.

Podemos hablar de **dos pilares básicos** del ejercicio de la medicina exigidos a todo médico. Por una parte el Saber Médico, que podríamos definir como Patrimonio de la humanidad aunque depositado en la Profesión Médica y administrado por ésta, y por otra, el Compromiso en la práctica de este conocimiento, dentro del código ético y normas de regulación autoimpuestas.

El actual modelo de relación sanitaria supone una **intensa vinculación entre la Profesión Médica y el Estado, la Sociedad y el usuario final**. Es un modelo exigente con el médico cuyo papel es primordial en ese modelo de Sociedad del Bienestar que como estado democrático hemos decidido libremente y así, la sociedad, **le exige al médico:**

VOCACIÓN, entendida la misma como el permanente requerimiento de una dedicación social plena, por encima de otros tipos de beneficios o reconocimientos. El médico en el Servicio Nacional de Salud de nuestro país se encuentra a la cola de la Unión Europea en cuanto a retribuciones, siendo esto uno de los motivos fundamentales del sostenimiento económico de nuestro Sistema, pero también, de la fuga de nuestros profesionales ya formados a mercados laborables más saludables fuera de nuestras fronteras.

DISCIPLINA, suponiendo ésta una total subordinación del médico a las reglas del código deontológico, establecidas por el colectivo profesional, **COMPETENCIAS, demostrables** en cualquier momento en cuanto conocimiento y habilidades, lo que le exige, una permanente actualización durante toda su vida profesional. Es habitual que este tremendo esfuerzo, se tenga que realizar al margen de la jornada laboral, sacrificando su tiempo libre y dificultando seriamente la conciliación de su vida familiar. Competencia, también, en cuanto a la actitud exigida en las relaciones personales, tan difícil de mantener en una asistencia sanitaria tan masificada como la actual.

COMPROMISO absoluto con la salud de los usuarios y de la comunidad, así como de gestionar con eficiencia los recursos sanitarios disponibles. Teniendo en cuenta que el principal recurso sanitario en los servicios de salud es el propio médico, quién puede dudar del

más absoluto compromiso, cuando por la eficiencia y necesidades del servicio, tan habituales en nuestros centros de trabajo (aún más en tiempos de crisis y recortes), se duplica o triplica la carga laboral de los facultativos, se superan ampliamente todos los topes de horas anuales, se eliminan los descansos reglamentarios, y todo ello con la vocación, disciplina y mantenimiento de las competencias socialmente exigidas.

La inmensa mayoría de los profesionales médicos españoles desempeñan su trabajo en el **Sistema Nacional de Salud**, siendo por lo tanto éste su principal empleador. Es el propio Sistema el que tiene establecido los mecanismos de acceso y control permanente de las exigencias ya descritas, pero también quien ha rehuido siempre el reconocimiento estricto de unos límites razonables en cuanto a las condiciones laborales de los facultativos, sabedores del crucial papel que estos desempeñan en el mantenimiento de un sistema sanitario como el actual donde sólo la ausencia de médico es motivo para que se cierre un servicio sanitario (no suele ser así cuando se trata de otras categorías). Al médico del Sistema Sanitario Público se le exige, además de todo lo anterior, ser parte muy activa en el sostenimiento de un sistema sanitario universal, de amplísimas prestaciones y de una financiación más que ajustada, y ello supone sobrepasar, con demasiada frecuencia, los límites exigidos por la normativa internacional en prevención de riesgos laborales. La apertura continuada de los centros sanitarios exige el establecimiento de una jornada de trabajo que permita el funcionamiento correcto y para ello se establecen diferentes organizaciones del trabajo (turno rotatorio, turno nocturno, etc ...), pero **sólo en el caso del Facultativo hospitalario se puede exigir siempre que a continuación de su jornada habitual, y sin periodo de descanso alguno, de comienzo a su jornada complementaria**, habitualmente para garantizar la asistencia continuada.

Seria excesivamente largo, prolijo y extenso hacer una referencia a las específicas funciones, tareas y diversas exigencias que tienen los médicos, no obstante basta con mirar las competencias definidas para obtener el título de Licenciado en Medicina, las establecidas para cualquiera de los planes de formación de las diversas especialidades o las definidas por los mapas de competencia profesionales para hacerse una idea.

5.2.- Peculiaridades del trabajo de los licenciados sanitarios

El trabajo de los facultativos sanitarios **presenta peculiaridades o diferencias respecto a otros trabajos que es preciso destacar y considerar**. Estas diferencias abarcan distintos aspectos y están presentes a lo largo de toda la vida profesional afectando a áreas tan diversas como la formación o la forma de prestación del servicio, pero en todo caso, siempre constituyen un importante esfuerzo personal y son reflejo de la solidaridad y generosidad que caracteriza a este colectivo. Se configura así una realidad diferente, tradicionalmente vinculada con el carácter vocacional de la profesión.

No podemos olvidar que estas **especiales características** tienen importantes repercusiones para estos profesionales, que precisan de **soluciones diferenciadas** y diversas.

5.3.- Requisitos de formación

La solidaridad del médico comienza a ponerse de manifiesto, desde el momento que decide estudiar medicina, ya que para poder entrar se le ha exigido una de las notas de corte más altas de la Universidad. Continúa en la formación pregrado durante seis años, con una carga de estudio intenso. A continuación, preparación del MIR y después cuatro o cinco años de especialización. Al mismo tiempo, deben ir haciendo el doctorado, y preferentemente algunas publicaciones y es entonces, con 29 o 30 años, cuando estará en condiciones de acceder al mercado laboral.

El proceso formativo de un médico es una **obligación, legal^{3,4}, y deontológica⁵**, que se extiende a lo largo de toda su vida laboral y abarca **tres etapas**, la licenciatura, la especialización postgrado y la formación continuada de actualización profesional y de carácter periódico y duración ilimitada. La licenciatura, pese a ser una de las de mayor duración, precisa de forma indispensable de una formación especializada adicional, antes de entrar en el mercado laboral. En total 10 o 11 años de formación reglada antes de comenzar su vida profesional

Según González⁶, es un hecho constatado que **ninguna carrera universitaria llega a aproximarse a medicina en tasas de matriculación en tercer ciclo ni a la producción de tesis doctorales**. La cifra de inscritos en estudios de doctorado de los médicos se sitúa en torno a 2,5 veces el número anual de nuevos graduados, cuando esa misma ratio para el conjunto del resto de carreras es solamente del 0,6. Por otro lado, **las tesis doctorales en medicina suponen el 25% del total de tesis defendidas en toda la Universidad**. La explicación a estos datos apunta a la necesidad de acreditar la capacidad investigadora del médico que cada día más, va añadiendo la investigación a su ya larga lista de tareas habituales. Estos datos vienen a reconocer que la investigación, no es una tarea excepcional en el ejercicio de la medicina, sino una actividad cotidiana, necesaria e imprescindible.

Paralelamente se puede comprobar que la altísima participación de los médicos en los estudios del doctorado no se da en las demás profesiones sanitarias que presentan tasas similares al resto de licenciaturas de las otras ramas formativas. También la participación de los médicos en actividades de formación continuada es espectacularmente alta, tanto en términos absolutos, como en relación al resto de profesionales. Es decir, los médicos pasan su juventud entre los libros y el trabajo.

Estos datos nos dan una idea del tiempo que emplea, el esfuerzo personal y familiar que supone para el médico y los facultativos sanitarios en general, estar preparados para obtener la cualificación técnica necesaria para prestar a los ciudadanos un servicio de calidad.

El **sobreesfuerzo formativo** no será el único esfuerzo exigido a estos profesionales, ya que como quedara de manifiesto en este informe, a lo largo de toda la vida profesional se le exigirá también, entre otros, un gran esfuerzo en relación con el número de horas trabajadas en comparación con el resto de la población trabajadora, poniéndose de manifiesto el alto compromiso que estos trabajadores mantienen respecto a la Sociedad, así como la vocación y solidaridad que demuestran a lo largo de su vida profesional.

Cuando ya han conseguido el título de especialista, con suerte, consiguen un trabajo precario por periodos cortos, o un trabajo a tiempo parcial. Sin embargo, el hecho de trabajar a tiempo parcial o periodos cortos no le suponen menor número de horas trabajadas, muy al

contrario, generalmente supone pocos días de cotización, pero muchas horas de trabajo. Es decir que, si medimos el tiempo trabajado en horas, en lugar de hacerlo en días en relación a cada periodo anual, comprobaríamos que el médico, incluso el que esta a tiempo parcial, supera a muchos trabajadores que están a jornada completa, ya que el total de horas trabajadas en el caso del médico, incluye la realización de jornada ordinaria a tiempo parcial mas el tiempo dedicado a las guardias o jornada complementaria correspondiente.

Sin embargo, de aplicarse las medidas generales establecidas en el Acuerdo Económico y Social de 2011, y posteriormente ratificadas por la Ley 27/2011⁷, sin tener en cuenta estas peculiaridades de la profesión, propiciarán, probablemente sin pretenderlo, una **nueva discriminación** para este colectivo. El cómputo del tiempo de cotización para generar el derecho a una pensión de jubilación máxima a partir de la entrada en vigor de las modificaciones previstas es de 38 años y seis meses. Pero, estos cálculos se realizan considerando la jornada laboral vigente, que en nuestro país va de 35 a 40 horas semanales (8 horas diarias) como máximo. No se tiene en consideración que existen algunas profesiones, como la de los facultativos sanitarios, donde en muchas ocasiones se contrata por días. Se cotiza por un día, pero en realidad se trabajan 24 horas, es decir el equivalente a tres días para cualquier otro trabajador. El mantenimiento en el tiempo de estas situaciones hace que muchos médicos deban acumular múltiples contratos de uno o varios días para acumular un mes de cotizaciones, sin considerar que los treinta días de cotización de ese medico no son comparables a los treinta días de cotización de un trabajador que ha realizado sus funciones 5 o 6 días en la semana a razón de 7 u 8 horas diarias y con sus respectivos descansos que también le computan en el periodo de 30 días. Estos médicos no podrán percibir la pensión máxima a pesar de la enorme cantidad de horas trabajadas porque sumar los 38 años y seis meses exigidos, en estas condiciones, les llevaría varias vidas.

En definitiva, la respuesta de la Sociedad a la generosidad mostrada por estos profesionales no puede ser una nueva situación discriminatoria que repercuta negativamente en quienes tantos esfuerzos han realizado. **Sera preciso, ante la diferente realidad de estos profesionales, aplicar soluciones diferentes.** Aplicar soluciones iguales a situaciones desiguales sólo acrecienta las desigualdades.

5.4.- Condiciones de trabajo de los médicos y facultativos sanitarios: Factores de riesgo inherentes

Los **riesgos de salud** de quienes trabajan en el ámbito asistencial de la Sanidad, constituyen un tema que cada vez cobra mayor importancia en los países avanzados.

Existen estudios y evidencias científicas, que demuestran la existencia **de riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales** que de modo abierto o encubierto afectan a los profesionales que prestan servicios de salud. Sin ánimo de ser exhaustivos, repasaremos algunas de las circunstancias que concurren en estos profesionales.

Los riesgos biológicos causados por organismos vivos, generalmente microscópicos, plantean serios peligros. La epidemia del SIDA y la hepatitis B han influenciado la práctica

médica y asistencial y se les considera un problema de exposición laboral por el posible contacto con los virus a través del trato directo con pacientes y por la manipulación de fluidos corporales contaminados. El riesgo de adquirir el virus del SIDA en el ambiente de trabajo es de 0,5 a 0,7% por manipulación inadecuada de fluidos o por pinchazos con material contaminado. La hepatitis B es la más frecuente de las enfermedades infecciosas de origen profesional y la probabilidad de adquirirla accidentalmente es tres veces mayor que la del SIDA. También podemos citar la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o la Hepatitis C.

Los riesgos químicos juegan un papel importante en los servicios de hospitalización, y de laboratorios ya que el personal puede absorber sustancias químicas durante su manejo o por mantenerse cerca de ellos. Los gases anestésicos, antisépticos, reactivos, citostáticos, disolventes, cáusticos, medicamentos y preparados farmacéuticos provocan efectos biológicos en el trabajador, dependiendo de la concentración, manipulación, exposición, susceptibilidad del trabajador, el agente y la práctica de protección adoptada por el personal.

Los riesgos físicos más conocidos a los que están expuestos los trabajadores de salud son la radiación ionizante, la exposición al ruido, temperatura, la electricidad y más recientemente el laser. Las radiaciones ionizantes más comunes son los rayos X y los elementos radiactivos de los departamentos de radiología, radioterapia, laboratorios clínicos y quirófanos. En cuanto al ruido, los trabajadores de salud más expuestos son los Odontólogos, Cirujanos Maxilo-Faciales, Cirujanos de Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología y Bacteriólogos.

Los riesgos psicosociales que pueden presentarse por el ambiente físico del trabajo, obedecen a distintas causas, factores propios de la tarea, la organización de los horarios, la rapidez de los cambios tecnológicos, la estructura jerárquica rígida y las relaciones humanas e interprofesionales, prácticas en lugares peligrosos (agresiones).

También es preciso recordar que el contacto permanente con el dolor y el sufrimiento humano junto con lo anterior, conduce a cifras de burnout entre los médicos, preocupantes, incluso superiores al 70% según Martínez⁸.

5.5.- Organización del tiempo de trabajo: Guardias Médicas.

La sociedad exige al médico jornadas laborales a lo largo de toda su vida profesional, muy superiores a las de cualquier otro trabajador. En la actualidad y desde la entrada en vigor del Estatuto Marco, en nuestro país, al médico, se le exigen 48 horas semanales en computo semestral. Anteriormente a dicha normativa **no existía límite máximo a la jornada laboral** y son muchos los facultativos que han llegado a realizar guardias de 24 horas en días alternos, incluso en áreas de una elevadísima responsabilidad, peligrosidad y estrés.

Aunque existen algunas pequeñas diferencias en cuanto a la jornada laboral de unos a otros servicios de salud, en general podemos decir que desde la entrada en vigor del Estatuto Marco en 2003, los facultativos del SNS de nuestro país realizan un promedio de 48 horas semanales de trabajo, un total 2.304 horas anuales de carga de trabajo efectiva, de las cuales

por término medio, aproximadamente unas 1.540 horas lo serían de **Jornada Ordinaria** como cualquier otro trabajador del sistema público de salud. Sin embargo, el médico queda obligado por ley, a realizar más horas, aproximadamente 764 horas/anuales más de trabajo efectivo en la llamada **Jornada Complementaria**, cantidad obtenida de la diferencia 2.304 horas-1.540 horas = 764 horas. Este exceso de jornada tiene que realizarse obviamente fuera de la jornada ordinaria, llevándose a cabo por tanto mayoritariamente en horas nocturnas (63%) y en días festivos, sábados y domingos (36%). Esta jornada en su mayor parte está ocupada por funciones casi exclusivamente asistenciales.

Además por otra parte, como no puede ser de otra forma, la medicina exige una permanente actualización de conocimientos, y es preciso compaginar la actividad asistencial con tareas de investigación y docencia. Estas actividades, fundamentales en nuestra profesión, son realizadas por los médicos en un elevado porcentaje de casos, por no decir en todos, en su llamado “tiempo libre”, es decir fuera de las horas de trabajo que están dedicadas fundamental, por no decir exclusivamente, a las tareas asistenciales, suponiendo, en la práctica, una prolongación de la jornada no considerada ni computada.

5.6.- Repercusiones en la salud del médico como consecuencia de las guardias.

Que las condiciones del trabajo repercuten en la salud de los trabajadores es algo obvio. Los médicos, en general, hasta ahora, no han demostrado ser buenos ocupándose de su propia salud, prueba de ello es la escasez de trabajos que estudian la repercusión de las guardias en la salud de estos profesionales.

No obstante, partiendo de datos indirectos podemos obtener una aproximación bastante certera de la situación. Básicamente el trabajo de las guardias médicas corresponde a la realización de un **exceso de jornada** que se realiza en gran parte en **turno nocturno** y que sigue los patrones de distribución del tiempo de trabajo, propio del **trabajo a turnos**.

Ante la ausencia de estudios específicos sobre las repercusiones que tiene la realización de guardias en la salud de los médicos, recurrimos, a analizar las consecuencias en la salud de los trabajadores, del trabajo nocturno y del trabajo a turnos, avaladas por múltiples estudios y a las que, obviamente, también están expuestos los facultativos sanitarios que realizan guardias.

5.7.-Trabajo nocturno y a turnos: consecuencias.

Es de sobra conocido que la respuesta de los individuos a la falta de sueño no es homogénea en la población en general. Podemos citar las distintas preferencias que manifiestan los estudiantes Universitarios, al ser preguntados por este particular. Unos prefieren estudiar de noche, mientras que otros reconocen que sus facultades mentales están mermadas por la noche y prefieren hacerlo durante el día. En general las mujeres toleran peor la falta de descanso nocturno.

No obstante, con carácter general el trabajo nocturno es muy perturbador para las funciones vitales humanas. Recordamos que el 63 % del exceso de horas de trabajo que realiza un médico es en horario nocturno.

El ritmo biológico del cuerpo humano nos prepara para que funcionemos a pleno rendimiento durante las horas diurnas, regulando la fase de activación (o vigilia) durante el día y la fase de desactivación (o sueño) durante la noche, según los ritmos circadianos. Por ello, **la jornada laboral más adecuada estaría comprendida entre las 6.00 y las 20.00 horas**, que es cuando el cuerpo humano se encuentra mejor preparado para funcionar correctamente. La actividad laboral desempeñada en las horas de la noche, con independencia del trabajo de que se trate, ha sido objeto de varios estudios, que ponen de manifiesto sus efectos negativos y dañinos sobre la salud, produciendo alteraciones tanto orgánicas como psíquicas.

Junto a los efectos patológicos sobre el equilibrio físico mental y emocional se han descrito otros de tipo orgánico, cardiovascular (disfunciones en el tejido cardíaco conductor, en particular, arritmias, hipertensión arterial), hormonales, metabólicos, digestivos, emocionales (estrés crónico), síndrome de fatiga crónica.

