Confederación Estatal de Sindicatos Médicos

AMYTS Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

PROPUESTA NOCTURNIDAD

1. OBJETO DE LA PROPUESTA ¿Qué queremos? 2
2. JUSTIFICACION LEGISLATIVA y Peculiaridades del trabajo de los licenciados sanitarios 2
   2.1. Propuesta planteada 6
3. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD/ACTUACION 7
4. ARGUMENTARIO 10
   4.1. Consecuencias para la salud de los trabajadores del trabajo nocturno y a turnos 10
   4.2. Recomendaciones sobre trabajo a turnos y nocturno: medidas protectoras. Recomendaciones OIT 11
   4.3. Importancia de los coeficientes reductores 12
5. TRABAJOS CIENTÍFICOS QUE AVALAN LA PROPUESTA 14
   5.1. Alteraciones del ritmo circadiano. La Cronodisrupción 14
   5.2. Impacto del trabajo nocturno, en general, sobre la salud de los profesionales 15
   5.3. El riesgo psicosocial derivado del trabajo nocturno 17
   5.4. Principales neoplasias como consecuencia de la nocturnidad en el trabajo 19
   5.5. Trastornos en la alimentación y relacionados con la dieta 21
6. LEGISLACIÓN 23
7. BIBLIOGRAFÍA 24

CESM-AMYTS

1. OBJETO DE LA PROPUESTA ¿Qué queremos?

El objetivo de este informe-propuesta es plantear la necesidad de **un régimen anticipado voluntario** en la jubilación, por razón de la actividad, para todos los facultativos sanitarios que **realizan trabajo nocturno**.

El artículo 206.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, prevé la posibilidad de rebajar, por real decreto, a propuesta del titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, la edad mínima de acceso a la pensión de jubilación 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 procedimiento aplicable es el comprendido en el Real Decreto 1698/2011, de 18 de noviembre, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social, aplicable a nuevos colectivos, sectores o actividades, en las escalas, categorías o especialidades correspondientes, que actualmente no tienen reducción de la edad de jubilación.

Entendemos que los requerimientos psicofísicos requeridos en el desarrollo de la actividad profesional como facultativo sanitario en trabajo nocturno, no puede realizarse a partir de una determinada edad, cumpliéndose de esta forma los requerimientos exigidos en el art 2.b del Real Decreto 1698/2011, del 18 de noviembre, para la reducción de la edad de acceso a la jubilación.

2. JUSTIFICACION LEGISLATIVA y Peculiaridades del trabajo de los licenciados sanitarios

En el apd. 1, Art. 36 ,Estatuto de los Trabajadores, se considera trabajo nocturno el realizado entre las 22:00 horas hasta las 6:00 horas del día siguiente, así mismo también se considera trabajador nocturno Para la aplicación de lo dispuesto en el párrafo anterior, se considerará trabajador nocturno a aquel que realice normalmente en periodo nocturno una parte no inferior a tres horas de su jornada diaria de trabajo, así como a aquel que se prevea que puede realizar en tal periodo una parte no inferior a un tercio de su jornada de trabajo anual.

En la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (art 46) se considera trabajo nocturno a aquel con una duración mínima de siete horas e incluirá necesariamente el periodo comprendido entre las cero y las cinco horas de cada día natura. En ausencia de tal definición, se considerará periodo nocturno el comprendido entre las 23 horas y las seis horas del día siguiente. De la misma forma define el personal nocturno como aquel que realice, normalmente, durante el periodo nocturno, una parte no inferior a tres horas de su tiempo de trabajo diario.

CESM-AMYTS

El Real Decreto 311/2016, de 29 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo, en materia de trabajo nocturno establece en el artículo 33 sobre la jornada máxima de los trabajadores nocturnos en trabajos con riesgos especiales o tensiones importantes:

> 1. "La jornada de trabajo máxima de los trabajadores nocturnos cuyo trabajo implique riesgos especiales o tensiones físicas o mentales importantes será de ocho horas en el curso de un periodo de veinticuatro horas durante el cual realicen un trabajo nocturno, salvo que deba ser inferior, según lo previsto en el capítulo III.
>
> A efectos de lo dispuesto en este artículo los trabajos que impliquen riesgos especiales o tensiones físicas o mentales importantes serán los definidos como tales en convenio colectivo o, en su defecto, por acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores, tomando en consideración los efectos y los riesgos inherentes al trabajo nocturno.
>
> 2. La jornada de trabajo máxima de los trabajadores nocturnos establecida en el apartado 1 sólo podrá superarse en los supuestos previstos en el artículo 32.1.b) y c)".

Se recoge también en la legislación que los trabajadores nocturnos y quienes trabajen a turnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección en materia de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo, y equivalente al de los restantes trabajadores de la empresa. (apdo. 4, Art. 36, ET y Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

Consideramos que en el caso de los profesionales sanitarios no solo no se encuentran las garantías normativas necesarias para la calidad en el empleo respecto de la edad de jubilación, como las normas disponen. Situación que empeora progresivamente tras la aprobación de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social que aumentaba la edad de jubilación hasta 2027. En concreto, la edad ordinaria de jubilación aumentaba de los 65 a los 67 años en 2027; para los casos de jubilación anticipada voluntaria, de los 63 a los 65 años, y para los casos de jubilación anticipada forzosa, de los 61 a los 63 años.

Planteamos una propuesta de jubilación anticipada para todos los facultativos que realizan trabajo nocturno, basada en las siguientes peculiaridades del trabajo médico:

1. **El trabajo nocturno:** El momento actual resulta muy apropiado para dar respuesta a una necesidad sentida desde hace muchos años como es el **reconocimiento de la nocturnidad como factor de riesgo de los profesionales sanitarios de cara a la jubilación anticipada** y debería ser reconocida en el Real Decreto 1698/2011, de 18 de noviembre, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social, referido a profesiones con problemas de penosidad, toxicidad, peligrosidad, insalubridad y siniestrabilidad.
   Todos conocemos la gran afectación profesional demostrada por las estadísticas de la Covid 19, que avalan este planteamiento, **afectación agravada por el trabajo nocturno**

CESM-AMYTS

en condiciones de descanso claramente no favorables, con camas compartidas y sin medidas higiénicas garantizadas. Avalado por los requerimientos de la Inspección de Trabajo en cuanto a las garantías que deben cumplir los dormitorios médicos.
Pero no solo durante esta pandemia de Covid 19. Lo cierto es que hay fuentes de información suficientes sobre el riesgo en cuanto a la salud del trabajo nocturno que se presentan en el punto 5 de este documento.

2. El reconocimiento de la profesión médica como de **especial riesgo**, según está recogido en el REAL DECRETO 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, recoge como actividades peligrosas a efectos de coordinación de actividades empresariales en su disposición adicional undécima:

"A efectos de lo previsto en el artículo 13.1.a) del Real Decreto 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales, se consideran actividades o procesos peligrosos o con riesgos especiales los incluidos en el Anexo I del presente real decreto".

En el ANEXO I se encuentra referido en el apartado d): Trabajos con exposición a agentes biológicos de los grupos 3 y 4, según la Directiva 90/679/CEE y sus modificaciones, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados a agentes biológicos durante el trabajo.

Puesto de manifiesto de forma trágica durante la exposición pandémica a COVID que ha hecho que los profesionales hayan tenido una exposición claramente documentada estadísticamente y con una mortalidad elevada en función de la profesión ejercida. De hecho, partíamos de una situación de riesgo biológico nivel 2 para el Sars Cov 2 con cambio a nivel 3 en aplicación de DIRECTIVA (UE) 2020/739 DE LA COMISIÓN de 3 de junio de 2020 mediante la modificación del Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Incorporando el SARSCoV2 en dicha Directiva como agente biológico de tipo 3 en el ANEXO II de clasificación de agentes biológicos, en un momento en el que hubo carencias muy importantes de protección de EPIs, siendo esto responsabilidad de la empresa y considerando que, además, su comportamiento pudiera considerarse de nivel 4.

Exposición profesional de riesgo avalada por el RD REAL DECRETO-LEY 3/2021, DE 2 DE FEBRERO, POR EL QUE SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA BRECHA DE GÉNERO Y OTRAS MATERIAS EN LOS ÁMBITOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y ECONÓMICO en cuyo artículo 6 se regulan las prestaciones para profesionales sanitarios y sociosanitarios expuestos a Sars Cov2 en el ejercicio de la profesión.

3. 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

CESM-AMYTS

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.

Por todo esto, los trabajadores nocturnos facultativos **deben acceder "antes"** a la edad de jubilación, dado que además tienen un plus de penosidad añadido, ya que la atención continuada (turnos nocturnos) en muchos casos se realizan después de haber trabajado la jornada ordinaria habitual, lo cual puede agravar la exposición a otros riesgos, como el biológico, que puede ser mayor por la falta de descanso en trabajo nocturno, lo cual ha sido evidenciado con la pandemia por Sars Cov 2.

CESM-AMYTS

2.1. Propuesta planteada

Planteamos, por tanto, una propuesta de jubilación anticipada para los facultativos con trabajo nocturno, que evite el riesgo de enfermar por el trabajo y que incluya el ejercicio de los facultativos sanitarios en el catálogo de profesiones con problemas de especial siniestrabilidad, penosidad, toxicidad, peligrosidad e insalubridad.

Para que se lleve a efecto, se solicitará al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, la edición de un Real Decreto Ley que recoja las siguientes premisas:

1. Incluir a los facultativos con trabajo nocturno entre las profesiones con posibilidad de jubilación anticipada/flexible entre los 60 y 70 años.
2. Incluir a los facultativos como profesionales cuyo ejercicio debe ser reconocido como de especial peligrosidad, penosidad y siniestrabilidad, asociado al riesgo biológico (amparándose en el actual Covid 19) y que quede recogido en el Real Decreto del Reglamento de los Servicios de Prevención
3. Reconocimiento del Riesgo Biológico específico de la profesión como de especial peligrosidad.
4. Reconocimiento del riesgo psicosocial asociado al ejercicio de la profesión, lo cual se ha constatado por la necesidad de aumentar la plantilla de profesionales del PAIPSE durante la pandemia de Sars Cov 2. Pero, en condiciones que no son de pandemia tenemos un mal endémico que son las agresiones sufridas por nuestros profesionales que requieren registro específico y que son tratadas y seguidas tanto a nivel de la Comisión Central de Seguridad y Salud, como a nivel de todos los Comités de Seguridad y Salud.

Para este planteamiento, somos conscientes de que se necesita el mayor número de implicados institucionales en relación a la profesión médica: OIT, OMC, Foro de la Profesión Médica, Colegios Provinciales de Médicos, Sindicatos Profesionales a nivel nacional, partidos políticos a nivel de Congreso y Senado, Sociedades relacionadas con la Seguridad y Salud en el trabajo (AEEMT: Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo; SESST: Sociedad Española de Seguridad y Salud en el Trabajo; SEMST: Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo).

De hecho la OMC está, a su nivel, solicitando el reconocimiento de la profesión médica como de riesgo, lo cual apoyamos sin dudarlo, considerando que es preciso trabajar para conseguir que el personal facultativo sanitario desarrolle sus tareas en óptimas condiciones, tanto de medios, como de condiciones laborales y de su propia salud, adoptando medidas que modulen el impacto negativo que tiene el **exceso de jornada del personal facultativo sanitario y el trabajo nocturno**, mejorando la calidad de vida de estos y propiciando **una igualdad de trato de los mismos respecto a otros trabajadores (Policías y bomberos, por ejemplo).**

La propuesta planteada, sujeta a negociación, sería la siguiente y con efecto retroactivo:

CESM-AMYTS

1. La edad ordinaria exigida para el acceso a la pensión de jubilación se reducirá en un periodo equivalente al que resulte de aplicar a los años completos efectivamente trabajados como trabajador nocturno un coeficiente reductor del 0,25.
2. La aplicación de la reducción de la edad de jubilación prevista en el apartado anterior en ningún caso dará ocasión a que el interesado pueda acceder a la pensión de jubilación con una edad inferior a los 60 años.
3. En cuanto a cómputo del tiempo trabajado, tendrá la consideración de tiempo efectivamente trabajado, a efectos de la aplicación del coeficiente establecido en el artículo anterior, el tiempo de actividad efectiva y cotización destinado en puestos propios de trabajador nocturno de los distintos Servicios Sanitarios.