Para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo⁹ (INSHT) está claro que, dadas las características humanas, la actividad laboral debería desarrollarse durante el día, a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica. Sin embargo, en algunas actividades (la medicina entre ellas) es necesario establecer turnos de trabajo con horarios que están fuera de lo que teóricamente, sería aconsejable.

Entre las consecuencias del déficit de sueño podemos asegurar que:

- Cada hora que se escatima al descanso diario se suma a una cuenta intangible que los expertos denominan **“deuda de sueño”** y que reduce la capacidad de desarrollar actividades que requieren una **atención plena**. El peso de cada una de estas horas puede llegar a ser abrumador, sobre todo en profesiones con escasez de efectivos y turnos largos (éste es el caso de los facultativos sanitarios).
- La falta de sueño hace que cada persona lleve a sus espaldas una carga invisible que influye en lo bien o mal que hará su trabajo y el riesgo de cometer **errores peligrosos**. Son horas de sueño perdidas, que es difícil o imposible recuperar según ha demostrado un estudio publicado por Cohen¹⁰, médico e investigador de la Universidad de Harvard, los efectos de la falta acumulada de sueño llegan a reducir la capacidad de reacción de una persona hasta diez veces, lo que aumenta considerablemente la posibilidad de cometer errores graves.
- Estudios realizados en hospitales de EEUU han demostrado que los turnos continuados de más de 24 horas triplicaban el número de médicos agotados o “zombi”.
- Después de 24 horas sin dormir, el estado mental es el equivalente al de una persona que supera el límite permitido de alcoholemia, lo que "es una buena estimación de las consecuencias que podría tener la falta crónica de sueño en el mundo real".

- Según Capuccio¹¹, no dormir suficiente es un factor que **predice una mayor mortalidad**. Dormir menos de cinco horas al día aumenta un 12% el riesgo de **ser obeso, tener diabetes, sufrir un infarto o padecer cáncer**. Dormir menos de cinco horas dobla el riesgo de morir por **enfermedades cardiovasculares**
- La falta acumulada de sueño durante días y semanas **empeora la capacidad cognitiva de una persona en un proceso que tal vez sea irreversible**. A este respecto, conviene recordar que el trabajo de las **guardias médicas** ha evolucionado mucho, habiéndose pasado de ser una situación en “expectativa de trabajo” a una situación de “trabajo a destajo”, con lo que la posibilidad de descanso durante la guardia se ha visto seriamente disminuida.
- Según Yoo¹², la falta de sueño afecta muy seriamente a la parte “emocional” del cerebro y nos hace más propensos a las depresiones y a las enfermedades mentales y conduce a comportamientos irracionales y primarios.
- En más de 150 millones de dólares se estiman las pérdidas de las empresas de los EEUU debido a la falta de sueño de sus empleados que hace que sean menos productivos y más proclives a accidentes laborales según Colten¹³.

Consecuencias para la salud de los trabajadores del trabajo a turnos y nocturno.

Aunque se sabe que el trabajo a turnos y nocturno es negativo para la salud, en algunos ámbitos, como el de la asistencia sanitaria, resulta imprescindible. Es por ello qué, ante la imposibilidad de eliminarlos, se recomienda la implantación de otras **medidas protectoras**.

Los médicos desde que inician la formación en las facultades de medicina están sometidos a unas duras condiciones, que no solo no mejoran a lo largo de su carrera profesional, sino que se ven agravadas a lo largo de la misma. La exigencia de unos horarios de trabajo excesivamente largos, incluyendo además nocturnidad y turnicidad, en ambientes de trabajo estresantes acompañado de importantes sobrecargas de trabajo tanto físicas y psíquicas, en buena parte debido, por un lado, a la excesiva duración de los horarios de trabajo, y por otro, a la trascendencia de sus decisiones y a la repercusión de las mismas sobre terceros.

Debido a la ausencia de trabajos específicos, no se ha revisado la repercusión que el exceso de jornada supone para la salud del médico, aunque es preciso resaltar que esta circunstancia ha sido apuntada en la mayor parte de los trabajos sobre burnout que se han revisado, como un elemento fundamental en la aparición del mismo y parece obvio pensar que, como mínimo agravara los efectos producidos por los otros componentes, nocturnidad y turnicidad. Sin embargo, si podemos asegurar sin miedo a equivocarnos, que no se ha descrito ningún efecto protector producido por el exceso de jornada.

La consecuencia más evidente del **trabajo a turnos** y principalmente del nocturno es la somnolencia diurna que repercute en la actividad profesional, con acumulación de errores, dificultad para mantener la atención, para percibir correctamente la información y/o dificultad para actuar con rapidez, todo ello supone un claro riesgo de accidentes laborales de todo tipo, incluidos los de tráfico. En el caso del personal facultativo, las consecuencias del déficit de sueño pueden favorecer, la aparición de errores o negligencias médicas, de las que el Facultativo puede tratar de protegerse con un aumento en el consumo de estimulantes y /o con la práctica de la medicina defensiva con el consiguiente aumento del coste económico y otros efectos derivados de la misma, todo ellos igualmente indeseables.

Otras consecuencias del Trabajo a turnos.

Entre los estudios que demuestran **los efectos de la turnicidad** sobre la salud de los trabajadores, cabe destacar el de Corlett¹⁴ que señala como la turnicidad afecta a:

- Alteraciones del **equilibrio biológico**: Depresión, ansiedad, estrés, problemas de sueño, trastornos cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, cáncer, abuso de alcohol y drogas, fatiga crónica, trastornos nerviosos relacionados con la fatiga, disfunción inmunológica, etc.
- Alteraciones en los **hábitos alimenticios** (problemas digestivos).
- Alteraciones del **sueño** (disrupción y privación del sueño).
- Alteraciones de la **vida social**.
- Incidencias en la **actividad profesional**: aumento de errores, descenso en el rendimiento del trabajo, descenso en la seguridad, aumento del absentismo etc.

El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.

Las consecuencias sobre la salud y el bienestar:

- Trastornos gastrointestinales.
- Trastornos cardiovasculares.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Pérdida del apetito.
- Alteraciones en el sueño.
- Trastornos nerviosos.
- Mayor gravedad de los accidentes.
- Insatisfacción personal en el trabajo.
- Empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares.

- Pérdida de amistades.
- Dificultad para disfrutar del ocio.
- Aumenta el número de accidentes de trabajo.

Las consecuencias sobre la actividad laboral:

- Aumento del número de errores.
- Reducción del rendimiento.
- Disminución de la capacidad de control.
- Absentismo.

Las consecuencias sobre la vida familiar y social:

- Las **relaciones sexuales** también resultas afectadas con este tipo de horarios y como consecuencia de ello se resiente la armonía de la pareja, sobre todo, si los dos trabajan.
- En todos los casos **se perturba la organización de la vida familiar**, pues el trabajador a turnos se ve obligado a adaptar las costumbres de su familia a su horario de trabajo o seguir un ritmo independiente del de su familia. Asimismo, la desaparición de parte de los fines de semana como descanso, degrada aún más la situación.

Por ello, algunos autores califican el trabajo a turnos de atípico, ya que las personas se encuentran desfasadas en relación con el resto de la sociedad, lo que hace que pueda parecer una sensación de vivir aislado y de que no se es necesario para los demás, creando un sentimiento de inferioridad o culpabilidad que dificulta la aceptación del horario nocturno.

Algunos estudios han demostrado que las personas que trabajan en turnos rotativos perciben su trabajo como más estresante que las del turno de día, y con mayor frecuencia piensan que su trabajo es fatigante tanto física como mentalmente.

Relación entre rotación de turnos y cáncer.

La relación entre la rotación por turnos y el cáncer, particularmente el cáncer de mama, ha recibido cada vez más atención desde que un panel de expertos del [The International Agency for Research on Cancer](#) declaró en el **2007: "los turnos de trabajo que generan una disrupción circadiana son probablemente cancerígenos para los humanos"**. El trabajar de noche es en sí un riesgo adicional a todos los que se pudiera exponer un trabajador. **La rotación de turnos es ahora catalogada como A2 (Probable cancerígeno para humanos)**¹⁵.

Los estudios epidemiológicos, en su mayoría, establecen una fuerte relación entre cáncer de mama y rotación por turnos de trabajo. La evidencia es moderada en cuanto a la

relación de trabajar en turnos con la aparición de cáncer de próstata, colorrectal, endometrio y linfoma no Hodgkin. El personal que trabajaban de noche, al menos, **tres veces al mes durante 15 años o más** tenía un riesgo de padecer **cáncer de colorrectal** un 35% más alto que el resto.

FECHA	AUTORES	HALLAZGOS
2001	SCHERNHAMMER ES Y COLS	Aparición de cáncer de mama en trabajadoras que rotan más de 3 noches por mes
2003	SCHERNHAMMER E Y COLS	Aparición de cáncer colorrectal en mujeres que rotaron más de 3 noches por mes por más de 15 años.
2005	MEGDAL SP Y COLS	Meta-análisis: relación de cáncer de mama con rotación por turnos.
2006	KUBO T. AND COLS.	Relación con la aparición de cáncer de próstata.
2006	O'LEARY ES Y COLS	Cáncer de mama relacionado con rotación.
2006	SCHERNHAMMER ES Y COLS	Cáncer de mama relacionado con rotación.
2007	MSWANATHAN AN, Y COLS	Relación con la aparición de cáncer de endometrio.
2007	SCHWARTZBAUM J, Y COLS	No encontraron relación entre turnos de trabajo y cáncer
2008	LAHTI TA Y COLS.	Aparición de Linfoma No Hodgkin después de 10 años de exposición.
2008	KOLSTAD HA.	Evidencia limitada de relación con cáncer de mama y evidencia insuficiente de relación con otros tipos de cáncer.

Las mujeres que desempeñan un trabajo con turnos laborales nocturnos muestran incremento del 48% en el riesgo de presentar **cáncer de mama**. La explicación parece residir en la disminución de la producción de melatonina por la exposición nocturna a luz artificial.

Otros estudios muestran que es posible que los hombres que trabajan de noche tengan una mayor incidencia de **cáncer de próstata**. De hecho, la Agencia Internacional de Investigaciones de Cáncer (IARC), de la Organización Mundial de la Salud, ha clasificado los trabajos de horarios irregulares como probablemente **cancerígeno (Grupo 2A)**, lo que coloca dicha actividad en la misma categoría que los esteroides anabólicos, la radiación ultravioleta y los gases generados por los motores de diesel.

Entre las **patologías** que se derivan por acción directa de estos turnos, podemos concluir que han sido demostradas entre otras:

- Mayor presencia de Artritis Reumatoide, en trabajadores nocturno.
- Perturbaciones en los ciclos y duración de la menstruación.

- Incremento en el riesgo de padecer infertilidad y problemas para quedarse embarazada, abortos, partos prematuros y problemas en los recién nacidos, ganancia de peso (sobre todo en mujeres) además de detectar consumo de sustancias tóxicas y problemas pulmonares en ambos sexos.

- Igualmente parece incrementarse el riesgo de padecer cáncer de mama y cáncer colon rectal, así como diabetes.

- Por otra parte, las mujeres registran aumento de los niveles de corticoides en sangre, una mayor secreción de hormonas masculinas, y problemas óseos, así como alteración de respuestas metabólicas.

- Las mujeres que realizan trabajos rotativos indican peor estado de salud y un mayor consumo de somníferos y tranquilizantes, mientras que los hombres indican un alto consumo de alcohol.

- En ambos sexos altos niveles de estrés y problemas emocionales y sociales, con gran prevalencia de patología psiquiátrica. Así como alteraciones de la memoria a corto plazo.

Las conclusiones de diversos estudios señalan que los trabajadores de turnos de noche pierden cinco años de vida por cada quince de jornada laboral, se divorcian tres veces más que el resto de sus compañeros/as y tienen un 40% más de posibilidades de padecer trastornos neuropsicológicos, digestivos y cardiovasculares. Los más vulnerables son los de edades más avanzadas, y tienen más riesgo de envejecimiento prematuro y aumento de la morbilidad.

Mantienen los expertos y así lo estima la OMS que los turnos de noche, además de acortar la vida media del trabajador, aumentan en un 40% los riesgos de padecer trastornos neuropsicológicos, apareciendo una fatiga permanente que no mejora debido al insuficiente descanso por la noche y que se manifiesta con dolor de cabeza, vértigos, angustia, depresión, irritabilidad y alteraciones oculares, hasta un 35% presenta problemas digestivos y cardiovasculares por estrés crónico, una mayor incidencia de diabetes, insomnio, irritabilidad, depresión, que conducen a un mayor consumo de psicofármacos, alcohol y cafeína, también aumenta la prevalencia de distintos tipos de cáncer, además de aumentar tres veces más el número de divorcios respecto de los que tienen una jornada laboral diurna.

Las personas que trabajan fuera del horario que corresponde con la fase de vigilia natural, normalmente, **se sienten menos satisfechas con su trabajo**, y están más predispuestas a neurosis con comportamientos obsesivos, y a alteraciones que van desde trastornos del carácter hasta reacciones histéricas.

Además, el trabajo a turnos repercute en la vida privada, por inadaptación al ritmo de vida de la familia, acarreando numerosos conflictos familiares. También dificulta las relaciones

sociales por la imposibilidad de coordinar los horarios con las amistades o participar en actividades colectivas (deportivas, culturales, sociales. Todo ello, conduce a la **imposibilidad de poder conciliar la vida familiar con la laboral.**

Otras consecuencias a **corto plazo** incluyen:

- Alerta diurna disminuida.
- Memoria y habilidad cognitiva deficientes, la habilidad para pensar y procesar información.
- Más del doble de riesgo de sufrir una lesión ocupacional.
- Sistema inmune deficiente.

26

Las consecuencias a **largo plazo** pueden incluir las siguientes:

- Presión arterial elevada¹⁶.
- Cardiopatía isquémica.
- Problemas psiquiátricos como depresión y otros desórdenes de las emociones.
- Riego de mortalidad aumentado.
- Problemas en las relaciones con la pareja.
- Obesidad - La conexión entre obesidad y sueño es relevante pues la falta de sueño puede ocasionar ganancia ponderal y el peso extra puede causar desórdenes como apnea del sueño.

Por todo lo anterior, la solución más adecuada, no sería la turnicidad, como algunos apuntan ya que también conlleva serias repercusiones en la salud de los trabajadores.

5.8.- Recomendaciones sobre trabajo a turnos y nocturno: medidas protectoras

Entre las recomendaciones de la **Organización Internacional del trabajo**^{17, 18} (OIT) para minimizar los efectos negativos del trabajo por turnos y nocturno, encontramos que se debe limitar el trabajo a turnos a la mínima expresión posible y limitar igualmente el tiempo para trabajar a turnos, y transcurrido éste, propiciar el paso del trabajador a jornada diurna. En el caso de ineludible necesidad del trabajo a turnos, la duración normal del trabajo de los trabajadores nocturnos debería, por lo general, ser inferior, y en ningún caso superior en promedio, a la duración establecida para los trabajadores que efectúan durante el día el mismo trabajo con las mismas exigencias, en la rama de actividad o en la empresa considerada, con aumento de las pausas y tiempos de descanso. También deberían preverse vacaciones suplementarias para el personal a turnos, se deberían establecer limitaciones de edad para acceder al trabajo a turnos. **La OIT recomienda que, a partir de los 50 años, el trabajo nocturno, sea voluntario.**

En el mismo sentido, el INSHT¹⁹ recomienda evitar la exposición a estos tipos de trabajo en individuos menores de 25 años y en mayores de 50 años.

Por todo lo anterior, los trabajadores nocturnos deben acceder “antes” a la edad de jubilación, pudiendo existir variaciones por sectores de actividad, sin que ello se trueque, como única posibilidad, en que al cabo de algunos años el trabajador nocturno pueda acceder a un puesto de trabajo diurno. En el caso de los licenciados sanitarios especialistas recordemos que tienen un plus de penosidad añadido, ya que la atención continuada (turnos nocturnos) se realizan después de haber trabajado la jornada ordinaria habitual.

La medida más habitual, para disminuir las negativas consecuencias del trabajo a turnos en los trabajadores expuestos, consiste en disminuir el tiempo total de trabajo en el personal sometido a los mismos. Sin embargo, en el caso del personal facultativo sanitario la realidad es que, no sólo no se disminuye su jornada laboral, sino que ésta, como ya hemos señalado, se ve incrementada en un importante número de horas al año, como consecuencia de las guardias.

Resulta paradójico que, en la actualidad, gran cantidad de facultativos con problemas de salud se vean obligados a recurrir a los Tribunales de justicia para que se les reconozca el derecho a la exención de guardias o turnos para poder así proteger su salud.

Es preciso establecer criterios médicos para la exclusión del trabajo a turnos, entre los que deberían estar recogidos, al menos, los trastornos neurológicos (epilepsia), depresión crónica y trastornos psiquiátricos que requieran tratamiento, diabetes insulino dependiente, trastornos digestivos severos (ulcera péptica, hepatitis crónica), trastornos cardiovasculares (angina inestable, hipertensión severa, enfermedad coronaria), problemas tiroideos severos, asma y bronquitis crónica, trastornos crónicos del sueño, pacientes con factores de riesgo coronario (historia familiar de coronariopatía, colesterol, tabaquismo), alcoholismo o drogadicciones. También sería preciso establecer mecanismos para la calificación de la patología relacionada con los turnos como enfermedad profesional.

Otras medidas protectoras podrían incluir calendarios de turnos pactados y conocidos con suficiente antelación para permitir organizar la vida social, así como posibilidad de flexibilizar la asignación a turnos para que los propios trabajadores puedan adaptar entre sí su propio calendario, mediante los intercambios de turno.

La existencia de bajos niveles de satisfacción en la vida personal junto a la realización de turnos rotatorios y nocturnos supone una asociación poco aconsejable en la práctica laboral.

5.9.- Otros Factores ligados al trabajo. Carga mental, estrés, burnout.

La carga mental del trabajo del médico.