   Se descontarán todas las faltas al trabajo, salvo las siguientes:

   a. Las que tengan por motivo la incapacidad temporal por enfermedad común o profesional, o accidente, sea o no de trabajo.
   b. Las que tengan por motivo la suspensión de la prestación de servicios por maternidad, paternidad, adopción, acogimiento, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural.
   c. Los permisos y licencias retribuidos, disfrutados en virtud de las correspondientes disposiciones normativas o convencionales.
4. Consideración como cotizado del tiempo de reducción. El periodo de tiempo en que resulte reducida la edad de jubilación del trabajador, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores se computará como cotizado al exclusivo efecto de determinar el porcentaje aplicable a la correspondiente base reguladora para calcular el importe de la pensión de jubilación. Es decir, s**in que se pierda NI UN SOLO EURO DE LA PENSIÓN TOTAL.**

3. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD/ACTUACIÓN

El procedimiento aplicable es el comprendido en el **Real Decreto 1698/2011, de 18 de noviembre, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social aplicable a colectivos, sectores o actividades, en las escalas, categorías o especialidades correspondientes, que no tienen reducción de la edad de jubilación**.

Este procedimiento exige la realización de los trámites a que se refiere el Capítulo III, artículos 10 a 12, que contemplan cada una de las fases del procedimiento administrativo (iniciación, ordenación e instrucción y terminación del procedimiento), siendo el Órgano instructor del procedimiento la Subdirección General de Ordenación Jurídica de la Seguridad Social- SGOJSS (Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social - DGOSS).

CESM-AMYTS

Las solicitudes de iniciación del procedimiento deberán dirigirse a la DGOSS y ser remitidas a las SGOJSS a fin de comprobar el cumplimiento de los requisitos de capacidad y legitimación de los solicitantes.

Se transcriben artículos 10 y 11 por su importancia:

Artículo 10. Iniciación del procedimiento.

El procedimiento general en orden al establecimiento de coeficientes reductores para rebajar la edad de jubilación, o al establecimiento de una edad mínima de acceso a la pensión, en los supuestos a que se refiere este real decreto, podrá iniciarse:

a. De oficio por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, a través de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, a iniciativa propia, o como consecuencia de petición razonada no vinculante de las entidades gestoras o colaboradoras, de la Secretaría de Estado de Empleo, una vez que esta haya oído a la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, o de petición bien de la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, o bien del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
b. A instancia de los empresarios y trabajadores por cuenta ajena, a través de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal, mediante petición razonada no vinculante y en relación con alguna de las actividades en las escalas, categorías o especialidades, a que se refiere el artículo 2.

A instancia de los trabajadores por cuenta propia, a través de las asociaciones representativas de los trabajadores autónomos y de las organizaciones sindicales más representativas a nivel estatal, de acuerdo con lo establecido en el artículo 21.5 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo.

Las empresas o los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, considerados individualmente, no estarán legitimados para instar el inicio de las actuaciones.

Las solicitudes deberán dirigirse a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y se presentarán conforme a lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 6.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos.

Artículo 11. Procedimiento previo.

1. La Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social comunicará a la Secretaría de Estado de Empleo las peticiones o solicitudes a que se refiere el artículo anterior, a fin de que por ésta se lleven a cabo las actuaciones previstas en los apartados siguientes.
2. La Secretaría de Estado de Empleo, en colaboración con la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, a través del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, con la participación de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con las funciones atribuidas a uno y otra, respectivamente, en los artículos 8 y 13 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, así como del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en función de las respectivas competencias, llevará a cabo un estudio preceptivo, en el que se

CESM-AMYTS

analizarán las características indicadas en el artículo 2, pronunciándose expresamente sobre cada uno de los siguientes extremos:

- Siniestralidad en el sector, distinguiendo entre índice de accidentes de trabajo e índice de enfermedades profesionales.
- Morbilidad y mortalidad por enfermedad y su relación directa con el trabajo, y la incapacidad permanente derivada de enfermedad en los términos indicados en el artículo 115.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social, que se produzcan en grado superior a la media.
- Condiciones de trabajo, en las que se tendrá en cuenta a estos efectos la peligrosidad, insalubridad y toxicidad, la turnicidad, el trabajo nocturno y el sometimiento a ritmos de producción. Relación con la edad del trabajador y el tiempo de exposición al riesgo.
- Requerimientos físicos y/o psíquicos exigidos para el desarrollo de la actividad. Edad aproximada a partir de la cual no es aconsejable el ingreso en el sector o colectivo, o desde la que no puede razonablemente desarrollarse la actividad.
- Dicho estudio contendrá, asimismo, las posibilidades de modificación de las condiciones de trabajo en el sector o actividad, en base al informe emitido al efecto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. De igual modo, se tendrá en cuenta también la variable de género.

3. La Secretaría de Estado de Empleo podrá solicitar la emisión de otros informes o estudios complementarios, tanto a los organismos indicados como a otras administraciones públicas, cuando lo considere conveniente, antes de formalizar su propuesta definitiva.
4. La Secretaría de Estado de Empleo, asimismo, pondrá en conocimiento de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas a nivel estatal y de quienes hayan instado la iniciación del procedimiento, los resultados de todos los estudios e informes llevados a cabo, a fin de que formulen cuantas alegaciones estimen precisas o aporten cuantos informes técnicos consideren de interés, antes de formalizar su propuesta definitiva. A tal efecto, dicho centro directivo facilitará a las organizaciones sindicales y empresariales anteriormente citadas y a quienes hayan instado la iniciación del procedimiento, los datos que hayan dado soporte técnico para la realización de dichos estudios e informes.
5. Cuando de los estudios e informes preceptivos se desprenda que existen, en el desarrollo de la actividad laboral o profesional, condiciones de trabajo que supongan excepcional penosidad, toxicidad, peligrosidad o insalubridad, y elevados índices de morbilidad o mortalidad, pero que es posible evitarlos mediante la modificación de las condiciones de trabajo, la Secretaría de Estado de Empleo lo comunicará a las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal y a quienes hayan instado la iniciación del procedimiento, para que, conforme a la normativa vigente, se proceda a realizar dicha modificación dentro del sector o actividad, con indicación de si el cambio tiene carácter temporal o definitivo.

   Se dará traslado de una copia de la comunicación, a los efectos previstos en la legislación vigente, a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

CESM-AMYTS

4. ARGUMENTARIO

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

La exigencia de unos horarios de trabajo excesivamente largos, incluyendo además nocturnidad, 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, conlleva a la larga trastornos de salud reconocidos en la literatura científico-médica.

La consecuencia más evidente del trabajo 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 puede 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.

Son varios los estudios que demuestran los efectos de la nocturnidad sobre la salud de los trabajadores, entre los que cabe destacar:

- 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 deprivación del sueño).
- Alteraciones de la vida familiar y social.
- Incidencias en la actividad profesional: aumento de errores, descenso en el rendimiento del trabajo, descenso en la seguridad, aumento del absentismo, insatisfacción personal en el trabajo y burnout.

El trabajo nocturno 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 personas que tienen trabajo nocturno demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general, que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna. Ello puede ser debido a diversas causas, pero, sin duda, una de ellas es la falta de adaptación debida a la alteración de los ritmos circadianos y sociales; así como una deficiente organización de los turnos. Algunos estudios han demostrado que las personas que trabajan en turnos

CESM-AMYTS

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.

Hay que destacar la relación entre rotación de turnos/trabajo nocturno y 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". De hecho la rotación de turnos es ahora catalogada como A2 (Probable cancerígeno para humanos). **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.

También hay estudios epidemiológicos, que establecen una fuerte relación entre cáncer de colon y rotación por turnos de trabajo. **Siendo un 35% más frecuente en trabajadores nocturnos que en el resto.**

Importante también que **los trabajadores de turnos de noche tienen un 40% más** de posibilidades de padecer trastornos neuropsicológicos, digestivos y cardiovasculares, como así los estima la OMS. Los más vulnerables son los de edades más avanzadas, y tienen más riesgo de envejecimiento prematuro y aumento de la morbilidad.

Cada quince años de trabajo nocturno se produce un envejecimiento de unos cinco años, y un tercio de la gente que lo realiza padece fatiga, neurosis, ulceras y alteraciones cardíacas. Dicho envejecimiento lleva aparejada una reducción de la esperanza de vida y, se calcula, que «un tercio de la gente que lo realiza padece más fatiga, neurosis, úlceras y alteraciones cardiacas».

4.2. Recomendaciones sobre trabajo a turnos y nocturno: medidas protectoras. Recomendaciones OIT.

La OIT se ha manifestado en diversas ocasiones sobre el trabajo a turnos, considerando que son necesarias dos cuestiones básicas: si es realmente necesario y en caso afirmativo, cómo estructurarlo para mitigar sus efectos. Y aconseja:

1. Como factor prioritario y bajo un prisma legal, reducir el trabajo a turnos y principalmente el nocturno a la mínima expresión posible y a aquellos sectores de carácter público que lo hagan imprescindible (bomberos, policía, sanidad, etc.) (Recomendación OIT nº 171, art. 27).
2. Establecer cauces de participación para la ordenación de la jornada de trabajo entre todas las partes afectadas (Convenio OIT nº 171, art. 10. / Estatuto de los Trabajadores, art. 41.).

CESM-AMYTS

3. En caso de ineludible necesidad del trabajo a turnos las reivindicaciones deberían de apuntar, no a la obtención de primas sino al establecimiento de medidas preventivas, mejora de las condiciones de trabajo y vigilancia de la salud.

Ejemplos de medidas preventivas y mejoras en las condiciones de trabajo:

- Aumento de las pausas y tiempos de descanso (Recomendación 178 OIT, art. 7.).
- Vacaciones suplementarias para el personal a turnos.
- Establecimiento de un límite de tiempo para trabajar a turnos (por ejemplo, 15 años como máximo) (Recomendación 178, art. 23.).
- Establecer limitaciones de edad para acceder al trabajo a turnos. (Por ejemplo, desaconsejándolo a los menores de 20 años y mayores de 45 o estableciendo los mecanismos oportunos para que los trabajadores/as en esas edades no tengan que trabajar a turnos si no lo desean).
- **Establecer un coeficiente reductor de jubilación para los que hubieran trabajado a turnos (por ejemplo, 0,25 por año) (Recomendación 178 OIT, art. 24.).**
- Mejorar las condiciones generales del trabajador/a turnos.
- No trabajar nunca de noche en solitario.
- Establecer pausas para ingestión de comidas calientes. No menos de 45 minutos (Recomendación 178 OIT, art. 7.).
- Exigir menores tasas de rendimiento al trabajador/a nocturno.
- **Evitar los turnos dobles, asegurando el relevo (Recomendación 178 OIT, art. 6. / ET, art. 34. / Convenio 171 OIT, art. 4.).**
- Calendario de turnos pactado y conocido con suficiente antelación para organizar la vida social.
- Posibilidad de flexibilizar la asignación a turnos para que los propios trabajadores acuerden entre sí intercambios de turno.

4.3. Importancia de los coeficientes reductores.

El artículo 206 de la LGSS (Jubilación anticipada por razón de la actividad o en caso de discapacidad) permite rebajar la edad mínima de jubilación 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.

Ya 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 debían 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

CESM-AMYTS

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.

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 Ertzaintza han sido establecidos en desarrollo de la previsión establecida en el 206 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 mar 53. Los coeficientes reductores oscilan entre 0,10% y el 0,40%54, 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 Ertzaintza 55 años 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.

En cuanto a la propuesta de coeficiente reductor para los facultativos con nocturnidad como actividad laboral ordinaria, se basa fundamentalmente en tres elementos:

1. En primer lugar, está en relación con actividades profesionales que realizan trabajos de naturaleza “excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre”. 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 una dedicación “especialmente penosa e insalubre”.
2. En segundo lugar, que en estos grupos aparecen “unos elevados índices de morbilidad o mortalidad”. Demostrado en:
    - La situación pandémica actual, como se abordará en el punto 4 de este documento.
    - En que más del 50% de los médicos de AP sufren de burnout.

CESM-AMYTS

- En que la tasa de suicidios en médicos duplica la de la población general.

3. 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 y que consideramos que debería ser de 5 años en el caso de los facultativos con trabajo nocturno.