Según la Normas Técnicas de Prevención del Ministerio de Trabajo²⁰ (NTP), la carga mental es un concepto que se utiliza para referirse al conjunto de tensiones inducidas en una

persona por las exigencias del trabajo mental que realiza (procesamiento de información del entorno a partir de los conocimientos previos, actividad de rememoración, de razonamiento y búsqueda de soluciones, etc). La carga mental remite a tareas que implican fundamentalmente procesos cognitivos, procesamiento de información y aspectos afectivos, por ejemplo las tareas que requieren cierta intensidad y duración del esfuerzo mental de la persona en términos de concentración, atención, memoria, coordinación de ideas, toma de decisiones, así como autocontrol emocional, necesarios para el buen desempeño del trabajo.

El trabajo del personal facultativo sanitario implica a menudo la recogida e integración rápida de una serie de informaciones con el fin de emitir, en cada momento, la respuesta más adecuada a la exigencia de las tareas. El ser humano para procesar información tiene unas posibilidades finitas, por lo que las exigencias de la tarea pueden acercarse mucho e incluso sobrepasar la capacidad individual de respuesta. Si el trabajo exige continuamente un grado de esfuerzo elevado, puede llegar a una situación de fatiga capaz de alterar el equilibrio de salud de los individuos²¹.

Los **factores de riesgo que determinan la fatiga mental** son, entre otros, los siguientes:

- Rapidez requerida para la ejecución y mantenimiento de un alto grado de atención durante la jornada de trabajo.
- Procesamiento de gran cantidad de información y/ o complejidad de la misma.
- Interferencias, interrupciones en el trabajo y solapamiento de tareas.
- Repercusiones importantes para terceros de los errores cometidos.
- Frustración, insatisfacción y monotonía que se deriva del trabajo
- Sobrecarga de trabajo y ritmo que no pueden regularse ni modificarse por el trabajador (masificación de consultas y agendas, listas de espera, etc).
- Factores individuales como la edad, actitud frente al trabajo, inadecuada preparación y / o experiencia, estado de fatiga, tensión emocional, etc.
- Contenido de la tarea (enfrentarse con la muerte, dar apoyo emocional, informar a familiares de enfermedades, etc).

La consecuencia o daño más inmediato de soportar una carga mental elevada es una sensación de fatiga persistente.

En general, la fatiga provocada por el trabajo suele eliminarse mediante el descanso; cuando no se produce una recuperación adecuada de la fatiga, según Walker²², ésta provoca disminución en la atención y en la capacidad de respuesta, aumento de errores e imprecisiones y pérdida de memoria.

La **fatiga mental** puede expresarse de forma diferente dependiendo de las características personales y de la situación del trabajador. Pueden aparecer manifestaciones de tipo **físico** (dolor de cabeza, dolores musculares, trastornos psicosomáticos, digestivos, del sueño y del apetito, etc.), manifestaciones de tipo **psíquico** (mal humor, tristeza, ansiedad, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, estados depresivos, etc.) así como manifestaciones **sociales** (hostilidad, problemas en la relación con la familia, incomunicación, mínima tolerancia a la frustración, etc.).

Las **consecuencias a nivel laboral** incluyen insatisfacción, absentismo, enrarecimiento del ambiente de trabajo, abandono profesional, disminución de la calidad del trabajo o de la dedicación a los pacientes, etc.

Además de lo anterior, es preciso tener en cuenta otras variables de tipo organizativo que pueden repercutir facilitando, o por el contrario, dificultando la tarea, con las consiguientes repercusiones producidas por ello. En el caso del personal facultativo sanitario, entre otros **factores perniciosos**, podemos citar la organización del tiempo de trabajo, incluyendo turnos y trabajo nocturno, así como la existencia de jornadas de 24 horas y el hecho de que la duración total de la jornada en cómputo anual resulta muy superior a la exigida en cualquier otro trabajo. Recordemos que por término medio, un facultativo sanitario realiza por encima de 700 horas anuales más que otros trabajadores.

El trabajo del facultativo sanitario supone la aplicación de unos conocimientos científicos y técnicos complejos, con frecuencia bajo diversos tipos de presión. Se generan así unas condiciones que pueden conducir a situaciones de sobrecarga y, consecuentemente, a alteraciones patológicas. En este caso la carga mental viene determinada por la necesidad de dar respuesta inmediata a informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes. No es necesario resaltar la complejidad de los datos médicos, es suficiente resaltar la diversidad de los conocimientos que entran en juego, y el hecho de que cada dato no tiene sentido por sí solo, sino en relación al conjunto de datos

Además, la información que maneja es fluctuante, cada enfermo además de ser distinto “per se”, sigue un proceso de evolución distinto, por lo que la interpretación de variables debe adaptarse en cada caso, y lo mismo ocurre con las decisiones. No existe un patrón de respuesta uniforme, pues en cada caso, según las circunstancias individuales, deberá seguirse un plan de actuación diferente.

Tampoco debemos olvidar como factor interviniente en la aparición de la carga mental, las consecuencias de las decisiones que se toman, y por tanto de los posibles errores, es evidente que en el trabajo del personal facultativo sanitario esta variable actúa de forma decisiva por la responsabilidad que estos trabajadores tienen sobre la salud de los pacientes.

Paralelamente es frecuente encontrar otros factores que, si bien no son generadores directos de carga mental, si inciden en su desarrollo. La existencia de situaciones de incertidumbre, tan frecuentes en la práctica de la medicina diaria y más en situaciones de

urgencia. En este sentido Sir William Osler²³ afirmaba que ***“la buena medicina clínica siempre mezclará el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad”***. Con frecuencia los facultativos sanitarios se ven abocados a tener que adoptar decisiones, sin disponer de toda la información necesaria para decidir la acción que debe emprenderse, al mismo tiempo están sometidos a múltiples situaciones de presiones temporales, bien por la evolución de los pacientes, bien por la escasez de tiempo en las consultas, bien por la escasez de camas; los facultativos tienen que decidir entre varias posibilidades, lo que supone una toma de decisión rápida, en muchas ocasiones acompañada de un importante deterioro, físico y psíquico, por falta del necesario descanso.

En otro orden de cosas pero relacionado con el asunto que nos ocupa, el trato con pacientes y familiares supone un trabajo de atención al público, en el que a menudo se generan conflictos como consecuencia de una mala gestión de las emociones, dando lugar en muchas ocasiones a agresiones de tipo verbal, incluso, llegándose en bastantes ocasiones, a la agresión física. Estas condiciones de trabajo producen inexorablemente una importante **fatiga física y mental al trabajador**.

Por último, habría que destacar las consecuencias que está teniendo para el trabajo de los facultativos sanitarios, la disminución del tiempo efectivo de la relación médico paciente, situación propiciada, en parte, por tener que asumir el médico las tareas administrativas y los problemas derivados del ahorro del personal auxiliar.

Por todo lo anterior, el desempeño de las funciones del facultativo sanitario lleva implícita una elevada carga mental.

Estrés en el ámbito laboral

El Comité Mixto de la OIT y OMS, en 1984 definió los factores estresantes del trabajo como ***“aquellas interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo”***.

Una definición con amplia aceptación es la acuñada por Mc Grath en 1970 ***“el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la cantidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esa demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”***. Otros autores hablan del balance producido entre lo que el individuo necesita, espera o a lo que aspira y lo que la realidad (en este caso, laboral) oferta para satisfacer esas necesidades, expectativas o aspiraciones. En cualquier caso, se está poniendo de manifiesto una falta de equilibrio cuya consecuencia es la aparición de una frustración o sensación de fracaso.

En este sentido, según la NTP 318²⁴ del Ministerio de Trabajo, relativa a la proceso de generación del estrés en el trabajo, cualquier aspecto que constituye un factor de desequilibrio en el individuo sería un “estimulo” o “agente estresor”. Estos aspectos pueden ser tanto relativos a las características del trabajo (estresores externos) como a ciertas características de las personas (estresores internos). La denominación de “estresores” obedece a su capacidad para ser susceptibles de provocar o facilitar el estado de estrés. La actuación de estos estresores en la generación del estrés es debido a su intensidad o magnitud, a la acumulación de varios de ellos o a su prolongación en el tiempo. En el contexto de este Informe, vamos a limitarnos a analizar los estresores exteriores, es decir, de aquellas exigencias y características del trabajo y de su organización, que pueden ser factores desencadenantes del estrés.

En actualización de la Guía de Salud Mental en Atención Primaria²⁵ (2008) se definen los estresores externos que afectan al médico en su trabajo, entre los que podemos destacar los siguientes:

- **Sobrecarga de trabajo:** El volumen, la magnitud o complejidad de la tarea (y el tiempo disponible para realizarla) está por encima de la capacidad del trabajador para responder a esa tarea.
- **Ritmo de trabajo:** la organización del trabajo marcada por unas agendas masificadas, y con frecuencia con dobles pacientes citados a la misma hora o con escasos minutos de diferencia, con escasa o nula posibilidad de modificación por el facultativo.
- **Relaciones personales:** problemática derivada de las relaciones tanto con superiores y subordinados, compañeros de trabajo, familiares y, a veces, los propios pacientes. Todo ello incrementado por la frustración que a veces se siente por la imposibilidad de dar respuesta adecuada debido a la insuficiencia y deficiencias del sistema, agravado por el impacto emocional que produce el contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte.
- **Inseguridad en el puesto de trabajo:** incertidumbre sobre el futuro en el puesto de trabajo (contratos por meses y a veces por días sueltos).
- **Promoción:** Falta de expectativas claras del trabajador para poder desarrollarse profesionalmente y obtener el merecido reconocimiento. Ausencia de incentivos y /o motivación para su Desarrollo Profesional.
- **Falta de participación:** La empresa, en el caso del médico, la administración, no facilita la iniciativa, la toma de decisiones, la consulta a los trabajadores, tanto en temas relativos a su propia tarea como en otros aspectos del ámbito laboral.

- **Responsabilidad:** La tarea del médico, y la de los facultativos sanitarios en general, implica una gran responsabilidad sobre la salud de las personas que atiende, al tiempo que conlleva una responsabilidad por los recursos que utiliza para ello.
- **Contexto Físico:** Problemática derivada del ambiente físico de trabajo. Con demasiada frecuencia los espacios dedicados al trabajo del médico no reúnen las condiciones que serían deseables, llegando en algunos momentos, por su peligrosidad a provocar en el individuo un sentimiento de amenaza (aislamiento, falta de mecanismos para protegerse de las agresiones a las que tan frecuentemente se ve sometido este colectivo).

Estos factores estresores, ocasionados por las propias demandas del trabajo, interactúan con las características de la persona, haciendo que la respuesta a una misma situación laboral ocasione diferentes reacciones en los sujetos, obteniéndose reacciones individuales, que con carácter general, se ven agravados por la fatiga tanto física, consecuencia de las largas jornadas de trabajo en permanente tensión, como por la fatiga mental ocasionada por el propio trabajo.

En definitiva, el estrés surge cuando las condiciones de trabajo y los factores humanos no están en equilibrio, es decir cuando las necesidades no están satisfechas, o cuando las habilidades están sobre o infravaloradas, o dicho de otro modo, por el fracaso del individuo en su intento de buscar un ajuste con la realidad, de adaptarse al entorno, de tener un mínimo control sobre sí mismo, sobre su entorno y su futuro. El individuo reacciona con respuestas alteradas de carácter cognoscitivo, emocional, fisiológico y de comportamiento.

El estrés se caracteriza por la vivencia de una situación que el individuo no puede controlar, que le supera, como una emoción dolorosa como una sensación de angustia, como un miedo al futuro. Estos sentimientos dan lugar a una serie de consecuencias psíquicas y sociales que no deberían ser ignoradas en un profesional que tiene bajo su responsabilidad la salud de los demás.

Al mismo tiempo, también aparecen unas consecuencias físicas para propio el trabajador, ya que existe una relación entre síndromes no específicos de carácter psicológico, de comportamiento o somáticos y condiciones de trabajo estresantes o muy ingratas. Entre las manifestaciones más graves podemos citar mayor prevalencia de hipertensión arterial, accidentes vasculares y/o cerebrales, infartos, según asegura Appels²⁶.

Karoshi es una palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo. Este fenómeno fue reconocido inicialmente en Japón, y el término ha sido adoptado en todo el mundo. Uehata en 1989 utilizó por primera vez la palabra karoshi como término medio-social que comprende los fallecimientos o incapacidades laborales de origen cardiovascular (como accidente cerebro-vascular, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca aguda) que pueden producirse cuando el trabajador con una enfermedad arteriosclerótica hipertensiva se ve sometido a una fuerte sobrecarga de trabajo.

Uehata llegó a la conclusión que los afectados eran fundamentalmente varones con horarios de trabajo muy prolongados y otras sobrecargas generadoras de estrés, y que estos estilos de trabajo exacerbaban sus otros hábitos de vida y originaban los ataques, desencadenados en última instancia por pequeños sucesos o problemas laborales.

Burnout en el personal facultativo sanitario.

Evidentemente las condiciones hasta ahora mencionadas, confieren una alta penosidad al trabajo del médico lo que se manifiesta en un gran desgaste físico y psíquico que mantenido a lo largo de toda la vida laboral del médico, llega a afectar a su propia salud.

33

El burnout es un síndrome de agotamiento psíquico y emocional padecido por personas que trabajan en contacto con otros seres humanos, relación que les exige una respuesta emocional continua.

Según Blanche²⁷, es una patología laboral y psíquica y sólo afecta a quien sufre una demanda emocional (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etc). Aunque determinados factores endógenos y de personalidad predisponen al burnout, se ha constatado que no son su causa original.

Se trata de un trastorno adaptativo crónico con alteraciones emocionales y del comportamiento de origen básicamente exógeno que suele producirse en entornos de estrés laboral continuo, que afecta a los profesionales cuya labor les exige implicación emocional con otras personas. Se caracteriza, sobre todo, por el **agotamiento emocional** que se manifiesta en la incapacidad para establecer el contacto emocional necesario y adecuado para la realización satisfactoria del acto médico, la **despersonalización** (desapego, los pacientes dejan de verse como personas y son vistos como meros casos lo que conlleva una respuesta fría e impersonal) y sentimiento de **baja realización** en el trabajo.

Las cifras de burnout son francamente preocupantes. Según múltiples estudios, entre un 30 y un 50% de los profesionales lo padecen, aunque Molina²⁸ lo sitúan alrededor del 70% y esta situación repercute negativamente, no ya sólo en la salud del médico, sino también en la calidad de la asistencia que el médico presta a los ciudadanos y, por tanto, en la salud de toda la sociedad.

Múltiples estudios avalan y constatan que la presencia de burnout entre los médicos españoles es elevada^{29,30,31,32,33}. Aunque la patología en si no suele ser incapacitante, sí produce un claro deterioro de la calidad de la asistencia que es percibido de forma negativa tanto por el paciente como por el médico, a la vez que provoca una mala relación con los propios compañeros.

La elevada carga de trabajo como consecuencia de la alta presión asistencial y sobre todo la falta de tiempo por paciente es el factor más influyente en la aparición del estrés

laboral en nuestro medio. Cuando éste se mantiene en el tiempo, de forma crónica, y fallan las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para afrontar el mismo, aparece el burnout.

El agotamiento profesional supone una situación de riesgo para los profesionales y si no se supera puede conducir a trastornos psicopatológicos tales como depresión, ansiedad, consumo de drogas, psicofármacos o alcohol, incluso suicidio.

Según publican Mingote y Gálvez en el medico interactivo en junio de 2011, se trata de un grave y creciente problema de salud pública que afecta a un número significativo de profesionales sanitarios, lo que puede llegar a comprometer seriamente la calidad asistencial, la seguridad de los usuarios, la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y la sostenibilidad del Estado de Bienestar.

M. Esteva³⁴ destaca que los datos sustanciales obtenidos en su estudio, sobre la proporción de médicos con una salud mental precaria y su relación con el entorno laboral sugieren la necesidad de las organizaciones de examinar el impacto de sus estructuras, políticas y procesos en la satisfacción y estrés de los médicos y en la calidad del entorno laboral. También señala que, la proporción de profesionales que **presentaban ideas suicidas** llega al 6,5%, recomendando la conveniencia de realizar nuevos estudios en los médicos sobre este aspecto.

En las conclusiones de un estudio sobre riesgo de suicidio en función del sexo, antigüedad y especialidad de los médicos en Inglaterra y Gales³⁵ se comprobó que existe un mayor riesgo de suicidio en las médicas. El exceso de riesgo de suicidio en las médicas obliga a la necesidad de abordar la salud mental y los problemas de estrés en los médicos con mayor eficacia. Este riesgo cobra gran importancia teniendo en cuenta el importante aumento de mujeres que practican la medicina.

En este mismo sentido, el estudio realizado en Inglaterra por Charlton³⁶, **situaba el suicidio de los médicos en más del doble que en la población general**, como respuesta a ello aparecieron iniciativas para la creación de un grupo de trabajo europeo.

Más recientemente un equipo de científicos de la Clínica Mayo, en Rochester, (2011) ha publicado un artículo en la revista "Archives of Surgery" ³⁷ donde se constata que los pensamientos sobre quitarse la vida entre los cirujanos son más elevados que entre la población general. Entre los cirujanos de 45 a 54 años, la ideación suicida era entre 1,5 y 3 veces más común que en el resto de los ciudadanos".

En algunos estudios como los realizados por Grau³⁸, entre otros, se ha comprobado una clara asociación entre el nivel alto de cansancio emocional (CE) y consumo de medicamentos tranquilizantes o antidepresivos. Los médicos afectados pueden llegar al abuso de sustancias, sufrir problemas de relación, depresión o incluso la muerte. Es de tal dimensión

el problema que son ya varios los Colegios de Médicos que han desarrollado el **programa “PAIME” de ayuda al médico enfermo.**

Incomprensiblemente, la Sanidad Pública española no dispone aún de una herramienta adecuada para abordar este problema.

5.10.- Indicadores del deterioro de la salud de los profesionales y repercusión en la calidad del sistema.