Entendemos que razones no faltan para conseguir el objetivo propuesto, sobre todo considerando una en particular como es la actual pandemia de Covid 19, realizada también en trabajo nocturno y que ha puesto en evidencia la especial peligrosidad, ratificada en sentencia reciente del TSJM sobre el Procedimiento Conflicto colectivo 630/2020, en cuyo apartado Fundamentos de Derecho punto 7, dice textualmente:

- **"Aquí hay pues más que una hipotética omisión de los elementales deberes de prevención (no evaluación de riesgos, no realización de la actividad preventiva o no entrega de equipos de protección individual) ante la existencia de un riesgo constatado de producción cierta o potencial de un daño para la salud derivado del COVID 19, que está afectando a los derechos que protege el artículo 15 CE. En este sentido, como pone de relieve al Tribunal Supremo en la resolución transcrita, resulta evidente que los profesionales sanitarios han estado especialmente expuestos, por razón de su actividad laboral, a sufrir las consecuencias de la infección por el mencionado virus. No cabe duda de que, en este excepcional caso de pandemia, el ejercicio de las diversas actividades sanitarias supone, por el estrecho contacto con los enfermos, un riesgo grave y concreto sobre su vida e integridad física que puede materializarse o incrementarse por el incumplimiento de normas de prevención de riesgos laborales, pudiendo existir, en atención a las extraordinarias circunstancias que derivan de la pandemia, una relación directa de causa a efecto entre el incumplimiento de obligaciones preventivas y el riesgo cierto y concreto de afectación a los derechos fundamentales a la integridad física o a la vida."**

5. TRABAJOS CIENTÍFICOS QUE AVALAN LA PROPUESTA

5.1. Alteraciones del ritmo circadiano. La Cronodisrupción

El trabajo en la noche produce un desajuste en la salud de los profesionales que, en muchas ocasiones, acaba en problemas de salud incluso graves que pueden poner en riesgo la vida de nuestros sanitarios.

El sueño es una necesidad biológica de vida similar a la de comer o beber. La duración habitual debe ser entre 7 u 8 horas, si se cumple disminuye el riesgo de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, infarto de miocardio y accidentes vasculares cerebrales. Así como la reducción del riesgo de lesiones y errores.

CESM-AMYTS

El ritmo circadiano (24 h.) está preparado para sincronizarse con el ritmo ambiental diario de luz-oscuridad, para poder estar activos y despiertos de día y poder dormir y descansar de noche. Cuando se trabaja de noche o en turnos rotativos de trabajo, el sistema circadiano es incapaz de adaptarse rápidamente al nuevo horario y surge una desincronía entre el ritmo de los sistemas fisiológicos internos y las exigencias horarias externas. Esta alteración es conocida como la Cronodisrupción [1].

El trabajo que se realiza de noche provoca cambios físicos y mentales en las personas ya que conduce a situaciones de ajuste en los trabajadores al verse afectados por cambios en los ciclos de suelo-vigilia. Esto conlleva que el ritmo circadiano se encuentre en tensión, debido a que los trabajadores están realizando una actividad justo en el momento que su cuerpo se debería estar acomodando para el descanso[2].

La desincronización circadiana, la escasez del sueño habitual y la eliminación de la síntesis de melatonina debido a la exposición de la luz en el turno nocturno, son tres de los mecanismos a través de los cuales puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedades.

Además los individuos van a presentar una tolerancia distinta a los turnos dependiendo de diferentes factores como son la edad, género, personalidad, y la flexibilidad (capacidad de dormir y trabajar en horas no comunes).

5.2. Impacto del trabajo nocturno, en general, sobre la salud de los profesionales.

Basándonos en los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (6ª EWCS-España) realizada en 2015, observamos que uno de los factores analizados fue el trabajo nocturno. Si nos centramos en los resultados por ocupaciones, percibimos que el 21% del total de los trabajadores de cualquier actividad económica realizan trabajo nocturno. Y, de este total, el 32% corresponde al Colectivo de la Salud [3].

Efectivamente, en el ámbito de los profesionales de la salud, el trabajo nocturno lleva muchos años implantado, ya que por la actividad que desarrollan se precisa dar una atención continua a los pacientes. Por lo tanto, se necesita un sistema continuo de organización, abarcando las 24 horas del día. Para ello se divide la jornada en tres turnos de los cuáles uno de ellos tiene que ser nocturno.

Aunque no en el sector sanitario, sí hemos tenido referencia del estudio longitudinal analítico de casos y controles llevado a cabo por Romero-Saldaña M. Enfermero del Trabajo del Ayuntamiento de Córdoba que, sobre una muestra de 44 buenos dormidores y 44 malos dormidores en la que revisa el número de accidentes de trabajo sufridos, así como los días de Incapacidad Temporal por Accidente de Trabajo y por Enfermedad Común de cada uno de los grupos, concluye que el grupo de mal dormidores muestra un mayor índice de incidencia en AT y una mayor duración de días de IT, en general, que los buenos dormidores[4].

Las principales conclusiones de su estudio son las siguientes:

CESM-AMYTS

1. Los trabajadores con mala calidad de sueño han presentado mayor tasa de eventos de IT/AT que los trabajadores con buena calidad de sueño (OR=1,7).
2. La siniestralidad laboral ha sido mayor en trabajadores con mala calidad de sueño (OR=2,3), con mayor índice de incidencia 159,1 vs. 107,9.
3. Los trabajadores con peor calidad de sueño ha mostrado mayor absentismo por contingencia común que los trabajadores con buena calidad de sueño (OR=1,9). La duración media de los episodios de IT también ha sido mayor en este grupo 50,9 vs. 33,3 días.

Sería importante poder extrapolarlo a los trabajadores sanitarios con trabajo nocturno, más en un momento como el vivido durante el año 2020, con altísima Presión Asistencial y en el que los datos de Incapacidad Temporal aportados por el INSS para la Covid 19 en personal sanitario, han sido tan llamativos como los siguientes:

- En total durante 2020 se originaron:
  - ✓ **119.794 bajas por infección**
  - ✓ **211.952 por contacto-aislamiento**

Como vemos en la siguiente gráfica, el sector sanitario es el más afectado a pesar de las medidas de prevención implantadas.

Porcentaje de bajas COVID-19 por sectores más afectados

Entre el 1 de marzo de 2020 y el 28 de febrero de 2021. Incluye bajas por infección y por aislamiento

	Porcentaje de bajas (%)
Actividades sanitarias	10,9
Sin Información	10,7
Comercio minorista	8,7
Administración Pública y defensa	6,2
Servicios de comidas y bebidas	4,6
Educación	4,4
Servicios de edificios y jardines	4
Asistencia en establecimientos residenciales	3,9
Comercio mayorista	3,9

Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, www.epdata.es

Si pudiéramos analizar cuántos de ellos hacían trabajo nocturno, podríamos extrapolar la importancia de este ítem en el impacto sobre la IT.

De igual importancia es el estudio publicado por el Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral (Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales), que hace referencia al estudio publicado por ANSES (Agence nationale de securité sanitaire de l´alimentation, de l´environnement et du trabail) que hizo un estudio de evaluación de riesgos para la salud en trabajadores expuestos a nocturnidad en el que concluye[5]:

1. Que está sólidamente probada la incidencia de la nocturnidad sobre la somnolencia, la reducción del tiempo total de sueño, la baja calidad del mismo y la aparición de síndrome metabólico.
2. Se considera altamente probable la incidencia de la nocturnidad sobre la salud psíquica, las habilidades cognitivas, la obesidad y el sobrepeso, las enfermedades coronarias y la diabetes tipo 2.
3. Se consideran posibles o probables los efectos de la nocturnidad sobre las dislipemias, la hipertensión arterial y los accidentes cardiovasculares.

Además, indica que del análisis de los datos disponibles se refleja un alto índice de accidentes laborales durante la noche, teniendo estos consecuencias de mayor gravedad, llegando a duplicarse el número de accidentes mortales o muy graves durante este turno, de tal manera que entre las 3 y las 6 de la mañana es el intervalo con menor rendimiento laboral y menor calidad del trabajo al verse afectada la capacidad de atención, de decisión, la rapidez de respuesta y previsión y coordinación de movimientos. Capacidades funcionales que ya de por sí están disminuidas en el caso del colectivo de trabajadores/as mayores de 55 años.

No olvidemos que en la profesión sanitaria, el riesgo asociado a la profesión es importante. Requerimos tener nuestras capacidades al 100% para evitar:

1. Accidentes en la manipulación de material biológico.
2. Accidentes in itínere. Fundamentalmente al salir tras turno nocturno con alta complejidad de atención clínica.
3. Riesgo para los pacientes. Atendemos:
    - Emergencias de especial complejidad, con riesgo vital inminente, como las maniobras de RCP y la asistencia inicial al paciente politraumatizado.
    - Situaciones con riesgo vital que requieren especial pericia: abdomen agudo, coma, disnea aguda…
    - Otras como las neurológicas, endocrinológicas, respiratorias, etc.

5.3. El riesgo psicosocial derivado del trabajo nocturno

El trabajo nocturno se cataloga como riesgo psicosocial en cuanto se origina en la organización del trabajo en equipo a turno cerrado y por las alteraciones de la vida personal (física y psíquica), familiar y social que éste conlleva[6].

CESM-AMYTS

Los horarios nocturnos en el personal médico pueden provocar desde un simple estado de ánimo negativo el día después de la guardia, como un estado total de Síndrome de Burnout o síndrome del trabajador quemado[7].

En el trabajador nocturno se alteran los patrones funcionales por cuanto las variables biológicas sujetas al ritmo circadiano son numerosas, los máximos de estas variables ocurren durante el día y sus mínimos durante la noche, lo cual hace que el organismo esté expuesto a una fase diurna de activación y una fase nocturna de desactivación, por esto que cuando se trabaja de noche y se descansa de día se presenta un déficit manifiesto de fatiga.

La fatiga es un fenómeno que se manifiesta con la disminución de la capacidad de trabajo de la persona como resultado de la actividad anterior; indica al trabajador la carga del esfuerzo que realiza y los límites que debe imponer.

Al principio la fatiga es fisiológica y "sana" y el organismo se recupera con el descanso alterno al trabajo; si no se presta atención y se continúa trabajando la fatiga se hace crónica, es decir que desaparece más difícilmente con el descanso y se acumula a medida que transcurre el tiempo produciendo "estados patológicos de surmenage" con agotamiento orgánico y psíquico, con manifestaciones psicosomáticas de neurosis, úlcera e infartos entre otros y acentuándose las adiciones al tabaco, al alcohol, al consumo de drogas, de café o té, o gaseosas; hábitos nada saludables.

En el trabajo de Mongui Sánchez, HM[6] se pone en evidencia que la neurosis del trabajador nocturno se acompaña de:

- Astenia, sensación de frío y sed especialmente en la mañana.
- Insomnio, acompañado de somnolencia posterior.
- Trastornos del carácter de tipo agresivo y depresivo que pueden manifestarse en los primeros meses de trabajo nocturno y luego desaparecer por hábito o adaptación, o al contrario, presentar verdadera intolerancia y exigir el traslado al turno de día o retirarse del trabajo, de ahí la gran movilidad e inestabilidad laboral; o puede aparecer tardíamente después de 10 ó 20 años de trabajo nocturno.
- Que el envejecimiento prematuro es un fenómeno que está presente en el 35% de los trabajadores nocturnos frente al 15%de los diurnos; este factor se asocia con trabajo realizado en horas de desactivación orgánica, sueño no reparador, realizar otra jornada de trabajo en casa o fuera de ella, estudiar y no dedicar tiempo al descanso, lo que conduce a alteraciones del sueño, mayor desgaste y fatiga.
- Con relación a las alteraciones psíquicas de disminución de la atención, irritabilidad, llanto frecuente, tristeza y depresión, se encontraron en mayor proporción en los trabajadores nocturnos.
- La alteración en las relaciones familiares afectaba a un 17.5% a los trabajadores nocturnos y un 12.5% a los diurnos. El trabajador de noche se consideraba como beneficiado para atender a la familia, sin embargo, se observaba mayor dificultad en este grupo de trabajadores.

CESM-AMYTS

- Con respecto a la alteración en las relaciones sociales en los trabajadores nocturnos alcanza un 30% frente al 22.5% en los trabajadores diurnos, observándose que el tiempo libre, lo dedican en términos generales y de mayor a menor proporción a: tareas del hogar, otra jornada laboral, estudiar, actividades de descanso y recreación; además no es costumbre ni se facilita mayor participación en actividades sociales por las condiciones socio-económicas.

En los últimos años ha tomado especial interés el Síndrome del Burnout[7], en el que intervienen factores ambientales como la nocturnidad y el trabajo a turnos, fundamentalmente en el sector sanitario, médicos y enfermeras.

El SB, conocido como "síndrome de quemarse por el trabajo", se caracteriza por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal. Síndrome que, por las cargas de trabajo y la privación del sueño, se presenta en el ámbito sanitario cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos.