En el **IV Congreso del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo)** se ha puesto de manifiesto que las complicaciones en la salud laboral aparecen desde los primeros estadios formativos del futuro profesional, debido, en parte, al clima de competencia durante la carrera y en el periodo de residencia, que ha hecho que **aumenten los trastornos mentales y adicciones entre los médicos jóvenes.**

Existen estudios que avalan la satisfacción en el trabajo como factor protector del burnout y la morbilidad psiquiátrica. La relación de la satisfacción y el estrés laboral en la salud mental de los profesionales debe ser entendida no sólo como un problema individual de los que padecen “distres” psíquico, sino de toda la organización³¹.

Recientemente Altisent en su artículo “La Etica del Desarrollo Profesional Continuado en la promoción de la calidad asistencial” publicado en Acta Bioética en 2011, considera la necesidad de cuidar a los profesionales sanitarios como **una urgencia vital para nuestro sistema sanitario** y dice que “buscar el bienestar laboral y personal de los trabajadores no sólo es posible sino que resulta imprescindible”. Llama la atención sobre la necesidad de equilibrar la asistencia con la investigación, la docencia y la gestión y advierte que no introducir los cambios necesarios en la gestión de los recursos humanos y perseguir la eficiencia haciendo “trabajar en la asistencia a destajo es un error que se pagara muy caro”.

5.11.-Dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.

Hemos visto en otros apartados como la configuración del tiempo de trabajo en sus variables de **nocturnidad y turnicidad** repercutían de forma negativa en las relaciones de la pareja incrementando el número de **separaciones y divorcios.**

En el caso de los **licenciados sanitarios**, el problema se agrava aún más ya que la propia idiosincrasia de la profesión conlleva una considerable **carga mental**, grandes dosis de **estrés laboral** y unas condiciones laborales que además de las condiciones de **nocturnidad y turnicidad** incluyen realización durante las guardias horarios muy prolongados de trabajo con un importante **exceso de jornada anual**. Cada una de estas situaciones por separado tiene repercusiones negativas sobre la vida familiar, pero **la suma de todas resulta determinante para dificultar la conciliación de la vida laboral y familiar.**

La estructura de horarios es difícilmente conciliable con la vida familiar. De hecho, el Plan Concilia del año 2006^{39 40} previsto para las Administraciones Publicas ha sido prácticamente inaplicable en el colectivo de médicos debido a las dificultades planteadas como consecuencia de los rígidos horarios y fundamentalmente por la propia organización del trabajo.

Un estudio realizado en Inglaterra⁴¹, mostro que la mayoría de las mujeres que trabajan en el área médica, cuentan con un estresor adicional, el conflicto que perciben entre su tarea médica y su vida personal. La investigación muestra que en el caso de personal médico, "las mujeres luchan por combinarlos, pero se aprecian mayor número de divorcios y menor número de hijos en comparación con los hombres".

36

Un grupo altamente vulnerable a la crisis en la pareja son las personas que trabajan en el área de la salud, de este segmento, especialmente los cirujanos, y en particular las mujeres que realizan dicha actividad.

Analizando los **factores de inestabilidad en las parejas** destacan, a nivel laboral, las profesiones que tienen en común factores como:

- **Estrés.** Que provoca agotamiento emocional y crea las condiciones para la irritabilidad, enojo y poca paciencia, lo que va en deterioro de la relación.
- **Horarios de trabajo poco amigables.** Eso implica jornadas extensas, horarios nocturnos o inesperados, sobre turnos, etc. Lo que va agotando la relación de pareja y provocando, que la familia y el cónyuge queden en segundo lugar.
- **Vulnerabilidad.** Trabajos que exigen riesgo vital y que provocan que los cónyuges estén constantemente en alerta o en estrés emocional, en muchos casos termina por quebrar la relación.
- **Exposición mediática.** Labores que de alguna manera exponen a las parejas a estar ante el foco de la prensa. La presión, afecta a la estabilidad de la pareja.
- **Cambios laborales.** Profesiones que implican cambios de casa, de ciudad, con la consiguiente tensión de nuevos colegios, amigos y relaciones, en muchos casos se convierte en factor de quiebre.

En la actualidad, los médicos que han desarrollado en épocas pasadas horarios excesivamente prolongados, demandan ahora un mayor equilibrio entre su tiempo de trabajo y el tiempo libre que haga posible una mejor conciliación familiar y laboral.

Atender esta petición reportará ventajas para todos.

6.- JUBILACION: SITUACION Y CONSECUENCIAS.

6.1.- Jubilación Flexible en la Unión Europea⁴².

Ya en 1982 las recomendaciones del Consejo relativa a los principios de una política comunitaria sobre la edad de jubilación, se describía como uno de los objetivos de política social, la **jubilación flexible** considerada en su doble vertiente, o como una posibilidad de elegir libremente la edad de jubilación a partir de un límite mínimo de edad o de cotización o como opción para anticipar o retrasar la edad de jubilación ordinaria. La interpretación que de esta recomendación hicieron los estados miembros fue muy desigual. En 1993, la UE reacciona con otra Resolución del Consejo de 30 de junio [93/C188/01], relativa a la los **regímenes flexibles de jubilación** donde se exige a los Estados miembros que realicen un esfuerzo para combinar la política de empleo con los mecanismos de transición de la actividad a la jubilación.

La OIT recomienda desde hace más de treinta años la adopción de un sistema flexible que facilite la elección individual de la edad de jubilación en función de las circunstancias económicas y profesionales de los perceptores por considerar como *“la rigidez en la edad del retiro puede ser en sí misma una causa del envejecimiento por la brutalidad de la transformación que supone en las condiciones de existencia”*⁴³.

La formulación clásica de los sistemas de pensiones distingue tres tipos:

- **Rígidos** (edad predeterminada, totalmente independiente de la voluntad de los individuos).
- **Flexibles** (edad dependiente de la voluntad de los interesados dentro de ciertos límites).
- **Libres** (edad dependiente exclusivamente de la voluntad de los beneficiarios).

Flexibilizar es permitir que algo sea susceptible de cambios o variaciones según las necesidades o circunstancias. Flexibilidad es libertad de elección, en este caso, libertad para acceder a la edad de jubilación. Las opciones posibles podrían ir, desde el establecimiento en la ley de una edad de jubilación y la apertura de opciones para un retiro temprano en un arco de edad determinado, hasta la solución más radical, de permitir acceder a la jubilación a cualquier edad, exigiendo únicamente unos determinados años de cotización.

Cada vez tienen menos peso las razones y argumentos de cualquier tipo, ya sea, económico, social, demográfico gerontológico, médico o profesional, para fijar una edad general y obligatoria de jubilación aplicable a todos. Una edad común, lleva aparejado, entre otras consecuencias, la exigencia de esfuerzos desiguales, ya que no tiene en cuenta la necesaria diferenciación de supuestos en función de individuos, de sectores y de categorías

profesionales, etc. Tampoco contempla las posibles y diferentes repercusiones del trabajo sobre la salud de los diferentes trabajadores, por ello, el establecimiento de un sistema flexible, que recoja, justificadamente todas las posibilidades, se manifiesta como una inmejorable opción.

Pero la flexibilidad sería deseable incluso antes de la jubilación. La jubilación progresiva, o parcial, se manifiesta como una solución digna de ser considerada. Las ventajas de la jubilación parcial se extienden tanto a empleadores como a empleados, y en este caso también para la sociedad.

Es importante destacar las diferencias que se producen entre la situación del trabajador a tiempo parcial, que accede con esta condición a la empresa, con la del trabajador mayor, que tras una larga trayectoria en la empresa, en la última parte de su vida profesional, decide, voluntariamente, pasar a ser un trabajador a tiempo parcial. En este último caso, el trabajador a tiempo parcial, siente que sigue formando parte de la empresa, y por tanto, conserva intacto su reconocimiento profesional. Para los trabajadores las ventajas incluyen entre otras la reducción del estrés y de la presión de un trabajo a tiempo completo, la compatibilidad con sus actividades extraocupacionales, sin que implique una merma de sus ingresos, ya que prácticamente obtendrán lo mismo, que cuando mantenían su trabajo a tiempo completo. En definitiva, supone una forma de integración, no sólo profesional o económica, sino también social de los trabajadores de más edad. **El éxito de la jubilación flexible viene dado fundamentalmente por la compatibilidad entre pensión y trabajo.**

Recordamos aquí que la disposición adicional séptima de la ley 40/2007 en relación con la jubilación parcial y anticipada de los empleados públicos, pendiente de desarrollo, contempla la existencia de una realidad específica diferente, para el personal estatutario de los servicios de salud y recuerda las singularidades que rodean al mismo.

6.2.- Beneficios de la Flexibilidad en la Jubilación.

Estudios realizados sobre cómo están repercutiendo las condiciones laborales en la salud de los médicos, han puesto de manifiesto que estas repercusiones, lejos de afectar exclusivamente al médico, tienen consecuencias para sus propios pacientes, así como para el SNS en su conjunto⁴⁴.

Entre los factores que determinan la aparición de la situación, podemos destacar las sobrecargas de trabajo y el exceso de horas trabajadas por semana, con las consecuencias más ampliamente destacadas en otros apartados de este Informe–Propuesta, pero estas consecuencias podrían ser transformadas y moduladas, mediante las modificaciones legislativas adecuadas, eliminando el carácter nocivo que produce la situación actual y transformarse así en un valor para el Sistema, al poder proporcionar profesionales más satisfechos y por tanto más eficientes como han demostrado múltiples análisis y estudios³⁵.

Serian muchos los médicos que optarían por prolongar voluntariamente su edad de jubilación. No olvidemos que estamos hablando de profesionales altamente cualificados y con un gran componente vocacional, si las condiciones de trabajo no les obligaran a tener que “elegir entre su salud o la de sus pacientes”, al posibilitar unas condiciones de jubilación flexibles que no supongan un nuevo sacrificio al médico.

Mayor disponibilidad de profesionales.

Se podría o, quizás se debería, valorar la posibilidad de un plan de solidaridad intergeneracional que permita que los trabajadores mayores puedan ir reduciendo su jornada laboral a medida que cumplan años y los más jóvenes vayan incrementando su jornada a medida que se retiren los mayores. El SNS dispondría de mayor número de efectivos y podría incluso, con un programa adecuado, rotar de forma temporal los puestos de trabajo, de forma que el profesional con más edad y por tanto con menor porcentaje de jornada, podría en muchos casos cubrir, siempre con carácter voluntario, en épocas que son muy demandadas por profesionales jóvenes (veranos, por hijos en edad escolar), determinados puestos de trabajo. Obviamente, no todos los puestos de trabajo podrían cubrirse por este procedimiento, pero si una buena parte, cuyo problema no es la carga de trabajo, sino el aislamiento (pueblos de las zonas de sierra, etc), y con problemas de cobertura en época de vacaciones que podrían beneficiarse enormemente de estos programas. Para ello resulta imprescindible la negociación con las organizaciones sindicales más representativas de este colectivo.

Muchos médicos mayores, en bastantes ocasiones, probablemente, preferirán disponer del resto de los meses del año y acumular el porcentaje de tiempo a trabajar en periodos habitualmente vacacionales, épocas que les pueden resultar atractivas por diversas razones, como viajar que se hace más complicado en los meses estivales, o bien les permite atender a sus nietos, situación que para muchos puede ser gratificante puesto que, en general, tuvieron que pasar muchas horas alejados de sus hijos, cuando eran pequeños, como consecuencia de su trabajo y las guardias.

Los recursos humanos que aportaría este modelo permitiría garantizar la cobertura de determinados puestos asistenciales, facilitando la cobertura de la asistencia durante el disfrute de vacaciones del personal más joven, sobre todo en aquellas zonas donde el trabajo disminuye en verano pero hay que seguir manteniendo la cobertura asistencial y liberando, para otros puestos o actividades con mayores cargas de trabajo, a los médicos que ahora cubren esas sustituciones.

Sin duda habrá un importante contingente de médicos que, de poder flexibilizar las condiciones de su jubilación, optarían por una jubilación parcial y podrían suponer un importante activo del sistema, especialmente en épocas de escasez de recursos humanos,

como la que se avecina en nuestro país con la previsible jubilación de las promociones más numerosas de facultativos.

Esta situación pasaría necesariamente por aceptar la compatibilidad con un trabajo a tiempo parcial del mismo régimen en que se jubila el trabajador o de regímenes distintos.

Una propuesta flexibilizadora de jubilación aportaría valor añadido al permitir diluir los conceptos, actualmente tan rígidamente separados de “trabajador” y “jubilado”, los de “activo” e “inactivo”. La edad de jubilación se convertiría en una mera referencia general, a partir de la cual se permite una amplia gama de edades de jubilación posibles en función de soluciones individualizadas por parte de los trabajadores. Permitiendo, con carácter voluntario, la prolongación de la vida activa, más allá de la edad ordinaria, para aquellos que se encuentren en buenas condiciones físicas y mentales, y la apertura de un abanico de posibilidades para combinar trabajo parcial y jubilación parcial para aquellos que por haber sufrido un mayor desgaste profesional quieran elegir esta opción.

Pero poder hablar de jubilación flexible precisa en primer lugar hablar de **voluntariedad**, en segundo lugar será preciso tener en cuenta elementos diferenciadores de determinadas profesiones como el **desgaste profesional**, con desigual repercusión, incluso dentro de la misma profesión, al mismo tiempo, habrá que tener en cuenta la posibilidad o no que tenga cada individuo de adelantar o retrasar la edad de jubilación (dependerá del número de años que se pueda adelantar o retrasar la edad de su jubilación, Incentivos, penalizaciones). **Un elemento trascendental radica en la posibilidad, de compatibilizar la pensión de jubilación con el desempeño de una actividad laboral por cuenta propia o por cuenta ajena**⁴⁵.

Sería preciso un marco normativo que facilite compatibilizar el percibo de una pensión con ciertos tipos de trabajo, pudiendo abarcar desde cualquier tipo de trabajo, o solamente algunos de ellos, o sólo trabajo a tiempo parcial, etc, en función de la flexibilidad que se decida otorgar. En último lugar, pero no por ello menos importante, estaría la **reversibilidad** o irreversibilidad de la situación concreta de jubilación que se venga disfrutando. Si es posible jubilarse y después volver a trabajar, suspendiendo el percibo de la pensión para reanudarlo más tarde, o si ello no es posible, o si se puede optar por la compatibilidad de cualquier otro trabajo en cualquier momento o solamente en el momento inicial de empezar a cobrar la pensión pero no después de iniciada.

El paso de la vida plenamente activa a la jubilación se realizaría como una combinación de jubilación parcial y conversión del trabajo a tiempo completo en trabajo a tiempo parcial en porcentajes que pueden ir variando gradual o progresivamente, al ir disminuyendo la jornada de trabajo poco a poco y aumentando el porcentaje de pensión proporcionalmente a aquella disminución.

En el caso del personal facultativo sanitario habría que introducir un nuevo parámetro que debería tener en cuenta, además de las circunstancias generales que afectan a cualquier

trabajador, la repercusión que la situación de la salud de los médicos tiene en la calidad de la asistencia prestada a terceras personas, y por ende en la eficiencia del Sistema sanitario.

6.3.- Coeficientes reductores.

El artículo 161.2 de la LGSS permite rebajar la edad mínima de jubilación mediante Real Decreto, a propuesta del Ministerio de Trabajo⁴⁶, en aquellos grupos o actividades profesionales cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre y acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad, siempre que los trabajadores afectados acrediten, en la respectiva profesión o trabajo, el mínimo de actividad que se establezca.

El Acuerdo Económico y Social de 2011 prevé, que los problemas de penosidad, toxicidad, peligrosidad, insalubridad y siniestrabilidad de los trabajadores veteranos en determinadas profesiones, deben resolverse de forma ordinaria a través del cambio en las condiciones de trabajo, y de puesto de trabajo. A la vez que reconoce que, en algunas ocasiones, esto no es posible. Por ello, en paralelo a la tramitación parlamentaria del proyecto de ley, establece que la Administración de la Seguridad Social culminará la elaboración del decreto comprometido en el Acuerdo de 2006, sobre procedimiento general de aprobación de coeficientes reductores de la edad de jubilación. Al mismo tiempo, establece que dicho texto contendrá un primer catálogo de profesiones que estudie la aplicación de coeficientes reductores, por cumplir las condiciones de mayor penosidad, peligrosidad y siniestrabilidad entre sus trabajadores de mayor edad que la media de la profesión y del sistema.

En la actualidad el art 161 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) permite que diversos colectivos, gocen de un sistema que permite rebajar la edad de acceso a la jubilación tal como ocurre con los mineros⁴⁷, o el personal de vuelo⁴⁸ o bomberos⁴⁹ en todos los casos se utilizan coeficientes reductores, algo parecido ocurre con los ferroviarios⁵⁰.

Los artistas, bailarines y trapezistas tienen una modalidad diferente y fijan la edad de jubilación a los 60 años, siempre que hayan trabajado en dichas especialidades un mínimo de 8 años en los últimos veintiuno, los toreros tienen que acreditar haber participado en un determinado número de festejos.

Posteriormente el RD 1539/2003⁵¹, de 5 de diciembre tiene en cuenta otras características, no del trabajo meramente, sino específicas del trabajador, como es su minusvalía.

De todas las profesiones que actualmente cuentan con reducciones en la edad de jubilación, sólo los mineros, el personal de vuelo de trabajos aéreos, Bomberos y personal Ertzaintxa han sido establecidos en desarrollo de la previsión establecida en el 161.2 de la LGSS, el resto lo han hecho en virtud de las previsiones en sus respectivos Regímenes

Especiales. Pero, en todos ellos, concurre **la naturaleza peligrosa, penosa, tóxica o insalubre** de los trabajos desempeñados por los beneficiarios.

Actualmente los diversos colectivos que disfrutan de un régimen con coeficientes reductores de la edad de jubilación, pueden acceder a la edad legal de jubilación de forma anticipada, sin experimentar reducciones o penalizaciones de ningún tipo en la pensión de jubilación.

En los colectivos con coeficientes reductores estudiados, no se ha encontrado un criterio común y objetivo para establecer los coeficientes reductores aplicables a la edad general de jubilación. Para los artistas se establece una edad mínima de 60 años y otros requisitos, para los profesionales taurinos entre 55 años y 60 años junto a otras circunstancias dependiendo de la categoría, para los trabajadores del mar⁵² los coeficientes reductores oscilan entre 0,10% y el 0,40%⁵³, los mineros disponen de coeficientes de reducción del 0,20% - 0,05% por año, los ferroviarios, con coeficientes de reducción de 0,15% - 0,10% por año, personal de vuelo de trabajos aéreos con coeficientes reductores de 0,40% - 0,30% por año, Bomberos con coeficientes de 0,20% por año y límite de edad a 60 años o 59 en caso de 35 años o más de cotización y personal Ertzaintxa⁵⁴ con coeficientes reductores de 0,20% por año. En este caso también aplica un tipo de cotización adicional del 4% de los que el 3,34% corresponde a la empresa y 0,66 % al trabajador.

Si analizamos el art 161.2 de la LGSS podemos comprobar que formula un presupuesto de hecho y deduce de él o le imputa una determinada consecuencia (“la edad mínima a la que se refiere podrá ser rebajada”). El presupuesto de hecho delimita el campo de aplicación en el que puede operar la reducción de la edad de jubilación, y por otro lado establece el mecanismo por el cual podrá ser rebajada dicha edad.

El presupuesto de hecho está compuesto por tres elementos. En primer lugar, está en relación con unos grupos o actividades profesionales que realizan trabajos de naturaleza “excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre”. En segundo lugar, que en estos grupos aparezcan “unos elevados índices de morbilidad o mortalidad”. Y por último que los trabajadores acrediten, para poder acceder a la pensión de jubilación con menor edad de lo establecido con carácter general, unos periodos mínimos en la actividad que se trate, cuya concreción se fijara en el Real Decreto correspondiente.

Los tres elementos destacados en la norma permiten gran discrecionalidad, tanto en la identificación de los grupos o actividades profesionales, como en el segundo elemento, donde el término “elevados índices” no da una respuesta por si mismo, así como tampoco existe ninguna referencia en cuanto al tiempo mínimo que deben acreditar en la profesión con vistas a poder acceder a la pensión de jubilación.

La segunda circunstancia prevista por la ley hace referencia a “elevados índices de morbilidad y mortalidad” y resulta poco clarificadora. Carecemos de una referencia concreta que nos permita discernir lo que es elevado de lo que no lo es, ante esta situación, recurrimos

a la comparación de la tasa de morbilidad o mortalidad de este colectivo frente a otros grupos (más del 50% de los médicos de AP sufren de burnout, o la tasa de suicidios en médicos duplica la de la población general), las cifras, con independencia de la sensibilidad que adopte el Gobierno en esta cuestión, cuando menos es preocupante y no debiera resultar baladí dadas las consecuencias inmediatas de la misma, en profesionales dedicados a cuidar de la salud de los ciudadanos.

La **profesión de facultativo sanitario** con exposición a agentes biológicos, físicos y sustancias químicas, la carga mental del trabajo realizado y los factores estresantes y sobre todo las jornadas extenuantes, que en ella se dan la convierten sin duda en penosa y justifica la consideración de profesión de riesgo.

En cuanto a la mortalidad ya hemos comentado que los estudios realizados hasta el momento encuentran una mayor prevalencia de suicidios e ideas suicidas en los médicos, respecto a la población general.

6.4.- Posibilidad de reducción de la edad ordinaria de jubilación en el marco del artículo 161.2 de la Ley General de Seguridad Social.

Son muchas y variadas las peculiaridades que rodean a la profesión del médico. La sobreexposición a los factores laborales que implican las largas jornadas a que éste es sometido a lo largo de su vida laboral, las condiciones de turnicidad y nocturnidad que en su actividad se dan, junto a un trabajo que exige largas horas de distanciamiento del entorno familiar y social, suponen marcadas diferencias con otros trabajadores. A esto se añade, el impacto emocional que produce la constante relación con otras personas afectadas por el dolor y el sufrimiento, acompañado de un trabajo, muchas veces con gran esfuerzo físico, y siempre con una gran carga mental y de responsabilidad. Además debe realizarse con unas exigencias cada día mayores respecto a las decisiones que debe tomar como médico, no ya solo respecto a la salud de sus pacientes, sino también en términos de eficiencia económica, la confluencia de todas estas peculiaridades está contribuyendo a configurar la medicina como una **profesión peligrosa** para la salud de sus profesionales.

Como se ha puesto de manifiesto en párrafos anteriores, la legislación vigente ofrece amplio margen de discrecionalidad al gobierno en la aplicación del art 161 de la LGSS a la hora de aplicar coeficientes reductores a la edad de jubilación, razones no faltan, aunque si hubiera que destacar alguna en particular, la consideración a los **excesos de jornada** realizados a lo largo de la vida laboral implican que con 30 años de ejercicio se ha realizado por término medio el trabajo equivalente a 40 ó 45 años. No tiene comparación con ninguna otra profesión.

6.5.- Impacto global y repercusiones de las condiciones de trabajo.

Las condiciones de trabajo analizadas en el apartado 6.2 de este Informe- Propuesta, caracterizadas por la penosidad que le confiere los horarios y también, las diversas y fuertes presiones a que están sometidos estos trabajadores, tanto por la Administración sanitaria como por los propios usuarios, la falta de reconocimiento a su trabajo, la imposibilidad de participar en la toma de decisiones y la desmotivación que supone la falta de seguridad en el trabajo tanto en lo que respecta a la estabilidad laboral, como en el ámbito de la propia seguridad personal (raro es el día en que no ocurren incidentes violentos de un tipo u otro), están teniendo ya importantes repercusiones en la salud de los profesionales como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este informe.

Mantener en el tiempo esta situación sin poner remedio a la misma, sin duda, pasará factura en un corto espacio de tiempo.

6.6.- La organización del trabajo: repercusiones del tiempo de trabajo y distribución del mismo. Las Guardias médicas.

Las múltiples consecuencias del trabajo nocturno para la salud analizadas en párrafos anteriores nos permiten concluir que definitivamente: **“trabajar de noche es nocivo y peligroso”**.

Las fórmulas recomendadas o puestas en marcha ante situaciones similares, diferenciales de otros colectivos, abarcan un repertorio de medidas con difícil aplicación en el caso de los facultativos sanitarios.

- **Horario de trabajo reducido:** Con carácter general se plantean reducciones horarias (diaria, semanal y anual) **de forma sustancial y significativa** para proteger la salud del trabajador. Se recomienda que esa reducción sea de, al menos, un 33% sobre la jornada ordinaria de ocho horas. Sin embargo, al médico, como ha quedado reflejado en este informe, no sólo no se le reduce la jornada, sino que se ve obligado a realizar las mayores jornadas de trabajo de nuestro entorno laboral.
- **Coefficiente reductor para la edad de jubilación:** los trabajadores nocturnos han de acceder antes a la edad de jubilación, pudiendo conocer variaciones por sectores de actividad, sin que ello se trueque, como única posibilidad, en que al cabo de algunos años el trabajador nocturno pueda acceder a un puesto de trabajo diurno. Ya hemos apuntado en otros apartados de este informe cuales son las profesiones que actualmente se benefician de esta medida.
- **Nivel de protección de seguridad y salud adaptado al trabajo nocturno:** La salud de los trabajadores nocturnos requiere medidas especiales y muchos países ya han dictado disposiciones especiales respecto de la extensión horaria de los trabajos nocturnos. Entre las disposiciones más importantes se

encuentran la obligación de destinar al trabajado nocturno un nivel de protección de seguridad y salud adaptado a la naturaleza de su trabajo, proveyéndole de servicios de protección y prevención apropiados, además de realizarse en forma gratuita exámenes periódicos para determinar si el trabajo nocturno afecta, o no, su salud; en cuyo caso, tendrá derecho a que la empresa para la que trabaja, disponga de un empleo en horario diurno, y en la rama profesional en que se desempeñaba el trabajado nocturno.

Sin embargo, los facultativos sanitarios de nuestro país, en múltiples ocasiones no sólo no pueden disfrutar de estos “privilegios” sino que se les siguen exigiendo jornadas muy superiores al resto de los trabajadores. Podemos ilustrarlo con un ejemplo. La nocturnidad, la turnicidad y el estrés laboral, inciden negativamente en la hipertensión arterial, si todos los médicos hipertensos de un servicio determinado piden exención de guardias por HTA, probablemente habría que cerrar dicho servicio. Actualmente, en muchas ocasiones, aún existiendo patología que lo justifica, a los médicos se les sigue denegando por vía administrativa, si no están en estadios avanzados de la misma, la exención de guardias solicitada para intentar evitar el agravamiento de la enfermedad, viéndose obligados a acudir a los Tribunales de Justicia para solicitar la exención de las mismas, para tratar de evitar seguir deteriorando su salud.

En el Congreso del PAIME celebrado en Málaga en 2011 se ha puesto de manifiesto que “la organización del trabajo en el SNS está minando la salud del Médico”. La necesidad de pasar muchas horas fuera del hogar, con horarios difíciles de conciliar con la familia y la sociedad, a lo que se suman el continuo contacto con el sufrimiento y la muerte y la frustración ante el fracaso terapéutico o la imposibilidad de curar, todo ello acompañado de una elevada presión asistencial, sin tiempo para realizar dignamente el trabajo asignado y las múltiples presiones de sus superiores a que está sometido el facultativo, son elementos actualmente inherentes a la profesión, pero que sin duda, influyen negativamente en la salud de estos profesionales y precisan soluciones adecuadas.

Las guardias médicas

En cuanto a las posibles repercusiones, del exceso de jornada descrito en párrafos anteriores, recordamos que existe un importante exceso anual en número de horas trabajadas por el médico en relación con cualquier otro trabajador y actualmente, **esta diferencia es superior a 700 horas anuales más que cualquier otro funcionario**. Fácilmente, un médico en un año trabaja un número de horas que podría ser entre un tercio y el doble de la actividad desarrollada por cualquier otro trabajador del ámbito sanitario.

Además, dicho **exceso de horario** tiene que realizarse obviamente fuera de la jornada ordinaria, **llevándose a cabo por tanto mayoritariamente en horas nocturnas (63%) y en días festivos, sábados y domingos (36%)**, convirtiéndose así en un factor de alta penosidad que produce un gran desgaste físico y psíquico, que mantenido a lo largo de toda la vida laboral del facultativo, termina afectando a su propia salud, con la importante dificultad sobreañadida, de conciliar su vida laboral, familiar y personal, lo que termina condicionando la alta morbilidad psicofísica del **Síndrome de Burnout** y de desgaste profesional, que padece endémicamente este sector laboral.

Según expertos que han participado en el IV Congreso del PAIME, “ser médico es una tarea cada vez más complicada en un Sistema Nacional de Salud en el que la organización del trabajo es tóxica”.

6.7.- Repercusiones socio familiares del trabajo de los facultativos sanitarios.

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tienen una repercusión más directa sobre la vida diaria. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no sólo a la calidad de vida en el trabajo, sino a la vida extralaboral. En la medida en que la distribución del tiempo libre es utilizable para el esparcimiento, la vida familiar y la vida social, es un elemento que determina el bienestar de los trabajadores⁵⁵.

El trabajo sanitario asistencial se organiza en sistema continuo, es decir de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana. En diversos estudios realizados se ha comprobado que las personas que trabajan a turnos demuestran menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general, que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna.

La nocturnidad y el carácter rotario de los turnos de trabajo en general provocan disfunción en las relaciones familiares, por tener el trabajador que elegir entre adaptar los ritmos de vida familiares a su horario de trabajo, o verse condenado al aislamiento social y familiar con las consecuencias que ello conlleva.

Las características que rodean al trabajo del personal facultativo sanitario difieren sustancialmente de las del resto de la clase trabajadora, y ello desde el mismo momento en que la persona opta por formarse para ello, le acompañan durante toda su vida profesional, difícilmente y por varias razones como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este Informe-Propuesta, van a encontrar solución justa y racional en el Régimen General de la Seguridad Social. Por otro lado, no hay posibilidad de eliminar las variables de turnicidad y nocturnidad, así como tampoco de modificar el puesto de trabajo. Por tanto, resulta fácil concluir que este profesional está sometido a unas condiciones laborales diferentes a las del resto de los trabajadores y estas circunstancias deberían ser suficientes para justificar la petición de un Régimen diferente al del resto, es decir, justifican la solicitud de un **Régimen Especial de Seguridad Social**.

Hemos visto como las condiciones laborales inciden y repercuten en la salud de los médicos, pero no debemos olvidar que en el caso que nos ocupa la trascendencia es mayor aún, ya que las funciones que estos realizan son esenciales para la sociedad y sin ellas el funcionamiento de la sociedad se vería seriamente alterado.

Contar con médicos sanos supondrá pacientes más sanos, asistencia médica más segura y una plantilla más sostenible. Parafraseando a Dana Hason⁵⁶ en la conferencia del Foro

Mundial de líderes de la Salud (2010) **“Los médicos no deberían tener que elegir entre salir a flote ellos mismos o servir a sus pacientes”**.

6.8.- Necesidad de adaptación a la realidad social.

La Unión Europea desde 1982⁵⁷ recomienda la **flexibilidad de la edad de jubilación** desde una doble perspectiva, como posibilidad de elegir libremente la edad de jubilación a partir de unos límites establecidos o como mecanismo para adelantar o retrasar la edad ordinaria de jubilación o de prejubilación, además de facilitar la compatibilidad entre trabajo y pensión que supone la jubilación parcial.

Por otro lado, las experiencias en materia de jubilación de médicos, desde que se fijó la edad de jubilación forzosa a los 65 años, nos ha venido a dar la razón, y mostrado de forma evidente que, son muchos los médicos que se encuentran con ganas y fuerzas para continuar, como lo demuestran las frecuentes reivindicaciones de los médicos afectados que, en numerosas ocasiones han manifestado y continúan haciéndolo, su deseo de continuar en activo, llegada la edad de jubilación. Es una realidad incuestionable, que son ya varios los servicios de salud que han tenido que regular la prórroga hasta los 70 años. Si a esto le añadimos que las últimas convocatorias de MIR están siendo cubiertas, en un número considerable, por médicos foráneos, y que muchos de nuestros médicos cuando finalizan el MIR, ante las malas condiciones laborales se van a Europa, podríamos encontrarnos, en poco más de una década, con serias dificultades para disponer de los recambios generacionales suficientes para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Tenemos experiencia sobre las consecuencias que ha tenido para la profesión médica, en general, y de forma especial, para unas determinadas generaciones de médicos, la falta de planificación de la Administración en materia de recursos humanos y tenemos la posibilidad de adoptar medidas para evitar perjudicar nuevamente a los mismos trabajadores. Las generaciones de médicos que ya padecieron el problema del desempleo con gran dureza en las décadas de los años 80 y 90 por errores de cálculo u omisiones en materia de planificación de recursos humanos en tiempos pasados, **no deberían quedar expuestas a un nuevo problema a la hora de su jubilación.**

El personal facultativo sanitario se incorpora muy tarde al mercado laboral, la amplia exigencia de formación exigida lo justifica. El aumento del periodo de cotización a 38 años y seis meses, establecido con carácter general, perjudicará a muchos facultativos sanitarios, la mayoría de los afectados por estos cambios son los mismos que ya padecieron el paro médico en los años 80 y por esa razón no tendrán posibilidad de completar los 38,5 años que se exigen. Sin embargo, hay que recordar que durante los años que han trabajado, lo han hecho al 150% del tiempo que, de media, dedican otros trabajadores públicos. Es decir, en 30 años de servicio han trabajado, en número de horas, el equivalente a 40 ó 45 años de otra profesión. Parece, por tanto, razonable que los excesos de jornada trabajada por el médico a

lo largo de su vida profesional, puedan ser, utilizados para el cálculo de la pensión, o al menos, para el cálculo del periodo de carencia.

Al margen de la diversidad de relaciones laborales de los facultativos sanitarios, las funciones básicas que ejerce este colectivo son similares, con independencia de la empresa o administración para quien las realicen, los cometidos son sustancialmente idénticos, los cuales, por cierto se han ido progresivamente aumentando en la vertiente asistencial para dar cobertura a la creciente demanda de servicios y a la amplia cartera de servicios. Al mismo tiempo, han aumentado las necesidades en formación e investigación, para de esta forma conformar uno de los mejores sistemas de salud del mundo.

Unas condiciones laborales adecuadas, la flexibilidad de la jubilación parcial y la preservación de la salud de los profesionales junto con la incentivación económica, propiciarán que muchos facultativos opten por prolongar su edad definitiva de jubilación.

La jubilación anticipada en este colectivo tendrá efectos beneficiosos, no sólo para los médicos interesados, sino para el propio SNS. La flexibilización de la edad de jubilación permitirá que muchos de los médicos que llegan a los 60 años con un importante deterioro por el exceso de trabajo realizado durante los años laborales, puedan retirarse, gradual o definitivamente, a un merecido descanso, propiciándose así un recambio progresivo del personal médico, correspondientes a las cohortes más numerosas de médicos, según los datos de todos los estudios socio demográficos realizados hasta el momento. Se permitiría así una retirada progresiva de unas generaciones de médicos muy cuantiosas qué, de hacerlo en un corto periodo de tiempo, podrían poner en riesgo la sostenibilidad del sistema al requerir de un importante contingente de profesionales para sustituirlos.

Por último, conviene recordar que el anteproyecto de la Ley General de Salud Pública remitido al Congreso de los Diputados asume el concepto de intersectorialidad de salud pública “salud en todas las políticas” preconizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Estrategia Europea de Salud pública, y que tiene repercusión en otros ámbitos de la legislación como la prevención de los riesgos laborales, la ciencia, la innovación o la evaluación del impacto ambiental. Evidentemente no debe olvidar las razones que en este informe se ponen de manifiesto.