A estas cargas de trabajo hace referencia Gloria Kuhn[8] expresando que el estrés elevado en el ambiente sanitario se da por las continuas demandas ambientales que recibe el médico cuando consulta a uno, otro y otro paciente, y debe afrentarse dando o una respuesta adecuada. En su estudio menciona una encuesta realizada por "The American College of Emergency Physicians (ACEP)", donde 108 de los encuestados respondieron que el "horario irregular" es el aspecto más estresante del servicio de emergencia.

5.4. Principales neoplasias como consecuencia de la nocturnidad en el trabajo

La asociación entre el trabajo nocturno y ciertos tipos de cáncer ha sido ampliamente discutida desde que en el año 2007 el IARC (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer) "consideró el trabajo nocturno como posiblemente cancerígeno", clasificándolo en el grupo 2A de la clasificación oficial establecida. A partir de esta consideración, han sido múltiples los trabajos que se han publicado a este respecto justificando que en la actualización de esta clasificación, en el año 2019, se haya mantenido.

Los mecanismos fisiopatológicos aportados por distintos estudios se refieren a que la melatonina es un intermediario entre el trabajo nocturno y distintos tipos de cáncer. Es una hormona secretada principalmente por la noche por la glándula pineal. El nivel pico máximo de secreción ocurre durante el sueño a mitad de la noche (entre las 00:00 h u las 03:00H). Los factores que modulan su secreción son de 2 tipos: ambientales (fotoperiodo, temperatura, estación del año) y endógenos (la edad, a partir de los 30 años se produce una disminución de su síntesis; y el estrés)[9].

CESM-AMYTS

A la melatonina se le atribuye una acción antineoplásica a través de los siguientes mecanismos: antioxidante, antimitótico y antiangiogénico. Interviene en la regulación del crecimiento tumoral actuando a través de genes supresores de tumor y a nivel del cáncer mamario actúa bloqueando los receptores estrogénicos ER alfa e inhibiendo la aromatasa disminuyendo el estímulo estrogénico.

La mayor parte de los estudios que relacionan el cáncer con el trabajo nocturno, se han centrado en el cáncer de mama y de próstata, encontrando evidencias basadas en la exposición lumínica que reduce la síntesis de melatonina, como factor predisponente, como hemos comentado en párrafos anteriores. Pero también hay estudios referidos al cáncer colorrectal que recogemos a continuación.

En cuanto al cáncer de mama, en el estudio de David S. et al., se investigó la hipótesis de la asociación de la exposición a la luz nocturna con un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres debido a la supresión de la producción normal de melatonina por parte de la glándula pineal, lo que puede conducir a un aumento de la secreción de estrógenos por los ovarios[10]. Se entrevistaron 813 pacientes diagnosticadas de cáncer, de 20 a 74 años, sobre hábitos de sueño e iluminación de la habitación en los 10 años previos al diagnóstico y sus antecedentes laborales en cuanto a nocturnidad. El Odds Ratio (OR) y los intervalos de confianza del 95% se estimaron mediante regresión logística condicional, con ajuste por otros factores de riesgo potenciales. Como resultados a destacar:

- Un mayor riesgo de cáncer de mama para mujeres que frecuentemente no dormían por la noche, cuando los niveles de melatonina son más altos (OR = 1,14 por cada noche por semana, IC del 95% = 1,01-1, 28).
- Un aumento moderado del riesgo de cáncer de mama entre las mujeres que trabajaron de 1 a 14 años (RR = 1,08, IC = 0,99 - 1,18).
- Un aumento moderado del riesgo de cáncer de mama entre las mujeres que trabajaron de 15 a 29 años por la noche de forma rotatoria (RR = 1, 08, CI = 1,04 -1,78).
- El riesgo fue mayor en las mujeres que trabajaron 30 años o más en el turno de noche. La prueba de tendencia fue estadísticamente significativa (p = 0,02).

Concluyen el estudio diciendo que las mujeres que trabajan en un turno de noche al menos tres veces por semana parecen tener un aumento moderado en el riesgo de cáncer de mama después de períodos prolongados de trabajo en el turno de noche. Es decir, el estudio demostró que la evidencia de exposición a la luz durante la noche puede estar asociada con el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Respecto al cáncer de próstata, en el estudio prospectivo de cohorte de Kubot et al., se examinó la relación entre el trabajo nocturno y la incidencia de cáncer de próstata en 14052 trabajadores japoneses[11]. Se utilizó el modelo proporcional de Cox para estimar el riesgo, ajustado por edad, antecedentes familiares de cáncer de próstata, índice de masa corporal, tabaquismo, consumo de alcohol, tipo de trabajo, actividad física en el trabajo, lugar de trabajo y estrés, entre otras variables. En comparación con los trabajadores diurnos, los trabajadores del turno de noche tenían un riesgo significativo de cáncer de próstata (RR = 3,0, IC del 95% = 1,2 -7,7). El resultado

CESM-AMYTS

apoya la hipótesis de que el trabajo nocturno es un factor de riesgo de cáncer de próstata debido a la secreción reducida de melatonina causada por la desregulación del ritmo circadiano.

Por último, no podemos dejar de hacer referencia al estudio epidemiológico de Schernhammer E, et al. que estudiaron las variables relacionadas con el cáncer colorrectal de 602 casos sobre una muestra total de 78586 enfermeras participantes en el estudio. En comparación con las mujeres que nunca habían trabajado de noche, las mujeres que habían trabajado de 1 a 14 años o 15 años o más en el trabajo nocturno tenían un riesgo multivariado relativo de cáncer colorrectal de 1,00. Estos datos sugieren que trabajar tres noches al mes durante más de 15 años puede aumentar el riesgo de cáncer colorrectal en las mujeres[12].

Los resultados de estos estudios son compatibles con la posibilidad del efecto oncogénico de la exposición a la luz durante la noche que conlleva una disminución de los niveles de melatonina.

5.5. Trastornos en la alimentación y relacionados con la dieta.

El horario de trabajo influye en la frecuencia, calidad y cantidad de la comidas. Desde el punto de vista nutricional, los alimentos están mal repartidos a lo largo de la jornada y suelen ser de alto contenido calórico con abuso de la ingesta de grasas; en el trabajo nocturno suele haber un aumento del consumo de café, tabaco y excitantes para combatir el sueño.