Un Sistema Nacional de Salud con médicos enfermos prestará, sin duda, un inadecuado servicio a la población.

6.9. Factores demográficos.

Retos de la planificación de los recursos humanos en sanidad.

El principal activo del SNS son sus profesionales sanitarios, el capital humano.

La sostenibilidad del SNS pasa, además de dar solución a los problemas financieros, por atender las necesidades de los profesionales que cuidaran de nuestra salud.

La desmotivación creciente de los profesionales, su emigración a otros países de nuestro entorno, la masiva incorporación de médicos foráneos a los programas de formación MIR, y un modelo retributivo obsoleto, junto con una importante feminización del sector son matices de importancia a la hora de planificar los Recursos Humanos.

Las **previsiones de jubilaciones de médicos para la próxima década** ascienden a más de 39.000 médicos, cifra que corresponde a los médicos colegiados que hoy tienen entre 55 y 64 años. En la década siguiente, es decir, los colegiados que hoy tienen entre 45 y 54 años, sólo por efecto de la edad se jubilarían alrededor de 71.000, lo que supone más de un tercio de los médicos colegiados en la actualidad. En los próximos 15 años se jubilarán en el Estado alrededor de 65.000 médicos casi el 50% de los que actualmente están en ejercicio en el ámbito asistencial.

Feminización de la profesión.

Durante las últimas décadas hemos asistido a un fenómeno de feminización del personal facultativo sanitario. Esta situación va a seguir progresando durante los próximos años, los datos de alumnos inscritos en las facultades de medicina, con un 70% de alumnas, así lo confirman.

Esta **masiva incorporación de las mujeres** a este ámbito laboral, necesariamente tendrá repercusiones en la organización del sistema que será preciso tener previstas, ya que la estructura de horarios y la exigencias para el desempeño de la profesión, por el momento, siguen siendo difícilmente conciliables con la vida familiar y el cuidado de los hijos.

7.- JUBILACION Y PENSION.

La pensión de jubilación actúa como un mecanismo de sustitución de rentas derivadas del trabajo, al proteger el estado de necesidad debido al cese de la actividad desempeñada⁵⁸.

7.1.- Tope máximo pensión

En la década de los años 80 se produjeron importantes modificaciones cuyas consecuencias perduran, primero la Ley de Presupuestos Generales del estado (LPGE) para 1983 estableció el tope máximo de la pensión para el colectivo de Clases Pasivas y posteriormente la Ley de PGE para 1984 lo extendió al sistema de Seguridad Social.

Desde 1983 a 1988 este tope máximo se mantuvo congelado como consecuencia de la crisis económica que afectó al país, estableciéndose a partir de 1988, un porcentaje de incremento dispuesto para la revalorización de las pensiones con carácter general, según el IPC previsto o real del ejercicio. Hasta entonces, y desde que se establecieron los primeros seguros sociales, hasta nuestros días, había existido un “tope máximo de cotización” que suponía, de facto, un **“tope natural”** en la pensión, ya que la misma se establece en función de las bases por las que se haya efectuado la cotización.

La Ley General de Seguridad Social de 1994 recoge en su artículo 47 “el importe inicial de las pensiones contributivas de la Seguridad Social no podrá superar la cuantía íntegra mensual que establezca anualmente la correspondiente LPGE”.

La Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social, supuso la primera articulación parcial de las recomendaciones contenidas en el Pacto de Toledo (06.05.1995). En su exposición de motivos recoge, en el apartado de reformas a introducir, la previsión de desarrollo legal de cobertura de las pensiones como forma de introducir en nuestro sistema público elementos de seguridad jurídica y financiera. En la disposición final primera, bajo el título “Tope de cobertura” dispone que “el tope máximo de cobertura de las pensiones contributivas se fijará legalmente”.

Ha transcurrido mucho tiempo desde la promulgación de esta norma, sin que hasta el momento ninguna ley ordinaria aborde este asunto, sustrayéndose así el correspondiente debate en las Cortes Generales. Las únicas actuaciones realizadas hasta el momento, se han limitado a la inclusión del correspondiente precepto legal en la LPGE anual, determinando la cuantía económica de esta. Es decir, una medida que nació en un momento crítico, en el marco de una determinada situación socioeconómica hace casi tres décadas, ha perdurado hasta nuestros días sin someterse a ningún tipo de revisión y con independencia de la situación económica del país, que ha pasado por distintos escenarios económicos.

Conviene recordar que la cuantía anual y revalorizada de la pensión que se tiene reconocida y el límite máximo que, con carácter temporal y transitorio se establece para cada año en la correspondiente LPGE, son conceptos distintos que no deben confundirse.

Entre las recomendaciones de reforma de la Seguridad Social incluidas en el Pacto de Toledo de 1995 destaca la separación y clarificación de las fuentes de financiación, de forma que las prestaciones no contributivas y universales (sanidad, servicios sociales y prestaciones familiares) se financien a través de la imposición general, y las prestaciones contributivas a partir de cotizaciones sociales, al mismo tiempo, se pretende fomentar la posibilidad de complementar las prestaciones del sistema público de forma voluntaria por sistemas de ahorro y previsión social (individuales o colectivos) externos a la Seguridad Social y destinados a mejorar el nivel de prestaciones del sistema público de pensiones. Aún estamos muy lejos de alcanzar la situación propuesta y son precisos nuevos esfuerzos que nos permitan avanzar en la línea recomendada.

La ley 44/2002, de 22 de diciembre, de medidas de Reforma del Sistema Financiero, después de disponer que las Administraciones Públicas puedan promover planes de pensiones de empleo y realizar aportaciones a los mismos, así como a contratos de seguro colectivos, establece que las prestaciones derivadas de los mismos no tendrán la consideración de pensiones públicas, y por tanto, las excluye de concurrencia, es decir se las excluye del tope.

Desde hace tiempo, se plantea la necesidad de **potenciar el principio de contributividad**, profundizando en la relación existente entre el esfuerzo de cotización y la prestación recibida.

El sistema vigente mantiene unos **topes de cotización máxima**, en base a ello, aquellos trabajadores cuyo salario rebasa este tope máximo de cotización fijado por LGP, no cotizan por el total del salario. En el mejor de los casos, cuando alcancen la edad de jubilación sufrirán un empobrecimiento porcentualmente muy superior al del resto de trabajadores afectados por el mismo Régimen.

En el sistema de Seguridad Social, la **cuantía inicial de las pensiones** viene determinada por los siguientes factores:

- 1).- La base reguladora, que se determina en función de las bases por las que se haya cotizado.
- 2).- El porcentaje aplicable a la base reguladora, en función de los años cotizados y la edad.
- 3).- El tope máximo, fijado por la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado.

En la actualidad, abierto el debate social sobre el gasto en pensiones, resulta necesario que el legislador revise dichos factores. La Recomendación novena del Pacto de Toledo sobre “equidad y el carácter contributivo del sistema” propuso el reforzamiento de estos principios, de manera que sin perjuicio del criterio de solidaridad y de forma gradual, a partir de 1996, las prestaciones debían guardar una mayor proporcionalidad con el esfuerzo de cotización

realizado y se eviten situaciones de falta de equidad en el reconocimiento de las mismas. Resultando necesario, por tanto, que las técnicas de cálculo de pensiones contributivas permitan, en el futuro y de forma progresiva, que quienes realizan similar esfuerzo de cotización, alcancen prestaciones equivalentes. En la misma línea, se define el documento conocido como Renovación del Pacto de Toledo que en su apartado 10 “Sobre el carácter contributivo del Sistema” recomienda seguir avanzando en el objetivo de lograr una mayor proporcionalidad entre las pensiones y el esfuerzo de cotización realizado.

La reforma que supuso la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y reforma del Sistema de la Seguridad Social, surgida para dar cumplimiento a las recomendaciones del Pacto de Toledo, y con la intención de desarrollar la contributividad del sistema supuso, la ampliación del periodo de determinación de la base reguladora de la pensión de jubilación, situándolo en la fórmula 180/210 vigente en la actualidad y que será modificada en breve.

A partir de 2003 se constituyó el Fondo de reserva de la Seguridad Social, en marzo de 2011 este fondo disponía de 65.135 millones de euros, aumentando en casi cuatro mil millones de euros la cifra del año 2010, fruto del superávit de la seguridad social.

Teniendo en cuenta, que la pensión topada no solamente se autofinancia, sino que el informe de vida laboral de su titular o causante, pone de manifiesto un esfuerzo de solidaridad directamente proporcional a las cuotas ingresadas, y que la cuantía de la pensión, que excede del tope máximo, tiene una naturaleza tan contributiva, como la que corresponde hasta la cuantía de dicho límite; parece razonable plantear la necesidad de continuar avanzando en una mayor presencia del principio de contributividad, hasta que no existan otros límites cuantitativos en la determinación de la cuantía de las pensiones que los derivados de las cuantías de las cotizaciones efectuadas.

Por otro lado, el escaso número de pensiones afectadas por el tope representa según Comas⁵⁹ una cifra mínima del total de las pensiones (2,20 %), esto haría que la eliminación del tope máximo y su sustitución por el tope natural repercuta de forma poco significativa en la reducción de los excedentes de ingresos sobre los gastos de carácter contributivo, resultantes de la liquidación de los presupuestos de la Seguridad Social en cada ejercicio económico. Por el contrario, mantener el tope máximo puede estar resultando perverso para el sistema al favorecer la realización de aportaciones (por encima del tope) fuera del sistema (planes de pensiones) en lugar de hacerlo en el propio sistema (base máxima de cotización). Aunque este no es el objeto de este informe nos parece importante hacer una llamada de atención y una invitación a la reflexión sobre el mismo.

La situación descrita es compatible con el incremento de las pensiones mínimas y la financiación de su complemento, dado su carácter no contributivo.

En aras de una mayor equidad y para la preservación del equilibrio financiero del sistema, es preciso reforzar la contributividad del sistema estableciendo una relación más

adecuada entre el esfuerzo realizado en las cotizaciones a lo largo de la vida laboral y las prestaciones contributivas a percibir.

Nuestro sistema de protección social, le ha exigido al médico el mayor esfuerzo de cuantos exige al total de trabajadores, cotizando por bases máximas, ya que las retribuciones correspondientes a los excesos de jornada obligatorios, le han hecho tributar en los topes máximos. Al mismo tiempo, en muchos casos, se ha realizado una doble cotización que posteriormente no ha repercutido en ninguna prestación al existir un tope máximo de pensiones. Evidentemente, también han contribuido en topes máximos, por la vía de la tributación a través de los impuestos tanto directos como indirectos.

53

Es decir, económicamente, estos trabajadores han sido tan solidarios como el que más y además, han hecho un esfuerzo personal muy superior al exigido al resto de la sociedad, en cuanto a las horas de trabajo exigidas a lo largo de su vida profesional. Parece pues suficientemente probado, que nos encontramos ante un colectivo con notables diferencias respecto al resto de trabajadores, a quienes se les ha pedido un plus adicional, situándolos así en una posición diferente a la del resto, que justificaría plenamente un trato diferente.

Conscientes de que no podemos pedir un trato de igualdad, y en aras de obtener un trato lo más equitativo posible para estos trabajadores se pueden plantear diferentes medidas:

CUENTA AHORRO TIEMPO.- Debe arbitrarse una fórmula que permita compensar los esfuerzos realizados por estos trabajadores en relación con la mayor exigencia horaria, estableciéndose un cómputo en horas que deben poder traducirse en meses o años. Se crea una cuenta virtual de tiempo, donde el trabajador podría ir acumulando los excesos de horas acumuladas en los años y de las cuales, a su elección podría disponer bien para adelantar la edad de jubilación, sin sufrir penalización económica por ello, o bien aplicarlas para la obtención de Formación Continuada.

COEFICIENTES REDUCTORES DE EDAD DE JUBILACIÓN.- Publicación de un Real Decreto que reconozca las especiales características de este colectivo y les permita la aplicación de coeficientes reductores de la edad general de jubilación a semejanza de lo que se ha hecho con otros colectivos.

JUBILACION VOLUNTARIA FLEXIBLE ENTRE LOS 60 Y LOS 70 AÑOS. La falta de homogeneidad en las Carreras Profesionales de los Facultativos sanitarios, con desigual dedicación en tiempo y en esfuerzo recomiendan medidas diferentes a las establecidas con carácter general.

7.2.- La jubilación del médico en el sistema de seguridad social: consecuencias económicas: Balance económico-fiscal.

En el momento actual para acceder a la pensión de jubilación en el Régimen General de la Seguridad Social se precisa tener cumplidos 65 años, 15 años cotizados (5.475 días), debiendo estar 2 de estos años dentro de los 15 inmediatamente anteriores al momento de causar el derecho.

La cuantía de la pensión, viene determinada por la base reguladora, que es el cociente que resulte de dividir por 210 las bases de cotización actualizadas del interesado durante los 180 meses (15 años) inmediatamente anteriores al del mes previo al del hecho causante (jubilación). El porcentaje sobre la base reguladora, es variable en función de los años de cotización, aplicándose una escala que comienza con el 50% a los 15 años, aumentando un 3% cada año adicional comprendido entre el 16 y el 25 y un 2% a partir el 26 hasta alcanzar el 100% a los 35 años. También está previsto un incremento del 2% por cada año que permanezca en activo más allá de los 65 años. Sin embargo, en el caso de los facultativos sanitarios, este incentivo no tiene repercusión económica por la existencia del tope máximo de la pensión.

Los médicos, además de aportar mucho estudio (conocimiento), muchas horas de trabajo, (cada tres años suponen hasta cinco de otras categorías), mucha responsabilidad, mucha dedicación...también aportamos mucho dinero al sistema, tanto como el que más.

¿Es justo y equitativo nuestro sistema? **¿tenemos derecho a recibir en proporción a lo que aportamos?** Pues la evidencia dice que no.

El sistema recibe más de quien más puede aportar y reparte, o debe repartir, con criterios de contributividad, sin que ello suponga ningún menoscabo a la solidaridad del sistema.

Para poder comparar las diferentes contribuciones (cotizaciones e impuestos) y así poner de manifiesto las diferencias entre distintos tipos de trabajadores, hemos elaborado cuatro modelos teóricos (bastantes similares y, prácticamente, extrapolables a La realidad).

	Médico con guardias		Trabajador A (100%)		Trabajador B (75%)		Trabajador C (50%)	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Sueldo total bruto	4.000,00	56.000,00	2.768,66	38.761,24	2.076,49	29.070,86	1.384,33	19.380,62
Retención IRPF	1.000,00	14.000,00	553,73	7.752,25	353,00	4.942,05	179,96	2.519,48
Sueldo neto (restado IRPF y SS)	2.844,96	40.139,46	2.059,88	29.148,45	1.607,20	22.733,41	1.126,84	15.930,87
Imp. Indirectos, tasas... (20%)	568,99	8.027,89	411,98	5.829,69	321,44	4.546,68	225,37	3.186,17
Base reguladora 2011	3.230,10	38.761,20	3.230,10	38.761,24	2.422,57	29.070,86	1.615,05	19.380,62
Cotización SS Trabajador 2011	155,04	1.860,54	155,04	1.860,54	116,28	1.395,40	77,52	930,27
Cotización SS Empresa 2011	781,68	9.380,21	781,69	9.380,22	586,26	7.035,15	390,84	4.690,11
Total cotizado SS en 2011	936,73	11.240,75	936,73	11.240,76	702,55	8.430,55	468,36	5.620,38
Porcentaje retención IRPF	25,00		20,00		17,00		13,00	

Médico con guardias: Médico (once o doce años de estudios después del bachiller y unos 29 o 30 años de edad mínima) que además de su jornada realiza guardias (tardes, noches, festivos...) y a final de mes obtiene un sueldo bruto de 4.000 euros/mes-56.000

euros/año. Soporta una retención para IRPF de 1.000 euros/mes-14.000 euros/año, el 25 % de los ingresos brutos. Cotiza por la base reguladora máxima (3.230,10 euros/mes-38.761,20 euros/año), lo que le supone 155,04 euros/mes-1.860,54 euros/año de cotización (el 4,8 % de la base reguladora) y la empresa cotiza 781,68 euros/mes-8.380,21 euros/año (el 24,2 % de la base reguladora); es importante señalar que se ha dejado de cotizar por 17.238 euros/año, importe del salario bruto que supera la base máxima de cotización, esta cotización supondrían 4.999,25 euros/año de ingresos a la Seguridad Social y supone un gran ahorro para la empresa, un pequeño ahorro para el médico y pérdida de derechos para el médico de esa cotización.

Trabajador A: Con estudios de licenciatura o grado (cuatro o cinco años de estudios después del bachiller y unos 22 o 23 años de edad mínima) es un trabajador que realiza una jornada normal de trabajo (unas 35 horas/semana) a final de mes obtiene un sueldo bruto de 2.768,66 euros/mes-38.761,24 euros/año equivalente al 100% de la base reguladora (cotiza por la totalidad de su sueldo). Soporta una retención para IRPF de 553,73 euros/mes-7.752,25 euros/año, el 20 % de los ingresos brutos. Cotiza por la base reguladora máxima (3.230,10 euros/mes-38.761,20 euros/año), lo que le supone 155,04 euros/mes-1.860,54 euros/año de cotización (el 4,8 % de la base reguladora) y la empresa cotiza 781,68 euros/mes-8.380,21 euros/año (el 24,2 % de la base reguladora).

Trabajador B: Con estudios de diplomado (tres años de estudios después del bachiller y unos 21 años de edad mínima) es un trabajador que realiza una jornada normal de trabajo (unas 35 horas/semana) a final de mes obtiene un sueldo bruto de 2.076,49 euros/mes-29.070,86 euros/año equivalente al 75% de la base reguladora (cotiza por la totalidad de su sueldo). Soporta una retención para IRPF de 353 euros/mes-4.942,05 euros/año, el 17 % de los ingresos brutos. Cotiza por una base reguladora equivalente al 75 % de la máxima (2.076,49 euros/mes-29.070,86 euros/año), lo que le supone 116,28 euros/mes-1.395,4 euros/año de cotización (el 4,8 % de la base reguladora) y la empresa cotiza 586,26 euros/mes-7.380,21 euros/año (el 24,2 % de la base reguladora).

Trabajador C: Con estudios de Bachillerato o Formación Profesional (18 años de edad), es un trabajador que realiza una jornada normal de trabajo (unas 35 horas/semana) a final de mes obtiene un sueldo bruto de 1.384,33 euros/mes-19.380,62 euros/año equivalente al 50% de la base reguladora (cotiza por la totalidad de su sueldo). Soporta una retención para IRPF de 179,76 euros/mes-2.519,48 euros/año, el 13 % de los ingresos brutos. Cotiza por una base reguladora equivalente al 50 % de la máxima (1.384,33 euros/mes-29.070,86 euros/año), lo que le supone 116,28 euros/mes-1.395,4 euros/año de cotización (el 4,8 % de la base reguladora) y la empresa cotiza 586,26 euros/mes-7.380,21 euros/año (el 24,2 % de la base reguladora).

Bueno y **¿qué pasa después de cotizar y trabajar durante 35 años o más y cumplir los 65 de edad?**, pues es hora de jubilarle forzosamente.

Actualmente, existe un claro desequilibrio entre lo que el médico aporta al sistema contributivo y la prestación económica que le corresponde a la hora de calcular la pensión. La diferencia en el caso del médico entre lo cotizado y lo percibido resulta discriminatoria

respecto a otros trabajadores como tratamos de poner de manifiesto a continuación con la comparación de los modelos propuestos.

Médico con guardias: Entre los 29-30 años mínimos para poder ejercer como médico especialista y la edad de jubilación actual (65 años) solo existen 35 o 36 años para poder trabajar, cotizar a la Seguridad Social y así llegar al 100% de pensión. Muchos con contratos basura, eventuales, a tiempo parcial... y una expectativa de vida laboral sustancialmente inferior a la que tienen otros trabajadores al incorporarse al mercado laboral, para muchos llegar a los 35 años exigidos será imposible.

Supongamos que consigue los 35 años de cotización por la base máxima, la Seguridad Social le comunica que de las cotizaciones realizadas **su pensión resultante es de 2.716,54 euros/mes-38.032,96 euros/año**, pero que aplicando la limitación establecida en la ley de Presupuestos Generales del Estado (Tope máximo), **le reconoce la pensión máxima (2.497,91 euros/mes-34.970,74 euros/año)**. La diferencia y por tanto la pérdida que sufre el médico con relación a lo que ha cotizado, es de 218,73 euros/mes-3.062,22 euros/año, llegando hasta el 8,05 %, pero aún es mayor la **pérdida de poder adquisitivo (empobrecimiento) con relación al sueldo que venía percibiendo en activo**, en concreto 1.502,09 euros/mes-21.029,26 euros/año, **el 37,55 %**, (los que hacen más guardias tienen una pérdida sensiblemente mayor).

Del importe bruto **Hacienda retendrá un 20%**, con lo que neto al mes el médico jubilado recibirá 1.998,33 euros/mes-27.976,59 euros/año.

Teniendo en cuenta que en 2011 la esperanza de vida a los 65 años supera ligeramente los 20 años, el médico que ahora se jubila **percibirá de media 699.414 euros brutos en los 20 años**, más adelante podremos comparar este importe con lo cotizado y con lo aportado en impuestos y tasas para comprobar el **“balance económico de los cuatro ejemplos de trabajador con la sociedad”**.

Con 35 años cotizados	Médico		Trabajador A (100%)		Trabajador B (75%)		Trabajador C (50%)	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Pensión resultante 35 años	2.716,64	38.032,96	2.716,64	38.032,96	2.037,48	28.524,72	1.357,17	19.000,38
Pensión reconocida 35 años	2.497,91	34.970,74	2.497,91	34.970,74	2.037,48	28.524,72	1.357,17	19.000,38
Retención IRPF	499,58	6.994,15	499,58	6.994,15	366,75	5.134,45	176,43	2.470,05
Pensión neta percibida	1.998,33	27.976,59	1.998,33	27.976,59	1.670,73	23.390,27	1.180,74	16.530,33
Imp. Indirectos, tasas... (20%)	399,67	5.595,32	399,67	5.595,32	334,15	4.678,05	236,15	3.306,07
Diferencia resultante reconocida	218,73	3.062,22	218,73	3.062,22	0,00	0,00	0,00	0,00
Porcentaje Diferencia	8,05		8,05		0,00		0,00	
Diferencia último sueldo	1.502,09	21.029,26	270,75	3.790,50	39,01	546,14	27,16	380,24
% Diferencia último sueldo	37,55		9,78		1,88		1,96	
Importe pensión con 20 años supervivencia		699.414,80		699.414,80		570.494,40		380.007,60
Porcentaje retención IRPF	20,00		20,00		18,00		13,00	

Trabajador A: Entre los 22-23 años de edad mínimos para poder ejercer como trabajador del grupo A (Licenciados o graduados) y la edad de jubilación actual (65 años) **existen 42 o 43 años para poder trabajar, cotizar a la Seguridad Social y así llegar al 100% de pensión.**

Con los 35 años de cotización por la base máxima, la Seguridad Social le comunica que de las cotizaciones **resulta una pensión de 2.716,54 euros/mes-38.032,96 euros/año**, pero que aplicando lo previsto en los Presupuestos Generales del Estado, **le reconoce la pensión máxima (2.497,91 euros/mes-34.970,74 euros/año)**. La diferencia y por tanto la pérdida que sufre el trabajador A con relación a lo que ha cotizado, es de 218,73 euros/mes-3.062,22 euros/año, llegando hasta el 8,05 %, pero es un poco mayor la pérdida de poder adquisitivo con relación al sueldo que venía percibiendo en activo, en concreto 270,75 euros/mes-3.790,50 euros/año, el 9,78 %.

Del importe bruto **hacienda retendrá un 20%**, con lo que neto al mes el trabajador A jubilado recibirá 1.998,33-27.976,59 euros/año. El trabajador A que ahora se jubila **percibirá de media 699.414 euros brutos en los 20 años de esperanza de vida**.

57

Trabajador B: Entre los 21 años de edad mínimos para poder ejercer como trabajador del grupo B (Diplomados) y la edad de jubilación actual (65 años) **existen 44 años para poder trabajar, cotizar a la Seguridad Social y así llegar al 100% de pensión**.

Con los 35 años de cotización por el 75% de la base máxima, la Seguridad Social le comunica que de las cotizaciones **resulta una pensión de 2.037,48 euros/mes-28.524,72 euros/año y le reconoce la pensión por el mismo importe** (sin recortes). No existe diferencia con relación a lo que ha cotizado y la pérdida de poder adquisitivo con relación al sueldo que venía percibiendo en activo es de 39,01 euros/mes-546,14 euros/año, el 1,88 %.

Del importe bruto **hacienda retendrá un 18%**, con lo que neto al mes el trabajador B jubilado recibirá 1.670,73-23.390,27 euros/año. El trabajador B que ahora se jubila **percibirá, de media, 570.494 euros brutos en los 20 años de esperanza de vida**.

Trabajador C: Entre los 18 años de edad mínimos para poder ejercer como trabajador del grupo C (Bachiller y Formación Profesional) y la edad de jubilación actual (65 años) **existen 47 años para poder trabajar, cotizar a la Seguridad Social y así llegar al 100% de pensión**.

Con los 35 años de cotización por el 50% de la base máxima, la Seguridad Social le comunica que de las cotizaciones **resulta una pensión de 1.357,17 euros/mes-19.000,38 euros/año y le reconoce la pensión por el mismo importe** (sin recortes). No existe diferencia con relación a lo que ha cotizado y la pérdida de poder adquisitivo con relación al sueldo que venía percibiendo en activo es de 27,16 euros/mes-380,24 euros/año, el 1,96 %.

Del importe bruto **hacienda retendrá un 13%**, con lo que neto al mes el trabajador C jubilado recibirá 1.180,74-16.530,33 euros/año. El trabajador C que ahora se jubila **percibirá, de media, 380.007 euros brutos en los 20 años de esperanza de vida**.

Balance económico-fiscal con la Sociedad.

Tratando de resumir los datos y comprobar cómo funciona en la práctica nuestro sistema, **sistema que está basado en la solidaridad a la hora de repartir las cargas y las ayudas**, para que aporte más quien más puede y que reciba más quien más lo necesita, pero

aun siendo así, también se debe premiar el esfuerzo, mantener la equidad, la contribución al bien común de todo tipo y tratar de evitar las ineficiencias.

	Médico	Trabajador A	Trabajador B	Trabajador C
Cotizado en 35 años (actualizado a 2011)	393.426,18	393.426,59	295.069,23	196.713,29
IRPF retenido en 35 años (actualizado 2011)	490.000,00	271.328,68	172.971,62	88.181,82
Imp. Indirectos, tasas... en 35 años (act.2011)	280.976,24	204.039,17	159.133,89	111.516,09
Total IRPF, otros imp. y Seg. Social 35 años	1.164.402,42	868.794,43	627.174,73	396.411,20
Total IRPF pensión 20 años	139.882,96	139.882,96	102.688,99	49.400,99
Imp. Indirectos, tasas... en 20 años	111.906,37	111.906,37	93.561,08	66.121,32
Total IRPF y otros impuestos en 20 años	251.789,33	251.783,33	196.250,07	115.522,31
Total aportaciones individuales IRPF y SS	1.416.191,74	1.120.583,76	823.424,81	511.933,51
Importe pensión con 20 años de supervivencia	699.414,80	699.414,80	570.494,40	380.007,60
Diferencia aportaciones y pensión	716.776,94	421.168,96	152.930,41	131.925,91

58

Médico con guardias: Gracias a su gran formación, la jornada más amplia, la gran responsabilidad de todo tipo que asume en su trabajo... **recibe un sueldo, bastante inferior al de sus homólogos europeos, pero superior al de otros trabajadores de menor cualificación, con menor jornada, menor responsabilidad...** Este sueldo hace que su porcentaje de retención para IRPF sea muy superior al del resto de trabajadores del ejemplo, hasta casi el doble que el trabajador C.

Si sumamos las cotizaciones (propias y de la empresa) del médico del ejemplo, las retenciones de IRPF (del sueldo y después de la pensión) y las tasas e impuestos indirectos (calculamos que el 20 % del neto) durante toda la vida, nos encontramos con **una aportación económica a la sociedad de 1.416.191 euros**, restados los 699.414 euros que percibe de pensión durante los 20 años de supervivencia media tras los 65 años, **nos restan 716.177 euros de aportación**, con los que la sociedad puede sufragar el resto de servicios que las administraciones prestan, el médico disfrutará de muchos de ellos (educación, sanidad, carreteras, cultura...), pero por su nivel de ingresos le será muy difícil (prácticamente imposible) acceder a muchos tipos de ayudas, subvenciones y becas. En definitiva, **aporta mucho** (en dinero, esfuerzo, tiempo de dedicado al trabajo, formación, responsabilidad...) **y recibe menos, para que otros que pueden aportar menos reciban más** (en la mayoría de las ocasiones porque necesitan más).

Trabajador A: Su formación superior universitaria le da acceso a un sueldo medianamente superior al de otros trabajadores de menor cualificación, bien este sueldo hace que sus retenciones para IRPF sean superiores (3 y 7 %) a las de los trabajadores B y C del ejemplo, aunque sensiblemente inferiores a las del médico con guardias (5%).

Pues si sumamos, como en el caso anterior, todas las aportaciones a la sociedad en su vida, nos encontramos con una **aportación económica a la sociedad de 1.120.583 euros**, restados los 699.414 euros que percibe de pensión durante los 20 años estimados de supervivencia tras los 65 años, **nos restan 421.168 euros de aportación**, con los que la sociedad puede sufragar el resto de servicios, pero por su nivel de ingresos le será difícil acceder a muchos tipos de ayudas, subvenciones y becas. En definitiva **hace una aportación importante y recibe un poco menos para que otros que aportan menos reciban más**.

Trabajador B: Su formación universitaria le da acceso a un sueldo un poco superior al de otros trabajadores de menor cualificación, bien este sueldo hace que sus retenciones para IRPF sean superiores (4 %) a las del trabajador C del ejemplo, aunque sensiblemente inferiores a las del médico con guardias (8%) y al trabajador A (3 %).

Pues si como en los casos anteriores, sumamos todas las aportaciones a la sociedad en su vida, nos encontramos con **una aportación económica a la sociedad de 823.424 euros**, restados los 570.494 euros que percibe de pensión durante los 20 años de supervivencia media tras los 65 años, **nos restan 152.930 euros de aportación**, con los que la sociedad puede sufragar el resto de servicios, por su nivel de ingresos podrá acceder a algunos de los tipos de ayudas, subvenciones y becas. En definitiva, **hace una aportación media y recibe un muy poco menos.**

Trabajador C: Su formación secundaria le da acceso a un sueldo un poco superior al de otros trabajadores de estudios básicos, bien este sueldo hace que sus retenciones para IRPF sean superiores a las de los trabajadores de menor cualificación, aunque sensiblemente inferiores a las del médico con guardias (12%), al trabajador A (7 %) y al trabajador C (3%).

Si sumamos todas las aportaciones a la sociedad en su vida, nos encontramos con **una aportación económica a la sociedad de 511.933 euros**, restados los 380.007 euros que percibe de pensión durante los 20 años de supervivencia media tras los 65 años, **nos restan 131.925 euros de aportación**, con los que la sociedad puede sufragar el resto de servicios, por su nivel de ingresos podrá acceder a muchos de los tipos de ayudas, subvenciones y becas. En definitiva, **hace una aportación suficiente y recibe de una forma proporcional a lo aportado.**

En definitiva, el médico aporta mucho a la sociedad (dinero, responsabilidad, dedicación...), por su nivel de ingresos, es muy difícil que accedan a ayudas, subvenciones y becas, reciben una pensión inferior a la que le corresponde según sus cotizaciones y sufren con la jubilación una pérdida de poder superior al 37%.

Sin embargo otros trabajadores aportando menos, pueden acceder a más ayudas, reciben una pensión acorde con lo cotizado y apenas sufren disminución del poder adquisitivo. **Algunos políticos, aportando muy poco (7 años cotizados) reciben el máximo** y otros ni siquiera están afectados por los topes.

¿Es razonable que un sistema contributivo trate de forma tan desigual a sus asegurados? ¿Por qué el sistema perjudica más a quienes más han aportado al sistema? **Desde luego puede ser legal pero ¿es justo?**

8.- PROPUESTA.

En la actualidad, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, son hechos indiscutibles, que entre otros factores hacen, que se esté cuestionando la viabilidad y la sostenibilidad del sistema de pensiones. Se estima que la reforma de las pensiones públicas puesta en marcha por el gobierno, previsiblemente, recortará las futuras prestaciones de la Seguridad Social alrededor de un 20%, y que abre la puerta a disminuciones posteriores, incluso, se ha recomendado por parte del titular del Ministerio de Trabajo la contratación de planes de pensiones como un complemento a la pensión pública.

Todo parece apuntar a que la cobertura del Estado, en un futuro cercano, puede ser insuficiente para mantener un nivel de vida tras la jubilación similar al que se tenía en activo.

Actualmente, las pensiones públicas españolas se sitúan alrededor del 80%, es decir un pensionista percibe alrededor de 80 € por cada 100 € que recibía en nómina. Sin embargo, esto no es homogéneo y se ajusta bastante bien en las rentas más modestas, resultando mucho más gravosa la jubilación a efectos económicos para las rentas más altas, al existir un tope máximo de las pensiones. El empobrecimiento por tanto para las rentas más altas puede ser bastante acusado al pasar de la situación de activo a la de pensionista.

Sería oportuno establecer una fórmula, que permita cotizar por los excedentes de salario, por los que actualmente no se cotiza, por estar por encima del tope máximo de cotización y canalizarlos a la constitución de un fondo específico mediante un sistema de cuentas personales o aportaciones capitativas.

Las instituciones de inversión colectiva (sociedades y fondos de inversión) constituyen junto con los Fondos de pensiones el principal instrumento de canalización del ahorro-previsión, orientados a complementar los ingresos de los futuros pensionistas.

8.1.- Plan de pensiones.

De acuerdo con lo establecido en la disposición Final segunda del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre⁶⁰, se puede **proponer la creación de un Fondo de Pensiones específico**.

Las prestaciones que reconociera este Plan no tendrían la consideración de pensiones públicas ni se computarían a efectos de limitación de señalamiento inicial o fijación de la cuantía máxima de las pensiones públicas. Tratándose de **prestaciones complementarias, independientes y compatibles** con las establecidas a por los regímenes públicos de la Seguridad Social y Clases Pasivas del Estado. Este tipo de planes ya tiene múltiples ejemplos en la actualidad, siendo muy numerosas las Empresas, tanto públicas como privadas, así como diversas Administraciones públicas, que han optado por este sistema a fin de conseguir unas

futuras pensiones más dignas para sus empleados, contribuyendo de esta manera a evitar la situación de debilidad financiera en que quedan los pensionistas (jubilados). No obstante deberían ser potenciados.

Serían partícipes de este nuevo Plan de Pensiones las personas físicas que reúnan las condiciones de obtener ingresos superiores a la cuantía de la cotización máxima de la seguridad social por rendimientos del trabajo obtenidos como consecuencia de trabajar por encima de la jornada ordinaria, es decir por la realización de jornada complementaria debido a la necesidad de prestar atención continuada a la población.

Es decir, se deberán hacer aportaciones a este plan en las cuantías que resulten aplicables por las retribuciones generadas por la realización de un exceso de jornada, por las que actualmente no se efectúa cotización, por encontrarse por encima del valor máximo de cotización. El Plan debe permitir las aportaciones tanto directas como imputadas.

- Planteamos la posibilidad de una cotización general en los mismos términos que el resto de los trabajadores del SNS y adicionalmente una aportación a un Plan de Pensiones de carácter específico y colectivo, pero con aportaciones capitalizativas (capitalización financiera individual).
- Las cantidades percibidas por el trabajador que exceden de la cotización máxima determinarían la cuantía de la aportación que se realizaría a este plan de pensiones. El criterio para la concreción de dichas cuantías sería similar al utilizado en el régimen general de la seguridad social.