Hay estudios que han identificado la relación del aumento de peso/obesidad por modificaciones cualitativas de los alientos (más grasas, bocadillos, alcohol, etc.) y cuantitativas (exceso de lípidos y falta de hidratos de carbono) cuando el ritmo metabólico es más bajo.

El trabajo nocturno motiva en la sangre a que los niveles de leptina se reduzcan, lo que aumenta el riesgo de obesidad a largo plazo. Incluye un nivel más elevado de la hormona cortisol (estrés) así como el aumento de la presión arterial. Por tanto, el trabajo a turnos/nocturno puede causar alteraciones del metabolismo glucolipídico y de la secreción de insulina y provocar el desarrollo de la obesidad central[13].

En el estudio de Gómez Romero MR. Et al, sobre una muestra de 904 trabajadores de un hospital comarcal, al realizar una análisis estratificado por edades encuentran que el trabajar a turnos en edades comprendidas entre los 41 y 50 años se asocia a un IMC>25. Este dato ha sido ratificado por el estudio de Peplonska et al. [14] que encontraron asociación entre el trabajo nocturno y la obesidad en mujeres que realizan ocho o más turnos nocturnos por mes.

Pero si hay una patología en relación con la alimentación y el trabajo nocturno que nos puede preocupar, habría que nombrar a la Diabetes Mellitus tipo I, por la dificultad del control ante la dificultad del mantenimiento del orden en la comida que puede verse interrumpido en la atención urgente, además.

CESM-AMYTS

De hecho, en 1998 ya la OIT desaconsejaba el trabajo nocturno en la diabetes mellitus insulindependiente [15]. Los trabajadores en turno nocturno deben tener en cuenta que el control de la diabetes es más difícil cuando trabajan a turnos o turnos nocturnos. Es evidente que se debe realizar una adaptación de las condiciones laborales como, por ejemplo, permitir el autoanálisis de glucemia y la autoadministración de insulina para su control, manteniendo la regularidad de la ingesta que sea requerida. Es importante vigilar al trabajador en los 6 primeros meses, que es cuando pueden aparecer las primeras alteraciones del ritmo circadiano.

CESM-AMYTS

6. LEGISLACIÓN

1. Real Decreto 1561/1995, de 21de septiembre. (M. Trab. y S.S., BOE 26 de septiembre de 1995). Jornadas especiales de trabajo.
2. Real Decreto 311/2016, de 29 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo, en materia de trabajo nocturno.
3. Real Decreto 1698/2011, de 18 de noviembre, por el que se regula el régimen jurídico y el procedimiento general para establecer coeficientes reductores y anticipar la edad de jubilación en el sistema de la Seguridad Social.
4. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
5. Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.
6. Real Decreto 1/1995, de 24 de marzo (M. Trab. y S.S., BOE 29 de marzo de 1995). Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
7. El Real Decreto 311/2016, de 29 de julio, ha modificado el Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo, en materia de trabajo nocturno añadiendo una nueva regulación sobre la jornada máxima de los trabajadores nocturnos en trabajos con riesgos especiales o tensiones importantes desde el 01/08/2016.
8. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores 2015 (artículo 36).
9. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (artículo 26).
10. Convenio Organización Internacional del Trabajo número 171, sobre el trabajo nocturno, 1990 (en vigor desde el 4 de enero de 1995).
11. Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo (Diario Oficial L 299 de 18 de noviembre de 2003, páginas 9 a19).
12. NTP 260: Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 1989.
13. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 1997
14. NTP 502: Trabajo a turnos: criterios para su análisis. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 1998.
15. NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.1993.

CESM-AMYTS

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Cortes María D, et al. "Impacto del trabajo nocturno en la salud de los médicos de Santa Fe". Facultad de Ciencias Médicas. UNL. Encuentro Jóvenes Investigadores.
2. Esther García García. "Impacto del trabajo nocturno sobre la salud de los profesionales de enfermería. Revisión bibliográfica sistemática". Trabajo de Fin de Grado. 2016. Universidad de Valladolid.
3. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 6ª EWCS-España. INSST. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2015.
4. Romero-Saldaña M. et al "Calidad de sueño en trabajadores a turnos-nocturnos y su relación con la incapacidad temporal y siniestralidad laboral. Un estudio longitudinal".. Revista de Enfermería del Trabajo 2016; 6:1 (19-27).
5. T+55: El trabajo en turno de noche. Seguridad y salud laboral para trabajadores/as mayores de 55 años: riesgos nuevos y emergentes. Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral de la Confederación Intersindical Galega. Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. 2015.
6. Mongui Sánchez HM. Et al. "El trabajo nocturno como factor de riesgo psicosocial".. Avances en Enfermería Vol XI No2. 43-50. 1993.
7. Ambar Deschamps P., et al. "Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome del Burnout en médicos y enfermeras". Med Segur Trab (internet) 2011; 57 (224-241).
8. Kuhn G. Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. Ann Emerg Med; 2001, 37(1):88-98.
9. Fresneda Moreno FJ. Et al. "Riesgo de cáncer de mama en trabajadoras de turno nocturno". Med Segur Trab (Internet) 2013; 59 (230)146-158
10. Davis S, Mirick D, Stevens R. Turno de trabajo nocturno, luz nocturna y riesgo de cáncer de mama. J Natl Cancer Inst. 2001; 93 (20): 1557-62.
11. Kubo T, Osaza K, Mikami K, Wakai K, Fujino Y, Watanabe Y, et al. Estudio de cohorte prospectivo del riesgo de cáncer de próstata entre trabajadores en turnos rotativos: hallazgos del estudio de cohorte colaborativo de Japón. Soy J Epidemiol. 2006; 164 (6): 549-55.
12. Schernhammer E, Laden F, Speizer FE, Willet WC, Hunter DJ, Kawachi I, Fuchs CS, Colditz GA. Trabajo nocturno y riesgo de cáncer colorrectal en el estudio de salud de las enfermeras. J Natl Cancer Inst. 2003; 95 (11): 825-28.
13. Gómez Romero M.R. et al. Trabajo nocturno e IMC en los profesionales de un hospital comarcal. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. Vol. 12 nº1. junio-noviembre 2019.
14. Peplonska B, et al. Association of rotating night shift work with BMI and abdominal obesity among nurses and midwives. PlosOne. 2015; 10(7).
15. Blanco Álvarez LM et al. Diabetes mellitus tipo 1 y nocturnidad: a propósito de un caso. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2019; 28:144-148.

CESM-AMYTS