Continuando con el mismo modelo que hemos empleado en el ejemplo anterior, comprobamos que un Médico de cualquiera de nuestros Servicios de Salud, que además de su jornada realiza guardias (tardes, noches, festivos...) puede obtener a final de mes un sueldo bruto de 4.000 euros (56.000 euros/año). Soporta una retención para IRPF de 1.000 euros/mes (14.000 euros/año), el 25 % de los ingresos brutos. Cotiza por la base reguladora máxima (3.230,10 euros/mes (38.761,20 euros/año), lo que le supone 155,04 euros/mes (1.860,54 euros/año) de cotización (el 4,8 % de la base reguladora) y la empresa cotiza 781,68 euros/mes (8.380,21 euros/año) (el 24,2 % de la base reguladora).

Como podemos ver se ha dejado de cotizar por 17.238 euros/año, importe del salario bruto que supera la base máxima de cotización. Esta cotización supondría 4.999,25 euros/año de ingresos adicionales al régimen de previsión social.

Si con este montante, (por el que se trabaja y se cobra) y puesto que el médico ya ha realizado su cotización por el máximo legal, se realizaran aportaciones a un Plan de Pensiones, en los mismos porcentajes por las que se ha cotizado en el Régimen General, nos encontraríamos con unos ingresos anuales de 5.000 euros por facultativo, en un Fondo de Pensiones.

Esta aportación de 5.000 euros (valor del año 2011), a la hora de jubilarse supone un importe de 175.000 euros de 2011 sin estimar rendimientos por encima de la inflación para 35 años de aportaciones. Estimando una rentabilidad del 1% (muy conservadora) supone una renta de 1.047,37 euros/mes durante 15 años, o bien 804,82 euros/mes durante 20 años o si se quiere cobrar durante 25 años el importe sería de 659,53 euros/mes. Para menos años de aportaciones se puede ver los importes en la tabla adjunta.

Años de aportación	Aportación anual	Importe € año 2011	Renta mes 15 años	Renta mes 20 años	Renta mes 25 años	Bolsa SNS médicos
35 años	5.000	175.000	1.047,37	804,82	659,53	17.500.000.000
30 años	5.000	150.000	897,74	689,84	565,31	15.000.000.000
25 años	5.000	125.000	748,12	574,87	471,09	12.500.000.000
20 años	5.000	100.000	598,49	459,87	376,87	10.000.000.000
15 años	5.000	75.000	448,87	344,92	282,65	7.500.000.000
10 años	5.000	50.000	299,25	229,95	188,44	5.000.000.000
5 años	5.000	25.000	149,62	114,97	94,22	2.500.000.000

Si consideramos que los médicos del SNS pueden ser aproximadamente 100.000, el fondo que se podría constituir sería importante y podría suponer una fente de riqueza e inversión en economía sostenible que contribuyera a reflotar la economía del país.

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este Informe-Propuesta el médico ha mostrado desde los inicios de su formación unas importantes tasas de responsabilidad, generosidad y solidaridad con la sociedad. Ha respondido, a cuantas demandas ésta le ha formulado en relación con las exigencias tanto de formación, actualización de conocimientos y habilidades, así como de dedicación en tiempo y, es lícito, que espere de la Sociedad una respuesta solidaria que compense su dedicación.

8.2.- Otras medidas.

Para minimizar el efecto negativo que el actual sistema de pensiones mantiene sobre estos profesionales se propone:

1. **Flexibilizar la edad de jubilación entre los 60–70 años**, permitiendo la prolongación de la vida laboral en los supuestos que los profesionales estimen que están en buenas condiciones para seguir aportando su conocimiento, experiencia y servicio a la sociedad, así como, permitiendo la aplicación de coeficientes reductores, en aquellos casos, en que los médicos estimen, que necesitan acceder a un merecido descanso.
2. **Consideración de los años de trabajo reales** a efectos del cálculo de la pensión, reconociendo los excesos de jornada anuales y traducirlos a servicios prestados a efectos del cálculo de la pensión o, al menos, del cálculo del periodo de carencia.

3. Establecer alguna fórmula que permita tener en cuenta el considerable volumen de trabajo generado por la jornada complementaria, se propone la creación de una **cuenta de ahorro de tiempo.**
4. **Eliminación del actual tope máximo de las pensiones**, manteniendo exclusivamente el tope natural de las mismas.
5. El exceso de nomina, por la que actualmente no se cotiza, por estar por encima del tope máximo de cotización, debería cotizar a un régimen de pensiones privado y de carácter caputivo.
6. Creación de un Fondo de Pensiones con las aportaciones de carácter caputivo efectuadas en Planes de Pensiones, cuyas cuantías corresponderán con el importe de las cuotas que resulten de aplicar la misma escala que corresponde al Régimen General de Seguridad Social a fin de que pueda actuar como pensión complementaria.
7. El Fondo de Pensiones deberá invertir en generar riqueza en nuestro país, contribuyendo así a la estabilidad económica del país y a construir un sistema de economía más sostenible.

9.- CONCLUSIONES.

Los Facultativos sanitarios, que trabajan por cuenta ajena, no están sometidos a un régimen jurídico común, se encuentran vinculados mayoritariamente como personal estatutario, aunque también existen un buen número de funcionarios y personal laboral.

Los facultativos sanitarios que trabajan por cuenta ajena realizan tareas que entrañan exposición a sustancias peligrosas, agentes biológicos, exposición a elevada carga mental, estrés, pero sobre todo, extrema penosidad y alejamiento de la unidad familiar por las extensas jornadas de trabajo, incluyendo las guardias, tienen unas condiciones de trabajo muy distintas al resto de la población trabajadora.

Los facultativos sanitarios realizan una labor de gran trascendencia y responsabilidad para con la sociedad y deberían tener buenas condiciones de trabajo que contribuyan a garantizar la concepción y prestación de servicios de calidad. La morbilidad por síndrome de “burnout” es de las más altas que se conocen, con el problema añadido de las repercusiones que ello tiene en la calidad de los servicios prestados que ha comenzado a ser un problema de salud pública.

Es preciso dar solución al desgaste físico y psíquico a que están sometidos los facultativos sanitarios, como instrumento de mejora de la eficiencia del sistema en su

conjunto. Existen suficientes evidencias de las consecuencias que para los servicios tienen la mala salud de los médicos que los atienden.

Existen razones que justifican la necesidad de un **régimen especial de seguridad social para los Facultativos** especialistas sanitarios.

Es preciso **flexibilizar la edad de jubilación voluntaria entre 60 y 70 años** y desarrollar la jubilación anticipada lo que contribuiría a minimizar el impacto de las jubilaciones de las promociones más numerosas de médicos.

Computar el trabajo de forma que tenga en cuenta el exceso de jornada que realizan los facultativos sanitarios, introduciendo factores correctores que permitan acceder a la edad de jubilación con una carga laboral, en horas, que deberán ser traducidas a años, similar al resto de los trabajadores, contribuiría a evitar las desigualdades y a lograr un sistema más justo y racional.

Necesidad de revisar el tope máximo de cotización y eliminar el tope máximo de las pensiones y sustitución por su tope natural.

Avanzar en la separación y clarificación de las fuentes de financiación del sistema.

Sin cuestionar el principio necesario de “solidaridad social”, existe un **exagerado desequilibrio que afecta económicamente y en calidad de vida al médico**. Sería necesario hacer más justo nuestro sistema, dando a cada uno lo que le corresponde según sus necesidades y teniendo también en cuenta el esfuerzo realizado.

No se debe mantener la actual situación de escandalosas diferencias en el grado de empobrecimiento tras la jubilación.

Creación de un Fondo de Pensiones de especiales características con las cuantías correspondientes a cantidades retribuidas a los médicos por el exceso de jornada.

Necesidad de nuevos estudios sobre suicidios de médicos y separaciones.

Los facultativos especialistas sanitarios han dado muestras de gran generosidad y solidaridad a lo largo de toda su vida profesional y confían en recibir una respuesta igualmente solidaria y justa, aunque para ello hay que modificar la legalidad.

10.- BIBLIOGRAFIA.

¹ Encuesta de Población Activa (EPA) Instituto Nacional Estadística (INE). 2009.

² Wallace JE , JB, Lemaire , Ghali WA . Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14; 374 (9702) :1714-21.

³ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

⁴ Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

⁵ Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegial. Julio 2011

⁶ González López-Valcárcel, B. Formación y Empleo de los profesionales sanitarios un análisis de desequilibrio. Gaceta Sanitaria 2000 14 (3)237-246.

⁷ Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. BOE 184.

⁸ Martínez de la Casa Muñoz, A; Del Castillo Comas, C; Magaña Loarte, E; Bru Espino, I; Franco Moreno A. y Segura Frago, A. Estudio sobre prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de talavera de la Reina. Atención Primaria 2003; 32 (6): 343-348.

⁹ Norma Técnicas de Prevención (NTP) 455, Trabajo a turnos y trabajo nocturno: alimentación INSHT . Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

¹⁰ Cohen Daniel A; Wang, D; Wyatt, JK “Uncovering Residual Effects of Chronic Sleep Loss on Human Performance”.. Science Translational Medicine 13 January 2010.

¹¹ Capuccio Francesco. University of Warwick, news release, Feb. 8. 2011.

¹² Seung-Schik Yoo, Ninad Gujar, Peter Hu, Ferenc A. Jolesz **and** Matthew P. Walker. The human emotional brain without sleep a prefrontal amygdala disconnect. Current Biology, Volume 17, Issue 20, R877-R878, 23 October 2007.

¹³ Colten H. R.& Altevogt B. M. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. (Natl Acad. Press, 2006).

¹⁴ Corlett E.N. Paoli P, Queinsec Y. La adaptación de los sistemas de trabajos por turnos. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, Dublín, 1989.

¹⁵ <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/crthalllist.php>.

-
- ¹⁶ James E. Gangwisch; Steven B. Heymsfield; Bernadette Boden-Albala; Ruud M. Buijs; Félix Kreier; G. Thomas Pickering; Andrew G. Rundle; Gary K. Zammit; y Dolores Malaspina et al "Short Sleep Duration as a Risk Factor for Hypertension" Hypertension published online Apr 3, 2006; <http://hyper.ahajournals.org>.
- ¹⁷ Recomendación 178, sobre el trabajo nocturno. OIT.1990
- ¹⁸ Convenio 171 de la OIT, sobre trabajo nocturno. 1990
- ¹⁹ NTP 310 Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación. Ministerio Trabajo INSHT . Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ²⁰ NTP 534 Carga mental del trabajo: Factores. INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ²¹ NTP 275 Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración. INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ²² Matthew P. Walker, Tiffany Brakefield, Alexandra Morgan, J. Allan Hobson, and Robert Stickgol Practice With Sleep Makes Perfect: Sleep-Dependent Motor Skill Learning. *Neuron*, Vol. 35, 1–20, July 3, 2002,
- ²³ Bliss, Michael William Osler: A Life in Medicine, Oxford University Press, Oxford, England, 1999..
- ²⁴ NTP 318 El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. INSHT. Ministerio de Trabajo.
- ²⁵ Guía revisada de Salud Mental en Atención Primaria, elaborada por el grupo de salud mental del PPAS de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2008.
- ²⁶ Appels A, Mulder P. *Eur Heart J*. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. 1988; 9: 758-6.
- ²⁷ Blanch Ribas Josep M, Cervantes Ortega Genís, Cantera Espinosa Leonor, Ávila Rodríguez Rubén, Hermoso Lloret Diana. Condiciones de trabajo, clima social y bienestar laboral en los hospitales de la Red XHUP de Cataluña entre 2003 y 2008.
- ²⁸ Molina Siguero, A; García Pérez, M.A; Alonso González M; y Cecilia Cermeño, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en Médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria* 2003, 31(9): 564-74
- ²⁹ Garnés Ros A.F. ¿Están quemados los médicos de los hospitales de Alicante? *SEMERGEN* 2003; 29 (2): 65-69.
- ³⁰ Mingote Adán, José Carlos. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med. Clin. (Barc)* 2004, 123: 265-270.

³¹ Sánchez Ventin, V ; Jiménez Pereira, I y García Méndez, L. Burnout en los médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. SEMERGEN 2009; 35 (5): 211-213.

³² Caballero Martin, MA; Bermejo Fernández, F; Nieto Gómez R; Caballero Martínez, F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Atención Primaria 2001; 27 313-7- volumen 27 numero 05.

³³ De Pablo González R, Surbeviola González, JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria Atención Primaria 1998, 22 580-4 vol 22 num 9.

³⁴ Esteva, M; Larraz, C.y Jiménez F. La salud mental en los médicos de Familia: efectos de la satisfacción laboral y el estrés en el trabajo. Gabinete técnico Unidad de Investigación Gerencia Atención Primaria de Mallorca. Rev Clin Esp 2006; 206(2):77-83.

³⁵ Hawton, K; Clements A; Sakarovitch C; Simkin S; Deeks JJ. SUICIDE in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality practitioners in England and Wales , 1979-1995. J Epidemiol Community Health 2001; 55 : 296-300 doi: 10.1136/jech.55.5.296

³⁶ Charlton J. Kelly S:Dunnell K, Evans B, Jenkins R. Suicide death in England and wales: trends in factors associated with suicide death. Popultrends.1993; 69:34-42.

³⁷ Tait D. Shanafelt, MD; Charles M. Balch, MD; Dyrbye Lotte, MD; Gerald Bechamps, MD; Tom Russell, MD; Satele Daniel, BA; Teresa Rummans, MD;Karen Swartz, MD; Paul J. Novoa, MS; Jeff Sloan, PhD; Michael R. Oreskovich, MD. Suicidal Ideation Among American Surgeons (EEUU). *Arco Surg.* 2011; 146 (1) :54-62. doi: 10.1001/archsurg.2010.292

³⁸ Grau, Armand; Suñer, Rosa;. García, María M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gaceta Sanitaria 2005; 19(6): 463-70.

³⁹ ORDEN APU/3902/2005, de 15 Diciembre, por la que se dispone la publicación del Acuerdo de la Mesa General de Negociación por el que se establecen medidas retributivas y se mejora las condiciones de trabajo así como la profesionalización de los empleados públicos. BOE n° 300 de 16/12/2005.

⁴⁰ RESOLUCIÓN, de 20 de Diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública. BOE n° 309 de 27/12/2005.

⁴¹ Byone, G. Stress in Women Doctors. British Journal of Hospital Medicine, 1994; 51 267-268).

⁴² López Cumbre, Lourdes. Jubilación Flexible en la Unión Europea. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, ISSN 1137-5868, Nº Extra 1, 2002 (Ejemplar dedicado a: Jubilación flexible), págs. 77-114.

⁴³ Recomendación OIT n 162 de 23 de julio, sobre los trabajadores de edad. 1980.

⁴⁴ Duque, M Calgary. Los médicos cuidan de los pacientes, pero ¿quién se ocupa de los médicos? JANO.es 20.11.2009.

⁴⁵ Alarcón Caracuel, Manuel Ramón. El concepto de jubilación flexible. Catedrático de Derecho del Trabajo Universidad de Sevilla. Temas laborales nº 66/2002 pgs 117-152.

⁴⁶ Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS).

⁴⁷ Real Decreto 2.366/1984, de 26 de diciembre, sobre reducción de la edad de jubilación de determinados grupos profesionales incluidos en el ámbito del Estatuto del Minero, aprobado por el Real Decreto 3255/1983, de 21 de diciembre.

⁴⁸ Real Decreto 1559/1986, de 28 de junio, por el que se reduce la edad de jubilación del personal de vuelo de trabajos aéreos. (BOE núm. 182 de 31 de julio de 1986).

⁴⁹ Real Decreto 383/2008, de 14 de marzo, por el que se establece el coeficiente reductor de la edad de jubilación en favor de los bomberos al servicio de las administraciones y organismos públicos.

⁵⁰ Real Decreto 2621/1986, de 24 de diciembre por el que se integran los regímenes especiales de la Seguridad Social de trabajadores ferroviarios, jugadores de fútbol, representantes de comercio, toreros y artistas en el régimen general, así como se procede a la integración de régimen de escritores de libros en el régimen especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos. Modificado por RD 863/1990, de 6 de julio, sobre revalorización de las pensiones del Sistema de seguridad Social y de otras prestaciones de protección social pública para 1990.

⁵¹ Real Decreto 1539/2003, de 5 de diciembre, por el que se establecen coeficientes reductores de la edad de jubilación a favor de los trabajadores que acreditan un grado importante de minusvalía.

⁵² Decreto 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Leyes 116/1969, de 30 diciembre, y 24/1972, de 21 de junio, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores del mar (BOE núm. 243, de 10 octubre, rectificado en el BOE, núm. 276 de 18 noviembre).

⁵³ Decreto 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Leyes 116/1969, de 30 diciembre, y 24/1972, de 21 de junio, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores del mar (BOE núm. 243, de 10 octubre, rectificado en el BOE, núm. 276 de 18 noviembre).

⁵⁴ [Ley 26/2009](#), de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010 BOE nº 309, de 24/12/09.

⁵⁵ NTP 455. Trabajo a turnos aspectos organizativos. INSHT. Ministerio de Trabajo.

⁵⁶ Hason Dana, presidenta del World Medical Association en la conferencia del Foro Mundial de líderes de la Salud. (2010).

⁵⁷ 82/857/CEE, Recomendación del Consejo de 10 de diciembre de 1982 relativa a los principios de una política comunitaria sobre la edad de jubilación.

⁵⁸ Valdés Dal-Ré, F. Catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Informe elaborado a petición del INHSG en el Trabajo, sobre posible reducción de la edad mínima de jubilación para el colectivo de bomberos. 2005.

⁵⁹ Comas Barceló, Antonio. El tope máximo de las pensiones en el sistema de la seguridad social: una limitación injusta. Tirant lo Blanch. 2006.

⁶⁰ Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre.