

Orientaciones sobre Intervención sindical en drogodependencias



secretaría confederal de salud laboral
departamento de drogodependencias

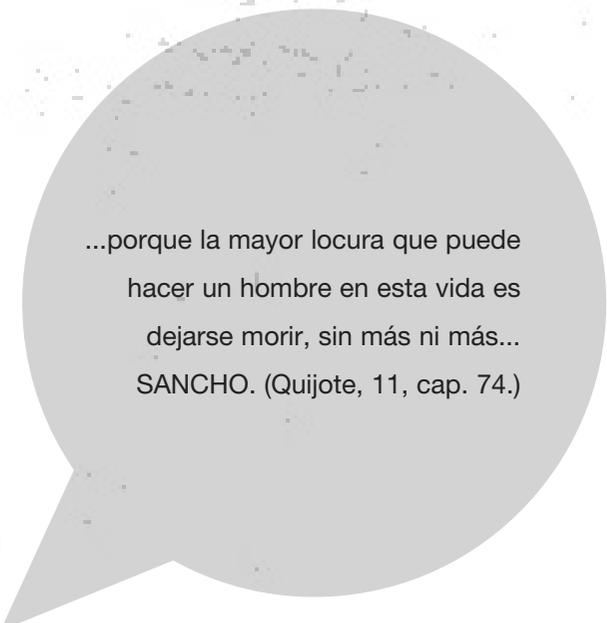
edición
2015



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



...porque la mayor locura que puede
hacer un hombre en esta vida es
dejarse morir, sin más ni más...
SANCHO. (Quijote, 11, cap. 74.)



**secretaría confederal de salud laboral
departamento de drogodependencias**

EDITA:

Secretaría Confederal de Salud Laboral de CCOO.

Primera edición, noviembre 1992.

Segunda edición, noviembre 1993.

Tercera edición, noviembre 1994.

Cuarta edición, marzo 1995.

Edición revisada, enero 1998.

Segunda edición revisada, 2002.

Séptima edición, 2005.

Tercera edición revisada, 2009.

Cuarta edición revisada. 2015

Equipo última revisión:

José L. Rodríguez

María Torvisco

Francisco J. Pardo

Jaime González

Ana Cortés

Inés Vega

ISBN: 84-87851-04-5

Financiado por:



Orientaciones sobre Intervención sindical en drogodependencias

CCOO secretaría confederal de salud laboral
departamento de drogodependencias

índice



	Presentación	6
	Introducción	9
	1. Percepción social del consumo de drogas	13
	2. Conceptos básicos en drogodependencias	24
	3. Clasificación y efectos de las drogas	29
	4. Aspectos jurídicos de las drogodependencias	53
	5. Intervención sindical en drogodependencias	87
	Anexos	128
	Anexo I. Recogida de información para la vigilancia de la salud colectiva	129
	Anexo II. Propuestas de programas preventivos. Recomendaciones OIT	133
	Anexo III. Instituciones y recursos sobre drogodependencias. Directorio	171
	Anexo IV. Acuerdos y Normativa	191
	Bibliografía	207

presentación

Hace veinticinco años que vio la luz la primera edición de “Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias”. Desde entonces se han producido notables cambios en nuestra sociedad, en el campo laboral y como no podría ser de otra manera en relación al uso de drogas y a la percepción y actuación sobre el mismo. Estos cambios justifican sobradamente que hayamos ido adaptado el texto a lo largo de este tiempo; a la primera edición del año 1992 le siguieron otras tres. Desde 1998 hemos realizado, con esta, cuatro ediciones totalmente revisadas.

Así la presente edición incorpora cambios sustanciales en relación a la incorporación y reconocimiento del problema de las drogodependencias dentro del

ámbito de la Salud Laboral que favorecen el avance en la defensa de derechos de los consumidores, en la normalización del problema como un problema mas de salud y en la incorporación de la prevención de los consumos en las plataformas de negociación colectiva.

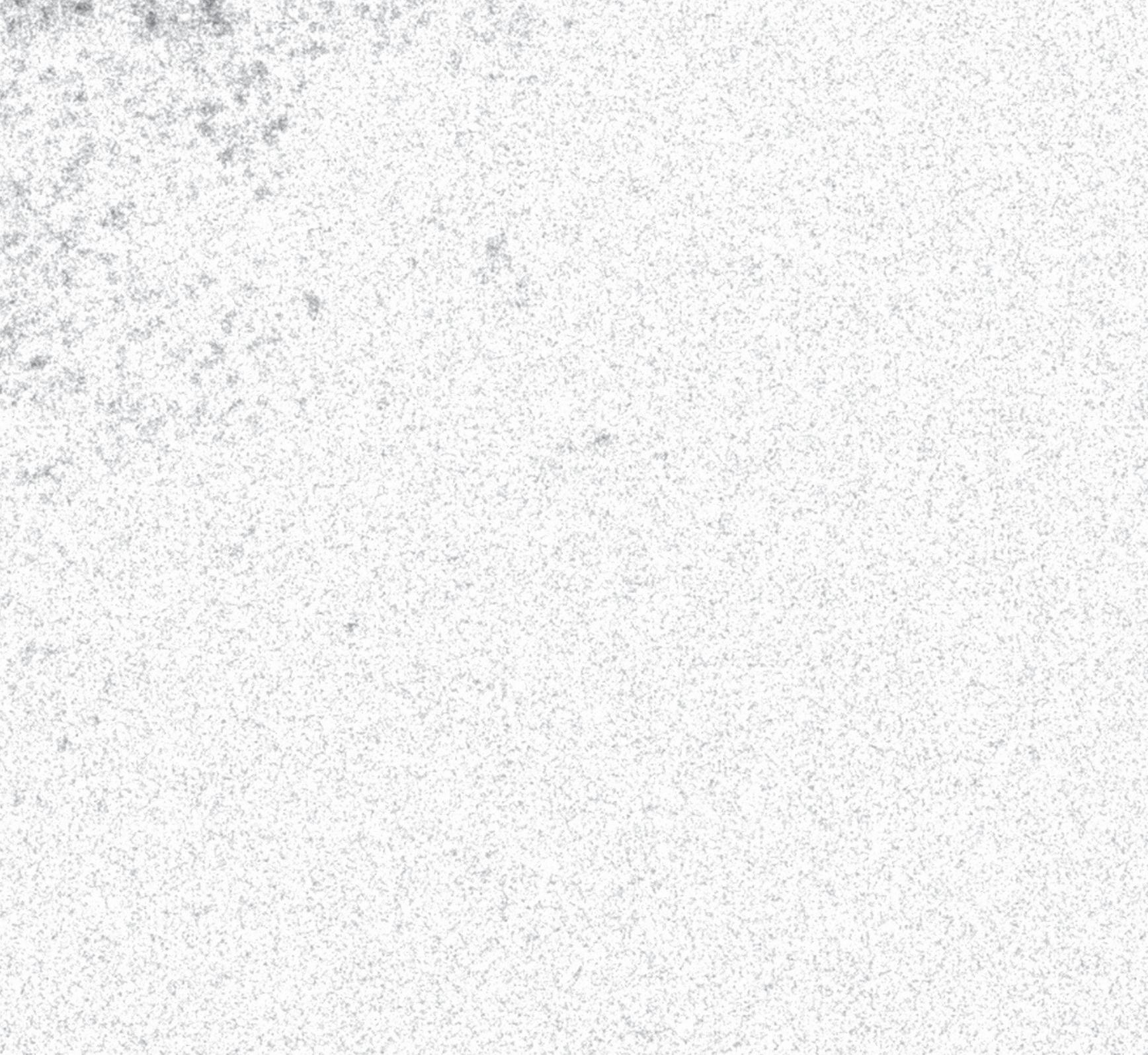
La actual Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 incorpora, como novedad, en su nuevo texto la necesidad de que la prevención de los consumos en el ámbito laboral se contemple incardinada como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En el terreno de la Asistencia a los trabajadores afectados de drogodependencia la Estrategia fija la necesidad de coordinación entre los servicios de prevención y los servicios socio- sanitarios.

No obstante, en este momento existe claramente un desfase entre lo que las Administraciones plantean, que el problema de las drogodependencias es un problema de salud y como tal debe ceñirse a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Apuntando que es desde ahí donde hay que hacer prevención, indagando en las causas y no solo en las consecuencias. Y una visión en las empresas que opta por un reduccionismo ceñido exclusivamente a la descripción de las consecuencias y que estas solo pueden resolverse con medidas disciplinarias.

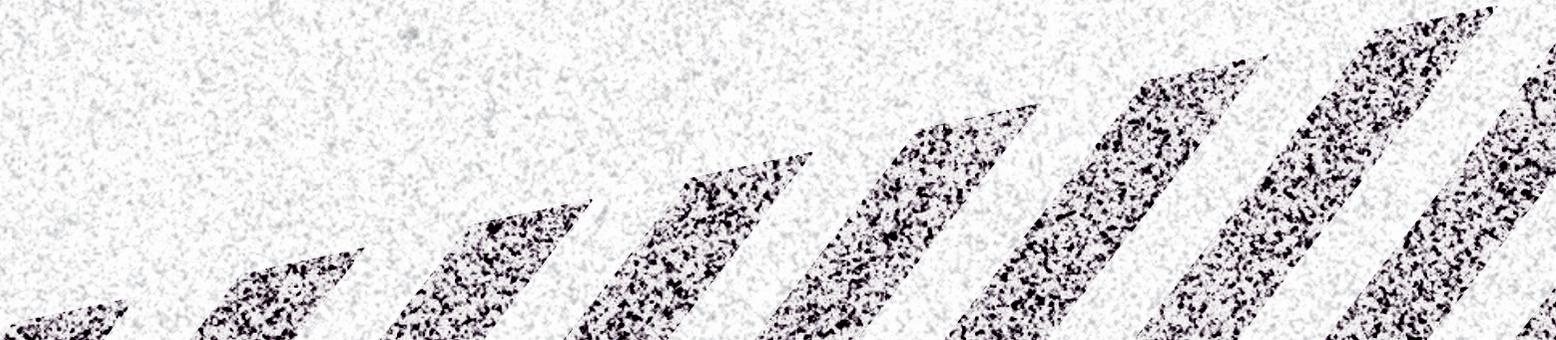
Conviene recordar que nosotros somos los principales interesados en que los trabajadores no tengan pérdida de salud en sus trabajos y que estos se lleven a cabo con total seguridad, defendiendo que hay suficientes posibilidades bajo la Ley de Prevención de Riesgos Laborales para trabajar sindicalmente en la protección de la salud y en la seguridad.

Seguimos remarcando que la organización, a lo largo de este tiempo, ha asumido el tema y ha normalizado su tratamiento en el conjunto de sus planteamientos y actividades. Sin duda el duro trabajo de muchas mujeres y hombres de Comisiones ha hecho posible que se avance en esta cuestión. Vaya desde aquí nuestra felicitación y ánimo para seguir avanzando en la defensa de los derechos y la salud de las trabajadoras y trabajadores.





introducción



Introducción

La salud, como proyecto colectivo, se crea en el marco de la vida cotidiana y comunitaria de las personas: en los centros de enseñanza, de trabajo y de ocio es, por tanto, responsabilidad de los gobernantes crear las condiciones, bajo el principio de igualdad, para poder desarrollar dicho proyecto el cual no viene definido exclusivamente por la política sanitaria.

En la elaboración, articulación y desarrollo de este proyecto común es necesaria la participación de la sociedad civil, en general y en particular de sus expresiones organizativas: políticas, sociales, empresariales y sindicales, para convertirlo en una idea común.

La salud laboral, como parte importante de este proyecto,

se convierte en un objetivo sindical prioritario que reclama la construcción de un discurso autónomo y alternativo para formar parte de las plataformas de negociación colectiva.

La autonomía de la empresa, en relación a otras estructuras sociales, no debe suponer que se traslade a la sociedad situaciones producidas, a veces y, mantenidas siempre, en el medio laboral, con el argumento de que no son originarias ni específicas del trabajo. En la actualidad el análisis, por parte de la dirección de las empresas podríamos resumirlo en que el consumo de alcohol y drogas es un riesgo laboral, no derivado del trabajo. Este riesgo se detecta mediante controles de alcohol y drogas. El riesgo siempre serán los trabajadores y trabajadoras que tengan restos de sustancia en

su organismo, y la eliminación se hace con la aplicación de medidas disciplinarias que pueden terminar en el despido.

Estamos frente a un problema de salud que se explica por la combinación de factores de riesgo contextuales (condiciones de trabajo) y personales (toma de decisiones y hábitos), por consiguiente no se puede prescindir de estos a la hora de intervenir mediante políticas preventivas que conllevan la evaluación de riesgos, la vigilancia de la salud y el desarrollo de la formación como herramienta preventiva.

En la actualidad sabemos que el 96% de los trabajadores no han recibido información y formación del problema del uso inadecuado de alcohol y otras drogas en los centros

de trabajo¹, aún siendo esta medida la más valorada por su eficacia dentro de las empresas.

Este texto que os presentamos, recoge la experiencia que, durante años, hemos acumulado en una serie de tareas. Pretende seguir siendo algo abierto que permita la elaboración e integración de estrategias sindicales aplicadas a diferentes realidades a la vez que se reafirma en la necesidad de acercarnos al problema de la drogodependencia desde un enfoque integral de salud.

Esto requiere que el campo visual y el marco de elaboración y debate de la salud laboral se amplíen recogiendo un amplio espectro

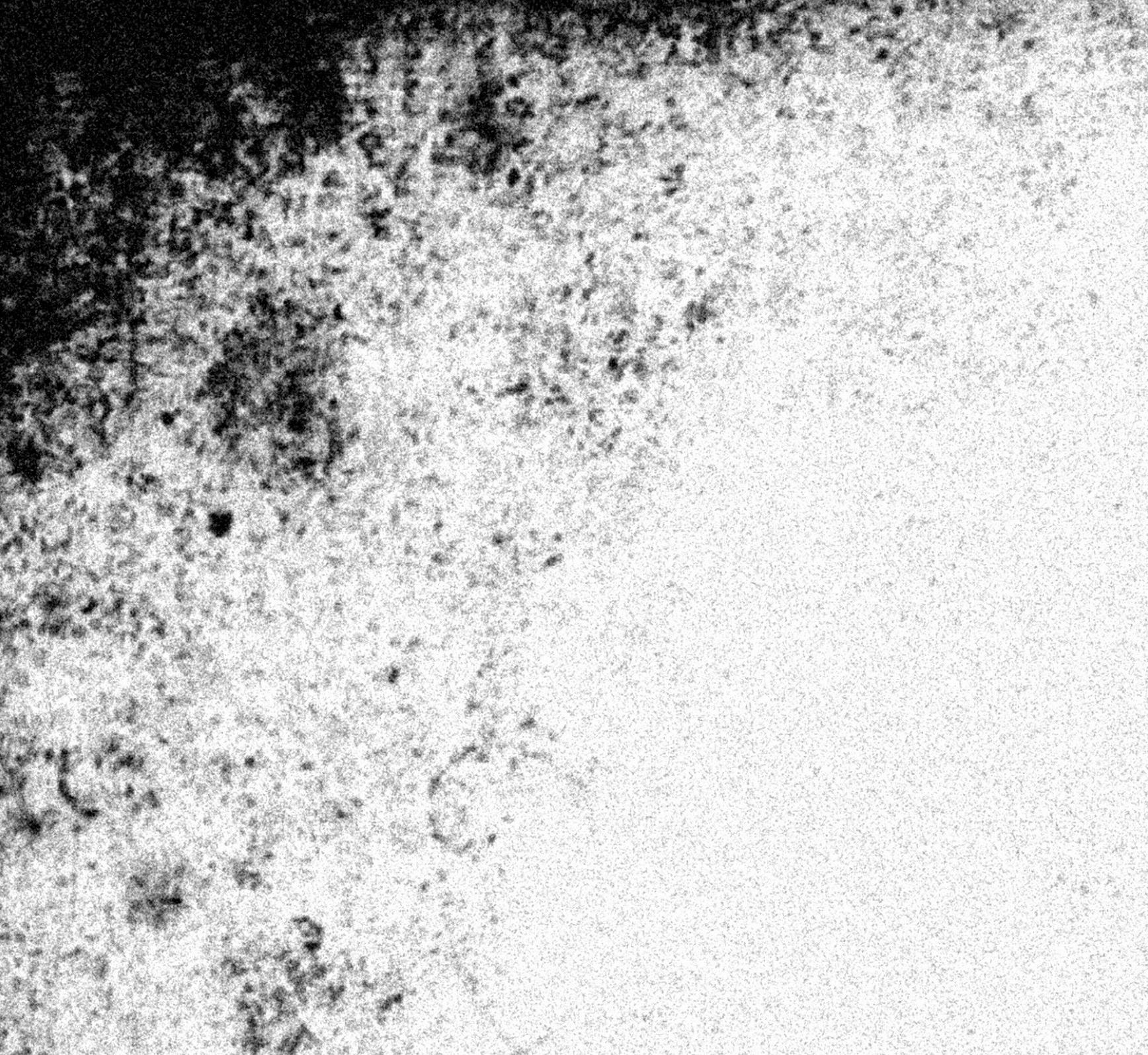
de problemas que tienen que ver con la salud de las trabajadoras y trabajadores y que, aunque a veces permanecen ocultos, siempre afloran las consecuencias negativas.

Hemos intentado, a lo largo de los diferentes capítulos, elaborar una herramienta útil para la intervención y necesaria para la reflexión continua que este problema requiere. En ese sentido esta revisión de la Orientaciones pretende: **informar** de las causas y consecuencias de estos consumos, no solo de las consecuencias; de los recursos socio - sanitarios y sindicales disponibles; **orientar** la intervención sindical a favor de un entorno laboral sin deterioro de la salud y **formar** a los trabajadores en el marco de la

educación para la salud así como a nuestros delegados y delegadas como mediadores en la elaboración y seguimiento de programas preventivos de drogodependencia.



1. *Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito Laboral en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanía.*





1

**Percepción
social del
consumo de
drogas**

1. Percepción social del consumo de drogas

Se entiende por “percepción social”, al conjunto de creencias y actitudes que respecto a un determinado objeto social (las drogas, en nuestro caso), elabora una comunidad. Sería en definitiva el relato que, de una determinada parcela de la realidad, realiza un grupo social. Estas creencias y actitudes son de gran importancia conocerlas a la hora de intervenir ante el uso indebido de drogas, ya que, de acuerdo a la percepción social que se tenga del mismo, así será la reacción de la comunidad y el tipo en intensidad de las medidas a tomar para su control.

Hace algunos años las drogas ilegales estaban valoradas como altamente estigmatizadoras frente a las drogas legales (tabaco y alcohol) que estaban más socialmente aceptadas tanto en su consumo como en su exceso e incluso se potenciaba

su uso con mensajes positivos reforzadores a través de los medios de comunicación, publicidad, etc...

Sin embargo, el fenómeno de las drogas ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En España, en la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas, fundamentalmente de heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

La heroína ha sido sustituida por sustancias como el cannabis, la cocaína o el éxtasis, combinadas entre sí o mezcladas con alcohol y tabaco. Este cambio de las sustancias también se ha acompañado de nuevos

patrones de consumo. Estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, perfectamente integrados en la sociedad, que consumen con fines recreativos y socializantes y para quienes estos consumos son actos triviales cuyos riesgos desdeñan. Se ha producido, por tanto, lo que se denomina una “banalización” de los consumos de drogas.

La realidad se ha modificado y las percepciones sociales también. Han aparecido en nuestro contexto nuevas sustancias; han cambiado los patrones de consumo; la convivencia cotidiana ha matizado la visión de los problemas y se han puesto en marcha actuaciones y respuestas variadas. Las creencias y actitudes sobre las personas con problemas de drogas va cambiando y por tanto el discurso social sobre las mismas se va haciendo más solidario, es



imprescindible seguir trabajando para conseguir una total modificación.

Podemos resumir el estado actual de la percepción de las drogas de esta manera:

- Menor alarma social.
- En la actualidad, las consecuencias de la crisis, el paro, los problemas económicos, etc. tienen más relevancia.
- Aumenta la percepción de que sustancias como el alcohol, el tabaco y los fármacos pueden acarrear problemas de salud importantes si se hace un uso inadecuado de ellas.
- Cada vez más la sociedad tiene una postura más pragmática para paliar el problema de las drogas.

En el ámbito laboral, el papel de los representantes de los trabajadores (delegados sindicales, delegados de prevención, etc.), es promover cambios en las actitudes y creencias en el conjunto de la empresa, articulando fórmulas en los convenios colectivos que estimulen la prevención, la asistencia y la reinserción de los trabajadores y trabajadoras, dentro de programas de promoción de la salud en el ámbito laboral, a la luz de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Evolución de la percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas

En el año 1988, esta Confederación Sindical impulsó un estudio sobre “La actitud de las Empresas Españolas ante el alcohol y otras drogas”. Este estudio, que nació con el propósito de acercarse a la realidad, dentro de las empresas, tenía como finalidad

determinar las actitudes de los diferentes estamentos — Comité, Dirección, Servicios Médicos — así como la naturaleza de las respuestas que daban. De esta manera observamos si las respuestas tenían un carácter permisivo, sancionador o preventivo.

Desde entonces, se ha producido una evolución positiva, tanto en la percepción y las actitudes como en la forma de intervenir. Esta evolución se ha dado, a nivel general en el conjunto de la sociedad – como hemos visto con anterioridad - y también en el interior de las empresas, modificándose globalmente, la percepción social que se tenía entonces respecto a la drogodependencia. Para alcanzar el convencimiento de que esta evolución se había producido y la necesidad de incorporar datos concretos de la

nueva realidad en nuestra intervención sindical se realizó de nuevo en el año 2006 una revisión de aquél trabajo con la colaboración del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, de CCOO, la Universidad Complutense de Madrid y el Plan Nacional sobre Drogas.

Las conclusiones generales de este estudio son las siguientes:

- Del estudio se deduce que los factores que influyen en el proceso de la drogodependencia son, por este orden: la situación sociofamiliar, la persona, la situación laboral y la sustancia.
- Se señalan algunos factores psicosociales asociados al consumo de alcohol y otras drogas: los horarios excesivos, la insatisfacción con el trabajo, las tareas rutinarias, las malas

relaciones y la fatiga, entre otros.

- Ante el caso de un trabajador con problemas de alcohol u otras drogas, la empresa prefiere encontrar la forma de rehabilitarle antes que aplicar sin más la ley. Esto lo afirma la mayoría de los entrevistados, con independencia del estamento al que pertenecen.
- Las razones por las cuales algunas empresas no intervienen frente a los consumos abusivos son, para Recursos Humanos y Servicios de Prevención: la tolerancia social existente, el desacuerdo acerca de la responsabilidad y los costes económicos, en el orden expresado. Para la Representación Sindical las razones son las mismas, pero colocan los costes económicos muy discretamente por delante

del desacuerdo acerca de la responsabilidad.

- Un alto porcentaje de los programas de prevención que se han llevado a cabo desde las empresas de la muestra poseen las siguientes características: tienen autonomía, están integrados en la política de Salud, proporcionan orientación a los trabajadores, se realizan reconocimientos médicos, se aporta información a los trabajadores, y se hace detección de factores de riesgo.
- Cuando se desarrollan programas de prevención de alcohol y otras drogas se obtienen resultados muy positivos. Así se deriva tanto del estudio cualitativo como del estudio cuantitativo que se han realizado. Los representantes de los Servicios de Prevención insistieron en el tema de que los programas

mejoraban la salud y mejoraban las relaciones laborales. Los resultados del estudio cuantitativo arrojan que más de la mitad de los trabajadores que han seguido programas de rehabilitación se encuentran rehabilitados y trabajando, casi la mitad de ellos en sus mismos puestos de trabajo. Es verdad que este resultado se encuentra referido fundamentalmente a las empresas grandes, que son las que mayoritariamente desarrollan programas de prevención. El propio resultado indica el camino, Administración y empresas tendrán que ver la manera de que, con independencia del tamaño de la empresa en que un trabajador trabaje, tenga asegurada la igualdad de oportunidades para mantener su salud y recuperar la salud perdida por causas no ajenas al trabajo.

Encuestas sobre consumo de drogas en el ámbito laboral en España

En España se habían realizado varias encuestas específicas dirigidas a conocer la prevalencia de consumo de drogas entre los trabajadores y los parados. Entre ellas, algunas en el ámbito de las comunidades autónomas y otras en el conjunto del Estado. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid se realizaron dos encuestas (1996 y 1998), una en la Comunidad Valenciana (1999), otra en Andalucía (1999) y otra en Castilla-La Mancha (1999). Para el conjunto del Estado se realizaron encuestas en los años 1987, 1996 y 2001.

El problema de estas encuestas es que presentaban un tamaño muestral escaso para realizar una desagregación de los resultados por

ramas de actividad, en especial para las drogas ilegales. Además, eran difíciles de comparar por aspectos metodológicos.

Por las razones reseñadas, y por acuerdo de la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, se decidió incluir un módulo laboral en la encuesta estatal general del año 2007 que presentaba un tamaño muestral suficiente (más de 20.000 encuestados de 15-64 años) como para permitir la desagregación de las prevalencias de consumo y otros aspectos según sector de actividad, rango laboral, tipo de jornada laboral y otras condiciones o características del trabajo o el medio laboral, al menos para las drogas psicoactivas más comunes como alcohol, tabaco y cannabis. Además, al recogerse la información

sobre consumo con un cuestionario autocumplimentado en vez de mediante entrevistas cara a cara, como se había hecho en las anteriores encuestas específicas sobre drogas en el medio laboral, existían mayores garantías de validez de la autodeclaración de los encuestados. Esta encuesta se ha repetido en el 2013.

Resultados de la encuesta

- Las sustancias con mayor prevalencia de consumo, tanto en la población general, como en la población trabajadora, son el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y el cannabis.
- En 2013, el 11% de la población laboral consumió bebidas alcohólicas a diario, cifra muy similar a la de 2007. Por otra parte, se estima que el 5% de

la población laboral realiza un consumo de alcohol de riesgo.

- El tabaco es, tras el alcohol, la droga legal con mayor proporción de consumidores entre la población laboral. En 2013, se registra un 34% de fumadores diarios, cifra similar a la de 2007.
- En los últimos años se viene observando en España una tendencia ascendente en el consumo de hipnosedantes, con y sin receta médica, incremento también presente entre la población laboral.
- El cannabis es la droga ilegal más extendida entre la población laboral. Así, en 2013, el 7% la ha consumido en el último mes y el 2% realiza un consumo problemático.

- La segunda droga ilegal más consumida tras el cannabis, y a cierta distancia de éste, es la cocaína. Aunque se observa una tendencia ligeramente descendente desde 2007, el 2% de la población laboral la ha consumido en los últimos 12 meses.
- La prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, de otras drogas como anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o inhalables volátiles se sitúa por debajo del 1%.
- La proporción de hombres consumidores es mayor que la de mujeres para todas las drogas, excepto para los hipnosedantes.
- La edad también influye en el patrón de consumo, siendo los menores de 35 años los que, en mayor proporción, realizan consumos de alcohol y cannabis

- de riesgo, y en los que se concentra el mayor porcentaje de consumidores de cocaína. A partir de esta edad, es más prevalente el consumo de bebidas alcohólicas a diario, sobre todo entre los hombres, y el de hipnosedantes, sobre todo entre las mujeres.
- El consumo de todas las drogas legales e ilegales analizadas es mayor entre aquellos que tienen menor nivel educativo.
 - Los parados con trabajo previo registran mayores prevalencias de consumo de tabaco, hipnosedantes, cannabis y cocaína que los empleados. No ocurre lo mismo con el consumo diario de alcohol, que se encuentra ampliamente extendido y muestra cifras de prevalencia similares para los parados y los empleados.
- Entre los trabajadores de la construcción se encuentra la mayor proporción de consumidores de alcohol (diario y de riesgo), de tabaco (fumadores diarios y fumadores pasivos) y de cannabis, siendo también elevado el porcentaje de consumidores de cocaína.
 - El sector de la agricultura/pesca/ganadería/extracción, registra consumos superiores a la media y se encuentra entre los tres sectores con mayor proporción de consumidores de alcohol (diario y de riesgo) y de tabaco (diario y fumadores pasivos).
 - También destaca el sector de la hostelería, que se sitúa entre los cuatro sectores de actividad con mayor proporción de consumidores en todas las drogas analizadas y por encima de la media de la población laboral.
- El consumo de hipnosedantes se concentra en los trabajadores de actividades domésticas/ servicios personales y de la administración pública/educación/sanidad/ servicios sociales.
 - Por último, aquellos que desempeñan su trabajo en actividades artísticas, recreativas y deportivas registran consumos de cocaína y cannabis muy por encima de la media.
 - Los trabajadores manuales, especialmente los cualificados, ocupan el primer lugar para el consumo de alcohol (diario y de riesgo), tabaco (diario y fumadores pasivos), cannabis y cocaína. Los directivos y profesionales

registran valores inferiores a la media para el consumo de todas las drogas analizadas. El consumo de hipnosedantes, que muestra un patrón de distribución diferente, se concentra en el personal administrativo y entre aquellos que trabajan en servicios de restauración, personales, protección y vendedores.

- Con respecto al tipo de jornada laboral, los trabajadores de jornada continua de noche ocupan los primeros puestos para el consumo de alcohol (diario y de riesgo), tabaco (diario y fumadores pasivos), hipnosedantes, cannabis y cocaína. Los trabajadores con jornada reducida concentran la mayor proporción de consumidores de hipnosedantes, y aquellos con jornada partida de mañana y tarde son los que

registran el porcentaje más elevado para el consumo de bebidas alcohólicas a diario.

- La encuesta proporciona información sobre el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas según declaren o no diferentes factores de riesgo laboral. Entre estos factores se incluyen la insatisfacción en el trabajo, riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo y daños para la salud.
- En términos generales, el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas es mayor entre los trabajadores que declaran estar expuestos a los riesgos laborales. Así por ejemplo, para el consumo de cocaína se registran prevalencias más altas entre los que tienen jornadas prolongadas o con escaso tiempo de descanso

o en los trabajos que exigen rendimiento muy alto. Igualmente, los porcentajes más elevados de consumidores de hipnosedantes se observan entre los que sienten estrés o tensión en el trabajo o se sienten agotados tras el mismo. Por último, es entre los que tienen un trabajo peligroso o en condiciones de calor o frío donde se identifica la mayor proporción de consumidores de alcohol de riesgo.

Percepciones y opiniones de la población laboral ante las drogas

La encuesta explora también las percepciones y las opiniones de la población laboral ante las drogas, siendo éste un aspecto de gran relevancia a la hora de enfocar las actuaciones a realizar.

Se puede afirmar que existe

preocupación entre la población laboral con respecto al consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría (87%, 2013) opina que el consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral es un problema importante, cifra similar a la registrada en 2007. Esta importancia se atribuye a diferentes razones, entre las que destacan la posibilidad de que los consumos puedan provocar accidentes laborales o disminuir la productividad.

En cuanto a las acciones consideradas como prioritarias para realizar en las empresas, la población laboral considera como más importantes: la información y formación sobre las drogas, la orientación a los trabajadores con problemas de alcohol y otras drogas hacia centros especializados y la necesidad de disponer de servicios de atención

socio-sanitaria para consumidores de drogas.

En relación a la visibilidad del problema del consumo de drogas en el ámbito laboral, una de cada cinco personas dice que conoce a algún compañero de trabajo que consume en exceso alcohol u otras drogas, cifra levemente inferior a la obtenida en 2007.

En 2013, la gran mayoría (91%) de la población laboral refiere no haber recibido, en los últimos 12 meses, información facilitada por la empresa sobre los riesgos o la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. En 2007 este porcentaje era algo inferior aunque se situaba también en valores elevados (85%). Al desagregar la información por sectores de actividad, categoría ocupacional y jornada de trabajo, se observa que no siempre los grupos considerados

como prioritarios son aquellos que han recibido más formación.

Sería conveniente orientar las intervenciones hacia aquellos grupos más vulnerables según los diferentes perfiles de consumo. Asimismo, la formación debería enfocarse hacia la prevención del consumo de las sustancias más extendidas entre la población y/o que producen mayores consecuencias negativas en términos de salud pública: alcohol, cannabis e hipnosedantes y patrones de policonsumo o de riesgo.





2

**Conceptos básicos en
drogodependencias**

2. Conceptos básicos en drogodependencias

Para el acercamiento a las drogodependencias, como en otras materias, existen unos términos específicos cuyo concepto es necesario saber para poderse entender en este tema.

En este apartado se definirán los conceptos más comúnmente utilizados cuando se trabaja en drogodependencias para poder hacer un uso preciso de los mismos.

Conocer únicamente la definición de estos términos, por lo tanto, no supone entender la complejidad del tema de las drogodependencias.

La drogodependencia es un proceso que se va construyendo y en esa construcción intervienen la toma de decisiones de la persona, el contexto en el que vive, ya sea social, familiar o laboral y las características de la

sustancia. Por tanto es un error reducir este proceso a la expresión de una "lista de términos", más bien éstos deberían servirnos para acercarnos en toda su complejidad a la realidad de las drogas y la drogodependencia.

A continuación definiremos algunos.

Droga

En términos generales, la definición de droga es la siguiente: droga es "cualquier sustancia, natural o sintética, que al ser incorporada al organismo provoca cambios en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, aumentando, disminuyendo o modificando los estados de conciencia. Tales cambios pueden ser físicos, psicológicos o ambos, y se manifiestan en diferentes formas según las características individuales,

del entorno y de la droga utilizada".

En este punto, conviene hacer notar que la sustancia en sí no tiene ninguna posible valoración ética o moral, es simplemente una sustancia química, y que sus efectos inmediatos y a largo plazo dependen del tipo de uso que se haga de la misma, de quién la utiliza y del entorno.

Dependencia

La O. M. S. la define como "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar la droga en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar

producido por la privación.

Está caracterizado por:

- Un deseo irresistible (compulsión) a continuar procurándose la sustancia
- Tendencia a incrementar la dosis (tolerancia).
- Aparición de dependencia física y/o psíquica según la sustancia consumida.

A la hora de generarse una dependencia, existen tres factores que influyen en el consumo problemático de una sustancia determinada:

- Características personales y antecedentes.
- Naturaleza del entorno sociocultural general e inmediato.
- Los efectos sobre el organismo de

la sustancia, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.

Dependencia física

Es el estado de adaptación que se produce tras el consumo repetido de una sustancia. Requiere de la existencia a ciertos niveles de la sustancia en cuestión para el funcionamiento normal del organismo. Si no se dan esos mínimos niveles tiene lugar el síndrome de abstinencia caracterizado por los síntomas opuestos a los que produce la sustancia.

Dependencia psíquica

Consiste en un deseo irrefrenable de consumir determinadas sustancias con el objetivo de obtener efectos positivos, placenteros y agradables y evitar los efectos negativos que originaría el no consumo.

Todas las drogas que producen dependencia manifiestan, en las personas que las consumen, una dependencia psíquica.

Tolerancia

Se trata de la disminución gradual del efecto de una sustancia cuando se toma de forma repetitiva, la tolerancia produce una necesidad de aumentar continua y gradualmente la dosis para conseguir los mismos efectos.

Tolerancia Cruzada

Fenómeno por el cual si una sustancia se consume en repetidas ocasiones, no solamente aparece tolerancia a la misma, sino también a otras cuyos efectos sobre el organismo son similares. Es el caso del alcohol y los barbitúricos. Si se tiene tolerancia hacia el alcohol y se toman por primera vez barbitúricos (sedantes del SNC), para que estos

produzcan el efecto deseado habrá que tomarlos en dosis más altas que las que se tomarían si no se fuera tolerante al alcohol.

Síndrome de abstinencia

Es el conjunto de síntomas, psíquicos y, sobre todo, físicos, que se desencadenan al interrumpir bruscamente el consumo de algunas sustancias en sujetos que presentan dependencia a éstas. La dependencia física tarda pocos días en desaparecer, al contrario que la

psíquica que tarda bastante más tiempo. Es esta dependencia psíquica la causante de las recaídas.

La presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia hay que considerarlas como dos características asociadas a la dependencia, se produce por la adaptación y la costumbre de uso en nuestro organismo, a dicha sustancia, cuando se interrumpe el consumo la sensación, siempre desagradable, que se tiene es definida como “síndrome de abstinencia”.

Desintoxicación

Consiste en la desaparición del organismo de todo vestigio de la sustancia consumida una vez interrumpido el consumo de la misma, volviendo el organismo a su estado normal y autorregulado de funcionamiento.

El período de desintoxicación física es variable para cada droga. La desintoxicación de alcohol y barbitúricos es conveniente hacerla bajo cuidados médicos.

Se puede hacer con o sin ayuda farmacológica.

Deshabitación

Consiste en un proceso por el cual la persona consigue controlar o eliminar el deseo vehemente de consumir la

sustancia y regular y/o modificar las causas que le incitan al consumo o que mantienen el mismo.

Reinserción

Es la integración del antiguo drogodependiente en la sociedad de forma similar a cualquier otro individuo. Si bien la deshabituación y la reinserción tienen diferente significado suelen superponerse en la práctica.

Recaída

Es la situación en la que un drogodependiente que había optado por la abstinencia vuelve a consumir droga. Son frecuentes y se han de valorar adecuadamente, ya que muchas veces no significan un retorno a la situación anterior. Si se las para adecuadamente pueden representar una reafirmación en la abstinencia.

FORMAS DE CONSUMO DE DROGAS

En relación al consumo, la Organización Mundial de la Salud distingue las siguientes formas:

1. Experimental:

El consumidor recurre a las drogas una o varias veces, sin continuar después. Lo hace por curiosidad o presión del grupo que frecuenta.

2. Ocasional:

Existe consumo intermitente, sin desarrollar dependencia alguna. Lo que se busca es placer, relajación emocional, desinhibición, integración o aceptación en grupos, etc.

3. Habitual o dependiente:

Esta modalidad lo ha llevado a desarrollar dependencia, ya sea psíquica o física.



3

**Clasificación
y efectos de
las drogas**

Clasificación.

Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) se pueden clasificar en:

Sustancias depresoras

Aquellas drogas que enlentecen el funcionamiento del cerebro, pudiendo provocar desde desinhibición hasta coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral.

Las más consumidas son:

Alcohol etílico.

Opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.).

Tranquilizantes (generalmente benzodiacepinas).

Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos).

Sustancias estimulantes

Aquellas que aceleran el funcionamiento del cerebro, activando el estado de alerta y vigilia y aumentando el tono vital de usuario (sistema respiratorio y cardiovascular).

Podemos destacar:

Estimulantes mayores: cocaína y anfetaminas.

Estimulantes menores: nicotina y xantinas (cafeína, teína, etc.).

Sustancias alucinógenas

Se trata de drogas que distorsionan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a alteraciones perceptivas tales como desordenes sensoriales, alucinaciones, etc...

Se incluyen entre ellas:

Alucinógenos (LSD, etc.).

Derivados del cannabis (hachís, marihuana, etc.).

Drogas emergentes: (éxtasis (MDMA), la píldora del amor (MDA), Eva (MDE) y el Special K, B C2 etc...). Estas son drogas que por su especial composición pueden tener efectos perturbadores de la percepción unidos a efectos estimulantes en unas (éxtasis, píldora del amor, Eva) y en otras efectos depresores (Special K, y otras)

En este cuadro observamos la capacidad de las drogas que en él se incluyen de producir tolerancia, Dependencia física y dependencia psíquica

	Tolerancia	D. Física	D. Psíquica
Alcohol	++	+++	+++
Hipnóticos Barbitúricos	+++	+++	+++
Tranquilizantes (Benzodiacepinas)	++	+	++
Heroína	+++	+++	+++
Cocaína	+	++	+++
Anfetaminas	++	+	++
Éxtasis y derivados	++	+	+++
LSD	+	-	+
Cannabis	+	-	+

Efectos

Alcohol (Sustancias depresoras)

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o

alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- Fermentadas: vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.
- Destiladas: son el resultado de

la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50°. Esto supone que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro.

El alcohol ingerido en una bebida es absorbido en el aparato digestivo, desde donde pasa a la circulación sanguínea en la que puede permanecer hasta 18 horas. Es eliminado finalmente a través del hígado. La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido es responsable de la mayoría de las lesiones que esta sustancia produce en nuestro cuerpo, como la cirrosis hepática o las encefalopatías en las que el funcionamiento de hígado y cerebro se ve gravemente alterado.



Alcoholemia	Efectos
0,3-0,5 gr./l.	<ul style="list-style-type: none"> - Excitabilidad emocional - Disminución agudeza mental y capacidad de juicio - Relajación y sensación de bienestar - Deterioro de los movimientos oculares
0,5-0,8 gr./l.	<ul style="list-style-type: none"> - Reacción general enlentecida - Alteraciones de los reflejos - Comienzo de la perturbación motriz - Tendencia a la inhibición emocional
0,8-1,5 gr./l.	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de embriaguez importante - Reflejos muy perturbados y respuestas enlentecidas - Pérdida del control preciso de los movimientos - Problemas marcados de coordinación - Disminución de la vigilancia y percepción riesgo
1,5-2,5 gr./l	<ul style="list-style-type: none"> - Embriaguez neta con efectos narcóticos y confusión - Cambios conductuales imprevisibles: agitación psicomotriz - Fuertes perturbaciones psicosensoriales - Vista doble y actitud titubeante
>3 gr./l.	<ul style="list-style-type: none"> - Embriaguez profunda - Estupor con analgesia y progresiva inconsciencia - Abolición de los reflejos, parálisis e hipotermia - Coma potencial

Existen dos puntos sobre esta sustancia que son importantes conocer:

- Saber el consumo de alcohol que hacemos
- Cómo se metaboliza el alcohol.

1º Saber el consumo de alcohol que hacemos, por los riesgos que conlleva para la salud, hacer un uso inadecuado. Para ello hay que saber la cantidad de alcohol absoluto que tienen las bebidas que se toman.

El consumo de alcohol se mide en Unidades de Bebida UB. Una UB corresponde a 10gr. de alcohol puro

Caña de cerveza = 200 cc = 1 UB
Copa de vino = 100 cc = 1UB
Copa de coñac =50 cc = 2UB
Vermut /Jerez = 1UB

Se considera que el límite de riesgo en el

consumo de alcohol esta:

Hombres: Día 4 –5 UB

Semana 28 /35UB

Mujeres: Día 2.5 - 3 UB

Semana: 17 /21UB

2º Un 80 % del alcohol se metaboliza

o elimina en el hígado, proceso realizado por la enzima alcohol - deshidrogenasa hepática, que es más abundante en los hombres que en la mujeres, lo que unido a su menor peso corporal hace que la toxicidad y la tolerancia se produzcan en menos tiempo en estas.

La velocidad de metabolización por parte del hígado es un proceso constante y aunque no en todas las personas se realiza con la misma velocidad se puede decir, de una forma

estándar, que se elimina entre ½ y 1 UB a cada hora.

Un 20% se elimina por otras vías como orina y aire espirado.

El alcohol espirado es la base para saber la alcoholemia (cantidad de alcohol en sangre). Pues se sabe que:

0,25 mg/l de alcohol en el aire espirado equivale a 0,5 g. /l alcohol en sangre

Esto se mide con el alcoholímetro.

Detección del alcohol en aire espirado: el alcoholímetro

Un alcoholímetro es un dispositivo para estimar el contenido de alcohol en la sangre a partir de una muestra de aire espirado. Los alcoholímetros no miden directamente el contenido de alcohol en la sangre o la concentración, lo que requeriría el análisis de una muestra de sangre. En lugar de ello, estiman la tasa de alcoholemia indirectamente midiendo la cantidad de alcohol en el aire espirado.

El alcoholímetro digital es un detector de alcohol con una fiabilidad superior al 90%. Su tecnología se basa en un sensor-semiconductor de gas de gran sensibilidad, que genera una corriente eléctrica proporcional a la concentración del etanol. Después de soplar, en menos de 8 segundos, podremos comprobar el nivel de alcohol a través de su pantalla digital iluminada.

Se considera que el límite de riesgo en el consumo semanal de alcohol está en el siguiente gráfico:



Hipnosedantes (S. depresoras)

En los últimos años se viene observando en España una tendencia ascendente en el consumo de hipnosedantes (incluye somníferos y tranquilizantes) con y sin receta médica, incremento también presente entre la población laboral.²

Los **hipnosedantes** son un término general para un grupo de psicofármacos, depresores del SNC (**S**istema **N**ervioso **C**entral), que producen sedación y a dosis más elevadas provocan sueño. Incluye, entre otros, las benzodiacepinas y los barbitúricos. Estos son capaces de controlar la ansiedad patológica y a dosis más elevadas de inducir sueño. Son un grupo de fármacos muy eficaces. El problema surge cuando no se emplean adecuadamente o durante

períodos de tiempo excesivamente prolongados.

El consumo repetido de grandes dosis o, en algunos casos, el consumo diario de dosis terapéuticas de benzodiacepinas se asocia con amnesia, hostilidad, irritabilidad y sueños perturbadores o vívidos, así como tolerancia y dependencia física. El síndrome de abstinencia es similar al del alcohol y puede requerir hospitalización. El uso concomitante de alcohol o de otros depresores con benzodiacepinas puede ser potencialmente mortal. El abuso de las benzodiacepinas es particularmente alto entre los consumidores de heroína y cocaína. Un gran porcentaje de personas que entran en tratamiento para la adicción a la cocaína y otras drogas declaran abusar también de las benzodiacepinas.

Tolerancia, dependencia y abstinencia

La tolerancia a ciertas benzodiacepinas es más frecuente en aquellos que las han consumido durante 6 meses o más. Los médicos contrarrestan los efectos de la tolerancia mediante el aumento de la dosis en pequeños incrementos o añadiendo otra benzodiacepina en la receta. La mayoría de los consumidores a menudo desarrollan tolerancia a los efectos más leves de la droga, como la sedación y el deterioro de la coordinación motora. Existe una importante tolerancia cruzada entre las sustancias sedantes (tranquilizantes, ansiolíticos, benzodiacepinas...) y otros depresores como el alcohol, por lo que los usuarios pueden no sentir los efectos de estos fármacos con tanta potencia como si no tuvieran esta dependencia.

2. *Encuesta 2013-2014 Consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.*

Heroína (Sustancias depresoras)

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se presenta originariamente como un polvo blanco, inodoro y fino que, dependiendo del proceso de producción, puede presentarse con otro color y textura.

La heroína puede fumarse, inyectarse o inhalarse. Las dos primeras vías de administración son las de acceso más rápido al cerebro y, por tanto, las que producen efectos de forma más rápida.

Poco tiempo después de consumirse llega al cerebro, donde se convierte en morfina y se adhiere a los receptores opioides, dando como resultado una oleada de sensaciones agradables, calma y euforia. La intensidad de estas

sensaciones dependerá de la cantidad de heroína tomada y de la rapidez con que llega al cerebro.

La heroína es una droga altamente adictiva. Al principio, sus efectos son muy placenteros, lo que propicia una conducta de consumo continuado y repetido. Este consumo continuado de heroína provoca, rápidamente, un fenómeno de tolerancia. Es decir para conseguir el mismo efecto o evitar los síntomas de abstinencia, el adicto necesita cada vez dosis más altas, siendo necesario hasta 10 veces más al cabo de un cierto tiempo de consumo.

Con el tiempo, la heroína pierde la capacidad para producir el bienestar inicial que producía, lo que provoca un malestar cada vez mayor. Si al principio la obtención de placer era la causa del consumo, con el paso del tiempo, lo

que el heroínmano busca es aliviar el malestar que le produce la ausencia de la heroína.

La supresión del consumo de heroína ocasiona la aparición del síndrome de abstinencia (conocido popularmente como “mono”). Se trata de un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan: ansiedad, agresividad, midriasis (dilatación pupilar), lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, “piel de gallina”, diarrea, náusea, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares. El “mono” aparece aproximadamente a las 8 horas de la última dosis, generando un profundo malestar entre las 36 y 72 horas y pudiendo durar hasta 10 días.

Además de la adicción, el consumo de heroína conlleva importantes riesgos y consecuencias negativas para la

salud. Es necesario tener en cuenta no sólo la sustancia en sí misma, sino también los adulterantes utilizados en su manipulación, los hábitos higiénicos precarios y las conductas y prácticas de riesgo a las que se asocia su consumo.

El uso crónico de la heroína mediante inyección provoca la aparición de venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de vasos sanguíneos, abscesos y otras infecciones de la piel y tejidos blandos, y enfermedades hepáticas, cardíacas y renales. Las complicaciones pulmonares pueden ser el resultado tanto de los efectos depresores de la heroína como de la mala salud del consumidor, que por sus hábitos higiénicos o estilo de vida condicionado por su adicción, es más susceptible de adquirir enfermedades respiratorias (bronquitis, tuberculosis, etc...).

Algunos de los aditivos con los que se mezcla la heroína pueden obstruir los vasos sanguíneos de pulmones, hígado, riñones o cerebro, y causar infecciones y lesiones muy graves en estos órganos.

Compartir las jeringuillas u otros útiles de inyección, así como mantener relaciones sexuales sin protección, provoca infecciones por virus como el de la inmunodeficiencia humana (VIH), los de la hepatitis B y C, etc...

Cocaína (Sustancias estimulantes)

Es la segunda droga ilegal más consumida tras el cannabis. Según las encuestas, el 2% de la población laboral la ha consumido en los últimos 12 meses. Es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas.

Existen diferentes preparados a partir de esta droga:

➤ Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína. Es la forma habitual de presentación de esta sustancia en España. Se suele consumir esnifada (aspirada por la nariz) y tiene unos efectos casi inmediatos que duran entre 2 y 3 horas. Aunque menos frecuentemente, también se usa por vía inyectada, en ocasiones mezclándola con heroína, lo que da lugar a un

producto que los consumidores denominan speed-ball (pelotazo).

- Basuko o pasta de coca: Es sulfato de cocaína y se fuma mezclado con tabaco o marihuana. Su consumo en España es minoritario.
- Crack o cocaína base: Se consume fumada y su efecto es rápido, intenso y breve. Es muy adictiva, aunque su consumo en España es también minoritario.

Produce los siguientes efectos:

- Estado de excitación motora y aumento del nivel de actividad de la persona.
- Cambios emocionales variados que pueden llegar a provocar crisis de ansiedad u otras alteraciones.
- Aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración, que permiten un aparente mayor rendimiento intelectual, aunque este efecto es pasajero.
- Aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria así como de la tensión arterial, lo que favorece la aparición de enfermedades cardíacas y respiratorias.

La cocaína actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables de la gratificación y del placer. Su consumo continuado reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural (a través del sexo, la comida...) y les hace menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Por esto, la cocaína resulta tan adictiva.

La adicción se produce tras periodos de consumo más o menos largos que no tienen por qué ser diarios, y se ha comprobado que, incluso pequeñas cantidades de cocaína, pueden producir tolerancia y cambios cerebrales relacionados con la adicción. Esto hace que los consumidores, especialmente los de fin de semana, tengan en muchas ocasiones una falsa sensación de control y no perciban el problema.



A medio y largo plazo, el consumo de cocaína puede producir problemas físicos y psicológicos además de adicción. El consumo habitual afecta al funcionamiento cerebral y puede provocar trastornos psíquicos como ideas paranoides (de persecución, de grandeza...) o depresión, y desencadenar cuadros de psicosis y esquizofrenia. También provoca daños muy importantes en los sistemas circulatorio y respiratorio y complicaciones neurológicas y gastrointestinales.

A estos daños hay que añadir los propios de la vía de administración. Si la vía es nasal puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, ronquera o incluso la perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse puede provocar reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de

los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc.).

La dependencia de la cocaína es una de las más intensas. La supresión de su consumo tras un período prolongado da lugar a un fenómeno de rebote, caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, etc.

Se ha demostrado que existe una interacción muy peligrosa entre la cocaína y el alcohol. Cuando se usan conjuntamente, el organismo las convierte en etileno de cocaína. El efecto del etileno de cocaína en el cerebro es más duradero y más tóxico que cuando se usa cualquiera de estas drogas por separado.

Anfetaminas (S. estimulantes)

Con este nombre se agrupan una serie de sustancias con características estimulantes del Sistema Nervioso Central. Debido a sus propiedades estimulantes tanto de tipo físico como mental, su abuso se ha hecho popular entre determinados colectivos que necesitan mantenerse despiertos durante periodos prolongados de tiempo o que requieren un aumento o mantenimiento de una energía física y mental (estudiantes, atletas, etc.). A diferencia de otro tipo de sustancias estimulantes, el desarrollo de la anfetamina se debió a un propósito de tipo terapéutico, en el intento de encontrar un tratamiento eficaz para el asma y en especial de la obesidad. Durante los años cuarenta, se hicieron tremendamente populares los inhaladores de

anfetamina sin tener en cuenta su capacidad de producir adicción y durante la segunda guerra mundial las anfetaminas fueron sustancias consumidas por las fuerzas armadas de muchos países con objeto de obtener una mayor resistencia física y psíquica en determinadas situaciones. No obstante el mayor abuso por parte de la población se realizó durante los años sesenta y las anfetaminas pasaron a ocupar el primer lugar entre las drogas estimulantes.

Sus efectos son como ausencia de fatiga, sueño y hambre; euforia; excitación nerviosa y agitación a veces con agresividad; autosatisfacción; aumento del ritmo cardiaco y de la presión arterial; aumento de la sudoración; en ocasiones se presentan vértigos, dolor de cabeza y náuseas.

Una de los efectos que caracteriza a esta sustancia es la capacidad que tienen de incrementar el nivel de atención y concentración en tareas concretas.

El uso crónico, como en la cocaína da lugar a depresiones severas y cuadros de psicosis anfetamínicas.



Tabaco (Sustancias estimulantes)

El tabaco pertenece a la familia de las Solanáceas (Solanaceae). La especie más cultivada, llamada tabaco mayor, es *Nicotiana tabacum*.

Es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo produce dependencia.

Durante la combustión del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes:

➤ Alquitranes: responsables de los distintos tipos de cáncer.

- Monóxido de carbono: favorece las enfermedades cardiovasculares.
- Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- Nicotina: causa la dependencia del tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo.

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:

- Bronquitis crónica.

- Enfisema pulmonar.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- Accidentes cerebrovasculares(trombosis, hemorragias o embolias).
- Úlcera gastrointestinal.
- Gastritis crónica.
- Cáncer de laringe.
- Cáncer bucofaríngeo.
- Cáncer renal o de vías urinarias.
- Impotencia sexual en el varón.

Actualmente se está prestando



gran importancia a la existencia de los fumadores pasivos que son los individuos expuestos al humo del tabaco, sin ser ellos mismos fumadores. El humo que inhala este fumador pasivo es el de la corriente secundaria, que contiene hasta tres veces más nicotina y alquitrán que la corriente principal que aspira el fumador y unas cinco veces más monóxido de carbono. Un fumador pasivo expuesto al humo del tabaco durante una hora, inhala una cantidad equivalente a 2-3 cigarrillos. De ahí la importancia de proteger los derechos de los no fumadores.

Cannabis (S. perturbadoras del SNC y/o alucinógenas)

El cannabis es la droga ilegal más extendida entre la población laboral. Así, en 2013, el 7% la ha consumido en el último mes y el 2% realiza un consumo problemático. Es una droga que se extrae de la planta Cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado:

➤ Marihuana: obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.

- Hachis: elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- Aceite de hachis: resina de hachis disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.

Los efectos más importantes tienen lugar sobre el Sistema Nervioso y también sobre el aparato cardiovascular. El consumo de un cigarrillo de hachís produce alteraciones de ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad de pensamiento, el sentido del tiempo y la autopercepción.

Otros efectos son aumento del apetito, sequedad de boca, imágenes visuales más vívidas y sentido de la audición más aguda.

Dosis elevadas pueden inducir alucinaciones francas y sentimientos persecutorios. En los consumidores crónicos se ha descrito la presencia de apatía, torpeza, deterioro del juicio y el llamado “síndrome amotivacional”.

Se metaboliza muy lentamente a nivel del hígado y del aparato urinario.

El potencial terapéutico del cannabis se ha revisado ampliamente en numerosas publicaciones científicas. Existe evidencia científica para su uso terapéutico en el caso de las náuseas y vómitos secundarios al tratamiento con antineoplásicos, la pérdida de apetito en Sida y cáncer terminal y el tratamiento del dolor en la esclerosis múltiple.

L. S. D. (S. perturbadoras del SNC y/o alucinógenas)

El **L.S.D.** tiene una prevalencia de consumo inferior al 1 %. Es el nombre genérico que se utiliza para caracterizar a la dietilamida del ácido lisérgico, un compuesto químico que se encuentra naturalmente en el cornezuelo de centeno, un hongo que parasita el centeno. Fue sintetizado por primera vez en el año 1938 por el Dr. Albert Hoffman. y descubierto como un psicoactivo (es decir, como una sustancia capaz de alterar el funcionamiento de nuestras neuronas) en 1943.

Es conocido entre los consumidores como “Ácido”, o “Tripi” (del inglés: TRIP, que significa “viaje”).

Su forma habitual de presentación (aunque existen otras como pastillas,

líquidos o polvo) es en papel secante, una especie de cartoncito similar a un sello, que suele llevar dibujos variados (popeye, héroes de cómics, planetas, etc.) y que se coloca bajo el paladar (por ser un centro con mucha irrigación sanguínea).

Los efectos asociados con el LSD son impredecibles y dependen de la cantidad que se consuma, el entorno en que se use la droga, la personalidad, el estado de ánimo, y las expectativas del usuario.

Los efectos generados por el LSD sobre el Sistema Nervioso Central son predominantemente alucinatorios y pueden durar de 3 a 12 horas.

No genera dependencia física.

Los posibles riesgos asociados al consumo de LSD son psicológicos

más que físicos. Entre los posibles riesgos que entraña su consumo está la posibilidad de experimentar reacciones desagradables, como son las reacciones de ansiedad.

No existe un riesgo de sobredosis física, si bien se podría llegar a tener problemas por consumir una dosis mayor de la que psicológicamente se puede manejar.

Existe también la posibilidad de tener un “mal viaje”, es decir, de experimentar sensaciones desagradables como sensaciones de temor, de ansiedad, etc. Una de las reacciones adversas más comunes al consumo de LSD es un episodio temporal de pánico (menor de 24 horas). Los síntomas más frecuentes incluyen alucinaciones atemorizantes, ansiedad desmesurada, confusión y agresión en algunos casos.

El consumo de LSD puede originar también lo que se conoce con el nombre de “flashback”. El flashback es un retorno transitorio de emociones y percepciones experimentadas bajo los efectos del LSD.

DROGAS EMERGENTES³

El concepto de droga emergente ha venido a sustituir, por consenso, a los conceptos de drogas de diseño, drogas de síntesis o drogas recreativas. El hecho de empezar a llamar a estas sustancias como drogas emergentes no es por el hecho de la nueva creación de una sustancia tóxica sino por la aparición como nueva de una sustancia ya conocida, o utilizada con otros fines o que en muchas ocasiones son reapariciones de sustancias anteriormente conocidas y utilizadas. Estas sustancias la mayoría de las veces no están incluidas en las listas de sustancias estupefacientes o de sustancias ilegales. Se conocen también como “drogas legales” o “drogas inteligentes”, ya

que se producen al mezclar varias hierbas o sustancias de síntesis de laboratorio, pero que al no estar incluidas en las listas de sustancias ilegales son consideradas como “legales”.

Dentro del grupo de las drogas emergentes podemos citar:

- Determinadas plantas y sus derivados.
- Medicamentos de uso humano o veterinario.
- Fármacos retirados de la clínica por sus efectos adversos.
- Sustancias sintéticas.

Con esta apariencia de legalidad se venden en tiendas abiertas al público en distintas ciudades, pero sobre todo, estas sustancias se venden por Internet. La mayoría de ellas

3. “Drogas emergentes”. Informe de la Comisión clínica. PNSD. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

etiquetadas como hierbas o mezclas de hierbas y dando la apariencia de que no son dañinas para el organismo.

Éxtasis

El éxtasis o MDMA o Adán, XTC, X, E, pastillas, pastis, pirulas, es la 3,4-metilendioximetanfetamina. Es la droga de síntesis que más ha visto incrementado su consumo en las últimas décadas. Se presenta en pastillas que no superan el tamaño de una aspirina, aunque también puede distribuirse en polvo, generalmente de color rosáceo, blanco, amarillo o azul.

Es activo en humanos a partir de los 75 a 100 mg (1 mg/kg de peso), y comienza a producir efectos en menos de media hora, la mayoría de los cuales desaparecen entre las cuatro y seis horas, según la tolerancia.

Sus consumidores pretenden facilitar la comunicación y las relaciones personales y conseguir una sensación de euforia, disminuyendo el cansancio, el hambre o la sed.

Cuando se consume éxtasis no se puede beber alcohol, ya que puede desencadenar un cuadro conocido como golpe de calor, con alto riesgo de deshidratación. Se han registrado casos en los que el consumidor sufre taquicardia, mareos, vómitos, calambres, nerviosismo e incluso paranoia. Para reducir el riesgo de padecer este síndrome, sólo deben ingerir agua. Además, y como consecuencia de su consumo, pueden persistir una serie de efectos residuales, tales como insomnio, agotamiento, depresión, irritabilidad, cefalea y dolores musculares, que desaparecen tras ingerir una nueva dosis.

Los usuarios crónicos de éxtasis sufren daño en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida de apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

El éxtasis, como el resto de drogas, produce tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Así, alrededor de un 60% de usuarios reconocen haber presentado síntomas del síndrome de abstinencia que incluye, entre otros, cansancio, pérdida de apetito, dificultad de concentración, ansiedad y depresión y un 40% admiten haber experimentado síntomas de dependencia.

Cannabinoides sintéticos ("Spice")

El "Spice" es una mezcla de hierbas (hasta 14 diferentes se han descrito en una misma preparación) con efectos psicotrópicos, "mejorados" químicamente, de las que se desconocen en la mayoría de estas sustancias sus efectos farmacocinéticos o farmacodinámicos y sus efectos tóxicos. Además de las hierbas

mencionadas, se ha constatado la presencia en su composición de cannabinoides sintéticos, añadidos de forma deliberada, mucho más potentes que el tetrahidrocannabinol (THC).

Se suelen vender en internet como inciensos o hierbas y se envían por correo al consumidor directamente. Suelen etiquetarse como "No apto para consumo humano" y así se podrían evitar las implicaciones

legales que tendría su venta.

Metanfetamina

Es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Aunque a escala mundial, en términos de producción y tráfico, la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis, su consumo en España es en la actualidad inferior al de éxtasis.



La metanfetamina tiene un elevado poder adictivo.

Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua. Popularmente se conoce con el nombre de “speed”, “meth” y “chalk” o bien “hielo” o “crystal” si se consume fumada. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada, o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce. Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo.

Inmediatamente después de

ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer, a la que se denomina “flash”, que dura sólo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición algo más tardía (de 3 a 5 minutos si se inhala y de 15 a 20 minutos si es por vía oral).

La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación de la sangre es bastante lenta (12 horas).

Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis.

Otros riesgos añadidos son los derivados del consumo por vía

inyectada, ya sea por la aparición de flebitis o abscesos cutáneos o por la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras) en individuos que utilizan material de inyección sin higiene o que lo comparten con otros inyectores.

GHB o éxtasis líquido (gamma hidroxibutirato)

El GHB o gamahidroxibutirato es una sustancia depresora del sistema nervioso central. En realidad, el GHB aunque es conocido como éxtasis líquido, nada tiene que ver con el MDMA. Generalmente se presenta en forma de líquido transparente, incoloro, inodoro y con un cierto sabor salado. Una vez que se toma una dosis tarda unos 15 minutos en hacer efecto y dura varias horas.

El GHB se sintetizó primero en Francia hace más de 40 años como anestésico, pero debido a sus efectos indeseables secundarios fue rechazado por la comunidad médica.

Los efectos que se han observado con el consumo de esta droga son relajación y somnolencia. Con dosis de 10 mg/kg de peso produce hipotonía y anestesia. Si la dosis es de 20-30 mg/kg, el GHB produce adormecimiento y sueño y cuando alcanza los 50-70 mg/kg puede desencadenar un estado hipnótico y causar enlentecimiento del ritmo cardíaco y la respiración. Dosis más altas aumentan la depresión cardiopulmonar y comportan el riesgo de movimientos musculares repentinos y actividad epiléptica. El problema de esta droga radica en que es líquida y la dosificación no

es tan exacta como en el caso de las pastillas.

Las sobredosis son muy corrientes, pudiéndose llegar a estados de coma y muerte. Los efectos aparecen al cabo de cinco o diez minutos de la ingestión y habitualmente se prolongan de una hora y media a tres horas, aproximadamente.

Polvo de ángel o pcg

La fenciclidina o polvo de ángel o PCP se comenzó a fabricar en los años 50 como anestésico intravenoso. A mediados de los años 60, se dejó de utilizar debido a que producía en los pacientes intervenidos agitación, estados de delirio y conductas irracionales. Se trata de un polvo blanco, cristalino, que se disuelve fácilmente en agua o alcohol. Tiene un sabor amargo

distintivo y se puede mezclar con facilidad con colorantes. Se comercializa en forma de diversas clases de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Por lo general, se usa inhalada, fumada o ingerida. Para fumarla se suele aplicar a hojas de plantas, como menta, perejil, orégano o marihuana.

Los efectos del PCP en el cerebro inhiben la habilidad del usuario para concentrarse, pensar de forma lógica y articular. Ocurren cambios dramáticos en la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo. Algunos usuarios experimentan una euforia de leve a intensa, mientras que otros se sienten amenazados por el miedo, la ansiedad o el pánico. Las personas que usan PCP de forma crónica afirman que tienen pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, depresión y pérdida

de peso. Estos síntomas pueden persistir hasta un año después de dejar de usar PCP.

También se han notificado trastornos emocionales. Puede interactuar con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiazepinas, pudiendo incluso poner en peligro la vida del paciente.

Ketamina

La ketamina es un anestésico sintetizado en 1962 que sigue utilizándose en la actualidad con fines médicos y en veterinaria. Su presentación farmacéutica es en forma de líquido inyectable.

En la calle se puede encontrar como líquido, polvo, cristales, pastillas o cápsulas y se conoce popularmente

como “special K”. En ocasiones, puede estar mezclada con otras sustancias (efedrina, cafeína...).

Sus efectos dependen de la composición, la dosis, el contexto en que se consume y las características del consumidor (peso, edad, etc.). A dosis bajas, produce efectos similares a los de borrachera por alcohol, con pérdida de coordinación y dificultades para hablar y pensar, visión borrosa, etc. A dosis altas puede provocar un “viaje” muy intenso, con delirios, pseudoalucinaciones, pérdida de la noción del espacio y del tiempo y distorsión de la realidad. Algunas personas se ven fuera de su cuerpo o piensan que han muerto o van a morir de manera inmediata.

Es una sustancia muy peligrosa que puede provocar ansiedad, paranoia,

y paros respiratorio y cardíaco, e incluso consumos mínimos pueden producir sobredosis.

Su consumo habitual produce alteraciones en la memoria y en la concentración y deterioro de las habilidades del individuo.

La ketamina tiene un elevado riesgo de adicción y una rápida tolerancia. Su combinación con alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de sufrir depresión respiratoria, episodios de síncope o paro cardíaco. La mezcla con psicoestimulantes y/o alucinógenos puede provocar una reacción impredecible y muy peligrosa.

Poppers

Los poppers son unas drogas recreativas compuestas por nitrato

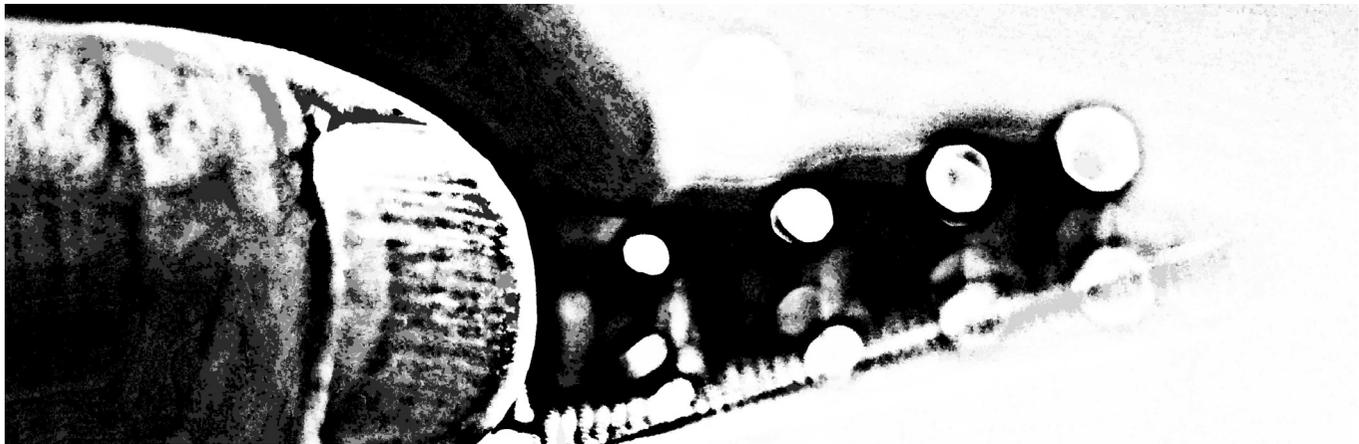
de amilo en la mayor parte de los casos, pero también por otros nitritos como nitrito de butilo o nitrito de isobutilo. Son líquidos incoloros e inodoros que se administran inhalados y que se presentan en botes de cristal. El nitrato de amilo es una sustancia muy volátil e inflamatoria y nunca ha de ser ingerida porque puede ser mortal.

Esta droga produce estimulación

y vasodilatación, efectos que se perciben muy rápidamente. A los pocos segundos de la inhalación se produce una fuerte sensación de euforia, de ligereza, desinhibición sexual, etc. Los efectos desaparecen enseguida, produciéndose de forma posterior depresión y agotamiento. Es muy usada por sus efectos durante el acto sexual, ya que incrementa el orgasmo y relaja los músculos del ano; no obstante,

también puede producir pérdida de la erección.

Los efectos adversos que se producen con esta sustancia son: enrojecimiento de la cara y cuello, cefalea, náuseas y vómitos, taquicardia e hipotensión. El popper crea tolerancia y una considerable dependencia física, lo que unido a la breve duración de sus efectos buscados, lo convierte en una droga



peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis.

Catinonas (Derivados del Khat)

También conocidas como “sales de baño”, son sustancias derivadas de la planta del khat (*Catha Edulis*) utilizada como estimulante en la zona del cuerno de África, modificadas químicamente. Dentro de este grupo de sustancias destaca la Mefedrona, utilizada como alternativa “legal” a la cocaína y las anfetaminas. Se presenta en forma de polvo blanco (de ahí su analogía con las sales de baño) o amarillento o como pastillas, pudiendo consumirse como falso éxtasis. Las vías de administración son la inhalada, la oral, la endovenosa y la

intramuscular.

En España, desde febrero de 2011, está prohibido su distribución y consumo.

Piperazinas

También conocidas como “píldoras de fiesta” o “píldoras de hierba”, se comercializan como sustituto del MDMA por sus efectos simpaticomiméticos, que en ocasiones son más intensos, llevando en ocasiones a convulsiones. La meta-clorfenilpiperazina es una sustancia que pertenece al grupo de las piperazinas. Además de comercializarse de modo legal en algunos países, se distribuye en el mercado ilegal con la misma apariencia que tienen las pastillas de éxtasis y se venden y se consume como si fuera éxtasis, aunque no lo sea.

Se presenta en forma de comprimidos blancos o de de colores que incluyen diferentes logos de moda como “Tiburón”, “Lacoste”, “Mitsubishi”, “Versace”, “Rolls- Royce”, etc., o también en forma de polvo sólo, o mezclado con polvo de otras sustancias.

La m-CPP tiene propiedades estimulantes y alucinógenas y su consumo conlleva numerosos riesgos para la salud: náuseas, dolor de estómago, vómitos, dolor de cabeza, daño renal, reacciones de pánico, comportamientos psicóticos, brotes de violencia, etc...

Inhalantes

Son sustancias volátiles que se encuentran en determinados productos químicos o de limpieza:

Pinturas, barnices y lacas, combustibles, etc.

Los principales usuarios son adolescentes, que generalmente inhalan estas sustancias para superar las tensiones. Los usuarios crónicos se muestran aburridos, deprimidos y agresivos.

Los vapores inhalados llegan rápidamente al torrente sanguíneo, como si se los inyectara. Pueden causar insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Impiden la llegada de oxígeno a los pulmones. Deprimen el sistema nervioso central.

Estas sustancias presentan la particularidad de que pueden ser inhaladas voluntariamente, buscando sus efectos psicoactivos, o involuntariamente,

por personas que se encuentran expuestas a las mismas por las características de su trabajo.

En los trabajos en los que se manipulen estas sustancias se deberá realizar la evaluación de riesgos correspondiente. De ella se derivarán las medidas de protección que deberán estar presentes con el fin de minimizar los efectos de la exposición a estas sustancias en los trabajadores. La vigilancia de la salud irá encaminada, entre otras cosas, a verificar que las medidas de protección son las adecuadas y no existen efectos sobre la salud de los trabajadores debidos a la exposición a estas sustancias.





An aerial, high-angle photograph of a crowd of people, rendered in a high-contrast, black and white, grainy style. The people are seen from above, their forms appearing as dark shapes against a lighter background. In the center of the image, there is a large, solid black speech bubble with a tail pointing towards the bottom left. Inside this bubble, the number '4' is prominently displayed at the top, followed by the text 'Aspectos jurídicos de las drogodependencias' in a bold, white, sans-serif font.

4

**Aspectos
jurídicos de las
drogodependencias**

4. Aspectos jurídicos de las drogodependencias

Introducción

Se pretende incorporar una visión general no exhaustiva del tratamiento o respuesta que las diferentes ramas del ordenamiento jurídico dan a la situación de la presencia y consumo de drogas.

Las drogas han estado presentes en las sociedades desde el principio de los tiempos hasta la actualidad, han tenido un carácter terapéutico y por ello han sido usadas por la medicina y la farmacia. También se han utilizado por sus efectos inhibidores, hipnóticos, así las han usado chamanes, brujos y similares para sus ritos iniciáticos. Es decir, tanto el alcohol como las drogas han ido acompañando a la humanidad y evolucionando hasta nuestros días, donde la ciencia también ha traído drogas sintéticas y cada día más elaboradas.

El ámbito laboral, no es ajeno a la presencia de sustancias y a los problemas generados por su uso, por tanto hay una necesidad de regular normas, que deberían tener un carácter pedagógico y preventivo siempre, tanto externas como internas (convenio colectivo, reglamentos internos...). En esta necesidad de regulación van a intervenir por un lado las Administraciones públicas elaborando normas generales y por otro el empresario junto con los representantes de los trabajadores en lo que conocemos como convenio colectivo y en normas como reglamentos internos.

A su vez, las personas tienen, ya por su condición de ciudadanos, como de trabajadores, una serie de derechos cuya defensa, también regulada, limita la arbitrariedad de la

Administración en su competencia de control del uso o abuso de las sustancias y de los empresarios en su capacidad de organización y sanción disciplinaria. Por ejemplo: frente a la intromisión se articula la defensa de la intimidad, frente al férreo control la regla de la proporcionalidad...

Marco normativo penal

En **España** respecto a las drogas existe el tratamiento **penal** por los actos o conductas tipificados en los “Delitos contra la Salud Pública” del Capítulo III del Título XVII la Ley Orgánica 10/1995 “Código Penal”, artículos 368 a 372. Se castiga a quien cultive, elabore o trafique de forma **ilegal** drogas tóxicas o sustancias estupefacientes destinadas al consumo que causen grave daño a la salud.

Se define como **tráfico de drogas** los actos de cultivo, elaboración o tráfico o los actos que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines. No se considera como delito de tráfico de drogas la

tenencia y consumo de tabaco y alcohol.

Junto al **ilegal**, existe un tratamiento y comercialización de sustancias “legales”, que tiene un control como cualquier otro producto que se introduce en el mercado para el consumo. Si se incumple lo regulado puede ser objeto de sanciones administrativas por fraude fiscal o uso indebido frente a la norma, pero, salvo para grandes cantidades, la conducta estaría dentro de las faltas administrativas y no en los delitos contra la salud pública.

El Código Penal no penaliza el “autoconsumo” de drogas. No obstante, ¿qué ocurre en ciertos ámbitos? Seguridad Vial y consumo, Ámbito Laboral y efectos del alcohol y drogas. Lo vemos a continuación.

Ley de seguridad ciudadana

La Ley de seguridad ciudadana pretende ser la garantía por parte del Estado de que los derechos y libertades reconocidos y amparados por las constituciones democráticas puedan ser ejercidos libremente por la ciudadanía. La Constitución Española de 1978 asumió el concepto de seguridad ciudadana, así como el de seguridad pública.

Además, para permitir el desarrollo de tales conceptos ha desarrollado los elementos que se precisan:

- Un ordenamiento jurídico adecuado para dar respuesta a los diversos fenómenos ilícitos, el Código Penal y la propia Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la Seguridad

Ciudadana. Art.36 puntos 15 a 18 en cuanto a Infracciones graves.

- Un Poder Judicial que asegure su aplicación, y,
- Unas Fuerzas y Cuerpos de Seguridad eficaces en la prevención y persecución de las infracciones.

La hoy derogada Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre “Protección de la Seguridad Ciudadana”, constituyó el primer esfuerzo desde la óptica de los derechos y valores constitucionales, por abordar un código que recogiera las principales actuaciones y potestades de los poderes públicos, especialmente de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Junto a esas actividades policiales en sentido estricto, la Ley Orgánica 4/2015, de

30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana, regula aspectos y funciones atribuidos a otros órganos y autoridades administrativas, como la documentación e identificación de las personas, el control administrativo de armas, explosivos, cartuchería y artículos pirotécnicos o la previsión de la necesidad de adoptar medidas de seguridad en determinados establecimientos, con el correlato de un régimen sancionador actualizado imprescindible para garantizar el cumplimiento de los fines de la Ley.

Cualquier incidencia o limitación en el ejercicio de las libertades ciudadanas por razones de seguridad debe ampararse en el principio de legalidad y en el de proporcionalidad:

1. Juicio de idoneidad de la limitación.
2. Juicio de necesidad de la misma.
3. Juicio de proporcionalidad.

Ordenamiento jurídico

Internacional

De las drogas en el ámbito laboral, la Organización Internacional del Trabajo⁴ (OIT) se ha pronunciado con un documento titulado “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo”. Es un repertorio de recomendaciones prácticas. En marzo de 1995 el Consejo de Administración de la OIT establece que los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas pueden originarse por factores personales, familiares o sociales, así también por factores laborales, o bien por una combinación de esos

elementos. La OIT hace mención a la consideración del consumo de alcohol y drogas como un problema de salud en el ámbito laboral y por ello la necesidad de la **prevención** en el trabajo, el tratamiento sin discriminación y la identificación para su prevención de las condiciones de trabajo susceptibles de originar esa alteración de salud. Como herramienta de abordaje pone en valor la participación, la cooperación y la prevención de los trabajadores y trabajadoras en el seno de la empresa.

La **Unión Europea** (UE), por su parte, tiene en marcha una “**Estrategia sobre drogas 2013 – 2020**”, con dos planes de acción

cuatrienales (2013 – 2016 y 2017 – 2020). La UE reconoce que las empresas y el entorno laboral son una de las instituciones más importantes para afrontar de **forma integral** los problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol y drogas.

La Directiva⁵ Marco 89/391/CEE establece que el empresario tiene el deber de garantía de la seguridad y salud de los trabajadores y para ello adoptará las medidas necesarias para la protección de la seguridad y la salud. En España la filosofía de la prevención de esta Directiva se transpone en la Ley 31/1995, que en noviembre de 2015 cumple 20 años, es la Ley de

4. *Organización Internacional del Trabajo (OIT) dependiente de Naciones Unidas, se ocupa de los asuntos relacionados con el trabajo. Integrado por los estados y las representaciones de empresarios y trabajadores en los mismos.*

5. *Directiva es un acto legislativo del Consejo y el Parlamento de la Unión Europea que establece un objetivo que todos los países miembros deben llevar a la práctica. Eligiendo cada Estado el instrumento normativo que considere más oportuno para lograr ese fin.*

Prevención de Riesgos Laborales de noviembre de 1995 y que entró en vigor en febrero de 1996. En dos décadas se han dado una gran proliferación de instrumentos normativos que inciden en la política laboral y social de los Estados. En los últimos años la Comisión Europea ha cambiado la tendencia de elaboración de Directivas con repercusión en la Seguridad y Salud de los trabajadores de los Estados miembros. Debido a ello en la actualidad esta Comisión ha adoptado la postura de revisar las Directivas precedentes tratando de establecer una intervención de “mínimos” y distinguir las obligaciones para las empresas que tienen riesgos y por tanto siniestralidad de las que no lo tienen; siendo para estas últimas más laxas sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales.

Que duda cabe que ello afecta a esa garantía de seguridad y salud de la que los trabajadores y trabajadoras son acreedores, independientemente de su vínculo relacional con la empresa.

Nacional

En **España** respecto a las drogas existe el tratamiento **penal** por los actos o conductas tipificados en los “Delitos contra la Salud Pública” del Capítulo III la Ley Orgánica 10/1995 “Código Penal”, artículos 368 a 372. Se castiga a quien cultive, elabore o trafique de forma **ilegal** drogas tóxicas o sustancias estupefacientes destinadas al consumo que causen grave daño a la salud.

Junto al **ilegal**, existe un tratamiento y comercialización de sustancias “legales”, que tiene un control como cualquier otro producto que se introduce en el mercado para el consumo. Si se incumple lo regulado puede ser objeto de sanciones administrativas por fraude fiscal o uso indebido frente a la norma, pero, salvo para grandes cantidades, la

conducta estaría más dentro de las faltas administrativas que en los delitos contra la salud pública.

El Código Penal no penaliza el “autoconsumo” de drogas. No obstante, ¿qué ocurre en ciertos ámbitos? Seguridad Vial y consumo, Ámbito Laboral y efectos del alcohol y drogas. Lo vemos a continuación.

Con respecto a la **Seguridad Vial** se considera sancionable la conducción en la que exista un determinado nivel de consumo, sin que se precise que se den efectos objetivables; es decir, se constata la “presencia de” que presupone que se van a dar “efectos en” (pero ya no se hace necesario constatarlos). Por tanto, se han extremado los límites permisibles, admitiendo apenas presencia, en aire exhalado o sangre bajo los que una conducta

es punible en el Código de la Circulación.

En el caso del alcohol las tasas permitidas varían dependiendo de si el conductor es novel, general o profesional, de la siguiente manera:

La **Ley 6/2014** establece el principio de tolerancia cero con el consumo de drogas y la conducción de vehículos. Para ello fija la incompatibilidad entre el consumo (objetivado mediante la presencia) y la conducción. La presencia de la droga se cuantifica como norma general en saliva, para así poder certificar que se trata de un consumo reciente (algunas horas antes del test). Puesto que la presencia en saliva significa que la droga está también en sangre (donde permanece un tiempo similar al de la saliva).

Por tanto, la Ley de Tráfico establece la prohibición de conducir **con presencia de drogas** en el organismo, es decir, ya no se entiende sólo bajo los efectos de, sino se utiliza la mera presencia. Tal conducta puede ser sancionada con una multa administrativa de 1.000 € y la retirada de 6 puntos del carné de conducir. Para el delito, además de la falta, ha de demostrarse la influencia de la droga en el sujeto y se abre la vía penal tipificada en el artículo 379.2 del Código Penal, donde ya sí se ha de demostrar la influencia de la droga en el sujeto que conduce el vehículo, que constata el agente de la autoridad y cuyo delito es imputable posteriormente por el juez competente.

Con respecto al **alcohol** la sanción administrativa es de 500 € y la detracción de hasta 6 puntos del

carné. La sanción se duplica para los reincidentes en 365 días. El delito cursa de forma similar a lo expuesto para las drogas.

Quien controla y vigila que las personas que usan las vías públicas se atengan a lo establecido, son los agentes de la autoridad, competentes en realizar controles en carreteras y resto de vías cuando se circula con vehículos (guardia civil, policías autonómicas en el ámbito de sus competencias transferidas para su territorio, las policías municipales). Si localizan a un incumplidor, pueden elevar una propuesta de sanción, que la autoridad competente hará firme e inmovilizar el vehículo. De los delitos, como hemos dicho, se encargan los jueces de su enjuiciamiento.

¿Tiene un empresario potestad de

sancionar e inmovilizar un vehículo? Veremos más adelante cuál es el ámbito de actuación del empresario y sus facultades.

Antecedentes Jurídicos Laborales

En el **ámbito laboral**, como recoge el artículo 14 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales:

Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales”.

Es decir, el contrato de trabajo otorga al trabajador el derecho a una garantía plena de su estado de salud y le

adjudica el derecho a una vigilancia de la salud, cuya obligación corresponde al garante de la seguridad y salud que es el empresario. Este último tiene además una serie de facultades, como organizador del trabajo y bajo este criterio el artículo 20.4 del Estatuto de los Trabajadores faculta al empresario para la realización de “reconocimientos médicos” para verificar el estado de salud de los trabajadores en caso de que este alegue una situación de incapacidad. ¿Dónde empiezan y acaban los derechos y facultades del empresario? y las libertades y derechos del trabajador?

Situación jurídica actual en lo laboral

Bajo la consideración que las drogodependencias o el consumo excesivo de alcohol no se consideran una patología si no que

tiene una vertiente de vicio de la conducta que hay que perseguir para corregir, el empresario, como ya hemos anticipado al tratar el artículo 20 del Estatuto de los Trabajadores, posee el poder de dirección, lo que le permite adoptar medidas de vigilancia y control para verificar el cumplimiento por el trabajador de sus obligaciones y deberes contractuales y que, a su vez le proporciona el poder disciplinario y sancionador.

Todo ello no es un poder omnímodo, sino que siempre debe respetar el conjunto de derechos reconocidos por la legislación laboral y la consideración debida a las personas. El trabajador, por el hecho de serlo, tampoco queda

privado del conjunto de derechos que, como ciudadanos les otorga el resto del ordenamiento jurídico, así, las garantías a la intimidad, la limitación de la arbitrariedad, las obligaciones de la confidencialidad, los derechos a la protección de datos de carácter personal⁶...

El poder de dirección del empresario o empleador tiene amparo en el artículo 38 de la Constitución Española: Se reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado. Los poderes públicos garantizan y protegen su ejercicio y la defensa de la productividad, de acuerdo con las exigencias de la economía general y, en su caso, de la planificación.

El desarrollo del artículo 20 del Estatuto de los Trabajadores, Real Decreto Legislativo 1/1995⁷, establece que:

1. El trabajador estará obligado a realizar el trabajo convenido bajo la dirección del empresario o persona en quien éste delegue.
2. En el cumplimiento de la obligación de trabajar asumida en el contrato, el trabajador debe al empresario la diligencia y la colaboración en el trabajo que marquen las disposiciones legales, los convenios colectivos y las órdenes o instrucciones adoptadas por aquél en el ejercicio regular de sus facultades de dirección y, en su defecto,

6. *Ley Orgánica de Protección de Datos, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.*

7. *Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE 24 de octubre de 2015. Entrada en vigor el día 13 de noviembre de 2015.*

por los usos y costumbres. En cualquier caso, el trabajador y el empresario se someterán en sus prestaciones recíprocas a las exigencias de la buena fe.

3. El empresario podrá adoptar las medidas que estime más oportunas de vigilancia y control para verificar el cumplimiento por el trabajador de sus obligaciones y deberes laborales, guardando en su adopción y aplicación la consideración debida a su dignidad humana y teniendo en cuenta la capacidad real de los trabajadores disminuidos, en su caso.

Despido disciplinario

El **poder disciplinario** del empresario le faculta para actuar ante conductas que están tipificadas

como faltas o infracciones por la Ley (Artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores) o el Convenio Colectivo aplicable.

El despido deberá ser notificado por escrito al trabajador, haciendo figurar los hechos que lo motivan y la fecha en que tendrán efectos. Por convenio colectivo podrán establecerse otras exigencias formales para el despido. Cuando el trabajador fuera representante legal de los trabajadores o delegado sindical procederá la apertura de expediente contradictorio, en el que serán oídos, además del interesado, los restantes miembros de la representación a que perteneciere, si los hubiese.

Si el trabajador estuviera afiliado a un sindicato y al empresario le constare, deberá dar audiencia previa a los delegados sindicales de la sección

sindical correspondiente a dicho sindicato.

El empresario cuando aplique este poder lo hará mediante escrito motivado que requiere su notificación al afectado, teniendo que informar de la apertura del expediente disciplinario a la representación legal de los trabajadores y de estar el trabajador afiliado a un sindicato, éste último también será informado y es posible que presente “expediente contradictorio” (artículo 10.3. de la Ley Orgánica de Libertad Sindical). A partir de la notificación se abre un periodo de alegaciones o descargo del afectado o afectada en defensa de sus intereses frente a la propuesta de sanción del empresario.

El empresario puede plantear la sanción del **despido disciplinario** al que le faculta el **artículo 54**

de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Tendrá que motivarse en un incumplimiento grave⁸ y culpable⁹ del trabajador. Además, para que las causas tipificadas en el artículo 54.2 sean justificación para el despido han de regirse por la “proporcionalidad”, es decir, que el nivel de culpa y el efecto de la gravedad de la falta sean proporcionales al castigo que el empresario pretende imponer. Ya que la consecuencia de un “despido” es la sanción más severa que se puede imponer e implica que el trabajador o trabajadora pierdan su **vínculo laboral**, es decir, su empleo y la remuneración del mismo, por uno o varios de los motivos tipificados y reconocidos.

Así, se considerarán incumplimientos contractuales:

- a) Las faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo.
- b) La indisciplina o desobediencia en el trabajo.
- c) Las ofensas verbales o físicas al empresario o a las personas que trabajan en la empresa o a los familiares que convivan con ellos.
- d) La **transgresión de la buena fe contractual**, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo.
- e) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado.
- f) La **embriaguez habitual o**

toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.

- g) El acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual y el acoso sexual o por razón de sexo al empresario o a las personas que trabajan en la empresa.

Los dos aspectos que se han subrayado son los que habitualmente argumenta el empleador para proceder a los **despidos disciplinarios** como consecuencia del consumo abusivo de sustancias (alcohol y drogas).

➤ La buena fe contractual y su transgresión.

8. **Grave:** conducta que genera un perjuicio calificado de importante o de gran trascendencia negativa.

9. **Culpa:** omisión consciente de la diligencia, exigible a un sujeto por sus conocimientos o posición. De ahí se desprende que el daño o perjuicio que se dé como consecuencia de la falta sea atribuible al sujeto con responsabilidad civil o penal. También se puede explicar la culpa como la omisión de la conducta debida para prever y evitar un daño, ya sea por negligencia, imprudencia o impericia.

➤ Embriaguez habitual y toxicomanía.

La “transgresión de la buena fe contractual” es un argumento recurrente que usa el empresario o empleador para poder proceder a la rescisión del contrato como despido disciplinario.

El principio de buena fe aparece positivado en el artículo 7 del Código Civil cuando dispone que “los derechos deberán ejercitarse conforme a las exigencias de la buena fe”.

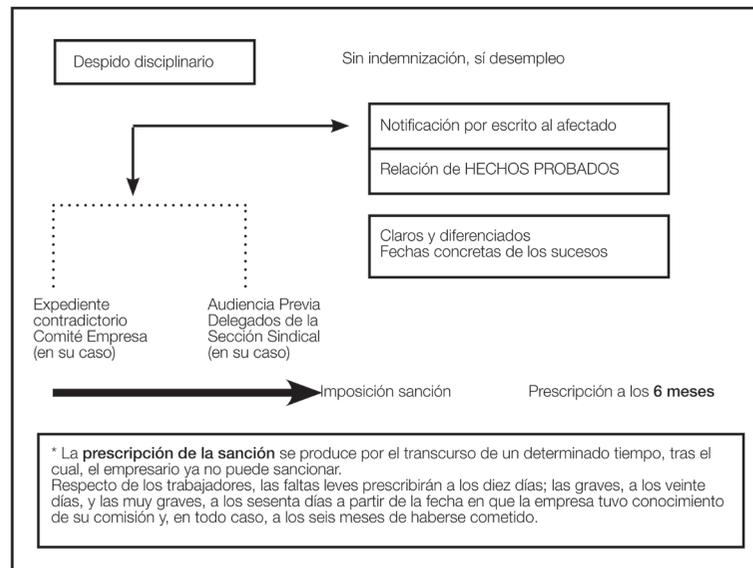
La influencia del “principio de buena fe” se hace evidente desde el Derecho Civil al resto de las ramas del Derecho al tratar de las relaciones “obligacionales”. El Estatuto de los Trabajadores hace directa mención a la buena fe en el desarrollo de la relación contractual

LABORAL en tres ocasiones:

- En el artículo 5 a) cómo deber laboral básico del trabajador;
- En el artículo 20.2. como deber recíproco de los contratantes en el ámbito laboral;

- En el artículo 54. 2 d) que prevé la transgresión de la buena fe contractual como causa de despido disciplinario.

Tanto la transgresión de la buena fe, como el abuso de confianza son “conceptos



Aspectos jurídicos de la drogodependencias

jurídicos indeterminados”, lo que ha provocado que el argumento del artículo 54.2. d) se convierta en un supuesto utilizable para cualquier necesidad de justificar un incumplimiento contractual.

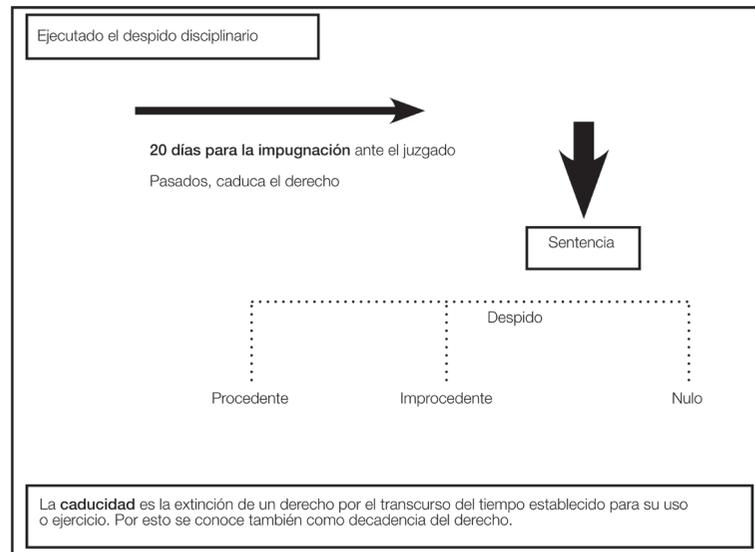
Por ejemplo, cuando el trabajador o trabajadora usa en beneficio propio la confianza que en él tiene depositada la organización, actuando incumpliendo el deber genérico de buena fe.

Además de subsumir la actuación en el genérico de transgresión de la buena fe contractual, el empresario o empleador también puede **alegar la embriaguez habitual o toxicomanía:**

Al hablar de “conductas” éstas han de **repercutir negativamente en el trabajo** y han de ser **reiteradas en el tiempo**. Es decir, se requiere

que exista un hábito, una reiteración y no sólo una acción esporádica. Para demostrar la habitualidad, el empresario tendrá que concretar

síntomas con repercusión en su trabajo habitual.



las fechas precisas en las que el trabajador o trabajadora en estado de embriaguez o bajo los efectos de las drogas ha manifestado los

¿Cómo se demuestra la repercusión negativa en el trabajo? La casuística es muy variada, por ejemplo:

-
1. Una disminución del rendimiento por parte del trabajador o trabajadora.¹⁰
 2. Una mayor susceptibilidad a sufrir lesiones o provocar daños materiales.
 3. Una imagen de la empresa negativa dada a clientes, proveedores, usuarios y que así lo pongan de manifiesto.

Hay que tener en cuenta que aparece la **conducta** abusiva de la relación con alcohol y drogas distinguida de las demás ya que se considera que la embriaguez o toxicomanía es un “vicio de la conducta” ó “defecto de conducta”. La filosofía por la que se aborda este aspecto es muy discutible

por **nuestro** este sindicato, ya que en lugar de darle a la embriaguez habitual o alcoholismo o a la toxicomanía habitual un tratamiento de **enfermedad**, que es lo que es, se le atribuye el calificativo peyorativo de vicio de la conducta. Por tanto, atribuible a la persona que padece ese daño, herencia de atribuciones al concepto que provienen de 1963. Por lo tanto se culpabiliza a la persona y de ahí que bajo ese principio de culpa se traduce el incumplimiento contractual que puede dar lugar al despido procedente.

Alguna interpretación judicial queda en el límite y relata que cuando el Estatuto de los Trabajadores

considera a la embriaguez como un motivo disciplinario de despido, está haciendo referencia con dicha situación del trabajador, no sólo a un **defecto de conducta del mismo**, entendido como la inobservancia de los mínimos deberes de convivencia y decoro dentro de la empresa, sino también a que dicha conducta constituya un incumplimiento en la prestación de los servicios encomendados. Conducta que puede ser valorada en el ámbito disciplinario del empresario sin que ello suponga una **intromisión en la vida privada**, pues supone la valoración negativa de la afectación de este hecho en **la vida laboral**.¹¹

En dicha Sentencia se juega con el

10. *La repercusión negativa en el trabajo puede darse, bien porque se realiza menos trabajo del encomendado, o porque se lleva a cabo una ejecución defectuosa, tomando como parámetro la profesión habitual. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla León de 25 de noviembre de 2003.*

11. *Sentencia Tribunal Superior e Justicia Comunidad Valenciana de 10 de mayo de 2000.*

calificativo moral y la forma de eludir que confluya con el derecho a la intimidad, situación que no siempre se consigue.

En alguna ocasión **la habitualidad** ha cedido paso a un hecho puntual, cuando la situación concreta ha podido provocar peligros de envergadura para los trabajadores o los clientes o usuarios, así, por ejemplo en el caso de conductores de transporte de pasajeros o cirujanos en su práctica profesional. En estos casos, en los que no concurre “la habitualidad”, la conducta podría tipificarse como quebranto grave de la buena fe contractual o quedar incardinada en otros supuestos del artículo 54 ET.

La **embriaguez** que se produce fuera del ámbito del trabajo es más difícil

de demostrar que pueda ocasionar repercusiones negativas en el desempeño del puesto. Si la imagen de la empresa se puede ver perjudicada, el empleador podrá alegar la situación bajo el amparo de la vulneración de la buena fe contractual y teniendo que demostrar cual es el perjuicio para la imagen corporativa de la empresa y objetivar de alguna manera el mismo.

Se ha interpretado en alguna Sentencia que la embriaguez habitual y la toxicomanía vulnera el “deber de disciplina”. Acudiendo a la inobservancia de las reglas que la empresa tiene previstas para garantizar la normalidad de su actividad. En esta conducta “punible” de indisciplina se podrían incluir desde las ofensas verbales, la falta de rendimiento, la ralentización

de la actividad productiva... Lo cual es más fácil que tener que atenerse a los requisitos del artículo 54.2 letra f.¹²

Extinción del contrato por causas objetivas

Artículo 52 Ley del Estatuto de los Trabajadores, El contrato podrá extinguirse también, y entre otras causas, por:

- a) Por ineptitud del trabajador conocida o sobrevenida con posterioridad a su colocación efectiva en la empresa. La ineptitud existente con anterioridad al cumplimiento de un período de prueba no podrá alegarse con posterioridad a dicho cumplimiento.

12. Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 9 de junio de 2000

b) Por **falta de adaptación** del trabajador a las modificaciones técnicas operadas en su puesto de trabajo, cuando dichos cambios sean razonables. Previamente el empresario deberá ofrecer al trabajador un curso dirigido a facilitar la adaptación a las modificaciones

operadas. El tiempo destinado a la formación se considerará en todo caso tiempo de trabajo efectivo y el empresario abonará al trabajador el salario medio que viniera percibiendo. La extinción no podrá ser acordada por el empresario hasta que hayan transcurrido, como mínimo, dos meses desde que se introdujo la modificación o desde que finalizó la formación dirigida a la adaptación.

c) Por faltas de asistencia al trabajo, aun justificadas pero intermitentes, que alcancen el 20 % de las jornadas hábiles en dos meses consecutivos siempre que el total de faltas de asistencia en los doce meses anteriores alcance el cinco por ciento de las jornadas hábiles, o el 25 % en cuatro meses discontinuos dentro de un período de doce meses.



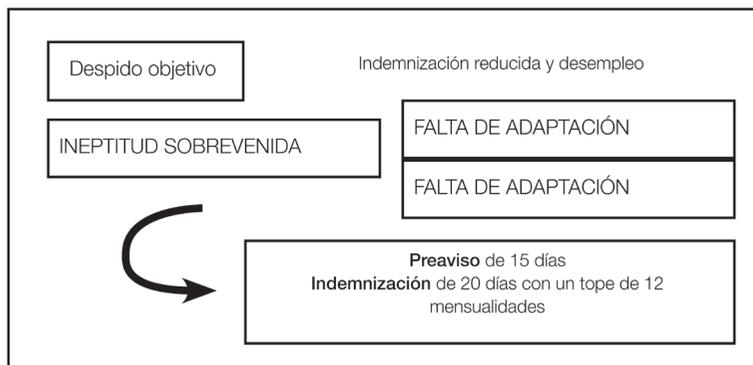
No se computarán como faltas de asistencia, a los efectos del párrafo anterior, las ausencias debidas a huelga legal por el tiempo de duración de la misma, el ejercicio de actividades de representación legal de los trabajadores, accidente de trabajo, maternidad, riesgo durante el embarazo y la lactancia, enfermedades causadas por embarazo, parto o lactancia, paternidad, licencias y vacaciones, enfermedad o accidente no laboral cuando la baja haya sido acordada

por los servicios sanitarios oficiales y tenga una duración de más de veinte días consecutivos, ni las motivadas por la situación física o psicológica derivada de violencia de género, acreditada por los servicios sociales de atención o servicios de Salud, según proceda.

Tampoco se computarán las ausencias que obedezcan a un tratamiento médico de cáncer o enfermedad grave.

Sobre el despido objetivo

- El intento empresarial de resolver el contrato basándose en estas causas puede suponer el despido del trabajador con una simple indemnización minorada de 20 días por año de trabajo con un tope de 12 mensualidades. El trabajador puede impugnar dicha decisión en un plazo de 20 días.
- Si el empresario no acredita la causa o incumple ciertos requisitos, la Sentencia declarará la improcedencia del despido y condenará al empresario a optar entre readmitir al trabajador en las mismas condiciones que regían con anterioridad al despido con salarios de tramitación o abonar una indemnización sin salarios de tramitación. La indemnización en este caso alcanzaría los



45/33 días de salario por año de servicio según hayan sido trabajados antes ó después de 2012¹³. El importe indemnizatorio resultante no podrá ser superior a 720 días de salario, salvo que del cálculo de la indemnización por el período anterior al 12 de febrero de 2012 resultase un número de días superior, en cuyo caso se aplicará éste como importe indemnizatorio máximo, sin que dicho importe pueda ser superior a 42 mensualidades, en ningún caso (DT5ª ley 3/2012).

➤ El despido puede ser declarado nulo si se aprecia que tiene por móvil alguna de las causas de discriminación prohibidas o que se produzca con vulneración

de derechos fundamentales y libertades públicas del trabajador (por ejemplo, el derecho a la intimidad, a la integridad moral,...). En estos casos, la sentencia condenará al empresario a la readmisión del trabajador en las mismas condiciones que regían con anterioridad al despido y al abono de los salarios de tramitación. El trabajador puede exigir, además, una indemnización por los daños y perjuicios, incluido el daño moral aparejado a la vulneración de derechos fundamentales.

➤ La sentencia también condenará a la readmisión cuando el despido que no se ajusta a las exigencias legales afecta a un trabajador que

se encuentra o ha encontrado en fechas próximas al despido en determinadas situaciones (suspensión del contrato por paternidad, maternidad, riesgo durante el embarazo o la lactancia, trabajadoras embarazadas, trabajadoras víctimas de violencia de género, reducción de jornada o excedencia por motivos de conciliación..; todo ello, en los términos regulados en el artículo 56 ET).

13. *Tras la Reforma Laboral del Partido Popular, para la indemnización del despido sin causa: o improcedente se establecen los 45 días de salario por año por los servicios prestados desde el inicio del contrato hasta el 12 de febrero de 2012 y 33 días de salario por año trabajado por los años transcurridos desde el 13 de febrero de 2012 hasta la fecha del despido. Para la interpretación sobre la aplicación de los máximos ver STS 29.9.2014.*

Ideas que nos recuerda la jurisprudencia

Destacamos algunas sentencias

La **Sentencia 13 de julio de 1984 del Tribunal Supremo** dice que:

“Nunca es permitido confundir lo discrecional con lo arbitrario, pues aquello (lo discrecional) se halla o debe hallarse cubierto por “motivaciones

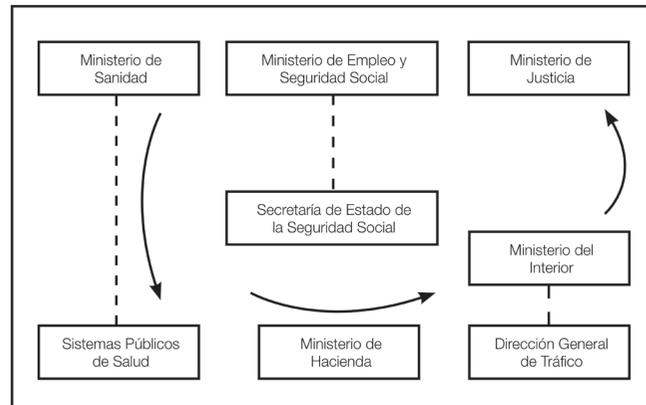
suficientes”, discutibles o no, pero considerables en todo caso y no meramente de una cualidad que les haga inatacables, mientras que lo segundo (lo arbitrario) no tiene motivación respetable, si no – pura y simplemente - la conocida “sit pro razione volunta” o la que ofrece lo es tal que, escudriñando su entraña, denota, a poco esfuerzo de contrastación, su carácter indefinible y su inautenticidad”.

Es decir, la clave está en que la

discrecionalidad es legítima y la arbitrariedad está prohibida.

La **STC 202/1999**, recuerda que el derecho a la intimidad no es un derecho absoluto, pudiendo ceder ante intereses constitucionalmente relevantes, siempre que el recorte que aquél haya de experimentar se revele como necesario para lograr el fin legítimo **previsto, proporcionado y, en todo caso, respetuoso con el contenido esencial del derecho.**

Orden Jurídico Sanitario, de seguridad social y salud laboral



Sanitario y Seguridad Social

La ley 14/1986, la Ley General de Sanidad del 25 de abril, y el Real Decreto Legislativo 1/1994 del 20 de junio que aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. Son los textos base para ver el abordaje de estos temas.

La integración de las diferentes estructuras sanitarias prevista en la Ley General de Sanidad de 1986, combinada con el desarrollo de la reforma de la atención primaria iniciada en 1985, ha posibilitado la asunción de diversas actividades con valor **preventivo** por los **servicios asistenciales**. Así, las vacunaciones, el cribado o diagnóstico precoz de diversas patologías, o el seguimiento de determinadas situaciones de riesgo de exclusión social o

marginalidad. Lo que permite a los servicios públicos de salud garantizar el acceso a los servicios y evitar que queden sectores al margen.

El Art. 3.1 de la Ley General de Sanidad recoge los principios inspiradores de dicha norma legal y señala que: “Los medios y actuaciones del sistema sanitario están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

Y en su párrafo 31 sigue diciendo el mismo artículo: “La política de salud está orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”.

Esto nos indica la preocupación general por la salud de todos como desarrollo del Art. 149.1.16 de la Constitución Española. De este modo, si consideramos el alcoholismo como una enfermedad,

entraríamos dentro del principio general sanitario mencionado y debería hacerse extensiva esta política a todos los miembros de la sociedad y, por consiguiente, a todos los trabajadores. Así, cualquier trabajador debería ser tratado como enfermo en lugar de ser sancionado e tratar de forma igualitaria a cualquier ciudadano que sufra el mismo deterioro de salud.

En este mismo sentido, cabría destacar otros artículos de la Ley General de Sanidad. El Art. 10.3 señala, entre otros derechos, el de “confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público. Y el Art. 19.2.h señala que: “Las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros departamentos

en la elaboración y ejecución de la legislación sobre sustancias tóxicas y peligrosas". Íntimamente relacionado con esto, está la Ley General de la Seguridad Social cuyo Art. 7 nos describe la extensión del campo de aplicación de la misma, señalando las prestaciones y los servicios sociales complementarios para garantizar unos servicios públicos antes los estados de necesidad.

Ley **33/2011**, de 4 de octubre, **General de Salud Pública**. El sistema desarrollado por la Ley General de Sanidad precisa que en salud pública sea efectiva una red integral e integrada, que garantice que el conjunto de la población esté cubierta. Es deseable que cada nivel de la administración autonómica concentre en una estructura de salud pública las funciones, recursos y actividades que

trabajan en este campo, evitando la fragmentación y atomización frecuentes y desarrollando espacios de coordinación con las otras estructuras relacionadas en las diversas administraciones sanitarias. Por ello la necesidad de una Ley General de Salud Pública actualizada.

Por medio de la Ley se crea la Red de Vigilancia en Salud Pública para coordinar los diferentes sistemas de vigilancia, incluyendo la alerta precoz y la respuesta rápida.

Además se incluyen acciones para incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos y a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas. Estableciéndose que son las Administraciones sanitarias las encargadas de velar por que la información sobre salud sea veraz.

Se compromete reducir la incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades y atenuar o eliminar sus consecuencias. Las Administraciones públicas impulsarán acciones de "**prevención primaria**", una serie de programas dirigidos a todas las etapas de la vida. A su vez, establecerán procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en atención primaria, especializada, socio-sanitaria, etc. Es fundamental que en todos los niveles y escalones asistenciales se coordine apropiadamente la **prevención de la enfermedad y la promoción de la salud**, garantizando la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales.

En el ámbito laboral

Dos principios:

➤ **Prevención:** estableciéndose acciones orientadas a la mejora de la prevención de los riesgos laborales, dando entrada en la cartera de servicios de la salud pública a la promoción y protección de la salud laboral. Se habilita a la normativa laboral para prever la realización de pruebas de cribado para detectar estrictamente los riesgos específicos y enfermedades derivadas del trabajo, y en relación a los reconocimientos sanitarios previos a la incorporación laboral, sólo se podrán realizar cuando así lo disponga la normativa vigente. En este sentido, cuando se requiera la práctica de pruebas de **detección precoz de enfermedades**, esta deberá ser

justificada explícitamente en base a los riesgos laborales específicos.

➤ **Coordinación:** se impone la creación de los **mecanismos de coordinación necesarios entre atención primaria y atención especializada**, con los dispositivos de prevención de riesgos laborales de las áreas de Salud, al igual que se impone en el desarrollo de la actuación sanitaria en el ámbito de la salud, la **coordinación con los empresarios y representantes de los trabajadores**, comprendiendo aspectos como: la promoción integral de la salud de los trabajadores. La vigilancia de su salud para la detección precoz de los efectos de los riesgos para la salud a los que están expuestos. El desarrollo y actuación en los aspectos sanitarios de la prevención de los

riesgos laborales y la promoción de la información. La formación, consulta y participación de los profesionales sanitarios, de los trabajadores y sus representantes y de los empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

Finalmente, la autoridad sanitaria, nuevamente de forma coordinada con la autoridad laboral, desarrollará una serie de actuaciones que, en último término, tendrán la prevención como fin.

Fundamentalmente, consistirán en el desarrollo de un sistema de información sanitaria en salud laboral integrado en el sistema de información de salud pública y que dé soporte a la vigilancia de los riesgos sobre la salud relacionados con el trabajo; el establecimiento

de un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo; el impulso de la vigilancia de la salud a través de **protocolos y guías de vigilancia** específica en atención a los riesgos a que están expuestos los trabajadores; programas de vigilancia post-ocupacional; la autorización, evaluación, control y asesoramiento de la actividad sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales, o la promoción de la formación en salud laboral de los profesionales sanitarios de los sistemas sanitarios públicos.

Todo lo dicho, apoyaría la idea de considerar las drogodependencias, su tratamiento sanitario y laboral como una enfermedad. Y como hemos visto, hay medios legales para tratarla, siendo nuestros

instrumentos básicos de acción la Ley General de Sanidad, la Ley General de Salud Pública, la Ley General de Seguridad Social y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

En conclusión, los problemas relacionados con el consumo de alcohol y las motivaciones que inducen a beber son múltiples y complejas como lo es también su abordaje, que debe sustentarse en una política global, multisectorial y multidisciplinar, con la participación de todas las áreas implicadas: Salud, Educación, Bienestar Social, Empleo, Tráfico y Seguridad Vial, Comercio, Justicia y Hacienda. En España, la descentralización autonómica precisa la necesidad de cooperación y coordinación entre las distintas Administraciones Sanitarias, las Autoridades Laborales; además de Justicia,

Hacienda y Ministerio del Interior.

La Ley General de Sanidad previó la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En el Sistema Nacional de Salud, la intervención en el campo del alcohol es prioritaria, y así viene recogida en los distintos planes y políticas de salud que a nivel nacional, autonómico y local se llevan a cabo. Las 17 Comunidades Autónomas han aprobado sus respectivos planes de salud y en todos ellos el alcohol es un área específica de intervención. Las actuaciones y programas sobre alcohol se llevan a cabo desde los Planes Regionales de Drogodependencias y en otras desde el área de Salud Pública.

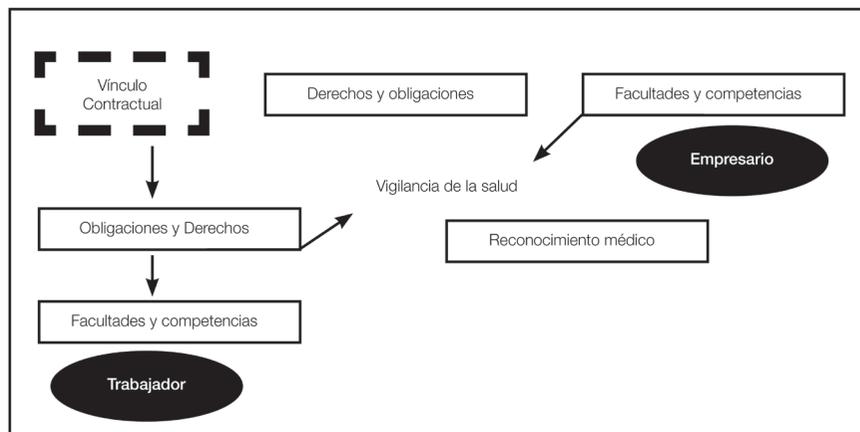
Salud Laboral

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de la que ahora se cumplen los 20 años, representa un paso fundamental de la reparación a la prevención. Es decir, la Ley 31/1995 que traspone la Directiva 89/391/CEE, incide en la garantía de la salud de los y las trabajadores a través de la mejora continua de las condiciones de trabajo. Para ello establece el derecho a la garantía plena a la integridad en el trabajo y desarrolla un conjunto de obligaciones del empresario que parten de la identificación de los riesgos, la evitación de los mismos, la evaluación de aquellos que no se hayan podido evitar y la planificación de una actividad preventiva con el fin de controlar los efectos de esos riesgos e ir evitando los mismos en la medida del avance de la técnica.

Crea y regula los servicios de prevención, la representación especializada de los trabajadores en este ámbito. Claro, en este ámbito de actuación debe incorporarse los problemas derivados de las consecuencias en la salud por dependencia a alcohol y drogas. Tratando tanto de identificar si el trabajo es un factor coadyuvante para el consumo como también la labor terapéutica de la ocupación para recuperar el estado de salud

superando los hábitos tóxicos. De ahí la importancia de la **vigilancia de la salud**, tanto en su vertiente colectiva como individual.

El reconocimiento médico puede tener distintos orígenes: desde las pruebas selectivas, las obligaciones al contratar un compromiso en el que se encuadre la responsabilidad por exposición a un medio susceptible de causar una “enfermedad profesional” (artículo 196 Ley



General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/1994) o el que se establece en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995.

Para la precisión conceptual hay que tener en cuenta que no es lo mismo un **reconocimiento médico** que la vigilancia de la salud, aunque en ocasiones se confunda. La **vigilancia de la salud** contiene actividades colectivas e individuales. Dentro de las primeras están los estudios epidemiológicos y en las segundas es donde se incluyen los reconocimientos médicos.

Para centrarnos en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, en el mencionado artículo 22 se expone que la vigilancia de la salud es:

- **Voluntaria y consentida** por parte del trabajador. Es un DERECHO de la persona que trabaja. Aquí hay que ser muy conscientes para evitar que lo que constituye un derecho del trabajador o trabajadora se convierta en un instrumento de control del empresario.
- **Informada** para la representación legal de los trabajadores sobre los protocolos aplicables según los riesgos. Además, a quien se le hace el reconocimiento médico tiene derecho de saber el tipo de pruebas a las que se le va a someter, la razón y el uso de los resultados. Como así lo establece, además de la Ley de Prevención, la Ley Básica de Derechos del Paciente¹⁴.
- **Específica** no serán pruebas generales, sino que toda actuación se ha de justificar por el riesgo concreto del puesto de trabajo, ocupación o actividad de la persona sobre la que pretende actuar la prueba de la vigilancia de la salud.
- **Garantizada** por el empresario y gratuita para los trabajadores.
- **Periódica**. Se establecen distintas situaciones:
 - a) **Inicial**. Siempre que exista ya vínculo contractual con el trabajador o trabajadora y con el fin de establecer una situación inicial previa a la exposición para comprobar que el trabajo no produce o agrava el estado

14. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

de salud determinado. Es decir, no es vigilancia de la salud la prueba que se pretenda con carácter selectivo o reclutador, ya que aún no existe contrato y por tanto todavía el empleador no es garante de la integridad.

b) Periódica. Según la frecuencia temporal que determine el servicio de prevención acorde a la exposición a los riesgos identificados, evaluados y planificados, siendo la vigilancia de salud una parte de ese plan.

c) Previa a la incorporación a cada ciclo de trabajo en fijos discontinuos.

d) Tras una baja prolongada con el fin de garantizar que la recuperación de la salud además permite realizar las funciones

habituales del puesto de trabajo.

e) Tras una excedencia de larga duración. Por el mismo motivo antes expuesto.

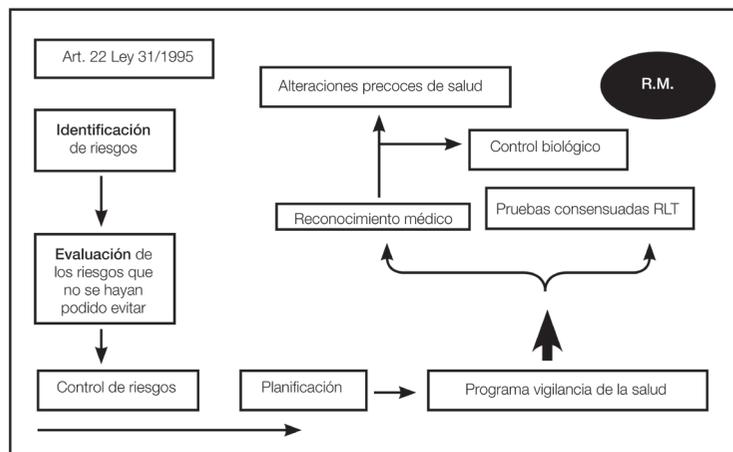
f) Prolongada tras la vida laboral, si así se hace necesario por la exposición laboral y si los efectos y su virulencia sólo se manifiestan con el paso del tiempo.

g) Planificada y realizada por

personal sanitario acreditado.

El Reglamento de los Servicios de Prevención establece quien será este personal en su artículo 37, Real Decreto 39/1997.

Con respeto pleno al **derecho a la intimidad** y a la **dignidad** de las personas. Este aspecto está ampliamente desarrollado en la jurisprudencia por la Sentencia del Tribunal Constitucional 196/2004.



h) Confidencialidad de los datos.

Trascendiendo en todo caso las propuestas de mejora de las condiciones de trabajo y la **aptitud del trabajador** sólo para los reconocimientos médicos que previamente se hayan calificado como obligatorios.

i) **No discriminatoria.** No se podrá usar la vigilancia de la salud acorde al art. 22 ley 31/1995 con el fin de un despido objetivo por "ineptitud sobrevenida". Veremos más adelante este aspecto.

¿Qué ocurre cuando el reconocimiento médico se convierte en un instrumento de control empresarial?

Hemos comentado que el reconocimiento médico es un derecho del trabajador o trabajadora que se usa como medio para garantizar que su estado de salud no se deteriora por la exposición en el trabajo. Por ello, es un deber del empresario ofrecer el reconocimiento médico y un derecho del trabajador el aceptar o no efectuarse las pruebas específicas del mismo. Del reconocimiento médico puede desprenderse la necesidad de adoptar medidas preventivas. Pero: **¿puede DERIVARSE del reconocimiento un "no apto"?**

Es decir, esta es la situación en la

que un trabajador o trabajadora no presenta una alteración de salud tal que su médico de familia o atención primaria determine que temporalmente tenga que recibir un tratamiento médico y dejar de trabajar. Por tanto, acude a su trabajo. Pero, el médico del trabajo determina que aunque el trabajador no presenta una pérdida de salud susceptible de incapacidad sin embargo no reúne los requisitos que le permiten desenvolver las funciones principales de su tarea y por ello le declara "no apto". Así podría quedar la persona sin cobertura del sistema de Seguridad Social y sin posibilidad de desempeñar su trabajo habitual.

Estos intentos no deben consentirse. Los reconocimientos médicos no pueden usarse en perjuicio del trabajador. Para ser causa de extinción del contrato la ineptitud

debe reunir determinados requisitos que deben acreditarse y que no se derivan necesariamente de una consideración médica o clínica. Entre otras exigencias, está la de que debe repercutir de forma general, permanente y no circunstancial, efectiva y con cierta entidad y grado en el conjunto de las tareas que tiene encomendadas el trabajador. Pero además, la ineptitud supone una disminución del rendimiento que hay que diferenciar de otras situaciones como la incapacidad temporal o, llegado el caso, de la incapacidad permanente. Ante estas situaciones de necesidad debe exigirse que se desplieguen los mecanismos de cobertura que tiene nuestra legislación de Seguridad Social, como la suspensión del contrato de trabajo por incapacidad temporal, y oponerse a prácticas que no respeten los

derechos a la salud y al trabajo.

Ante el miedo al no apto, muchos trabajadores optan por no ejercer su derecho al reconocimiento médico.

Pero ¿qué ocurre cuando se pretende que este sea obligatorio?

Cabe la excepción al “principio de voluntariedad” en tres supuestos que contempla la Ley de Prevención, en su artículo 22 y siempre previo informe de los representantes de los trabajadores:

1. Cuando resulte imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores;
2. Cuando se busque verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para él mismo o para otros

trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa; o,

3. Cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

Notas que se aplican a estas excepciones por la doctrina constitucional. Los reconocimientos médicos obligatorios sólo están habilitados por la ley cuando concurren las siguientes notas:

1. La proporcionalidad al riesgo (por inexistencia de opciones alternativas de menor impacto en el núcleo de los derechos incidos),
2. Las pruebas deben ser indispensables (por acreditarse en el caso concreto la necesidad objetiva de la prueba en

- atención al riesgo que se intenta prevenir así como los motivos que llevan al empresario a realizar la exploración médica a un trabajador concreto); y,
3. La presencia de un interés preponderante del grupo social o de la colectividad laboral o una necesidad objetivable descrita en el precepto. Los límites legales están vinculados a la certeza de un riesgo para la salud de los trabajadores o de terceros o, en determinados sectores, a la protección frente a riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.

La obligatoriedad no puede imponerse si únicamente está en juego la salud del propio trabajador, sin el añadido de un riesgo o peligro cierto objetivable (STC 196/2004)

Pues bien, para establecer que el reconocimiento médico es necesario para evitar los daños al propio trabajador o a terceros debe hacerse primero una **evaluación de riesgos** que ponga de manifiesto si la situación se podría contemplar como “peligrosa” para esos terceros. Es decir, que exista una **probabilidad** de daño importante, cuando los casos favorables a la ocurrencia del suceso se impongan a los casos posibles. Además que, de desencadenarse ese daño, la **severidad de las consecuencias** sea a su vez también grave.

Por tanto, no cabe ni la arbitrariedad ni la desproporción en la propuesta

de la obligatoriedad de la prueba del reconocimiento médico.

En este supuesto estaría la **Sentencia del Tribunal Supremo** que ha admitido que la empresa **TRAGSA** realice a las brigadas rurales de extinción de incendios unos reconocimientos médicos específicos con pruebas tasadas y bajo el argumento que desarrollan una compleja y arriesgada actividad que requiere unas determinadas exigencias físicas y psíquicas (éstas a consensuar con la representación legal de los trabajadores). Sólo así reobjetiva el riesgo y se justifica la obligatoriedad.

Probabilidad / Severidad	Baja	Media	Alta
Baja	Trivial	Tolerable	Moderado
Media	Tolerable	Moderado	Importante
Alta	Moderado	Importante	Intolerable

Respecto al reconocimiento médico como medio para garantizar la integridad exclusiva del trabajador o trabajadora, la interpretación del Tribunal Constitucional en la Sentencia mencionada 196/2004, deja patente que en estos casos prima el derecho a la intimidad, confidencialidad y decisión voluntaria personal.

En cuanto a la imposición por Ley, ésta tiene que justificar la razón por la que se propone que el **derecho a la intimidad ceda en su preeminencia**. Es decir, sólo si existe un derecho fundamental de mayor “rango” o un bien social al que proteger, se puede justificar que legalmente el carácter voluntario decline.

Sentencia 196/2004 tras un Recurso de Amparo de una

trabajadora que vio su derecho a la intimidad (artículo 18 Constitución Española) vulnerado por un despido que se encierra con el argumento de no superar el periodo de prueba. Para un puesto de trabajo que ya había ocupado sin problemas en periodos anteriores y cuyo desenlace se produce tras un reconocimiento médico.

En el mismo, sin consentimiento de la trabajadora, se tomaron indicadores del consumo de sustancias y como superaban los límites establecidos por la empresa, se procedió a rescindir el contrato con el argumento de no superar el periodo de prueba.

Sentencias importantes que se pronuncian en aspectos importantes tales como: el respeto a la intimidad y la obligatoriedad de los reconocimientos médicos.

Fundamento jurídicos de la Sentencia 196/2004:

- El artículo 18 de la Constitución otorga el derecho fundamental de la persona a oponer frente a terceros que se entrometan y utilicen datos de la privacidad o intimidad de la persona.
- El artículo 22 de la Ley de Prevención establece el carácter voluntario de los reconocimientos médicos y la necesidad de solicitar un consentimiento

informado del afectado para realizarle las pruebas que integran el reconocimiento médico.

- La prueba de drogas requería el consentimiento expreso e informado de la trabajadora para someterse al mismo, aunque no era necesario por escrito, sí que se diese un consentimiento tácito tras la información pertinente.
- Las pruebas de control del consumo eran ajenas al fin de la vigilancia de la salud, que no es otro que proteger a la persona frente a los riesgos del trabajo. Sin que puedan tener en modo alguno un carácter discriminatorio.

El Tribunal Constitucional concluye que se ha vulnerado el derecho a la intimidad por la intromisión de un tercero (el empresario) ya que no se contaba con la habilitación legal para llevar a cabo una invasión de la

intimidad, no existía consentimiento expreso e informado por parte de la trabajadora, ni tampoco se había informado expresamente sobre el alcance penalizador o en detrimento de la persona de las pruebas.

Conclusión:

La vigilancia de la salud no puede ser un instrumento en manos del empresario. En este caso ha quedado demostrado que la empresa no usó el reconocimiento médico con un fin preventivo o con la intención de proteger a la persona frente a los riesgos del puesto de trabajo. Por el contrario, se demostró que las pruebas encerraban el único fin de seleccionar a los trabajadores que manifestasen en las pruebas unos indicadores, en este caso respecto al consumo de drogas, que la empresa consideraba los límites para poder

trabajar en esa organización. Tampoco se podía justificar que no se superó un periodo de prueba, ya que existía una experiencia previa en el mismo puesto en otro momento de contratación. Ni se podía usar el consumo de drogas como una toxicomanía manifestada en el puesto, ya que no existían argumentos para demostrar que los efectos del consumo repercutían en el trabajo, ni en la seguridad de la persona ni en la de terceros.

En resumen:

La salud es el bien fundamental que se trata de preservar. Afectan a la misma unas condiciones de trabajo inadecuadas, ante las que, en muchas ocasiones, el consumo de alcohol y drogas es una medida paliativa.

La sociedad y su ordenamiento articulan su contacto con el alcohol

y las drogas tratándolas como legales o ilegales. Para ello interviene el legislador y la Administración que aplica las normas.

En la seguridad pública o ciudadana y en el ámbito vial, existen unos agentes de la autoridad competentes para los controles tanto de la producción, transporte, comercialización y uso o abuso de las sustancias. Ya sea la policía judicial a la que coordina la fiscalía y los jueces, o los guardias civiles y policías locales que velan por el cumplimiento de la norma en las vías públicas. Estos dos últimos son los competentes para realizar los controles de aire exhalado o saliva a quienes sean profesionales o particulares que utilizan las vías y han de atenerse a lo regulado en el Código de la Circulación.

En el ámbito laboral el empresario es el

garante de la seguridad y salud de las personas vinculadas a él por contrato por cuenta ajena. Como responsable de la salud de las personas a su cargo el empresario también tiene una serie de facultades de control. No obstante, reguladas para que no se produzca un abuso de poder. El derecho fundamental a la intimidad de la persona prevalece sobre el derecho de organización del empleador.

Del correlativo deber del empresario surgen los derechos de los trabajadores. La vigilancia de la salud y el reconocimiento médico que lo integra son parte de la prevención y constituyen derechos de los trabajadores y trabajadoras.

El empresario pretende usar en ocasiones el reconocimiento médico como un instrumento de control, bajo la justificación de la

protección al trabajador o terceros y sometiendo a los trabajadores y trabajadoras a pruebas médicas con el fin de obtener datos de salud. En estos casos no se impone un criterio preventivo o protector, sino, discriminatorio y sancionador.

Como este camino puede resultar más tortuoso, por la necesidad de probar los hechos que se alegan. El empresario opta por los despidos objetivos por ineptitud sobrevenida o incluso penaliza las bajas reiteradas que la persona tenga que acometer para someterse a los tratamientos y terapias de desintoxicación, usando el absentismo como motivo para proponer el despido.

De ahí que el reconocimiento médico se convierte en la herramienta o instrumento de la empresa para obtener los datos de salud que

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

luego puede usar con ese fin discriminatorio, lo que taxativamente está prohibido por la ley.

En este ámbito de la vigilancia de salud se ha pronunciado el Tribunal Constitucional exponiendo el derecho fundamental a la intimidad y el impedimento de terceros para inmiscuirse en es ámbito privado de las personas.

Ante estas situaciones y la necesidad de armar la respuesta o estrategia sindical hemos planteado el nivel de información y conocimiento para a partir del mismo desarrollar esas estrategias en defensa de los trabajadores y trabajadoras.

	Trabajador	Rep. legal trabajadores	Empresario	Terceros
Identificación de los riesgos.		Propuesta	Obligación	Técnicos de prevención
Evaluación de los riesgos.		Propuesta y acompañamiento	Obligación	Servicio de prevención
Planificación de la prevención		Propuesta y control	Obligación y política	Servicio de prevención
Información de los riesgos	La recibe para su formación personal	Control y propuesta	Obligación	Servicio de prevención ejecuta para el empresario
Información de los protocolos y pruebas vigilancia de la salud	La recibe para su consentimiento informado		Obligación de informar y proponer	Medicina del trabajo diseña y propone a las partes
Consulta protocolos aplicables a las pruebas		Recibe, discute, propone, negocia y acuerda o DENUNCIA	Obligación de propuesta y debate	Medicina del trabajo diseña, explica, propone a las partes
Información resultados de los reconocimientos médicos	Informe completo de resultado de pruebas	Informe sólo de conclusiones y medidas preventivas	Informe de conclusiones y en ocasiones de aptitud	Medicina del trabajo deber de sigilo y confidencialidad
Alegaciones en despido disciplinario	Recibe por escrito causa despido y realiza su defensa	Es informado por la empresa del expediente y acompaña al trabajador	Propone sanción y ha de argumentar y precisar motivos y situaciones concretas.	Se judicializa en los juzgados de lo social
Observación del despido objetivo	Víctima	Defiende derechos y aboga por prevención o recolocación.	Argumenta	Propuesta y control
Actuación ante la "no aptitud"	Víctima	Prevención y recolocación.	Uso indebido R.M.	¿Es posible el paso a una incapacidad del sistema de Seguridad Social?





5

**Intervención
sindical en
drogodependencias**

5. Intervención sindical en drogodependencias

La drogodependencia Un problema de salud

La idea de salud, de estar sano, evoluciona y es diferente según las épocas y los pueblos. En nuestra cultura, siguiendo la idea desarrollada por Costa y López¹⁵, la salud no es un acontecimiento que transcurra exclusivamente en el espacio privado de nuestras vidas, la calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud se desarrollan, fundamentalmente, en el tejido social y ecológico en el que transcurre nuestra historia personal y social. En este sentido, el concepto de salud se encuentra

ligado a los estilos de vida, a los retos ambientales, a la vida productiva y a la distribución solidaria de los recursos socio-económicos de un país. Es por tanto también responsabilidad del sistema político definir las prioridades de un país, y “decretar” el valor que la salud y las condiciones que favorecen su cultura han de tener en las acciones de gobierno.

Dentro de esta concepción de la salud, concebimos al individuo de una forma integral y en continua relación con sus condiciones sociolaborales, y es, en este marco donde definimos el problema de la

drogodependencia. Es un problema de naturaleza múltiple, que interfiere y distorsiona las condiciones necesarias para el mantenimiento y desarrollo de una buena salud.

La drogodependencia afecta seriamente a la salud individual de las personas, produce desestructuración social, genera fenómenos de exclusión y advierte sobre los contextos en el que se produce o se mantiene.

Es necesario por tanto, aproximarnos al problema del uso inadecuado de alcohol y otras drogas con una mirada global capaz de intervenir

15. *Salud comunitaria*. Miguel Costa y Ernesto López. 1986

en las causas aplicando una política preventiva, y compaginarlas con la defensa de los derechos que asisten a la persona afectada. Tanto de tratamiento, como de normalización social y laboral.

La drogodependencia no es un suceso repentino, es un proceso que pasa por el uso y el abuso. En este proceso existe una interrelación entre la persona, la sustancia y su entorno personal y socio-laboral. Por lo tanto, no sólo

está implicado el consumidor, sino también el contexto. En este sentido, la responsabilidad a la hora de intervenir, tanto en las causas como en las consecuencias es compartida. La aplicación de programas preventivos en las empresas, permitirá que este proceso se quiebre y no se produzcan los problemas laborales y el deterioro de salud que acompaña a la dependencia.



La drogodependencia Una enfermedad

En el ámbito médico, la adicción se identifica como enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas que tiene sobre la persona.

En la clasificación de enfermedades mentales más aceptada actualmente en el ámbito sanitario (DSM 5) la adicción se define como un “trastorno crónico caracterizado por un consumo de drogas abusivo y persistente a pesar de sus crecientes consecuencias negativas para la vida de la persona”.

Desde una perspectiva neuropsicológica, se considera que la adicción es resultado de un

conjunto de alteraciones cerebrales que afectan a múltiples sistemas neurobiológicos y que resultan en disfunciones en procesos motivacionales, emocionales, cognitivos y conductuales. (Neurociencia y adicción, Verdejo 2011).

Los diversos modelos explican estos procesos de alteración de la conducta. La persona que ha seguido un patrón de consumo habitual sufre en su organismo cambios adaptados a la ingesta repetitiva una sustancia psicoactiva dada. Aunque esta adaptación en el organismo no es igual en todos los casos – pues dependen de la sustancia, la persona y el contexto – sí tienen unas características comunes. Una de ellas se identifica con sentimientos de profundo malestar cuando no se cuenta

con dicha sustancia, un malestar físico y psíquico que afecta a las zonas cerebrales responsables de nuestro comportamiento más básico o instintivo; así, se genera un comportamiento caracterizado por el uso compulsivo y reiterativo de la sustancia. Se explica así la necesidad imperiosa que siente la persona en de calmar su un malestar a pesar de que dicha conducta sea contraproducente.

En la dependencia se encuentran afectados procesos mentales que utilizamos cuando queremos tomar una decisión (recuerdo de experiencias anteriores, estimación de consecuencias y lo más importante los aspectos emocionales derivados de experiencias anteriores...), producto de estas alteraciones, la drogodependencia genera conductas muy diferentes

muy diferentes a las que se producirían si no existiera esta enfermedad.

Las afecciones relacionadas con la adicción no sólo son físicas el cerebro es un órgano en permanente relación con el ambiente, por lo que la situación adquiere dimensiones en la esfera relacional afectando a la experiencia de la persona en lo social, en lo personal y en lo laboral.

Atendiendo a esta dimensión global, la adicción se identifica como “un problema de salud que deteriora el bienestar físico, psicológico y social” (OMS, 1996) y que adquiere dimensiones colectivas, dado que se dan alteraciones en el ámbito comunitario en el que interactúa – social, laboral, familiar,..-

La acción sindical en drogodependencias

Los trabajadores y trabajadoras pasan gran parte de su vida en el trabajo. El trabajo además ordena gran parte de nuestras condiciones de vida: el lugar de residencia, los recursos económicos, distribución de nuestro tiempo, etc. y modela otros aspectos psicobiosociales (reconocimiento social, autoestima, capacidades,..) La vida familiar y social están determinadas en gran parte por nuestra situación laboral, pero también a la inversa: la situación familiar o social –calidad de relación en la familia, forma de vida,..- pueden influir en la conducta, capacidades y respuestas dentro del ámbito laboral.

Las características del entorno

laboral – sociales, culturales, físicas, ambientales y organizacionales – son una parte muy importante de las condiciones de vida de la población trabajadora; pueden además ser componentes de gran peso en los niveles de salud y bienestar así como en la adopción de hábitos de vida que incluyan el uso de alcohol y drogas con bajo nivel de percepción del riesgo y una cierta “normalidad”, dentro y fuera del trabajo.

De la misma manera, el estilo de vida y el uso de drogas pueden tener efectos en el contexto laboral, influyendo en los ritmos de trabajo, en las relaciones personales en una baja percepción del riesgo de los efectos del consumo en la seguridad durante la realización de su trabajo.

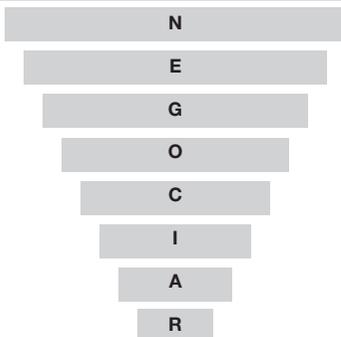
Aunque la prevención en drogodependencias es fundamental en nuestro trabajo sindical, la propia

naturaleza del problema nos lleva a aplicar planes integrales que incorporen también medidas de asistencia y reinserción.

Prevención

La propia naturaleza del acto de prevenir es la anticipación, y esto nos lleva inevitablemente a entrar en las causas del problema que queremos evitar. Las causas de la drogodependencia están

A C C I Ó N S I N D I C A L



Plan de intervención en drogodependencias

Prevención	Asistencia	Reinserción
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Información ➤ Formación ➤ Evaluación de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento como enfermedad. ➤ Mantener relación contractual. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reajustar el puesto de trabajo si es necesario

relacionadas siempre con las personas que consumen, con la sustancia y con el contexto personal social y laboral donde se va produciendo el problema.

Las actividades a la hora de diseñar la prevención atenderán tanto a las creencias y conocimientos que los trabajadores y las trabajadoras tienen de los efectos del uso de sustancias, como al análisis de las condiciones de trabajo que provocan pautas de consumo arriesgadas.

Información: información objetiva que colabore en desmontar creencias erróneas en relación a los efectos que acompañan el uso de alcohol y otras drogas.

Formación: de causas y efectos del consumo en relación al ámbito laboral, así como las condiciones de trabajo que actúan como factores precipitantes o conservadores de esta situación.

Evaluación de riesgos: Existen diferentes factores de riesgo específicos en el contexto laboral que hacen más probable la conducta del consumo inadecuado. Y, aunque estos no actúan solos sino que lo hacen en interacción con factores individuales, es necesario definirlos en la evaluación de riesgos para eliminarlos y/o proponer factores de protección.

Cauces de acción participada: De forma transversal, facilitar espacios o canales para la acción. Sensibilizar, formar e informar provocan nuevas expectativas o inquietudes en las personas, si no se facilitan cauces para poner en práctica esta necesidad creada, las acciones anteriores pueden no tener los resultados esperados. Los canales serán entre otros: participación directa en la Evaluación de Riesgos, en las encuestas de opinión o percepción de la situación,

presentación de propuestas de mejoras en el entorno laboral, en el conocimiento del programa de asistencia, en la colaboración en algún grupo de trabajo del equipo de asistencia y reinserción, etc.

Promoción de la salud: promover acciones que no solamente vayan dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y capacidades de los individuos, sino que además busquen influir en las condiciones culturales, sociales, y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre las metas y el modo de alcanzarlas, y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados obtenidos. Es lo que se identifica como “empoderamiento para la salud”, entendido como un proceso por el cual los individuos o grupos

adquieren mayor control sobre las decisiones que afecta a su salud: son capaces de plantear sus necesidades, las estrategias de participación y llevar a cabo las acciones de resolución.

Asistencia

Intervenir en los aspectos preventivos no es la única tarea. Los trabajadores y trabajadoras afectados de drogodependencia están enfermos y como tal, tienen derecho a acogerse a un tratamiento.

Tenemos que plantear dos cuestiones fundamentales:

Tratamiento de la Drogodependencia como enfermedad. Los trabajadores y trabajadoras afectados tienen derecho, si fuera necesario, a

acogerse a una baja médica como se hace con cualquier otra enfermedad común, con la finalidad de tratar su dependencia. Para que esto ocurra, negociaremos que salga del ámbito disciplinario que establece el Art. 54 del ET y pase a ser materia de Salud Laboral.

Impedir actuaciones disciplinarias y despido.

Evitaremos, mediante la negociación, la pérdida de relación contractual bien si se plantea como despido disciplinario o si se encubre tras una excedencia voluntaria, planteando la alternativa de que se acoja a un tratamiento y se le reserve el puesto de trabajo.

Reinserción

Los aspectos relacionados con la reinserción deben asegurar que el trabajador o trabajadora normalice su vida laboral. Así aseguraremos que someterse a tratamiento no suponga la pérdida del puesto de trabajo y que la incorporación al mismo, se haga lo antes posible. La mayoría de las veces es posible compaginar su jornada laboral con el tratamiento, no obstante, acordaremos la posibilidad de reajustar el puesto de trabajo cuando sea necesario. Reajustar el puesto de trabajo. Si fuera necesario este reajuste debido al deterioro físico que tiene la persona consumidora, se producirá con el mismo criterio que se hacen

los demás reajustes. Estos cambios atenderán la incapacidad para realizar la tarea que venía realizando, incorporándole a la realización de tareas posibles en su situación.

Es importante recordar que las recaídas son habituales en este tipo de enfermedades. Según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente¹⁶, las recaídas forman parte de la recuperación. En ocasiones las empresas solo conceden “una oportunidad”, pero lo cierto es que algunas personas necesitarán retomar el tratamiento en varias ocasiones, hasta que consiga recuperarse del todo.

16. *Modelo de cambio James Prochaska y Carlo Diclemente*

Questiones necesarias para la negociación de un plan de intervención en drogodependencias

Aunque no es frecuente, cada vez más empresas, especialmente las grandes, ponen en marcha planes de intervención que incluyen medidas de prevención, asistencia y reinserción. Salvo excepciones, estos programas suelen implantarse en general sin la participación de los sindicatos, y con criterios rígidos. De tal manera que en caso de no tener éxito, lo más frecuente es recurrir al despido. Bien es cierto que habitualmente alegan otras causas concomitantes en vez de la drogodependencia como impuntualidades, falta de rendimiento del trabajo, etc. Los objetivos suelen ser específicos (reducir el consumo de alcohol y otras drogas) y no suelen estar enmarcados en programas

integrales de mejora de la salud y el bienestar. Además, se pretende que la financiación de estos programas proceda de recortes en mejoras salariales.

Una estrategia sindical de intervención en los problemas derivados del uso inadecuado de alcohol y otras drogas, debe compaginar el derecho de participación en los aspectos relacionados con la salud, con la heterogeneidad de las empresas. En este sentido, la propuesta que nosotros hagamos tendrá en cuenta las características de nuestro centro de trabajo y nuestra implantación.

La representación sindical debe participar en el diseño, ejecución y evaluación del plan de intervención y motivar a la plantilla informando y discutiendo con ella los objetivos y estrategias de intervención a seguir.

Los objetivos del programa deben contemplar la prevención del abuso y la intervención en dependencias de sustancias concretas detectadas como las más presentes en el centro de trabajo, así como la normalización de la persona una vez haya concluido el tratamiento.

Es imprescindible contar con la evaluación de riesgos. Ahí se observarán y valorarán las condiciones de trabajo que favorezcan el uso inadecuado de dichas sustancias.

La financiación de estos programas debe correr a cargo de los beneficios de la empresa, y en algunos casos deben buscarse vías de financiación alternativas.

El plan de intervención tiene que ser susceptible de ser evaluado para que podamos realizar los ajustes necesarios.

Apoyaremos nuestro planteamiento con:

Las recomendaciones, que desde los organismos internacionales dan acerca de este tema (UE, OIT, OMS).

Los convenios nacionales y autonómicos de colaboración para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral firmados por la Administración, organizaciones empresariales y sindicatos.

La Estrategia Nacional sobre drogas, 2009-2016 (aprobada en el Consejo de Ministros el 23.01.09) y sus dos Planes de Acción cuatrienales recoge, dentro del ámbito preventivo, :
“Las actividades desarrolladas

con población laboral han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan nacional sobre Drogas y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención” Art. 5.1.1.e

El principio de actuación para la consecución de objetivos encaminados a la mejora de la salud integral, repercute directamente en la mejora de la producción. Y por lo tanto, en los

beneficios económicos. Según estimaciones del “Consortio Internacional sobre el Abuso de Drogas en el Ámbito Laboral”, por cada 0,6€ invertidos en prevención y asistencia en adicciones se obtiene un ahorro de entre 3 y9 €.

Es necesario Incorporar indicadores de la empresa: accidentalidad, absentismo, mejora de las relaciones laborales. Otros indicadores pueden estar recogidos a partir de encuestas sobre satisfacción en el trabajo, buen clima laboral, sentimiento de pertenencia a grupo o la percepción cultural relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas durante el trabajo, y constituyen una alternativa pro-positiva.

Nuestra propuesta se formulará sobre la base de mejora integral de la salud es decir:

- Mejores condiciones de trabajo.
- Mejor ambiente.
- Cultura preventiva
- Capacidad y cauces para la participación en la mejora de la salud

En relación a la salud

Desde la estrategia de mejora integral de la salud, es necesario tener en cuenta cómo afectan los hábitos de consumo inadecuado a los trabajadores y de qué forma se manifiesta. Así como la incidencia de las condiciones de trabajo en el inicio o modulación del mismo.

Se detallará de qué manera se manifiesta el deterioro de la salud en el trabajador tanto en el ámbito

individual (desestructuración de la propia salud) como en el ámbito de sus relaciones sociolaborales y personales.

En relación al consumo

Deberemos señalar qué sustancias son las más consumidas en el lugar donde vamos a intervenir, estableciendo las relaciones oportunas con otras variables como la de pertenecer a un determinado sector de producción. Los últimos estudios demuestran que hay sectores con mayor incidencia, más problemáticos que otros respecto al consumo de alcohol (EDIS, 2001). Como por ejemplo: construcción, transportes, comunicación y minería. Los últimos estudios (encuesta 2013 – 2014 del Observatorio Español de la drogas y la toxicomanía) demuestran que el consumo de alcohol y otras drogas, se presentan más

en los sectores de construcción y hostelería, seguidos de la agricultura, pesca, ganadería y extracción. Con los hipnosedantes, sin embargo, observamos un patrón de consumo muy diferente, predominando su consumo en los sectores de actividades domésticas y servicios personales; administración pública, educación, sanidad y servicios sociales; hostelería y actividades financieras, seguros, inmobiliarias y servicios empresariales. Esta distribución tan diferente, se explica en parte porque es la única sustancia consumida en mayor proporción por mujeres.

Con estas premisas, nuestra propuesta recogerá la necesidad de intervenir en los aspectos preventivos (para ello tendremos que detallar las condiciones que consideremos están incidiendo en el desarrollo

del problema), así como desarrollar aspectos de sensibilización e información a toda la plantilla, y el compromiso por escrito por parte de la dirección de la empresa de no sancionar a las personas afectadas sino ofrecerles la posibilidad de tratamiento sin pérdida del puesto de trabajo.

Modelo integral de intervención

El desarrollo de un modelo integral de intervención necesita la articulación de programas que apliquen estrategias preventivas, establezcan los criterios de tratamiento de las personas afectadas de drogodependencia, y detallen los aspectos relacionados con la reinserción laboral. Estos programas constituyen lo que llamamos **Plan de intervención en Drogodependencias**.

Principios de aplicación del modelo

➤ Abandono del modelo represivo de intervención, basado en el supuesto de que la dependencia al alcohol y otras drogas son el efecto de una conducta individual desviada.

- La dependencia al alcohol y/o otras drogas constituye una enfermedad. Hay que enfocar este problema desde la perspectiva del cuidado de la salud.
- Los problemas de dependencia deben estar incluidos dentro de un programa de fomento de la salud y de bienestar en el trabajo, evitándose así la marginación asociada a programas centrados exclusivamente en el alcoholismo y otras drogodependencias.
- Necesidad de una participación activa de los sindicatos y de los órganos de representación de los trabajadores.
- El modelo requiere que los diferentes programas se apliquen a todos los trabajadores,

independientemente de su categoría o posición en la empresa.

- Los recursos que cada empresa destine al plan de intervención, deberán haberse definido previamente en el proceso de negociación. Dependiendo de la necesidades y posibilidades de cada empresa.
- Será necesario contar con un presupuesto destinado a los costes de servicios externos de atención. Puede darse la circunstancia de que el tratamiento no se realice en la red pública y gratuita.

➤ El diseño tanto del plan integral como el de los programas que lo desarrollen serán participados y consensuados. En las actividades se tendrá en cuenta la participación de la plantilla, tanto en las fases previas (conocer la situación de partida) como en las del desarrollo de las acciones formativas o en la propuesta de mejoras en la organización del trabajo.

Plan de intervención en drogodependencias

Estructura y actividades del Plan de Intervención

Se formará un equipo que contará con el asesoramiento técnico que se estime oportuno (personal sanitario, psicólogos, etc.). Por parte de la empresa estará el Departamento de Recursos Humanos, así como el servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Por parte de los trabajadores, se contará con el asesoramiento de sus estructuras sindicales (secretarías de salud laboral, responsables territoriales de drogodependencias, Centros sindicales de atención integral a las drogodependencias –CAID-, Instituto sindical de trabajo ambiente y salud –ISTAS-)

Las funciones del equipo serán:

Definir las actividades de los diferentes programas (prevención, asistencia reinserción) que conformarán el plan de intervención.

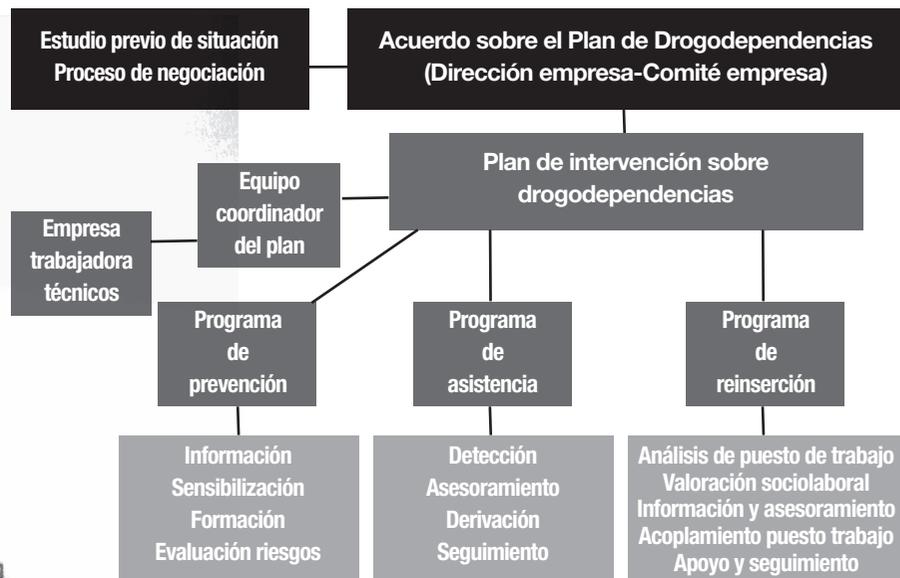
- Elaborar la metodología de trabajo.
- Gestionar los recursos.
- Planificar y ejecutar el trabajo.
- Evaluar los resultados.

Estudio previo

Una parte importante en el conocimiento de la situación concreta de cada empresa y en el futuro Programa de prevención –que formará parte del Plan de intervención en drogodependencias– es la Evaluación de riesgos.

Riesgos laborales

En primer lugar, repasaremos algunos conceptos relacionados con los riesgos laborales. Un riesgo en general es una situación en la que pueden ocurrir cosas indeseadas. En realidad, es toda circunstancia que aumenta la probabilidad de que suceda algo que valoramos como negativo.



En el caso de los riesgos laborales, son aquellos que generan la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado de su trabajo. Cuando hablamos de daños derivados del trabajo, no nos referimos exclusivamente a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales, sino también a aquellos trastornos de la salud que, pese a no ser originados exclusivamente por el trabajo, se ven influidos por las condiciones laborales de forma significativa.

¿Qué condiciones laborales pueden suponer un daño para la salud de los trabajadores y trabajadoras? El daño a la salud puede proceder no sólo de las máquinas, herramientas o sustancias que se emplean en la actividad laboral de los locales e instalaciones en los que se trabaja y de los procedimientos de trabajo

que se siguen; sino también, de la organización y ordenación del propio trabajo.

Se habla de factores de riesgo como aquellos elementos que, si se encuentran presentes en las condiciones de trabajo de un trabajador/a, pueden producir una disminución de su nivel de salud. Estos factores están presentes en el medio ambiente físico de trabajo (temperatura, ventilación, humedad, etc.). Se dan por la presencia de sustancias químicas, por la presencia de sustancias biológicas, por la organización del trabajo, y por la carga física de la tarea.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales es el marco jurídico que regula la política en materia de acción preventiva en el medio laboral. Como su propio nombre indica, la citada ley

se basa en la prevención como medio de promoción de la seguridad y salud de los trabajadores/as.

La aplicación correcta del principio de la prevención, llevaría consigo la eliminación de una serie de riesgos y factores de riesgo. Bien por la corrección de determinadas condiciones de trabajo, o bien porque se opta por otras alternativas. Es el principio de eliminación del riesgo.

Sin embargo, hay riesgos cuya eliminación no es técnicamente posible o presenta grandes dificultades a corto plazo. Pues bien, es preciso analizar dichos riesgos con el fin de elaborar estrategias para controlarlos y que no produzcan daños a la salud de los trabajadores.

En ello consiste la evaluación de riesgos.



La Ley de Prevención de Riesgos Laborales obliga a las empresas a realizar una evaluación inicial de los riesgos. No obstante, esta evaluación inicial deberá revisarse obligatoriamente en los siguientes casos:

- Cuando cambien las condiciones de trabajo.
- Cuando cambien las características de los trabajadores.
- Cuando se detecten daños en la salud de los trabajadores.
- Cuando haya indicios de ineficacia de las medidas de prevención.

Para llevar a cabo la evaluación de riesgos, la ley propone tres fuentes de información básica:

- La observación de las

condiciones de trabajo.

- Las mediciones, análisis o ensayos que se consideren oportunos.
- Las informaciones aportadas por los trabajadores.

Los riesgos del trabajo se estudian según su origen y podemos clasificarlos en: físicos, químicos, biológicos, mecánicos, eléctricos, de incendios, espaciales, de mantenimiento, de carácter psicológico o social, y otros riesgos derivados del tipo de actividad laboral que se trate (construcción, transporte, etc.).

Por otra parte, cuando hablamos de riesgos hemos de considerar tres cuestiones

- La probabilidad de que dicho riesgo produzca un daño.

- La gravedad del daño producido por el riesgo.
- El tiempo o frecuencia de exposición de los trabajadores y trabajadoras a dicho riesgo.

La combinación de los tres factores nos dará la aceptabilidad del riesgo o la aplicación de medidas correctoras.

Evaluación de Riesgos para diseñar la prevención del consumo de alcohol y drogas.

Estamos frente a un problema que se explica por la combinación de factores y por consiguiente no se puede prescindir de estos a la hora de prevenirlo. Aunque esto plantea dificultades a la hora de establecer relaciones causales y mucho más, que éstas puedan medirse, la encuesta laboral sobre consumo de alcohol y otras drogas (encuesta

2013-2014. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías) proporciona información sobre el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas según perciban o no que están expuestos a diferentes factores de riesgo laborales. Entre estos factores se encuentran los referidos a: insatisfacción en el trabajo, riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo y daños para la salud. En términos generales, el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas es mayor entre los que afirman estar expuestos a ciertos riesgos laborales. Así, por ejemplo, para el consumo de cocaína se registran prevalencias más altas entre los que tienen jornadas prolongadas o con escaso tiempo de descanso o en los trabajos que exigen rendimiento muy alto. Igualmente, los porcentajes

más elevados de consumidores de hipnosedantes se observan entre los que sienten estrés o tensión en el trabajo o se sienten agotados tras el mismo. Por último, es entre los que dicen tener un trabajo peligroso o en condiciones de calor o frío donde se identifica la mayor proporción de consumidores de alcohol de riesgo.

Así en la evaluación de riesgos para intervenir preventivamente en el problema del uso de alcohol y otras drogas identificaremos factores de riesgo a través de la Evaluación de Riesgos mediante, encuestas a trabajadores y trabajadoras y otros estudios, para corregirlos o reducirlos en lo posible, así como para aplicar factores de protección a través de actividades de sensibilización, información y formación, que se dirijan a capacitar a estos para el

desarrollo de habilidades personales y fomentando, dentro de la organización del trabajo, espacios que favorezcan las relaciones de cooperación y promoción de la salud.

Atención a las distintas sensibilidades ante el riesgo.

No todas las personas presentan la misma respuesta ante un riesgo dado.

Dadas unas condiciones de trabajo o contextuales que generan - por ejemplo- tensión, se identificarán distintas afecciones en las personas sometidas dicho estresor. Algunas acusarán lesiones como contracturas musculares, dolores o trastornos digestivos; otras personas acusarán sensación de agotamiento, hartazgo, mal humor o tristeza,... Otras manifestarán varios daños o ninguno.

De la misma manera, para calmar el malestar originado por la

situación estresora, la búsqueda de soluciones adquiere también mecanismos diversos: tomando medicación u otras sustancias (drogas), acudiendo a profesionales de la salud (fisioterapeutas, médicos, psicólogos), realizando deporte, etc.

Tras la repetición de dichas situaciones (trabajar bajo situación estresante, sensación de malestar, búsqueda de calmante) el cerebro adquiere un aprendizaje. Posteriormente, ante la perspectiva de volver a tener que realizar un trabajo en condiciones no deseadas puede querer anticiparse al dolor y recurrir a la respuesta aprendida.

En el caso de recurrir a la medicación u otra sustancia psicoactiva (droga) se trataría de un proceso de consumo no adecuado

(que genera primero hábito y luego adicción), inducido por una respuesta aprendida ante un riesgo psicosocial.

Como cada persona habrá optado por una respuesta distinta en función de sus características personales, puede darse la situación en la que, identificado un riesgo, un grupo de personas no acuse afección alguna, otras acusen depresión y tomen ansiolíticos y alguna consume alcohol, por ejemplo. Hay que prestar atención y no caer en el error más común, de recriminar a la persona consumidora su acción.

Es importante entender el contexto, identificar la situación y redirigir los esfuerzos correctores a las causas primeras, de la organización del trabajo. El daño manifestado por

una persona está indicando un riesgo al que está sometido un grupo de personas; la corrección del riesgo contribuye a la mejora del conjunto de trabajadores y trabajadoras y debe favorecer el apoyo y la cooperación entre los mismos.

Una gran parte de las situaciones de consumo de alcohol y drogas en el trabajo tienen que ver con diversos factores de riesgo que inician, potencian o ayudan a mantener conductas de consumo inadecuadas.

Las adicciones en el trabajo son un asunto colectivo. No atenderlas afecta a la persona enferma, a compañeros y compañeras, clientes, etc.... De la misma manera, incorporarlas como un problema de salud nos está indicando la

necesidad de mejorar el contexto laboral, lo que promueve la construcción de entornos saludables que favorecen al colectivo.

La intervención preventiva en drogodependencias, requiere un enfoque contextual que tenga en cuenta qué condiciones de trabajo actúan como factores de riesgo cuando crean pautas de uso arriesgado. A la vez que aplique medidas de información, sensibilización y formación que colaboren en “desmontar” estereotipos que justifican el uso inadecuado de alcohol y otras drogas.

A la hora de relacionar factores de riesgo laborales y las drogodependencias tendremos en cuenta tanto las condiciones de trabajo que están presentes en

los mayores índices de consumo como los mitos que tienen las personas que consumen, estos mitos o creencias es fundamental desmontarles, con información objetiva, para elevar la percepción del riesgo del consumo de alcohol y drogas en los centros de trabajo.

Factores de riesgo relacionados con el uso inadecuado de alcohol y otras drogas

Existen diferentes factores de riesgo específicos del contexto laboral que hacen más probable la conducta del consumo inadecuado. Aunque estos no actúan solos sino que lo hacen en interacción con factores individuales, es necesario definirlos en la evaluación de riesgos para eliminarlos y/o proponer factores de protección.

Relacionados con la organización del proceso productivo

Entre éstos destacan las jornadas de trabajo demasiado prolongadas, rotaciones horarias, ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral), sobrecarga de trabajo, elevados niveles de tensión, escasas posibilidades para la promoción profesional...etc.

Relacionados con el puesto de trabajo y/o la tarea

Los trabajos repetitivos y escasamente motivadores (cadenas de producción, etc.), las condiciones climatológicas adversas (demasiado frío o calor), la contaminación y toxicidad ambiental, los trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores, así como los traslados frecuentes de puesto de trabajo, podrían considerarse como factores de riesgo.

En este apartado, también se consideraran algunos puestos de trabajo que por su condición están asociados a ciertos factores de riesgo, como una mayor proximidad o disponibilidad de sustancias (personal de hostelería, personal sanitario, etc.) o la integración del consumo de drogas como parte del rol que desempeña tal ocupación (relaciones públicas, representantes, etc.).

Relacionados con el ambiente laboral

Dentro del ambiente laboral cabe destacar como factores de riesgo: la conflictividad laboral, la inestabilidad en el puesto de trabajo, los ambientes de gran competitividad, la presencia de consumidores en el centro de trabajo, la presión de los compañeros de trabajo, la tolerancia en el centro de trabajo hacia los

consumos de ciertas drogas y la accesibilidad a determinadas drogas.

Factores de protección

Los factores de protección son un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe y/o reduce la probabilidad de uso y abuso de drogas, o la transición en el nivel de las mismas (mantenimiento). (Clayton, 1992). En el contexto laboral, estos factores de protección podrían ser:

Relativos a la tarea

El desajuste del contenido de trabajo y el modo en que se realiza, hacen que la tarea pueda ser un factor de riesgo para el consumo de drogas. Si se promueve un rendimiento adecuado en el trabajo haciendo planificaciones ajustadas que cuenten con la flexibilidad necesaria

en el orden de ejecución, se mejora el ajuste del individuo a la tarea y su satisfacción.

En los trabajos que son monótonos hay que facilitar la variación periódica en las tareas y establecer pequeñas pausas que rompan la uniformidad del ritmo.

Relacionados con la organización

Los trabajos que irremediamente conllevan turnos rotatorios y/o nocturnos conviene planificarlos con suficiente antelación de tal forma que permitan que el trabajador pueda organizar su vida personal y familiar.

Asimismo deben facilitar tiempos suficientes de descanso intentando respetar al máximo los ritmos de sueño. También se debe reducir la carga física en los turnos nocturnos.

Con relación a las jornadas prolongadas de trabajo, es importante establecer ritmos de trabajo que puedan adaptarse a las necesidades individuales e introducir pausas durante el tiempo de trabajo.

Con relación a los trabajadores, realizar actividades que capaciten para la resolución de conflictos y la toma de decisiones. El desarrollo de estas habilidades permite desarrollar respuestas positivas y hacer frente a las fuentes de estrés en el trabajo, lo que supone un factor protector que reduce la decisión de acudir a sustancias para resolver dichos estados.

Hay que proponer entrenamientos en habilidades de comunicación, pues es una herramienta inherente al trabajo y necesita una supervisión permanente.

Es muy importante evitar el desajuste entre el nivel de formación y el puesto de trabajo, para ello es útil desarrollar planes de formación y favorecer el intercambio con personas de mayor experiencia.

Vigilancia de la salud

Una vez evaluados los riesgos e identificados los factores de riesgo existentes en una determinada tarea o lugar de trabajo, es necesario vigilar los efectos que éstos factores de riesgo pudieran tener sobre la salud del trabajador/a expuesto a dichos riesgos. En ello consiste la vigilancia de la salud que contempla el Art. 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Esta vigilancia puede llevarse a cabo mediante reconocimientos médicos o exámenes de salud, pero hay más. La

vigilancia de la salud debe realizarse por una recogida sistemática de información sobre el estado de salud de los trabajadores, y ha de utilizar otros instrumentos. Por ejemplo, encuestas de salud, controles biológicos, estudios de absentismo, estadísticas de accidentes, datos sobre morbilidad, etc. Todo lo que aporte información sobre la salud de los trabajadores/as puede convertirse en un instrumento de vigilancia.

La vigilancia de la salud sirve básicamente para tres cosas:

1. Para detectar que un trabajador/a está enfermando y poder actuar cuanto antes.
2. Para estudiar si las enfermedades de un colectivo de trabajadores/as tienen relación con el trabajo.
3. Para comprobar si las medidas preventivas evitan realmente

el daño a la salud de los trabajadores/as.

En todo caso, la vigilancia de la salud debe ser voluntaria para el trabajador/a, salvo en los casos indicados en la legislación. Además, debe respetar la intimidad del trabajador/a y la confidencialidad de la información. Por otra parte, los resultados de las actividades de vigilancia de la salud no deben ser utilizados con finalidades discriminatorias o en perjuicio de los intereses del trabajador/a.

Para el establecimiento de un sistema de vigilancia de la salud se deberá seguir el siguiente proceso:

1. El primer paso es, como ya hemos dicho, hacer una buena evaluación de riesgos en la que

se incluya un estudio inicial del estado de salud de la población trabajadora. Es decir, hay que recoger información desde el primer momento para disponer de indicadores sanitarios que puedan dar pistas en la identificación de riesgos; que permitan una valoración de las capacidades de los trabajadores, y que sirvan de referencia para el seguimiento y control de la eficacia de futuras intervenciones preventivas.

2. Una vez evaluados los riesgos, se deben seleccionar aquellas situaciones que deberían ser objeto de vigilancia sanitaria. Bien porque no se ha podido eliminar completamente el riesgo o bien por las peculiaridades de los trabajadores expuestos. También pueden incluirse los riesgos supuestamente

controlados con el fin de verificar que realmente es así. Es decir, se debe definir y justificar qué es lo que se pretende vigilar y con qué objetivos.

3. Determinar cómo se va a llevar a cabo la vigilancia. Es decir seleccionar los procedimientos de diagnóstico y de seguimiento. Ya hemos dicho que no deben ser necesariamente exámenes médicos. Una encuesta específica, o un estudio del absentismo por enfermedad pueden ser menos costosos y más útiles.
4. Fijar los criterios de actuación. Cuándo se considerará un hallazgo como relevante, como indicador de riesgo, y qué se hará en tal caso.
5. Organizar las actividades de vigilancia de la salud. Los resultados de la vigilancia de

la salud deberán analizarse y contrastarse con los datos sobre exposición para valorar las eventuales relaciones entre riesgo y daño, y actuar en consecuencia.

Vigilancia de la salud para prevenir el problema de la drogodependencia

Los datos procedentes de la vigilancia de la salud pueden darnos una indicación indirecta del grado de susceptibilidad de la persona frente a los factores de riesgo de consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo. Por ejemplo, si se trabaja por turnos con alto grado de insatisfacción laboral, en los resultados de la vigilancia de la salud pueden darse evidencias de trastornos del sueño, estrés psicosocial y otros. Los trastornos del

sueño podrían llevar al consumo excesivo de psicofármacos. Las tensiones provocadas por el estrés, podrían intentar aliviarse mediante el consumo abusivo de alcohol y/o otras drogas.

Una herramienta preventiva útil consiste en identificar, en el proceso de vigilancia de la salud, aquellos indicadores que puedan estar relacionados con consumos de alcohol y otras drogas.

Por otra parte, los resultados de la vigilancia de la salud podrían proporcionarnos una indicación directa de consumos abusivos de alcohol y/o otras drogas. Los datos procedentes de pruebas analíticas, o de entrevistas médicas, o sobre incapacidad transitoria del trabajador afectado, etc.; podrían indicarnos la existencia de consumos

problemáticos de alcohol y/o otras drogas. En este caso, se establecería un programa de tratamiento del trabajador afectado, adaptándolo a las circunstancias particulares del mismo, con el fin de lograr la recuperación total del trabajador.

La vigilancia de la salud es también un instrumento útil en el seguimiento del proceso de rehabilitación y reinserción laboral del trabajador afectado por el consumo inadecuado de alcohol y/o drogas. Los resultados de la vigilancia nos marcarán la situación del trabajador en el proceso de recuperación y el momento idóneo para su reincorporación al puesto de trabajo.

Durante este proceso, ha de tenerse en cuenta la adaptación del puesto de trabajo del trabajador, eliminando aquellos factores de riesgo que

podieron influir en el consumo problemático anterior.

Como soporte de apoyo, se aporta un cuestionario de vigilancia para la salud en relación a los consumos inadecuados de alcohol y otras drogas en el anexo I

El Plan de intervención es una respuesta organizada y evaluable frente al problema del uso inadecuado de alcohol y otras drogas

Para poder intervenir de forma organizada y dar respuesta a los problemas generados por el uso inadecuado de sustancias, es necesario conocer los niveles de prevalencia de consumos abusivos. Para hacer un estudio o estimación fiable puede recurrirse a estadísticas

o datos disponibles en los servicios de prevención sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores.

Por otra parte, también es necesario recabar información sobre aquellas variables que pudieran verse influidas por los efectos que el consumo de drogas puede tener en la actividad laboral: disminución del rendimiento, absentismo...etc.

El conocimiento de todos estos datos, permitirá orienten adecuadamente las actividades del plan y dar respuesta a las necesidades de cada empresa.

Otro de los aspectos que deben tenerse en cuenta en la elaboración del Plan de intervención, es quiénes van a ser los destinatarios del programa y el tipo de drogas sobre las que se va a actuar. En cuanto

a los primeros, el programa debe dirigirse a todos los trabajadores de la empresa sin excepción. Sin embargo, será conveniente priorizar las actuaciones en los grupos de riesgo; bien porque se encuentren sometidos a factores de riesgo de consumos, bien por los problemas que el consumo pueda entrañar para la salud, o bien por las consecuencias que éste pueda tener en la actividad laboral. En cuanto al tipo de drogas, es conveniente abordar todas, ya que los datos que se tienen sobre la población laboral indican que, aunque el porcentaje más elevado es el de consumidores de alcohol, se dan consumos de todo tipo de drogas.

La actividad del equipo de trabajo debe centrarse en la gestión de los recursos que se vayan a utilizar en el programa. La atención a las drogodependencias cuenta con

recursos tanto públicos como privados en todo el Estado. El cometido del equipo en este aspecto debe centrarse en conocer a fondo todos los recursos asistenciales y las distintas modalidades de tratamiento existentes, con el fin de poder decidir sobre el tipo de recurso que mejor se ajuste a las necesidades de cada empresa.

La empresa ofrece una amplia variedad de situaciones en las que se pueden poner de manifiesto los problemas de dependencia al alcohol y/o otras drogas. Los indicadores más habituales están relacionados con problemas de salud o seguridad en el trabajo: enfermedades, accidentes laborales, bajas, etc. Pero, además, hay una gran variedad de situaciones relacionadas con la vida laboral cotidiana que nos pueden indicar este tipo de

problemas: absentismo injustificado, bajo rendimiento, conflictos, malas relaciones, problemas disciplinarios, etc.

La ventaja que ofrece el medio laboral con respecto a otros ámbitos, es que además de poder identificar los problemas, existe la posibilidad de actuar a través de la propia estructura de funcionamiento de la empresa. Cualquier persona o grupo del colectivo laboral (mandos, representantes sindicales, compañeros, profesionales de la salud, etc.), pueden actuar como mediadores en este momento de la intervención. La empresa no sólo es un lugar idóneo para intervenir sino que tiene la responsabilidad de hacerlo y de conseguir que se elimine los factores de riesgo y se apliquen los factores de protección en relación a este problema.

Para que los problemas se puedan canalizar, es necesario que todo el colectivo de la empresa tenga una información objetiva y adecuada sobre los problemas de abuso de alcohol y/o otras drogas. Además, el programa de intervención debe difundirse suficientemente e informar exhaustivamente a todos los trabajadores.

Programas del plan de intervención

Programa de Prevención

➤ Aplicar actividades formativas que desarrollen los aspectos relacionados con la Educación para la salud (EPS).

➤ Informar y sensibilizar a los trabajadores sobre hábitos saludables que actúan como

protección frente al consumo inadecuado.

➤ Incluir en la evaluación de riesgos las condiciones de trabajo que inciden en fijar pautas de consumo arriesgadas.

➤ Incluir indicadores en la vigilancia para la salud que nos aporten datos sobre problemas derivados del consumo inadecuado.

➤ Acercarnos a un compañero o compañera con problemas de consumo.

➤ El acercamiento a un trabajador con problemas es un trabajo preventivo puesto que pretende impedir que el deterioro avance, así como dotarle de recursos propios para modificar su situación.

➤ Si en nuestra empresa hay un programa pactado para atender a estas personas, acudiremos a los compañeros que lo llevan para iniciar el trabajo conjuntamente. De no ser así, nos pondremos en contacto con los departamentos de drogodependencias.

El delegado como mediador

Cuando nos encontremos con un compañero que tiene problemas derivados del consumo inadecuado de alcohol y/u otras drogas, veremos que, junto a eso, coinciden elementos tales como: la falta de aceptación del problema. O si existe una aceptación, la falta de credibilidad respecto a su solución.

Para esto, es fundamental que la persona sepa que las soluciones

las puede y las debe tomar él mismo, con nuestro apoyo. Y que se van a proteger sus derechos en ese proceso que iniciaremos juntos

En el acercamiento tendremos en cuenta:

- El respeto.
- Ponernos en su lugar.
- Escuchar más que hablar.
- No forzar.
- Evitar posturas encubridoras.
- Claridad.
- Confidencialidad.

En un primer momento, la colaboración con esta persona se centra en la aceptación de su situación, así como en la existencia de las soluciones para modificarla.

Posteriormente, iremos

colaborando en su toma de decisiones respecto a las cosas que se pueden hacer:

- Acudir a un tratamiento que no implique modificación de su situación laboral.
- Entrar en un tratamiento que implique abandono completo del puesto de trabajo.
- Entrar en un tratamiento que no implique abandono del puesto de trabajo pero sí modificación de horario.

Los aspectos relacionados con el tratamiento necesario los tomará el trabajador en colaboración con nuestras compañeras y compañeros que trabajan en los diferentes departamentos de drogodependencias que tenemos tanto en las Uniones Regionales, como en las Secretarías de

Salud Laboral de las diferentes Federaciones.

Para esto, deberemos entrar en contacto con estos departamentos y, dependiendo de la decisión que se tome, será necesario que nosotros trabajemos los aspectos sindicales que acompañan al problema para facilitar que se lleve a cabo la decisión que hemos tomado.

La negociación para producir cambios

Siempre que sea posible, plantearemos compaginar la actividad laboral con la asistencia a un tratamiento, ya que de esta forma existe más motivación al cambio y menos posibilidades de recaída. No olvidemos que el trabajo actúa, en estos casos, como factor de normalización.

Cuando la persona afectada ha tomado la decisión de entrar en un tratamiento, podemos encontrarnos con que:

- Puede compaginar el tratamiento y su trabajo con total normalidad.
- Para compaginar el tratamiento con su puesto de trabajo haya que negociar: flexibilidad horaria y reajustes, o cambios en su trabajo.
- No se pueda compaginar el tratamiento con su puesto de trabajo. Tendremos que asegurarnos que no se rompe la relación contractual. La persona deberá por tanto acogerse a una incapacidad transitoria.

Algunas veces, la empresa propone que la persona afectada solicite una excedencia voluntaria hasta que acabe el tratamiento. Esto no se

puede aceptar ya que la experiencia ha demostrado que no se recupera el puesto de trabajo.

El desarrollo del trabajo de acercamiento, por su complejidad, viene desarrollado exhaustivamente en el libro que hemos publicado: Paso a Paso. Estrategias de acercamiento.

Programa de Asistencia

Uno de los problemas iniciales, y que mayor dificultad presentan en los programas de actuación en materia de drogodependencias, es que las personas afectadas demanden tratamiento. Este hecho, que es común a la problemática de las drogodependencias, tiene unas características específicas en el medio laboral. Deben tenerse en cuenta en el diseño

de los programas para establecer los mecanismos que permitan identificar los problemas y recibir a las personas. Orientándolas y canalizándolas hacia un tratamiento.

El buen funcionamiento y el éxito del programa, dependerán en gran medida de que estas estrategias se establezcan adecuadamente. Para ello, será preciso considerar los aspectos que facilitan la intervención y también las dificultades que puedan presentarse en los momentos iniciales.

El programa de asistencia recogerá la fase de evaluación y tratamiento de las personas afectadas. El proceso de evaluación se realiza a partir del trabajo previo hecho en la fase de motivación. Esto supone que se han comenzado a analizar los problemas y se ha comenzado a

trabajar en la toma de conciencia de la persona para resolverlos e iniciar un tratamiento.

En este momento del proceso, el equipo de coordinación analizará en profundidad la situación personal del trabajador para permitir que se tomen decisiones sobre los pasos a seguir.

El proceso de tratamiento debe realizarse fuera del contexto de la empresa, en recursos especializados preferentemente públicos que reúnan garantías y requisitos suficientes.

El equipo de coordinación deberá conocer de forma exhaustiva el funcionamiento, la organización, los profesionales, los medios, y las modalidades de tratamiento de la red asistencial. Antes de realizar la derivación, hay que tomar contacto con el centro donde se vaya a realizar el tratamiento para dar a conocer el funcionamiento y los objetivos del programa, además de proporcionar la información recogida en el proceso de evaluación realizada en la empresa.

Con todos estos elementos, se fijará la coordinación de todas las actuaciones que se van a establecer a lo largo del proceso. El trabajo del equipo en esta fase del programa se debe centrar en los siguientes aspectos:

- Avanzar en la motivación de la persona hacia el tratamiento, profundizando en sus problemas y necesidades. Es el momento de resolver las dudas que pueda haber con respecto al tratamiento. En qué consiste, qué actividades se hacen, cuánto tiempo dura, etc.
- Comenzar a intervenir en aquellos aspectos laborales, sociales, etc. que requieran una intervención inmediata.
- Decidir el tipo de recurso y la

modalidad de tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades y a las características del trabajador.

- Establecer con el interesado un contrato terapéutico, en que se fijen objetivos comunes y las condiciones de realización del programa. Compromiso a realizar el tratamiento, aceptación de las normas, actividades y funcionamiento del centro. En el propio contrato, debe recogerse la posibilidad de un abandono voluntario del tratamiento, o una exclusión por parte del centro, señalando las consecuencias derivadas de esta situación, tanto en los aspectos laborales como en las actuaciones terapéuticas. Si esta situación se produjera, hay que analizar con el trabajador los motivos y tratar de mantener el

contacto con la persona para no dejar cerradas las posibilidades de una nueva intervención terapéutica. No debemos olvidar que en el problema de la drogodependencia se producen recaídas.

- Hacer la derivación al recurso asistencial con el que previamente hemos tomado contacto, y hacer el seguimiento del tratamiento. El seguimiento supone un trabajo de coordinación y colaboración entre el centro de tratamiento y el equipo de la empresa a lo largo del proceso. Debe concretarse en una comunicación fluida y en un intercambio de información entre ambos equipos que permita tomar decisiones conjuntas y apoyar desde la empresa el desarrollo del proceso terapéutico.

- Establecer junto con el recurso asistencial el momento del alta terapéutica, valorando la evolución global del programa de tratamiento y las actuaciones específicas necesarias de cara a la normalización y adaptación laboral del trabajador.

Programa de Reinserción

Aunque lo normal es que el trabajador o trabajadora afectada realice un tratamiento ambulatorio y, por tanto, compatible con su actividad laboral; el programa de reinserción incluye los aspectos a tener en cuenta cuando esto no sea así. El objetivo de este programa trabajar con los aspectos laborales en los que hubiera mas deterioro. Este programa se aplica cuando el tratamiento terapéutico haya concluido o esté en una etapa final.

En este momento de la intervención, vamos a tener que trabajar con un compañero que ha pasado por un tratamiento no ambulatorio (tratamiento de ingreso) y esto tiene repercusiones importantes en su trabajo. Nuestro trabajo va a consistir en:

- Análisis y valoración del programa de tratamiento.
- Análisis del puesto de trabajo con el fin de determinar si es necesario plantear algún cambio.
- Valoración del entorno laboral. Análisis de situaciones de riesgo, actitudes de compañeros, jefes y todos aquellos elementos que puedan favorecer o entorpecer el proceso de adaptación.

- Apoyo y asesoramiento a la persona o al grupo de trabajo en el proceso de adaptación.
- Seguimiento durante un período mínimo de un año para comprobar la evolución y prevenir posibles recaídas. Más allá del periodo que se establezca, es conveniente establecer un seguimiento a más largo plazo que permita comprobar si la evolución es positiva.

Papel de los distintos órganos de participación de los trabajadores en el plan de intervención

Comités de Empresa

La decisión de implantar un programa de intervención será negociada entre el Comité de Empresa y la dirección. En el acuerdo deben figurar aspectos básicos del programa: objetivos del mismo, metodología, medios, financiación, equipo técnico, etc. De igual modo, se concretarán criterios de actuación como la confidencialidad de los casos, la participación de los representantes sindicales en el desarrollo y seguimiento del programa, la no aplicación de medidas disciplinarias a los afectados y la composición del equipo de coordinación; siempre que

la empresa facilite medios para su financiación.

Además de la negociación del programa a implantar, los Comités de Empresa tienen una tarea importante como agentes de prevención. Ofrecen información a los trabajadores acerca de los problemas que originan el alcohol y otras drogas, transmitiendo hábitos saludables, dando a conocer el programa de actuación negociado e, incluso, detectando y abordando precozmente aquellos casos susceptibles de tratamiento.

Comités de Seguridad y Salud

Un Comité de Seguridad y Salud tiene funciones de prevención de riesgos y control de las condiciones de trabajo.

En consonancia con estas funciones, los Comités de Seguridad y Salud podrían ocuparse de modificar aquellas condiciones de trabajo y de seguridad que tradicionalmente se relacionan con el abuso de alcohol y otras drogas (estrés térmico, ambientes pulvígenos, trabajo a turnos, trabajo nocturno, desplazamientos, estrés, etc.), como medida preventiva de las drogodependencias.

Por otra parte, el Comité de Seguridad y Salud podría actuar, si así se decide, como equipo coordinador de un programa de actuación en materia de drogodependencias en la empresa.

El Comité de Seguridad y Salud es el órgano de participación interno de la empresa para una consulta regular y periódica de la política de

prevención. Debe constituirse en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores. Estará formado por los delegados de prevención por una parte, y por un número igual de representantes designados por el empresario, por otra.

En las reuniones del Comité de Seguridad y Salud participarán, con voz pero sin voto, los delegados sindicales y los responsables técnicos de la prevención en la empresa que no estén incluidos en la composición a la que se refiere el párrafo anterior. En las mismas condiciones podrán participar trabajadores de la empresa que cuenten con una cualificación o información especial respecto a cuestiones concretas que se debatan en ese órgano. Podrán participar también técnicos en

prevención ajenos a la empresa, siempre que así lo solicite alguna de las representaciones en el Comité.

El Comité de Seguridad y Salud se reunirá trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones en el mismo. El comité adoptará sus propias normas de funcionamiento.

Las empresas que cuenten con varios centros de trabajo dotados de Comités de Seguridad y Salud, podrán acordar con sus trabajadores en la creación de un comité entre centros con las funciones que el acuerdo le atribuya.

Funciones y facultades del Comité de Seguridad y Salud

- Participar en la elaboración, desarrollo y evaluación del Plan

de Prevención.

- Discutir, antes de su puesta en práctica, los proyectos en materia de organización del trabajo e introducción de nuevas tecnologías, en lo referente a su incidencia en la prevención de riesgos.
- Promover iniciativas de prevención y mejora de las condiciones de trabajo.
- Informar la memoria y programación anual de los Servicios de Prevención.
- Visitar el centro de trabajo para conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos.
- Acceder a toda la información y documentación necesaria para el desarrollo de sus funciones.
- Analizar los daños a la salud con el fin de valorar las causas y proponer medidas preventivas.

La colaboración entre empresas en los supuestos de desarrollo simultáneo de actividades en un mismo centro de trabajo, permite poder acordar la realización de reuniones conjuntas de los Comités de Seguridad y Salud o, en su defecto, de los delegados de prevención y empresarios de las empresas que carezcan de dichos comités u otras medidas de actuación coordinadas.

Servicios de Prevención

El Servicio de Prevención es el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. Asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes, y a los órganos de representación

especializados. Para el ejercicio de sus funciones, el empresario deberá facilitar a dicho servicio el acceso a la información y documentación.

El servicio de prevención tendrá carácter interdisciplinario. La formación, especialización, capacitación, dedicación y número de componentes de estos servicios, así como sus recursos técnicos, deberán ser suficientes y adecuados al desarrollo de las actividades preventivas previstas.

Funciones del Servicio de Prevención

Promover la gestión integrada de la prevención en la empresa. Los Servicios de Prevención, deben jugar el papel de promotores de la integración de los criterios de prevención en todos los ámbitos de

decisión. Formando a los mandos de la empresa, identificando riesgos, aportando información para evitarlos, ayudando al diseño de puestos y locales de trabajo, asesorando en la elección de equipos o materiales. En definitiva, asesorando la política de prevención de la empresa.

Evaluar los riesgos

Es una de las funciones genuinas de un Servicio de Prevención. Además de posibilitar que la toma de decisiones sobre medidas preventivas se haga con fundamento y rigor, tanto por parte empresarial como por parte de los delegados/as de prevención.

Vigilar el ambiente y las condiciones de trabajo

Determinadas situaciones de riesgo requieren, además de medidas de

control, una vigilancia periódica para detectar posibles insuficiencias o deterioros, situaciones anómalas, o simplemente para asegurarse de que todo marcha bien. El Servicio de Prevención debe tener un plan de control periódico de las condiciones de salud y seguridad.

Vigilar la salud de los trabajadores y trabajadoras

La vigilancia de la salud debe ser un instrumento integrado en los planes de prevención. Lógicamente ésta actividad corresponde a los profesionales sanitarios del Servicio de Prevención. Sin embargo, y manteniendo la confidencialidad, la información sobre indicadores sanitarios sirve al resto del equipo para identificar riesgos o para detectar insuficiencias preventivas. A su vez, los datos sobre riesgos

en el ambiente de trabajo permiten al médico programar una vigilancia específica de la salud de los trabajadores/as expuestos.

Mantener registros de datos ambientales y sanitarios

El Servicio de Prevención debe recoger sistemáticamente datos que permitan analizar la evolución de los problemas en el tiempo y establecer nuevas relaciones entre riesgo y daño.

Proporcionar formación e información

La información y la formación de los trabajadores/as en materia de protección de la salud es un deber del empresario. El asesoramiento para la planificación de estas actividades así como la propia realización de las mismas, forman

parte de las tareas del Servicio de Prevención en su conjunto.

Adaptar los puestos de trabajo

La adaptación de los puestos de trabajo a las capacidades del trabajador o trabajadora, es otro precepto preventivo y una de las tareas de prevención más concretas que debe abordar el Servicio de Prevención. Para ello, deben integrarse las aportaciones de los distintos expertos.

Coordinarse con el Sistema Nacional de Salud

La integración de todas las actuaciones de atención a la salud, hace necesario que los Servicios de Prevención se coordinen con el Sistema Nacional de Salud. Proporcionando información para

atender mejor a los trabajadores/as que necesiten asistencia sanitaria, ejecutando en las empresas las acciones de promoción de la salud diseñadas por el propio SNS, o facilitando los datos sobre riesgos laborales que permitan una mayor intervención pública en la prevención.

Prestar los primeros auxilios

La asistencia sanitaria no es propiamente una función del Servicio de Prevención sino que corresponde la Sistema Nacional de Salud. No obstante, es lógico que ante una urgencia, bien sea por accidente o por otro problema de salud, los profesionales sanitarios del Servicio de Prevención atiendan en primera instancia al trabajador/a que lo necesite.

En un Plan de actuación como el que planteamos, es importante la participación de los Servicios de Prevención, ya que actuarían como asesores en materia de drogodependencias. Tanto de los representantes de la empresa, como de los propios trabajadores.

Situación actual en las empresas

Desde la negación a la aceptación del problema

Afortunadamente, hoy nadie duda de la importancia de intervenir en los problemas que se van instalando alrededor del consumo abusivo y que producen un deterioro de la salud.

Esta situación nos enfrenta a una “proliferación” de propuestas muy variopintas, desde la creación de carteles con el objetivo de sensibilizar, de forma general, a los trabajadores hasta una cierta aceptación de ofrecer tratamiento a una persona afectada. También se produce una confusión entre lo que serían medidas preventivas y medidas prohibicionistas.

A la hora de atajar estos problemas, las empresas apuntan básicamente a los efectos, identificando el hecho de consumir de forma abusiva y lo que sería un factor de riesgo. Produciéndose así toda una estrategia de actuación encaminada a que el consumidor asuma la responsabilidad de no consumir. Este enfoque restringido carece totalmente de una visión global que introduzca un análisis de las causas.

En este sentido, cabe resaltar que en la actualidad, estamos en una situación diferente a la de hace unos años, existe mayor preocupación por intervenir en este problema dentro de las empresas pero esta intervención dista mucho de ser preventiva, podemos decir que parten de un análisis que cree que:

- El consumo NO ES una enfermedad derivada del trabajo
- Es un riesgo laboral no derivado de la actividad
- Confundir los efectos del problema con el problema en si.
- Preocuparse exclusivamente del absentismo y la accidentabilidad.
- Si aparece el riesgo, hay que tomar medidas para evitar el accidente de trabajo
- Debería poder controlarse el riesgo (consumos) haciendo controles los técnicos de prevención y después derivarse al servicio médico

Además tienen la necesidad de contar con datos objetivos que permitan establecer la relación que hay entre accidentes y consumo de drogas. Para esto reclaman datos de las Administraciones

Públicas, de la Fiscalía de siniestralidad laboral y por último datos de presencia de drogas en accidentes mortales.

Es importante resaltar que nuestro enfoque se caracteriza por:

- Una preocupación objetiva de los problemas de salud que genera la drogodependencia.
- Entender que el problema tiene unas causas y produce unos efectos. Por consiguiente, hay que intervenir en las causas y dar tratamiento a los efectos.
- Los factores de riesgo siempre estarán en relación con las causas. Los efectos son la consecuencia y reclaman medidas asistenciales para paliar su gravedad.
- La prevención es fundamental

y se aplica después de analizar las causas.

- La drogodependencia puede ser un indicador de riesgos psicosociales o de otros relacionados con la organización del trabajo. Por esto, deberá tratarse no como un acontecimiento aislado sino considerando las características del entorno.
- El contexto ejerce una gran influencia en la conducta y en el aprendizaje para la modificación de la misma. Intervenir reforzando los factores de protección y eliminando los factores de riesgo son acciones que benefician a no solo a la persona afectada sino al conjunto de la plantilla.

Prácticas o medidas más usadas por las empresas respecto al problema de la drogodependencia.

En general, las empresas quieren que la drogodependencia no incida en el bajo rendimiento, el absentismo y los incidentes y accidentes. En este sentido optan por utilizar los controles de alcohol y drogas como medida para atajar el problema y las sanciones como resultado lógico para aplicar a los trabajadores que den positivo en dichas pruebas.

También suelen ignorar el problema, durante mucho tiempo, provocando que este aumente. Después, suelen hacer uso de la normativa que sanciona conductas derivadas de la dependencia (absentismo, bajas continuadas....) garantizándose de esta manera, prescindir del

trabajador afectado.

Por consiguiente, las prácticas empresariales, derivadas del abandono de estrategias preventivas frente al consumo inadecuado suelen ser:

El despido

El Art. 54.2.f del Estatuto de los Trabajadores considera al alcoholismo y la toxicomanía como causa de despido. Aunque no es frecuente el uso de esta norma legal, se utilizan el resto de causas graves legitimadoras de despido: no puntualidad, insubordinación, etc. (mirar en el apartado jurídico la situación actual de esta norma).

La excedencia

Es práctica empresarial ofrecer la

excedencia durante el tiempo que dure el tratamiento. Esta oferta implica que el tiempo de tratamiento no será cotizado a la Seguridad Social, ni la persona afectada percibirá salario alguno durante el mismo.

La única actitud posible ante esta oferta es la negativa por parte de los representantes sindicales, puesto que en la práctica, la excedencia voluntaria supone la no reincorporación al puesto de trabajo. Será necesario buscar alternativas a esta propuesta en consonancia con las posibilidades de la empresa, intentando llegar a un acuerdo con la dirección de la misma.

En cualquier caso, un objetivo primordial será asegurar la reincorporación inmediata del trabajador afectado a su puesto

Intervención sindical en drogodependencias

de trabajo una vez finalizado el tratamiento.

La sanción

También es frecuente la adopción de sanciones que generalmente implican pérdida temporal de empleo y sueldo.

Frente a la sanción, nuestra posición debe ser, principalmente, la incorporación del trabajador a un programa de tratamiento.

Ante esta situación, la más frecuente en nuestros centros de trabajo, tenemos que:

- Estudiar las posibilidades de actuar, partiendo del conocimiento de las dimensiones del problema en su empresa y teniendo como objetivo

alcanzar un acuerdo de salud que garantice la prevención y asistencia en estos casos.

- Sustituir la posibilidad del despido por el compromiso de la patronal de apoyar un programa de tratamiento.
- Prestar el apoyo jurídico de nuestras asesorías para defender en los Juzgados de lo Social la no procedencia del despido y la adopción de una alternativa terapéutica concreta.

La detección médica

Para la detección precoz de trabajadores con problemas de alcoholismo se están utilizando en las empresas indicadores inespecíficos que puedan dar una indicación de la existencia de una drogodependencia como: el absentismo, la capacidad física y psíquica del trabajador, el

rendimiento en el trabajo, la relación con los compañeros, protagonizar pequeños accidentes de trabajo con relativa frecuencia.

También se usan parámetros biológicos: VCM, GGT, GPT, GOT, CDT, etc., que interpretados correctamente junto a una historia clínica que sugiera un consumo excesivo de alcohol, sirven para establecer el diagnóstico. Las empresas, además, comienzan a plantearse la conveniencia de detectar el consumo de drogas mediante análisis en los que se determina la presencia de metabolitos de algunas sustancias de abuso. Estos instrumentos ni hablan de situaciones de abuso ni que esta persona necesite ayuda. En general, solo hablan de que la persona ha estado expuesta a dicha sustancia unas horas antes.

No es infrecuente el uso de estas pruebas para seleccionar personal, regular plantilla.

Frente a ello, nuestra actuación será rechazar con firmeza la aplicación de controles en las pruebas de selección, pues que no existe aún una relación contractual y, por tanto, su aplicación está invadiendo el terreno de la intimidad, protegida constitucionalmente.

En el caso de aplicarse a trabajadores de plantilla, para que los resultados sean lo más fiables posibles y para garantizar que la

finalidad de estas pruebas sea conocer el estado de salud de los trabajadores, deben exigirse las siguientes condiciones:

- Que estas pruebas no sean realizados al azar, sin que exista una “causa razonable” que los justifique (puestos de trabajo de especial riesgo).
- Establecer las máximas garantías de confidencialidad para los resultados.
- Que la técnica elegida tenga alta sensibilidad (detectar todos los

positivos) y alta especificidad (detectar solo los positivos).

- Un resultado positivo tendrá carácter indicativo y debe confirmarse posteriormente con una segunda muestra utilizando una técnica de análisis distinta.
- Haber descartado que el trabajador esté usando un fármaco prescrito por su médico en el momento de la toma de la muestra, ya que puede dar un falso positivo. Por ejemplo, la codeína da falsos positivos para la heroína, etc.

- Nunca un resultado positivo significará sanción o despido para el trabajador. Se le ofrecerá la posibilidad de inclusión en el programa de tratamiento y rehabilitación de la empresa.
- Las pruebas específicas para detectar drogas sólo se realizarán dentro de un programa de intervención negociado con los representantes de los trabajadores. Y siempre será considerado como un dato más dentro del protocolo diseñado para el diagnóstico de drogodependencias. Deberá tomarse en cuenta que los datos que aportan los análisis no son los más importantes sino, más bien, complementarios.



A black speech bubble with a white outline, pointing downwards and to the right. Inside the bubble, the word "Anexos" is written in a bold, white, sans-serif font.

Anexos

Anexo I Recogida de información para la vigilancia de la salud colectiva

Cuestionarios

Las actividades de vigilancia de la salud colectiva en el momento de “identificación de riesgos”, fase inicial del proceso preventivo, son

por un lado la investigación de daños y por otro los indicadores de salud.

A continuación os detallamos dos ejemplos de cuestionarios para recoger este tipo de información.

Cuestionario sobre riesgos y daños relacionados con el consumo inadecuado de alcohol y/u otras drogas.

EMPRESAS: _____

CENTROS DE TRABAJO: _____

DELEGADO/A DE PREVENCIÓN: _____

FECHA: _____

La información recogida en este cuestionario se refiere a:

- Toda la empresa/centro de trabajo (Especificar).....
- Sección/área de trabajo. (Especificar)
- Operación/puesto de trabajo. (Especificar).....

Utilización del cuestionario:

- Informes claves. (Nombre y apellidos)
- Grupos de discusión. (Nº de participantes)
- Cuestionario individual de carácter confidencial

En este caso cumplimentar los datos siguientes:

Sexo: Edad:

Antigüedad en la empresa..... en la sección.....

en el puesto de trabajo.....

Anexo I Recogida de información para la vigilancia de la salud colectiva

Riesgos y daños

¿Consideras que en tu empresa /sección /puesto de trabajo / hay alguno de los siguientes problemas?

	SI	NO
1. Riesgo de accidente por sobreesfuerzo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Temperatura inadecuada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Humedad o sequedad excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ruido muy elevado o molesto para la realización del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vibraciones transmitidas por máquinas o herramientas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Esfuerzo físico importante que produce fatiga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Manipulación de cargas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mantenimiento de una misma postura durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Posturas forzadas para realizar algunas tareas u operaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Movimientos repetitivos demasiado frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Duración excesiva de la jornada de trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Organización insatisfactoria de horarios o turno de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ritmo de trabajo demasiado elevado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo monótono, rutinario, con poca variedad de tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trabajo aislado o que dificulta el contacto con los compañeros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Falta de medios adecuados para la realización del trab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Conflictividad con los clientes o usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mal clima de relaciones entre los compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Poca capacidad de decisión sobre cómo realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Pocas posibilidades de promoción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo I Recogida de información para la vigilancia de la salud colectiva

	SI	NO
21. Agresividad, acoso sexual o violencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Malas relaciones con los jefes, mandos o encargados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dificultad de compatibilizar el trabajo en la empresa con el trabajo doméstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Situaciones de discriminación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Desconocimiento o formación insuficiente sobre los riesgos del propio trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Excesiva demanda de rendimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Escaso grado de control sobre la propia tarea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ausencia de objetivos claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Exceso de responsabilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Exceso de tiempo muerto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Aislamiento social.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Desarraigo (imposibilidad de aunar tu trabajo con tu proyecto vital).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Falta de reconocimiento de tu labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Control sobre la totalidad del proceso en el que está inserto tu puesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Alto índice de peligro en tu puesto de trabajo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señalar por orden de importancia los 5 problemas prioritarios:

1.
2.
3.
4.
5.

Anexo II

Diferentes propuestas de nuestro planteamiento sindical. Documento de recomendaciones de la OIT.

Identificación subjetiva de problemas de salud laboral relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas

¿Conoces si en tu empresa, sección, o puesto de trabajo se han dado casos de alguno de los siguientes problemas de salud? En caso afirmativo ¿crees que tienen relación con las condiciones de trabajo?

	Relación con el trabajo					
	Casos		Provocados		Agravados	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Enfermedades infecciosas.....	<input type="checkbox"/>					
2. Migraña o dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>					
3. Problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>					
4. Problemas digestivos.....	<input type="checkbox"/>					
5. Enfermedades del hígado.....	<input type="checkbox"/>					
6. Problemas del sistema nervioso.....	<input type="checkbox"/>					
7. Estrés.....	<input type="checkbox"/>					
8. Depresión.....	<input type="checkbox"/>					
9. Cambios de ánimo sin motivo aparente.....	<input type="checkbox"/>					
10. Trastornos del sueño.....	<input type="checkbox"/>					
11. Trastornos en la alimentación.....	<input type="checkbox"/>					
12. Bajas frecuentes por problemas de salud.....	<input type="checkbox"/>					
13. Baja capacidad para tomar decisiones.....	<input type="checkbox"/>					
14. Baja capacidad para mantener la atención sobre una actividad.....	<input type="checkbox"/>					
15. Dificultad para mantener un ritmo de actividad organizada.....	<input type="checkbox"/>					
16. Enfrentamientos injustificados.....	<input type="checkbox"/>					
17. Recurrir a sustancias para cambiar un estado de ánimo.....	<input type="checkbox"/>					

Anexo II Diferentes propuestas de nuestro planteamiento sindical. Documento de recomendaciones de la OIT.

Las diferentes realidades con las que nos vamos a encontrar, no solo referidas a las características de la empresa, sino también a nuestra implantación dentro de ellas, hace necesario la posibilidad que nuestra estrategia preventiva sea capaz de adaptarse a situaciones concretas sin perder lo fundamental que siempre sería el carácter preventivo de las mismas.

En este anexo se incorpora un Programa **Marco** de intervención que actúa como referencia básica para elaborar propuestas reales y dos ejemplos de aplicación en empresas diferentes:

➤ ADIF-RENFE que es una gran empresa y actúa con un programa de prevención de drogodependencias pactado en convenio.

➤ Un protocolo de actuación preventiva acordado entre partes por el presidente del Ayuntamiento de Burgos y nuestra organización sindical en Burgos.

Incorporamos también la siguiente documentación de la OIT:

- Resumen del documento: “Alcohol y drogas en el lugar de trabajo” (OIT.1996).
- Extracto del artículo: “Controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo” publicado por la OIT en la “Revista de Trabajo” Septiembre.2006.

Programa Marco

En este anexo se facilita un modelo de propuesta de Programa Marco. Teniendo en cuenta las diferentes situaciones que nos podemos encontrar en las empresas, este programa marco pretende establecer unas pautas generales sobre las que podamos trabajar en cada situación concreta. Este programa se ajustará en función de la intervención que vayamos planificar.

Anexo II

1. Introducción

Las conductas de consumo problemático de alcohol y de drogas se han configurado, en los últimos tiempos, como uno de los factores con una incidencia más negativa sobre la salud de los ciudadanos.

Al realizar un análisis más detallado de las conductas de uso/abuso de drogas – tanto legales como ilegales – se observa como a dichas conductas no escapa ningún sector de la población, ni ninguno de los ámbitos sociales en los que nos desenvolvemos. Efectivamente, y de acuerdo a determinados estudios, se constata que esta problemática alcanza al ámbito laboral, manifestándose en él de una manera muy específica: pérdida

de salud; absentismo, problemas de seguridad, baja productividad, menor rendimiento laboral, deterioro de las relaciones laborales.

Hoy sabemos qué sectores tienen mayor índice de consumo dependiendo de que sustancia estemos hablando y qué condiciones de trabajo están presentes en los mayores índices de consumo¹⁷. De igual manera sabemos que el 96% de los trabajadores no han recibido nunca formación e información respecto a los problemas derivados de la drogodependencia. Es necesario que desarrollemos los aspectos preventivos que impiden que este problema genere deterioro de la salud en los trabajadores y trabajadoras así como que interfiera

en la seguridad del trabajo.

Por todo lo citado hasta el momento, queda patente la necesidad de establecer un Programa de actuación en materia de drogodependencias en nuestra empresa, como forma de respuesta global a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el trabajo. Este programa requerirá la participación coordinada de los diferentes agentes interactuantes en la empresa, (dirección, sindicatos, técnicos,...).

Además, el ámbito laboral, por sus características, se configura como un espacio idóneo para la intervención en materia de drogodependencias.

3. *ENCUESTA 2013-2014, sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español de la droga y las Toxicomanías.*

Por todo lo citado hasta el momento, queda patente la necesidad de establecer un Programa de actuación en materia de drogodependencias en nuestra empresa, como forma de respuesta global a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el trabajo. Este programa requerirá la participación coordinada de los diferentes agentes que actúan en la empresa, (dirección, sindicatos, técnicos, etc.).

Además, el ámbito laboral, por sus características, se configura como un espacio idóneo para la intervención en materia de drogodependencias.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Prevenir el consumo de alcohol y drogas.

2.2. Objetivos específicos

- Mejorar la salud de los trabajadores y trabajadoras.
- Promocionar la cultura preventiva.
- Mejorar la seguridad y la calidad en el trabajo.
- Conseguir formación e información que actúe como factor de protección en relación al consumo de alcohol y drogas en el 100% de la plantilla de trabajadores y trabajadoras.
- Evitar el avance del deterioro de la salud.
- Detectar precozmente los afectados de dependencia.

3. Características del Programa

El Plan de actuación para prevenir el uso de alcohol y drogas tendrá las siguientes características:

- Será preventivo y actuará en el marco de la salud.
- Aplicará medidas preventivas tanto en las causas como en las consecuencias.
- Diseñará la prevención al amparo de la Ley de Prevención de riesgos Laborales.
- Tendrá carácter integral (aplicación a la totalidad de la plantilla de la empresa).
- Contará con la participación activa de los sindicatos.
- Protegerá el derecho a la voluntariedad y a la confidencialidad que recoge la Ley.

Anexo II

- Estará incluido en un marco más amplio de fomento de la salud de los trabajadores y mejora de las condiciones de trabajo.
- No se basará en criterios sancionadores. Tendrá carácter voluntario y será confidencial.
- Será planificado y evaluable.

4. Niveles de actuación

El Plan de actuación incluirá tres programas:

- **Prevención.** Basado en la formación e información de los trabajadores sobre las consecuencias del consumo en todos los ámbitos (personal, social, familiar, laboral y legal); en la reducción de estas sustancias en la empresa; y en el control de las condiciones de trabajo que actúen como factores de riesgo en el consumo.

- **Asistencia.** Basado en la detección precoz del problema, mediante indicadores previamente pactados; en el asesoramiento al trabajador y en la oferta de tratamiento, con las máximas garantías de confidencialidad.

- **Reinserción.** Basado en el retorno a la utilidad laboral e integración del trabajador en el centro de trabajo. Si es necesario se trasladará al trabajador a otro puesto de trabajo cuyas condiciones no puedan provocar la vuelta al consumo problemático.

5. Implementación del Programa

5.1. Comité de Seguridad y Salud

El Comité de Seguridad y Salud se constituirá en comisión de seguimiento para la planificación,

seguimiento y evaluación del programa

5.2. Niveles de actuación del Plan

5.2.1. Programa preventivo

Se dirige a personas que aún no muestran ningún tipo de complicaciones. Incluye todas las medidas dirigidas a evitar la aparición del problema.

a) Objetivos

Los objetivos que se plantea la prevención primaria son:

- Impedir la aparición de los problemas derivados de los consumos de alcohol y/o drogas.
- Reducir la incidencia de los consumos de alcohol y/o drogas.
- Disminuir la cantidad o calidad de los factores de riesgo que

puedan provocar o favorecer los consumos de alcohol y/o drogas.

b) Actividades

b.1 sensibilización

Se dirigirá a todos los estamentos de la empresa. Se elaborarán y distribuirán materiales preventivos (carteles, folletos, artículos, videos o diapositivas, etc.) que proporcionen información objetiva sobre:

- Mitos que mantienen el consumo e impiden la percepción del riesgo.
- Efectos y consecuencias del consumo en el trabajo.
- Consecuencias legales.
- Recursos públicos para tratamiento del consumo dependiente.

b.1 formación

La formación deberá tener dos fases. En primer lugar, se realizará un curso, dirigido a personas clave: del Comité de Seguridad y Salud, y mandos intermedios. En una segunda fase, la formación se generalizará a todos los trabajadores.

5.2.2. Asistencia/Reinserción

La asistencia y reinserción se dirigen a trabajadoras y trabajadores que tienen problemas de salud derivados del uso inadecuado de alcohol y/o drogas, y trabaja para crear las condiciones que favorezcan el regreso a sus puestos de trabajo de las personas que han estado de baja por tratamiento. La reinserción también trabaja con los trabajadores que

estando en tratamiento siguen en su puesto de trabajo por si fuera necesario hacer algún tipo de adaptación tanto del puesto como de sus características.

a) Objetivos

Los objetivos a conseguir en el **programa asistencial son:**

- Reducir el número de personas con problemas de consumo de alcohol y drogas.
- Evitar el avance del deterioro de la salud.
- Lograr una detección precoz de los problemas.
- **Informar y motivar para la incorporación a un tratamiento específico.**

Los objetivos a conseguir en el programa de reinserción son:

Anexo II

- Limitar las incapacidades de los dependientes del alcohol u otras drogas.
- Lograr la rehabilitación y reinserción a nivel personal y social.
- Lograr la reincorporación al puesto de trabajo.

b) Actividades

La detección precoz y la evaluación de los casos se podrán realizar mediante la vigilancia de la salud que realiza el Servicio de Prevención, El Comité de Seguridad y Salud estudiará utilizar los indicadores e instrumentos adecuados para la detección precoz. Si hubiera puestos de trabajo relacionados con la seguridad, dentro de los reconocimientos médicos, podrían pactarse pruebas

analíticas (marcadores biológicos, sustancias). En todo caso, la actuación de la Empresa no vulnerará el derecho fundamental a la intimidad del trabajador.

Una vez detectados los casos problema, se recomendará la oferta de tratamiento teniendo en cuenta las diferentes alternativas. Se recurrirá a recursos especializados. Se realizará un seguimiento del proceso de tratamiento, aunque la experiencia nos ha demostrado que la mayoría de los afectados que están en tratamiento pueden compaginar sin ningún problema el mismo con su trabajo, al final del tratamiento, el trabajador se reincorporará a su puesto o, si se considera necesario, al puesto que se estime conveniente para su total adaptación.

6. Recursos

- Comité de Seguridad y Salud.
- Servicio de Prevención.
- Departamento de Recursos Humanos.
- Sistema público de Salud.
- Recursos públicos autonómicos y municipales.
- Otros recursos que se estimen convenientes.

7. Evaluación

Cualquier Programa debe comprobar su eficacia y su validez a través de la evaluación. En este caso estableceremos dos ámbitos de evaluación:

- a) **Individual.** Se referirá a los individuos que hayan entrado en el Programa de Atención y Reinserción social explicado en el

presente documento. El programa se considerará positivo cuando la mayoría de los individuos que entre en él lo completen satisfactoriamente, lo cual supondría su reincorporación al mundo laboral.

- b) **Colectivo.** Se trataría de realizar periódicamente (anualmente) un estudio a nivel colectivo con encuesta de salud, datos de la vigilancia de la salud y otros indicadores inespecíficos. Los resultados comparativos del estudio indicarían el grado de eficacia del Programa. Se evaluará de la misma manera todas las actividades preventivas, de carácter sensibilizador, formativo e informativo que se hayan realizado.

ADIF/RENFE*: Plan de actuación en materia de drogodependencias y alcoholismo

1. Justificación del plan

Las consecuencias que el consumo de drogas tiene sobre la actividad laboral: sanitarias, económicas, sociales, legales y que de por sí justifican actuaciones encaminadas a abordar esta problemática, tienen en RENFE una vertiente de extraordinaria importancia: la Seguridad, en una empresa que tanto por su carácter público como por el tipo de actividad que desarrolla, debe ser uno de los objetivos prioritarios de su gestión.

La complejidad del tema, tanto en sus causas como en sus

consecuencias, exige un esfuerzo conjunto y coordinado de todo el colectivo laboral: Dirección-Sindicatos-Trabajadores. Ya que, aunque la situación puede estar relacionada, en principio, con problemas de salud o de seguridad, trasciende en la mayoría de los casos este ámbito, para afectar a prácticamente a todas las esferas de lo laboral. Esto exige un tratamiento integral de la situación que dé una respuesta adecuada a los distintos aspectos que ésta plantea y que se refieren fundamentalmente a:

- Salud y Seguridad.
- Productividad y calidad.
- Costes económicos y sociales.

La necesidad de abordar esta problemática, que tiene tan amplias repercusiones en la actividad laboral,

*. desde el 1 de Enero de 2005 la empresa RENFE pasa a ser dos nuevas entidades públicas ADIF, Administrador de infraestructuras ferroviarias y RENFE operadora.

Anexo II

se reflejó en los acuerdos alcanzados en el VIII convenio colectivo, que establece las vías para el desarrollo de un Plan de actuación en materia de Drogodependencias y Alcoholismo.

Texto íntegro del Plan de acción contra la drogodependencia y el alcoholismo.

Art. 556. Políticas y Objetivos

Las actuaciones del Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo que se establecen para todos los niveles de la Empresa, están orientadas hacia la consecución de objetivos de salud y seguridad y se realizarán con la participación y cooperación de todas las partes implicadas: dirección, sindicatos y trabajadores.

Los actuaciones que se establezcan irán dirigidas o reducir las causas y las consecuencias del consumo de drogas y alcohol en el medio laboral mediante acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

Los objetivos Básicos del Plan son:

- Prevenir conductas de consumo de drogas y alcohol.
- Fomentar la responsabilidad y la colaboración de todo el colectivo laboral, en el cumplimiento de las políticas y normas establecidas en el Plan.
- Proporcionar información y tratamiento a los trabajadores afectados por este tipo de problemas, con el fin de que puedan reintegrarse en el medio socio-laboral.
- Prevenir y reducir la accidentalidad laboral.

- Mejorar la productividad y la calidad del trabajo.
- Reducir el absentismo.
- Armonizar las relaciones laborales.

La Comisión Mixta de Política Social será la encargada, como Comisión de Trabajo, de desarrollar, coordinar y controlar las acciones de los Programas de Prevención y Atención y Reinserción Laboral. Los gastos derivados de estos dos Programas correrán a cargo del Fondo de Ayudas Sociales, siendo esta Comisión la responsable del correspondiente control presupuestario.

Art. 557. Desarrollo del Plan de Acción

El desarrollo del Plan se llevará a cabo a través del Programa de Prevención y del Programa de Atención y Reinserción Laboral.

Art. 558. Programa de Prevención.

Establecerá medidas tendentes a cambiar o mejorar la calidad de vida y la educación para la salud, fomentando el autocontrol individual y colectivo ante el problema de la drogodependencia. Las medidas a desarrollar serán:

➤ **Informativas.** Mediante la elaboración de folletos, artículos, etc. que fomenten la sensibilización y la participación del colectivo laboral ante el problema de las drogas.

➤ **Formativas.** Proporcionando formación y capacitación a los profesionales que intervengan directamente en el Programa y a los estamentos de la Empresa que puedan actuar como mediadores: mandos, representantes sindicales, Comités de Seguridad y Salud...

➤ **Participativas.** Mediante la realización de actos públicos, jornadas, conferencias, mesas redondas, etc. destinadas a potenciar y fomentar el nivel de información y participación del colectivo laboral.

➤ **Otras medidas.** Como el fomento de las actividades de tiempo libre: culturales, deportivas, recreativas.

➤ **Mejora de las condiciones** de trabajo y de calidad de vida laboral.

➤ **Fomento de la salud.** Mediante reconocimientos médicos preventivos y asesoramiento en temas de salud.

El soporte básico del Programa de Prevención estará constituido por:

➤ **Medios Propios.** Personal especializado: médicos, ayudantes técnicos sanitarios, trabajadores sociales, psicólogos.

➤ **Medios Comunitarios.** Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales y otras instituciones de carácter público o privado con las que en su momento se establezcan convenios de colaboración.

Art. 559. Programa de Atención y Reinserción Laboral.

La finalidad principal de este Programa se establece en proporcionar a la persona información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento que facilite la ayuda necesaria para solucionar los problemas relacionados con el consumo de drogas y/o alcohol y que en última instancia le facilite los apoyos necesarios para lograr un estado en

Anexo II

el que se encuentre física, psíquica y socialmente en condiciones para integrarse a la vida laboral y social.

El soporte del Programa estará constituido por:

Medios Propios: Equipo de trabajo, con carácter interdisciplinar y que podrá estar compuesto por personal especializado y las instancias de la Empresa que oportunamente se determinen (Técnicos, Representantes Sindicales, etc.).

Las funciones básicas de este equipo serán las siguientes:

- Detección de los casos y canalización de las demandas de atención.
- Evaluación de las demandas de atención.
- Información y asesoramiento.

- Oferta de tratamiento.
- Canalización y derivación hacia los Centros de Tratamiento.
- Seguimiento del proceso de tratamiento.
- Determinación del momento de alta y la reincorporación al trabajo
- Seguimiento del proceso de vuelta al trabajo, para comprobar su adaptación.

Medios Comunitarios. En el proceso de atención, se utilizarán los distintos recursos comunitarios que puedan existir tanto en Ayuntamientos como en Comunidades Autónomas, así como los de carácter público o privado, con los que previamente se establezca concierto de colaboración.

En cualquier caso, el proceso de atención seguirá criterios tendentes a un modelo personalizado y diversificado capaz de adecuarse a las

características de la persona afectada.

En el desarrollo de la fase de atención se consideran de especial relevancia las vías de detección del consumo que existen actualmente, que son los reconocimientos médicos y sondeos que se realizan al personal de circulación, que afectan a una gran parte de la plantilla, y en las que el componente de seguridad es muy importante para enfocar el tratamiento del tema, teniendo en cuenta que pudiera no existir una voluntariedad inicial hacia la oferta de tratamiento. En cambio, para el resto del personal sobre el que no se realiza la determinación de consumo de drogas, y que de forma voluntaria puede solicitar asesoramiento o tratamiento, bien o través de los Representantes Sindicales, Servicios Médicos, Psicología Laboral, etc., puede darse una motivación hacia el tratamiento

con menos componentes conflictivos desde el punto de vista laboral.

Art. 560. Actuaciones.

En esta sentido, las actuaciones a seguir en la fase de atención serán:

1. Personal de Circulación

a) En el caso de solicitar voluntariamente el tratamiento sin que haya habido detección a través de las pruebas analíticas, las fases o seguir son:

➤ Evaluación y estudio del caso por el Responsable del Programa de Atención y Reinserción laboral, con el fin de asesorar y orientar al trabajador sobre las opciones existentes y las más adecuadas en cada caso.

➤ Retirada provisional del puesto de

trabajo mediante comunicación de “NO APTITUD TEMPORAL”, a la U.N. correspondiente.

➤ Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones del Programa de Atención y Reinserción Laboral.

➤ Iniciación del tratamiento, gestionando a través de los Servicios Médicos el período de Incapacidad Temporal del trabajador.

➤ Seguimiento del proceso de tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual.

De la misma forma la Jefatura de Psicología Laboral deberá evaluar las condiciones psicológicas para determinar su aptitud. En los casos en que se considere que no es posible, los Servicios Médicos le calificarán como

NO APTO y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

En el caso de que se produzca el fracaso o la interrupción del tratamiento, los Servicios Médicos le calificarán como NO APTO y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

b) Cuando exista una detección previa de consumo, a través de los reconocimientos médicos o sondeos, las actuaciones serán:

➤ Retirada provisional del puesto de trabajo mediante comunicación de “NO APTITUD TEMPORAL”, a la UN correspondiente.

➤ Comunicación inmediata y directa, de los casos en que haya resultados positivos a drogas y/o alcohol al Responsable del Programa de Atención, que efectuará un estudio y evaluación

Anexo II

del caso con el fin de asesorar, orientar e informar al trabajador de su situación. De éste estudio y evaluación puede resultar un periodo de SEGUIMIENTO con el fin de comprobar el No Consumo antes de ser reintegrado a su puesto de trabajo, o una oferta de TRATAMIENTO; en esta última situación se seguirán los mismos pasos que en el apartado a) relativos a:

- Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones del Programa de Atención y Reinserción laboral.
- Iniciación del tratamiento, gestionando a través de los servicios médicos el período de Incapacidad Temporal del trabajador.
- Seguimiento del proceso de

tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual. De la misma forma, la Jefatura de Psicología Laboral deberá evaluar las condiciones psicológicas para determinar su aptitud. En los casos en que se considere que no es posible, los Servicios Médicos le calificarán como NO APTO y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

- En el caso de que se produzca la negativa por parte del trabajador a admitir el tratamiento, o el fracaso o la interrupción del tratamiento, los Servicios Médicos le calificarán como NO APTO y se acoplará por el Comité de Seguridad y Salud correspondiente.

2. Resto del personal

Siempre que el trabajador solicite voluntariamente tratamiento, sin que previamente haya una determinación analítica de consumo de drogas se remitirá al Responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral y seguirá el mismo proceso que en los apartados anteriores, con la única excepción de que el trabajador no será apartado de su puesto de trabajo, salvo el período de Incapacidad Temporal que marque o aconseje el tratamiento.

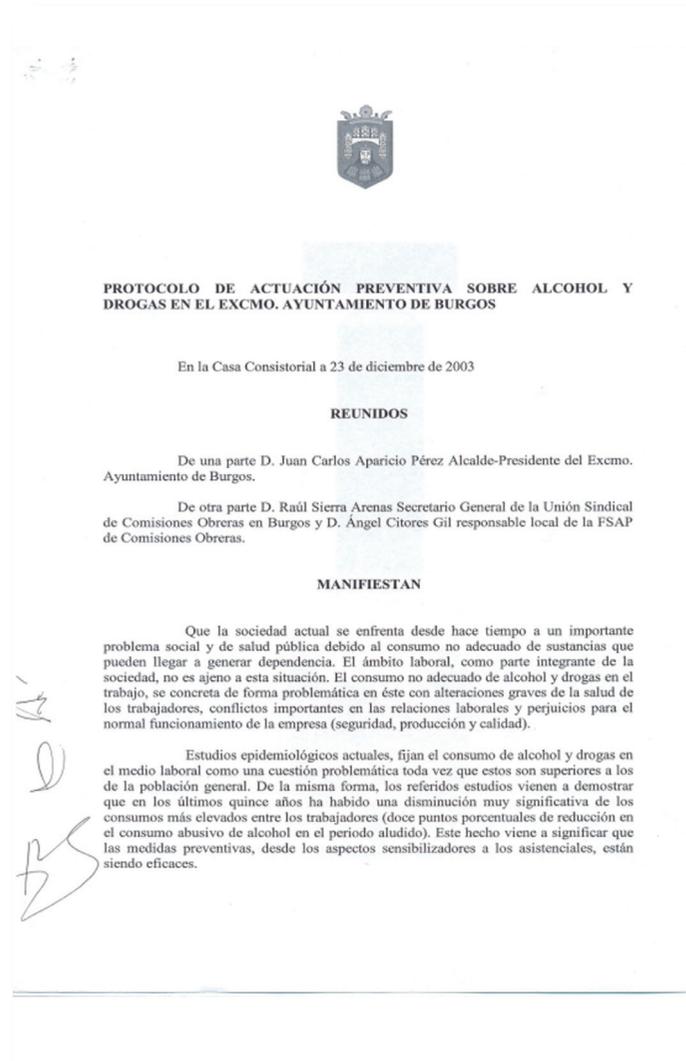
En todos los casos, los trabajadores que inicien un tratamiento serán informados de su situación laboral y darán por escrito su conformidad con el mismo.

En cualquier supuesto, se limitarán a dos el número de tratamientos que

pueden ser solicitados u ofrecidos al trabajador y el proceso a seguir dependerá del tipo de personal de que se trate, según corresponda al descrito en los apartados 1º ó 2º.

La política disciplinaria derivada de conductas laborales será independiente de la posible incorporación del trabajador al Plan de Actuación.

Todas las comunicaciones que se hagan a las dependencias sobre la situación de los trabajadores se formularán, como en el resto de los casos de enfermedad común, en términos de “aptitud”, preservando el derecho a la confidencialidad.



Anexo II



La política actual de prevención en materia de drogodependencias viene avalada por los enunciados de la O.I.T., la Comisión Nacional y Autonómica de Prevención de Drogas en el Ámbito Laboral (configuradas por la Administración competente, C.C.O.O., U.G.T. y C.E.O.E.) así como la experiencia en numerosas empresas. En el ámbito de Castilla y León la Ley 3/1994, de Drogodependencias y la Comisión Autonómica de Prevención.

La realidad de la actividad del Ayuntamiento de Burgos, su trascendencia económica y social, así como los niveles de salud y calidad que se han de alcanzar, sugieren que, teniendo en cuenta lo que antecede se dé tratamiento preventivo a los consumos de alcohol y drogas, sirviendo esta propuesta para desarrollar la Normativa en materia de protección de la salud (derecho a la salud, participación y representación de los trabajadores,...), asistencia y protección social.

ACUERDAN

PRIMERO.- Que las actuaciones que se proponen se materialicen mediante proceso de negociación y acuerdo y se plasmen por escrito. Vincularán a todos los niveles del Ayuntamiento, pretenden objetivos de salud y seguridad y se darán con la participación y cooperación de la Dirección, los sindicatos y los trabajadores. Las acciones a establecer estarán protocolizadas e irán dirigidas a reducir las causas y consecuencias del consumo de alcohol y drogas en el Ayuntamiento, tanto desde un punto de vista preventivo como de apoyo asistencial y reinsertador:

- Promocionando la salud y seguridad por medio de la prevención del consumo de alcohol y las drogas.
- Fomentando la colaboración y responsabilidad de todo el colectivo laboral en el cumplimiento de esta actuación preventiva.
- Proporcionando información y apoyo al tratamiento a los trabajadores con problemas.
- Previendo y reduciendo la accidentalidad laboral y el absentismo.
- Mejorando la productividad, calidad del trabajo y las relaciones laborales.

SEGUNDO.- Desarrollo:

- Prevención

Basada en medidas que fomenten la calidad de vida a través de la promoción de la salud. Se trata de anticiparse a la posible aparición del



problema, estimulando el autocontrol individual y colectivo en relación al alcohol y las drogas. Las medidas a desarrollar serán las siguientes:

1. Sensibilización. Mediante información a través de folletos, artículos, etc.
2. Formación. Capacitando a los mediadores naturales: mandos, representantes sindicales, Trabajadores en general.
3. Participación. A través de actos públicos, encuentros, etc.
4. Otras medidas. Fomento de la salud mediante la vigilancia de la salud de carácter preventivo y asesoramiento sobre estos temas. Mejora de las condiciones de trabajo y calidad de vida así como el fomento de las actividades de tiempo libre-deportivas, culturales, recreativas, ...

Para una mayor eficacia se podrá crear una Comisión de Seguimiento compuesta por profesionales de la salud del Servicio de Prevención del Ayuntamiento, representantes de la Dirección y por representantes sindicales.

El soporte básico estará constituido por la Comisión de Seguimiento y el Servicio de Prevención. Igualmente se contará con los recursos Institucionales específicos (Plan Municipal sobre Drogas) y los recursos especializados en salud laboral y drogodependencias de Comisiones Obreras.

- Atención y reinsertación laboral

La finalidad principal es proporcionar apoyo, información, asesoramiento y orientación hacia el tratamiento especializado, intentando solucionar los problemas asociados al consumo de alcohol y/o drogas. Se trata de lograr un adecuado estado de salud que facilite la integración sociolaboral. Para conseguir tales fines se desarrollarán las siguientes medidas:

1. Detección y canalización de demandas de atención.
2. Información, asesoramiento y evaluación de las demandas.
3. Canalización y derivación a centros especializados.
4. Seguimiento del proceso del tratamiento.
5. Seguimiento del proceso de reinsertación laboral.

Para la consecución de los fines propuestos se contará con el Comité de Seguridad y Salud, Servicio de Prevención y con los recursos asistenciales públicos.

El proceso de atención se adaptará a cada persona y se basará en criterios de confidencialidad y voluntariedad. No tendrá características disciplinarias en ningún caso.

Los trabajadores que inicien un tratamiento serán informados de su situación laboral. Todas las comunicaciones que se hagan sobre la situación



de los trabajadores se harán como en el caso de enfermedad, es decir en términos de aptitud, preservando el derecho a la confidencialidad.

En relación al conjunto de la propuesta la Comisión de Seguimiento evaluará las actividades, procesos y resultados alcanzados una vez al año, con el propósito de valorar la actuación y ajustar ésta a los cambios que se pudieran producir redactando anualmente un informe-memoria.

EL ALCALDE

D. Juan Carlos Aparicio Pérez

EL SECRETARIO GRAL. DE LA UNIÓN
SINDICAL DE CCOO DE BURGOS

D. Raúl Sierra Arenas

EL RESPONSABLE LOCAL
DE LA FSAP DE CCOO

D. Ángel Citores Gil

Como documentación complementaria detallamos en este anexo el resumen de un documento de la OIT que dentro de su repertorio de Recomendaciones Prácticas redactó para el Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de Trabajo. De la misma manera incorporamos el extracto de un artículo sobre controles de consumo de drogas publicado en "Revista de Trabajo". OIT. Septiembre.2006.



Organización
Internacional
Del Trabajo

Anexo II

Resumen del documento: tratamiento de cuestiones Relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo (oit), 1996

Repertorio de Recomendaciones
Prácticas de la OIT

1. Disposiciones generales

1.1. Objetivo

1.1.1. Este repertorio tiene como objetivo promover la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas vinculados al consumo de alcohol y de drogas que se plantean en el lugar de trabajo. Las recomendaciones prácticas enunciadas presentan orientaciones para:

a) proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores;

- b) prevenir los accidentes;
- c) aumentar la productividad y eficacia en las empresas;
- d) promover la actuación local, regional y nacional para reducir el abuso de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo;
- e) iniciar y apoyar programas en los lugares de trabajo para asistir a quienes experimentan problemas relacionados con el alcohol o las drogas y para determinar las condiciones de trabajo que exponen a los trabajadores a un riesgo más elevado de tener estos problemas;
- f) establecer un marco administrativo, jurídico y educativo que permita concebir y aplicar medidas preventivas y de tratamiento en relación con los problemas de alcohol y drogas, sin olvidar las disposiciones para proteger la confidencialidad a la

que tienen derecho los trabajadores, así como su intimidad y su dignidad;

- g) promover la consulta y la cooperación entre los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y sus representantes, asesorados por el personal de seguridad, el personal de salud del trabajo y los especialistas en problemas de alcohol y drogas.

1.2. Aplicación y usos

1.2.1. El repertorio se aplica a todos los tipos de empleos públicos y privados.

1.2.2. Las disposiciones de este repertorio deberían considerarse como recomendaciones básicas y orientaciones prácticas para prevenir, reducir y tratar los problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de

trabajo. Sin embargo, conviene que tanto las normas o reglamentos nacionales e internacionales como los convenios colectivos que ofrezcan una mayor protección tengan preferencia sobre las disposiciones de este repertorio.

2. Obligaciones, derechos y responsabilidades generales

2.1. Obligaciones generales de las autoridades competentes

2.1.1. La legislación y la política nacionales relativas a la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo deberían establecerse tras consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas y

con expertos.

2.1.2. La autoridad competente debería acopiar, mantener al día y publicar estadísticas de los accidentes en los que se haya determinado que el consumo de alcohol o de drogas ha sido uno de los factores.

2.1.3. Basándose en las conclusiones de las investigaciones y en los datos estadísticos sobre los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, la autoridad competente debería adoptar las medidas siguientes para prevenir, reducir y tratar más eficazmente estos problemas en el futuro:

a) formular recomendaciones apropiadas para introducir cambios en la estructura normativa; b) ofrecer información y asesoramiento técnico a las diversas empresas sobre la manera de tratar estos problemas;

c) preparar monografías y otras publicaciones sobre la manera de prevenir los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de drogas lícitas o ilícitas en las diversas industrias, ramas de actividad, estructuras de producción y categorías de ocupaciones expuestas particularmente a este riesgo.

2.1.4. En los reglamentos y las leyes elaborados por las autoridades competentes los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas deberían considerarse como problemas de salud y, por consiguiente, tratarse, sin discriminación alguna, como cualquier otro problema de salud en el trabajo y quedar dentro del alcance de los servicios de salud (públicos o privados), según corresponda y sea factible. Los servicios de asistencia, tratamiento y

Anexo II

rehabilitación constituyen elementos importantes en este ámbito.

2.1.5. La autoridad competente debería velar por que se cumplan la legislación y los reglamentos aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo por medio, por ejemplo, de inspecciones en el mismo, y adoptar medidas apropiadas para cerciorarse de que se apliquen esas leyes y reglamentos.

2.1.6. La autoridad competente debería facilitar información y asesoramiento técnicos a los empleadores y a los trabajadores respecto de los medios más eficaces para cumplir con las leyes y reglamentos aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

2.2. Obligaciones y derechos generales de los empleadores

2.2.1. De conformidad con la legislación y los reglamentos en vigor, los empleadores deberían garantizar buenas condiciones de seguridad y de salud en el lugar de trabajo y adoptar medidas apropiadas, incluida una política global en materia de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, para prevenir los accidentes y proteger la salud de los trabajadores.

2.2.2. Los empleadores también deberían respetar estrictamente las leyes y reglamentos, además de los relativos a la seguridad y salud en el trabajo, aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

2.2.3. Los empleadores deberían proceder de acuerdo con buenas prácticas administrativas, adoptar prácticas de empleo equitativas, organizar el trabajo de manera satisfactoria y obrar constantemente

para crear un medio ambiente de trabajo que no cause estrés, ni exija esfuerzos físicos o mentales excesivos.

2.2.4. Los empleadores deberían adoptar medidas como, por ejemplo, la difusión de información, la enseñanza, la formación y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, para eliminar los problemas vinculados al consumo de alcohol o de drogas en el lugar de trabajo.

2.2.5. Los empleadores deberían tener el derecho de adoptar medidas apropiadas respecto de los trabajadores que tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas que afecten o puedan afectar con cierta probabilidad la ejecución de sus tareas.

2.2.6. Los empleadores deberían colaborar con las autoridades si hay suficientes motivos para

sospechar que se están llevando a cabo actividades con drogas ilícitas en el lugar de trabajo. Sin embargo, debería reconocerse que los empleadores no disponen de los medios necesarios para actuar como representantes de la ley y que carecen de formación y calificaciones en la materia. Por consiguiente, si bien los empleadores, al igual que los demás ciudadanos, tienen la obligación de colaborar con las autoridades encargadas de la aplicación de la legislación, no deberían tener la obligación adicional de reemplazarlas ni de adoptar medidas para actuar en nombre de ellas con el fin de que se apliquen las disposiciones de la legislación relativas a las drogas ilícitas.

2.2.7. Los empleadores deberían establecer un sistema para asegurar que se respete el

carácter confidencial de toda la información que les faciliten en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Habría que comunicar a los trabajadores las excepciones a esta regla, debidas a razones jurídicas o de ética profesional.

2.2.8. Al elaborar las directrices y disposiciones aplicables al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, los empleadores deberían efectuar consultas y negociaciones con los trabajadores y sus representantes.

2.2.9. Los empleadores deberían poder consultar a profesionales competentes y utilizar sus servicios para asesorarse acerca de la elaboración y aplicación de políticas en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y deberían respetar la integridad de estos profesionales.

2.3. Obligaciones y derechos generales de los trabajadores y de sus representantes

2.3.1. Los trabajadores y sus representantes deberían respetar todas las leyes y reglamentos vigentes en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

2.3.2. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador para prevenir los accidentes del trabajo debidos al consumo excesivo de alcohol o al abuso de drogas.

2.3.3. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador para mantener la seguridad y salud en el lugar de trabajo y señalar a la atención del empleador las condiciones que en el lugar de trabajo puedan promover, propiciar o redundar en problemas relacionados con el

Anexo II

consumo de alcohol y de drogas, y proponer medidas correctivas.

2.3.4. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar con el empleador en la elaboración de una política en materia de alcohol y de drogas.

2.3.5. Los trabajadores y sus representantes deberían acatar las directivas y los reglamentos establecidos por el empleador en materia de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y participar activamente en la elaboración de esas directivas y reglamentos mediante la consulta y la negociación cuando la ley o los convenios colectivos así lo exijan.

2.3.6. Los trabajadores y sus representantes deberían colaborar y participar en los programas de lucha contra el consumo de alcohol y de drogas que el empleador establezca en beneficio

de los trabajadores, y participar activamente en la elaboración de esos programas mediante la consulta y la negociación, cuando la ley o los convenios colectivos así lo exijan.

2.3.7. Los trabajadores y sus representantes deberían prestar asistencia a las personas que experimentan problemas relacionados con el alcohol y las drogas con el fin de que obtengan la ayuda necesaria para rehabilitarse.

2.3.8. Los trabajadores y sus representantes deberían tener el derecho de que se respete su intimidad y de que toda injerencia en su vida privada, por lo que atañe al consumo de alcohol o de drogas, esté limitada, sea razonable y esté justificada.

2.3.9. Los trabajadores y sus representantes deberían poder

consultar a profesionales competentes y utilizar sus servicios para asesorarse acerca de la elaboración y aplicación de políticas en materia de consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, y deberían respetar la integridad de estos profesionales.

3. Elaboración de una política relativa al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo

3.1. Colaboración entre los copartícipes sociales

3.1.1. En colaboración con los trabajadores y sus representantes, el empleador debería definir por escrito la política de la empresa relativa a los problemas vinculados al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Cuando sea posible,

la elaboración de esta política también debería realizarse en colaboración con el personal médico y otros expertos especializados en problemas relacionados con el alcohol y las drogas.

3.2. Contenido de una política relativa al alcohol y las drogas

3.2.1. Toda política de tratamiento de los problemas vinculados al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo debería comprender información y procedimientos sobre las cuestiones siguientes:

a) disposiciones para reducir el número de problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo mediante la administración apropiada del personal, buenas prácticas de empleo, mejores

condiciones de trabajo, la organización adecuada del trabajo, y consultas entre la dirección y los trabajadores y sus representantes;

b) medidas encaminadas a prohibir o limitar el acceso a las bebidas alcohólicas y a las drogas en el lugar de trabajo;

c) prevención de los problemas vinculados al alcohol y las drogas en el lugar de trabajo mediante programas de información, educación, formación y otras actividades pertinentes;

d) reconocimiento, evaluación y orientación de las personas que tienen problemas relacionados con el alcohol o las drogas;

e) intervención, tratamiento y rehabilitación de las personas que tienen problemas relacionados con el alcohol o las drogas;

f) normas de conducta en el lugar de trabajo referidas al alcohol y

las drogas, cuya violación podrían entrañar medidas disciplinarias, incluido el despido;

g) política de igualdad de oportunidades de empleo para las personas que tienen o han tenido problemas vinculados con el alcohol o las drogas, de conformidad con la legislación y las normas nacionales.

3.3. Evaluación

3.3.1. Los empleadores y los

trabajadores y sus representantes deberían evaluar conjuntamente los efectos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo. Los siguientes indicadores, entre otros, deberían ser útiles para evaluar la índole y magnitud del problema en una empresa determinada:

a) las encuestas relativas a los

Anexo II

- índices predominantes de consumo en el nivel nacional o local;
- b) las encuestas llevadas a cabo en empresas similares;
 - c) el absentismo calculado en función de la incidencia de las ausencias no autorizadas y de las llegadas imputables;
 - d) el recurso a las licencias por enfermedad;
 - e) la tasa de accidentes;
 - f) los movimientos de personal;
 - g) el consumo de bebidas alcohólicas en la cantina, la cafetería o el comedor de la empresa;
 - h) las opiniones de los mandos intermedios y del personal de dirección, de los trabajadores y sus representantes, del personal de seguridad y del personal de los servicios de salud en el trabajo.

3.3.2. Aunque esos indicadores sólo pueden dar una idea aproximada de la magnitud de los problemas colectivos relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, deberían resultar útiles para determinar las necesidades de la empresa, los grupos de destinatarios y los órdenes de prioridad en la organización de programas de prevención y asistencia (en el anexo I se presentan los elementos constitutivos de un programa para tratamiento de problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo).

4. Disposiciones para reducir los problemas relacionados con el alcohol y las drogas mediante prácticas satisfactorias de empleo

4.1. Identificación de los problemas que plantea el medio ambiente de trabajo

4.1.1. Cuando haya indicaciones de que existen condiciones de trabajo que pueden influir en los problemas de alcohol o de drogas, los empleadores, en colaboración con los trabajadores y sus representantes, deberían adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar y adoptar medidas de prevención o corrección.

4.2. Prácticas empresariales

4.2.1. Los empleadores no deberían prestar ningún respaldo, ni oficial ni oficioso, a los comportamientos que inciten, fomenten o faciliten de alguna manera el consumo excesivo de

alcohol y el abuso de drogas dentro del establecimiento.

4.2.2. Los trabajadores y sus representantes no deberían prestar ningún respaldo, ni oficial ni oficioso, a los comportamientos que inciten, fomenten o faciliten de alguna manera el consumo excesivo de alcohol y el abuso de drogas dentro del establecimiento.

4.3. Colocación de los trabajadores rehabilitados

4.3.1. Cuando un trabajador dé a conocer voluntariamente al empleador los problemas que tuvo en relación con el alcohol o las drogas, este último debería abstenerse, en la medida de lo posible, de exponer a la persona rehabilitada a situaciones de trabajo análogas a las pudieron haber motivado, en el pasado, esos problemas.

5. Restricciones en materia de alcohol y de drogas licitas o ilícitas en el lugar de trabajo

5.1. Alcohol

5.1.1. Después de haber consultado con los trabajadores y sus representantes, el empleador o las personas responsables deberían examinar la conveniencia de limitar o prohibir la posesión, el consumo o la venta de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo, incluso en la cantina, la cafetería o el comedor de la empresa.

5.1.2. Después de haber consultado con los trabajadores y sus representantes, el empleador debería examinar la conveniencia de suprimir el alcohol como partida de gastos reembolsables o de limitar este gasto para situaciones bien

definidas y dentro de estrictos límites de consumo.

5.1.3. Para evitar toda ambigüedad e incertidumbre en su política, el empleador debería aplicar idénticas restricciones o prohibiciones en materia de alcohol tanto al personal de dirección como a los trabajadores.

Las restricciones y prohibiciones a las que se hace referencia en el párrafo anterior pueden presentar amplias variaciones según la índole del trabajo y las circunstancias nacionales, culturales y sociales.

5.2. Disponibilidad de bebidas sin alcohol

5.2.1. El empleador debería velar por que haya bebidas sin alcohol incluida el agua, en los lugares de la empresa en que se autoriza el consumo de alcohol.

Anexo II

5.3. Drogas lícitas

5.3.1. Cuando el uso de medicamentos pueda llevar aparejado un importante menoscabo de las capacidades, el interesado debería consultar a un especialista en medicina del trabajo y avisar a sus superiores con la suficiente antelación, de conformidad con los procedimientos normales de ausencias por enfermedad. Corresponde a un especialista en medicina del trabajo evaluar entonces la aptitud del trabajador para desempeñar su trabajo y definir las restricciones que se hagan necesarias.

5.3.2. En los países en que determinadas sustancias hayan sido declaradas lícitas, su consumo por lo que se refiere al lugar de trabajo se regirá por la legislación y las normas del país.

5.4. Drogas ilícitas

5.4.1. En los países en que determinadas sustancias hayan sido declaradas ilícitas, su consumo por lo que se refiere al lugar de trabajo se regirá por la legislación y las normas del país.

5.5. Remuneración en especie

5.5.1. Debería prohibirse al empleador que remunere a los trabajadores con bebidas alcohólicas o con drogas.

6. Prevención mediante programas de información, instrucción y capacitación

6.1. Efectos del alcohol y de las drogas

6.1.1. Para fomentar la seguridad

y salud en el lugar de trabajo, los empleadores, aisladamente o en colaboración con los trabajadores y con los representantes de éstos, o bien las solas organizaciones de trabajadores, deberían llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas. Tales programas deberían estar destinados a todos los trabajadores y contener informaciones sobre los efectos físicos y psicológicos del consumo de alcohol y de drogas (véase el anexo III).

6.2. Informaciones sobre el medio ambiente de trabajo

6.2.1. Los programas de información, instrucción y capacitación sobre el consumo de alcohol y de drogas deberían contener las informaciones

siguientes respecto del medio ambiente de trabajo y estar destinados a todos los trabajadores:

- a) leyes y reglamentos que se refieran al alcohol y las drogas, de aplicación general, o de aplicación específica al lugar de trabajo;
- b) informaciones sobre problemas relacionados con el alcohol y las drogas, con la condición, sin embargo, de que se respete la confidencialidad;
- c) las medidas propuestas para prevenir esos problemas;
- d) los servicios disponibles para ayudar a los trabajadores con problemas de alcohol o de drogas, tanto en el establecimiento como fuera de él, en particular los servicios de evaluación y orientación, los programas de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación, y

la indicación de la cobertura eventual de tales servicios por el seguro de enfermedad.

6.3. Formación para mandos intermedios y de dirección

6.3.1. Además de participar en

los programas de información, instrucción y capacitación destinados a todos los trabajadores, los mandos intermedios y de dirección deberían recibir una formación complementaria con miras a:

- a) identificar los cambios de rendimientos y de comportamientos en el lugar de trabajo que pueden indicar la utilidad de recurrir a los servicios de un PAE o de un profesional de la salud y dar informaciones sobre estos servicios a los trabajadores;
- b) explicar la política de la

empresa en materia de alcohol y de drogas, y contestar las preguntas sobre esa política;

- c) atender las necesidades del trabajador que está rehabilitándose y supervisar su comportamiento cuando se reintegra en el trabajo;
- d) evaluar el medio ambiente de trabajo e identificar los métodos y las condiciones de trabajo que podrían modificarse o mejorarse para prevenir, reducir o mejorar el tratamiento de los problemas vinculados al alcohol y las drogas.

6.4. Formación para los representantes de los trabajadores

6.4.1. Además de conocer

los programas de información, instrucción y capacitación

Anexo II

destinados a todos los trabajadores, los representantes de los mismos deberían recibir una formación complementaria o se les debería facilitar la posibilidad de recibirla con miras a:

- a) remitir a los trabajadores que necesiten ayuda a un especialista de asistencia, que pueda identificar los indicios y síntomas de problemas relacionados con el alcohol y las drogas;
- b) evaluar el medio ambiente de trabajo e identificar los métodos o condiciones de trabajo que podrían modificarse o mejorarse para prevenir, reducir o mejorar el tratamiento de los problemas vinculados al alcohol y las drogas;
- c) explicar la política de la empresa en materia de alcohol y de drogas, y contestar las preguntas sobre esa política;

d) atender las necesidades del trabajador que está rehabilitándose, cuando se reintegra en el trabajo.

6.5. Integración de programas

6.5.1. En la medida de lo posible, los programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas deberían integrarse en programas de salud más amplios. (véase el anexo IV del documento íntegro)¹⁸

7. Identificación

7.1. Diferentes tipos de identificación

7.1.1. Hay tres niveles en que puede efectuarse la identificación de los trabajadores que experimentan

problemas relacionados con el alcohol o las drogas:

- a) la autoevaluación del trabajador, sensibilizado por programas de información, instrucción y capacitación;
- b) la identificación oficiosa hecha por amigos, familiares o colegas del trabajador que experimenta aparentemente ese tipo de problemas y a quien le proponen busque ayuda;
- c) la identificación oficial hecha por el empleador, que puede comprender los análisis.

7.2. Análisis

7.2.1. Los análisis para detectar eventuales problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el ámbito del trabajo plantean

18. *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1996.*

problemas fundamentales de orden moral, ético y jurídico; de ahí que haya que decidir si es justo y apropiado realizarlos.

7.2.2. Los análisis deberían realizarse de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, que pueden variar muchísimo de un Estado miembro a otro.

7.2.3. Un ejemplo de las consideraciones que deberían tenerse presente por lo que se refiere a los análisis de alcohol y drogas se encuentra en el anexo V: “Principios rectores para las pruebas destinadas a detectar el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo”, adoptados en mayo de 1993 por la Reunión tripartita de expertos sobre las pruebas para detectar el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, de la OIT.

8. Programas de asistencia, tratamiento y rehabilitación

8.1. Problemas de salud relacionados con el alcohol y las drogas.

8.1.1. Los trabajadores que experimentan problemas relacionados con el alcohol o las drogas deberían recibir el mismo trato que los trabajadores que tienen otros problemas de salud; por ejemplo, en términos de beneficios, licencia remunerada por enfermedad, vacaciones anuales pagadas, licencia sin goce de sueldo y prestaciones del seguro de enfermedad, de conformidad con la legislación y las normas nacionales o con los acuerdos negociados colectivamente.

8.2. Seguridad en el empleo y ascensos.

8.2.1. Los trabajadores que quieran recibir tratamiento y rehabilitación para sus problemas relacionados con el alcohol o las drogas no deberían ser objeto de discriminación por parte del empleador y deberían gozar de la seguridad del empleo usual y de las oportunidades de traslado y ascenso profesional.

8.2.2. Puede justificarse que se hagan excepciones al principio de igualdad de trato en materia de seguridad del empleo y de ascensos en los casos en que los trabajadores que hayan comunicado a su empleador que experimentan problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas ya no son aptos, según dictamen del servicio de salud en el trabajo,

Anexo II

para desempeñar ciertas tareas. En tales circunstancias, sin embargo, el empleador debería ayudar al trabajador a recurrir al asesoramiento, al tratamiento y a la rehabilitación necesaria.

8.3. Coordinación de la asistencia a los trabajadores.

8.3.1. La coordinación de la asistencia que presten los empleadores a los trabajadores que experimentan problemas relacionados con el alcohol o las drogas variará según el tamaño y la índole de la empresa, la legislación y los sistemas de asistencia médica y seguridad social del país.

8.3.2. Cuando se trate de empresas pequeñas, muchas de las cuales no cuentan con una unidad especial de atención de la salud, y algunas de las cuales

tampoco tienen una estructura organizada para la representación de los trabajadores, convendría que los empleadores examinaran la adopción de las medidas siguientes:

- a) localizar en la comunidad a las personas y los servicios especializados en el asesoramiento, el tratamiento y la rehabilitación de las personas que experimentan problemas relacionados con el alcohol o las drogas e indicar al trabajador que se dirija a los mismos para obtener esa asistencia profesional;
- b) identificar en la comunidad las organizaciones, incluidas las de carácter médico y no médico, así como las de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos y Drogadictos Anónimos, que son capaces de ayudar a los trabajadores a resolver los

problemas relacionados con el alcohol o las drogas, y remitir al trabajador a ellas;

- c) sugerir al trabajador interesado que consulte a su médico de cabecera para que éste realice una primera evaluación y prescriba un tratamiento inicial, o bien, cuando el trabajador no tenga un médico de cabecera, ayudarlo a encontrar un médico al que pueda consultar.

8.3.3. En las empresas que cuenten con servicios de seguridad y de salud en el trabajo o que puedan recurrir a ellos, los empleadores deberían remitir a los trabajadores que experimentan problemas relacionados con el alcohol o las drogas a esos servicios con fines de evaluación, asesoramiento inicial, tratamiento y rehabilitación, siempre y cuando el personal de los servicios de salud de la empresa

tenga la competencia para ello; de no tenerla, el empleador debería remitir a los trabajadores a un servicio externo a la empresa para obtener la asistencia en materia de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación.

8.3.4. Tal vez algunos empleadores quieran examinar la posibilidad de establecer un programa de asistencia a los empleados (PAE) para aplicarlo en forma conjunta con los trabajadores y/o sus representantes. Esos programas suponen un gasto que difícilmente pueden sufragar los establecimientos pequeños; no obstante, hay la posibilidad de que varios empleadores los costeen conjuntamente o bien de que recurran a los servicios de una empresa independiente.

8.3.5. Puede ocurrir también que los trabajadores y sus

representantes deseen organizar sus propios programas de asistencia sin el empleador, particularmente cuando tales programas pueden beneficiar también a otros trabajadores de la misma categoría profesional o de una categoría similar que estén al servicio de empleadores diversos; a esos programas se los denomina a veces como de asistencia mutua.

8.3.6. Aunque los programas de asistencia a los empleados pueden organizarse de diversas formas y ofrecer distintos servicios, prestan asistencia de carácter confidencial a los trabajadores, y con frecuencia también a sus familiares, para ayudarlos a superar tanto los problemas relacionados con el alcohol o las drogas, como otros problemas que trastornan la vida personal, entre ellos, los conyugales y familiares, los estados

de depresión, ansiedad y estrés, los apuros económicos y las dificultades jurídicas.

8.3.7. No incumbe a los PAE la tarea de determinar la aptitud para el trabajo de una persona (que es una de las principales funciones de los servicios de salud en el trabajo), sino la de proporcionar una asistencia de carácter confidencial a los trabajadores, y con frecuencia también a sus familiares, en una entidad neutral. De ahí que funcionen a veces en locales situados fuera del lugar de trabajo con el fin de destacar su carácter confidencial.

Asimismo, suelen dar publicidad a sus actividades para conocimiento de los trabajadores, y en algunos casos organizan además campañas de información, instrucción y formación en provecho de los trabajadores,

Anexo II

de los mandos intermedios y del personal de dirección.

8.3.8. Cabe organizar los PAE de modo tal que sirvan esencialmente como un punto de partida para la evaluación inicial y el envío de los interesados a los servicios de salud de la comunidad, ya se trate de médicos, de especialistas en asesoramiento, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de alcohol o de drogas, de organizaciones comunitarias y de asociaciones de autoayuda. Ahora bien, algunos PAE contratan personal calificado para prestar servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación, lo cual no obsta para que recurran a la ayuda de instituciones o profesionales externos cada vez que es necesario.

8.3.9. Los programas de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación deberían adaptarse a las necesidades individuales del interesado.

8.4. Reintegración

8.4.1. En los programas de rehabilitación se podría prever, tras el tratamiento en una institución asistencial, un período de asistencia postinstitucional que puede revestir una importancia decisiva en el proceso global de asistencia.

8.4.2. Si un profesional habilitado opina que un trabajador está sometiéndose con buenos resultados a un tratamiento o que lo ha completado, debería ofrecérsele a éste, en la medida de lo posible, la oportunidad de ser trasladado o de recibir una readaptación profesional cuando no corresponda que regrese

al puesto que ocupaba anteriormente.

8.4.3. Durante el período de reintegración de un trabajador, recomendado por el personal de los servicios de salud, el empleador debería ayudar al trabajador a readaptarse a su medio de trabajo.

8.5. Negociación colectiva para el tratamiento y la rehabilitación

8.5.1. En la medida en que la asistencia de salud financiada por el Estado no costea el tratamiento de problemas de alcohol o de drogas, ni tampoco lo hacen el seguro de enfermedad pagado con contribuciones del empleador, ni los pagos directos que abona el empleador, convendría que los trabajadores y sus representantes previeran negociaciones acerca de las prestaciones relativas a los tratamientos y la rehabilitación.

8.6. Cuestiones relativas a la intimidad y la confidencialidad

8.6.1. El personal de los servicios de salud de la empresa debería respetar el carácter confidencial que deben tener todas las informaciones médicas, psicológicas y de asesoramiento de los trabajadores, y no comunicar al empleador ningún dato concerniente al estado de salud, el diagnóstico o el tratamiento de las personas que recurren a sus servicios. No obstante, dicho personal debería estar autorizado a comunicar al empleador si un trabajador está en condiciones o no de desempeñar su trabajo, o si tiene limitaciones al respecto, así como la duración de un eventual período de incapacidad por motivos de salud que afecten la aptitud del trabajador para desempeñar sus tareas.

8.6.2. Cualquier dato o informe

relativos a problemas relacionados con el alcohol o las drogas que el trabajador interesado proporcione voluntariamente al empleador deberían ser tratados por este último como cualquier otra información confidencial concerniente a la salud del trabajador. Esos datos no deben incluirse en el expediente personal del trabajador y deben archivarlos por separado.

8.6.3. Por razones prácticas, puede ser conveniente que el trabajador informe a su superior inmediato cuando tenga que someterse a un tratamiento que requiere hospitalización o a un tratamiento ambulatorio. En esos casos, el conocimiento de la situación por parte del superior debería facilitar su comprensión de las razones que motivan la ausencia del trabajador y debería tenerlo en cuenta y ayudarlo durante su reintegración.

9. Intervención y medidas disciplinarias

9.1. Preferencia por el tratamiento en vez de las medidas disciplinarias

9.1.1. El empleador debería considerar los problemas de alcohol o de drogas como un problema de salud. En tales casos, el empleador debería normalmente ofrecer servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación a los trabajadores, antes de considerar la aplicación de medidas disciplinarias.

9.2. Papel del empleador en relación con la aplicación de medidas disciplinarias

9.2.1. Debería reconocerse que el empleador tiene autoridad para sancionar a los trabajadores cuya

Anexo II

conducta profesional sea impropia como consecuencia de problemas relacionados con el alcohol o las drogas. Sin embargo, es preferible que los remitan a los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias.

Si un trabajador no colabora plenamente con el tratamiento, el empleador podrá tomar las medidas disciplinarias que considere oportunas.

9.3. Elaboración y notificación de normas disciplinarias

9.3.1. De conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, el empleador, en consulta y en colaboración con los trabajadores y sus representantes, debería elaborar normas disciplinarias respecto del alcohol y de las drogas. Tales

normas deberían comunicarse a los trabajadores con el fin de que éstos sepan claramente cuáles son las prohibiciones y cuáles son las sanciones que podrían aplicarse en caso de infracción.

9.3.2. Los programas de información, educación y formación relativos al alcohol y las drogas deberían comprender disposiciones laborales en donde se especifiquen las circunstancias que podrían dar lugar a medidas disciplinarias, incluido el despido, de resultas de problemas relacionados con el alcohol o las drogas.

Extracto del Artículo de la Revista de Trabajo publicado por la OIT en Septiembre 2006 sobre controles de consumo de drogas en el lugar de trabajo (CDLT).

¿Controlar o no controlar?

En los últimos años, las circunstancias han provocado un creciente interés en todo el mundo por los CDLT. Tal proceso ha culminado en la promulgación de nuevas leyes en algunos países, un incremento de las pruebas sobre consumo de drogas en todo el mundo, y un llamamiento claro y firme por parte de los empleadores a favor de la adopción de directrices más explícitas respecto al modo de abordar eficazmente la cuestión.

No obstante, el debate pone sobre la mesa un gran número de argumentos éticos sensibles. Los detractores de los CDLT argumentan que el proceso de comprobación supone una invasión injustificada de la vida privada y la

integridad física de las personas. Para contrarrestar tal argumento, en algunas leyes se ha estipulado que los CDLT sólo puedan efectuarse con el consentimiento de aquéllos que vayan a someterse a las pruebas. Los detractores de los CDLT responden a esto que el “libre consentimiento” puede resultar imposible de obtener si los empleados temen las consecuencias de negarse a realizar los controles. Asimismo, otros argumentan que los empleados que rechazan someterse a una prueba de consumo de droga podrían levantar sospechas, sin querer, de que tienen algo que ocultar.

La negativa a cumplir un requisito relativo al CDLT incluido en un contrato de trabajo puede interpretarse como una violación disciplinaria en el Reino Unido,

mientras que, en otros países europeos como Bélgica y Finlandia, se considera que derechos fundamentales como el derecho a la intimidad son indivisibles y, por tanto, una persona no puede consentir en su renuncia. En 2001, Finlandia promulgó una nueva ley destinada a legalizar los controles del consumo de drogas en el lugar de trabajo.

A pesar de la controversia suscitada, en especial respecto a los controles de consumo aleatorios, los laboratorios que las llevan a cabo en Irlanda, Países Bajos, Noruega y el Reino Unido manifiestan que se ha producido un aumento de la demanda. En Francia, Noruega y Países Bajos, sólo los trabajadores en puestos importantes en materia de seguridad “tradicionales” deben

someterse a este tipo de controles en alguna de sus formas. En los Países Bajos las pruebas previas a la contratación con fines selectivos son ilegales. En Francia, sólo los médicos de empresa pueden decidir respecto a la realización de las pruebas, no el empleador. Por otro lado, en Finlandia, Francia, Bélgica, Alemania y Austria, el resultado de los controles se comunica al médico de empresa, no al empleador. Al médico de empresa sólo se le permite informar al empleador de la idoneidad o no del candidato para el puesto considerado. Por otra parte, los empleadores del Reino Unido y de Suecia creen que los controles deberían aplicarse a todos los trabajadores y tipos de empleo, con el fin de garantizar la “seguridad de la actividad empresarial” (Ethical issues in workplace drug testing in

Anexo II

Europe, Ginebra, OIT 2003).

A continuación se ofrecen otras estadísticas de todo el mundo sobre esta cuestión:

➤ En torno al 5% de las empresas de Irlanda utiliza alguna forma de comprobación del consumo de drogas por empleados, y en una reciente encuesta se señalaba que, previsiblemente, un 10% de las empresas introduciría los controles en 2005 (Irish Independent, 28 de junio de 2005).

➤ Habitualmente, los empleadores de Nueva Zelanda sólo exigen la realización de CDLT para los puestos de alto riesgo. De acuerdo con el Institute of Environmental Science and Research de Nueva Zelanda, que realiza la mayoría de los controles, se ha pasado de los

3.000 que se efectuaban hace 10 años, a los 28.000 que se prevé que se realicen a lo largo de 2006. En las ocupaciones en sectores como los de la silvicultura, el transporte y el tratamiento de carne y aves de corral, los controles se llevan a cabo para toda la plantilla de las empresas (Dominion Post, 4 de marzo de 2006).

➤ Según un estudio de 2002 llevado a cabo por la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, el 8% de los 755 empleadores encuestados declaró que sus empresas contaban con programas de comprobación del consumo de alcohol o drogas, frente al 1% registrado en 1992 (Calgary Herald, 11 de junio de 2005).

➤ En Estados Unidos, Los CDLT han aumentado en más de un

1.200% desde 1987, fecha en la que se promulgó la Ley federal para un lugar de trabajo libre de drogas, según señala la American Management Association. La Ley exige que las empresas que obtienen contratos o subvenciones federales cuenten con lugares de trabajo libres de drogas, y anima a los empleadores a formular políticas en materia de abuso de tales sustancias, y a impartir formación al respecto en el lugar de trabajo (Personnel Today, 25 de enero de 2006).

¿Tolerancia cero, o cultura de tolerancia?

La política de la OIT en la última década se ha centrado en un cambio hacia la prevención del abuso de sustancias en el lugar de trabajo, y contempla la definición

de los problemas relacionados con el consumo de drogas y de alcohol como problemas de salud que deben tratarse del mismo modo que otras cuestiones de índole sanitaria. Con todo, algunas políticas de empresa se apartan de la visión nacional sobre el tema en sus respectivos países. Aunque la dependencia de las drogas en Canadá se considera una discapacidad y, por tanto, los que la padecen deben tener cabida en los lugares de trabajo, muchos empleadores canadienses adoptan un enfoque de tolerancia cero, en lugar de afrontar la carga de las pérdidas de la productividad y el aumento de los costes de rehabilitación (OS&H Canada, 1 de octubre de 2005).

Algunos creen que la adopción de una política de CDLT para

toda la empresa, en lugar de actuar respecto a determinadas personas sobre la base de una sospecha razonable, constituye una solución viable al problema. Por ejemplo, British Airways adoptó recientemente una nueva política de control del consumo de drogas y de alcohol que afecta a la totalidad de su plantilla con base en el Reino Unido, desde los despachadores de equipaje a los directivos. La aerolínea declara que el objetivo de esta nueva política es mejorar la eficacia y la seguridad. Con arreglo a lo dispuesto en dicho instrumento, el nuevo personal puede ser sometido a controles aleatorios en los seis primeros meses de actividad, y lo mismo es aplicable en el caso de los trabajadores que regresan a su puesto después de un período de rehabilitación iniciado por el abuso

de tales sustancias (Personnel Today, 29 de junio de 2004).

Del mismo modo, en Estados Unidos, una sección de la National Electrical Contractors Association (NECA) adoptó un programa de control aleatorio de consumo de drogas dirigido a sus contratistas y a la totalidad de sus empleados, desde los propietarios al personal de oficina. Tales controles aleatorios han constituido un objetivo largamente deseado por los líderes locales, pero, desde el punto de vista político, se trataba de un programa de difícil aplicación. De acuerdo con la NECA, el sector de la construcción en Estados Unidos se sitúa a la cabeza entre las ocupaciones en las que el abuso de este tipo de sustancias representa un problema. Con los controles anuales, los empleados conocen

Anexo II

la fecha exacta de su realización, lo que, obviamente, pone en duda cualquier tipo de resultado. Sin embargo, en el caso de los controles aleatorios, los empleados son advertidos de su realización con tan sólo 8 horas de antelación (Quad City Times, 5 de enero de 2006).

Un laboratorio de pruebas de Adelaida, Australia, que realiza periódicamente análisis de orina a médicos para detectar el consumo de drogas entre estos profesionales, aboga por la obligatoriedad de este tipo de pruebas dirigidas en todos los médicos y pilotos. Sus responsables han tenido la oportunidad de examinar los resultados de las pruebas practicadas a médicos y han observado la presencia de fuertes

analgésicos, petidina, morfina y benzodiacepinas, lo que les ha llevado a actuar. El Ministro de Sanidad espera actualmente un informe sobre la comprobación obligatoria del consumo de drogas aplicada a médicos antes de adoptar una decisión al respecto (Sunday Mail, 22 de enero de 2006).

Cuidado con el “falso positivo”

Supongamos que una persona consiente en someterse a una prueba de consumo de drogas, ya sea de carácter aleatorio o como medio de selección previo a la contratación. El resultado del laboratorio indica la presencia de rastros de heroína, un narcótico altamente adictivo. ¿Qué sucede entonces? A pesar de la primera

conclusión, los expertos señalan que, en realidad, es posible que la persona en cuestión haya ingerido grandes cantidades de semillas de adormidera, y que no haya consumido heroína, ya que ambas sustancias derivan de la adormidera. Por esta razón, la Administración Federal de Estados Unidos ha elevado recientemente el umbral correspondiente a los opiáceos en CDLT a 2.000 nanogramos por mililitro, frente a los 300 nanogramos establecidos anteriormente (New York Times, 11 de enero de 2005).

Del mismo modo, algunas aseguran que el resultado de una prueba de consumo de drogas depende en parte del color del pelo. La prueba basada en el pelo cuenta con el respaldo de algunos empleadores porque permite detectar la

presencia de droga hasta tres meses después de su consumo, mientras que, en los análisis de orina, tal período de comprobación oscila únicamente entre uno y tres días. Sin embargo, diversos estudios han puesto de manifiesto que las personas de pelo oscuro tienen más probabilidades de dar positivo en este tipo de pruebas debido a sus mayores niveles de melanina, que permiten que los compuestos de las drogas se combinen más fácilmente con el cabello (Associated Press, 31 de agosto de 2005). Es necesario validar los resultados de las pruebas y evaluar, con la ayuda de profesionales de la medicina, si los resultados positivos son indicativos de un abuso de sustancias (OH&S Canada, 2005).

Estos ejemplos dan idea del campo de minas potencial al que

se enfrentan los empleadores que deciden aplicar una política de control del consumo de drogas. Sin embargo, resulta evidente que las empresas de todos los sectores desean contar con directrices más claras respecto al modo de abordar con eficacia el abuso de este tipo de sustancias en el lugar de trabajo. Un estudio de Blake Laphorn Linnell sobre empleadores en el Reino Unido realizado en 2004 puso de relieve que casi la mitad de ellos carece de tales políticas de control, pero que tampoco saben por dónde empezar. En torno a dos tercios de los consultados señalaron que el Gobierno debía promulgar legislación sobre el control del consumo de drogas, siempre que se mantenga un equilibrio entre el derecho del empleador a seleccionar trabajadores que no sean consumidores de drogas

ilegales, y el derecho a la intimidad del empleado (Personnel Today, 7 de septiembre de 2004).

Buenas prácticas en el CDLT:

Si los empleadores deciden utilizar este tipo de pruebas, es importante que se utilicen buenas prácticas, como las siguientes:

- Política de control: deberá existir por escrito un documento sobre tal política, cuyo contenido sea conocido por todos los interesados. En la política de control deberán abordarse las cuestiones de prevención, identificación, asesoramiento, tratamiento y rehabilitación, y deberá detallarse en qué momento se emprenderán acciones disciplinarias.

Anexo II

- Confidencialidad: deberá observarse estrictamente.
- Calidad: los métodos de investigación y confirmación deberán basarse en principios de química analítica diferentes, o en separaciones cromáticas distintas (primera prueba de inmunoanálisis, cromatografía de gas confirmador). Las pruebas serán efectuadas por un laboratorio acreditado que utilice directrices de procedimiento aceptadas.
- Consulta: la política de control deberá formularse en consulta con los trabajadores y sus representantes.
- Revisión: los procedimientos deberán someterse a revisiones periódicas con el fin de procurar su constante mejora.
- ¿Qué debe hacer un empresario en vez de aplicar las pruebas, o al aplicarlas? : Disponer de políticas y programas de prevención que sean conformes con el Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT de 1996.

Anexo III Instituciones y recursos sobre drogodependencias

Instituciones

Plan Nacional sobre drogas

El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental creada en el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Según el Real Decreto 200/2012, del 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (BOE del 24 de enero de 2012); la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, con nivel orgánico de dirección general, se integra en la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

➤ El Grupo Interministerial para el Plan Nacional Sobre Drogas, integrado por los Ministros de Sanidad y Política Social, de Asuntos Exteriores y Cooperación, del Ministerio de Interior, de Justicia, de Educación y Ciencia, de Trabajo y Asuntos Sociales y de Administraciones Públicas; el Secretario de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior; los Secretarios de Estado de Hacienda y Presupuestos y de Economía, del Ministerio de Economía y Hacienda; el Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes, del Ministerio de la Presidencia; y el Secretario General de Sanidad, del Ministerio de Sanidad y Consumo. La presidencia corresponde al Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Secretaría del

Grupo Interministerial la ostenta el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (Real Decreto 1116/2006, BOE de 20 de octubre de 2006.)

➤ La relación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas se efectúa a través de:

a) La Comisión Interautonómica, presidida por el Delegado del Gobierno para el PNSD, de la que forman parte los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las directrices emanadas de la misma.

Anexo III

➤ La Comisión Técnica de Valoración de Actuaciones sobre Drogas (ORDEN SCO/2036/2007, BOE del 10 de julio de 2007) órgano colegiado consultivo adscrito a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para el apoyo y asesoramiento técnicos a ésta en el ejercicio de las competencias que le corresponden.

El Real Decreto 200/2012, del 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, regula en detalle, en su artículo 7, las funciones que le corresponden a la Delegación del Gobierno:

1. Corresponde a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las funciones de

dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. En el ámbito de las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la superior dirección del Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, asume el impulso de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños.

En particular, le corresponden las siguientes funciones:

a) Ejercer la secretaría del Grupo Interministerial y de la Conferencia Sectorial del

Plan Nacional sobre Drogas, preparando y coordinando todos los asuntos que hayan de someterse a estos órganos colegiados, velar por la ejecución de todos sus acuerdos, así como ejercer la coordinación en este ámbito entre órganos y unidades de los distintos departamentos ministeriales, de acuerdo con la declaración política aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 1998 y con la Estrategia Europea de Drogas 2013-2020 y los planes de acción que la desarrollan.

b) Impulsar y coordinar las relaciones con las diferentes Administraciones e instituciones tanto públicas como privadas, incluyendo las organizaciones no gubernamentales, que

-
- desarrollen actividades en el ámbito del Plan Nacional sobre Drogas, prestándoles el apoyo técnico necesario.
- c) Elaborar y proponer las Estrategias Nacionales sobre Drogas y Planes de acción que las desarrollen, coordinando con las Administraciones públicas y los agentes sociales la ejecución de las actuaciones y medidas tendentes a la consecución de los objetivos que en ellos se señalen.
- d) Fomentar, analizar, proponer y gestionar, en el ámbito de sus competencias, programas de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito de las drogodependencias, en coordinación con las distintas instituciones que participan en el Plan Nacional sobre Drogas.
- e) Impulsar la participación de las empresas y entidades sociales en las actividades del Plan Nacional sobre Drogas, promoviendo la incorporación de programas sobre drogas y drogodependencias al desarrollo de la responsabilidad social corporativa.
- f) Impulsar y fomentar la formación dirigida a profesionales sanitarios y a otros profesionales en los distintos aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.
- g) Realizar y coordinar en el territorio español actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las comunidades autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus Estatutos de Autonomía.
- h) Fomentar en el ámbito estatal la actividad investigadora en materia de drogas y de drogodependencias y proponer las líneas prioritarias de investigación que se consideren de interés para los objetivos del Plan Nacional sobre Drogas.
- i) Promover sistemas de evaluación de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración

Anexo III

social y aplicar estos sistemas a los programas y a las actividades financiadas con cargo al Plan Nacional sobre Drogas.

- j) Elaborar y dirigir la encuesta estatal sobre el uso de drogas en la enseñanza secundaria y la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España, así como recoger y elaborar la información de los indicadores que componen el Sistema Estatal de la información en drogodependencias.
- k) Dirigir el Centro de Documentación del Plan Nacional sobre Drogas que sirve de referencia documental e informativa en el campo de las adicciones y las drogodependencias.
- l) En colaboración con la Secretaría General Técnica,

coordinar la posición nacional, participando en las reuniones de los organismos internacionales correspondientes, e intervenir en la aplicación de los acuerdos que se deriven de aquéllas y, en especial, de las que se desarrollen en el marco de la cooperación en el seno de la Unión Europea, en materia de drogas, ejerciendo la coordinación general entre las unidades de los distintos departamentos ministeriales que lleven a cabo actuaciones en tales campos, sin perjuicio de las atribuciones que éstos tengan reconocidas y de la unidad de representación y actuación del Estado en el exterior, atribuida al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

- m) Servir como órgano estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el ejercicio por éste de las competencias que tiene reconocidas en la normativa comunitaria.
- n) Gestionar y administrar todos los aspectos relacionados con los recursos humanos, económicos y técnicos de la Delegación del Gobierno, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos superiores u órganos directivos del Departamento.
- ñ) Gdministrar, gestionar y enajenar, bajo la dirección y supervisión de la mesa de coordinación de adjudicaciones, los bienes integrados en el Fondo de bienes decomisados por

tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, regulado por la Ley 17/2003, de 29 de mayo, y prestar apoyo técnico y material a dicha mesa.

- o) Colaborar con los órganos judiciales competentes en la enajenación anticipada de los bienes de lícito comercio aprehendidos o incautados por la comisión de cualquiera de los delitos referidos en el artículo 1 de la Ley 17/2003, de 29 de mayo.
- p) Colaborar con los órganos judiciales competentes en la enajenación anticipada de los bienes de lícito comercio aprehendidos o incautados por la comisión de cualquiera de los delitos referidos en el artículo 1 de la Ley 17/2003, de 29 de mayo. Administrar, gestionar y enajenar, bajo la

dirección y supervisión de la mesa de coordinación de adjudicaciones, los bienes integrados en el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, regulado por la Ley 17/2003, de 29 de mayo, y prestar apoyo técnico y material a dicha mesa. Asimismo le corresponde colaborar con los órganos judiciales competentes en la enajenación anticipada de los bienes de lícito comercio aprehendidos o incautados por la comisión de cualquiera de los delitos referidos en el artículo 1 de la Ley 17/2003, de 29 de mayo.

3. Dependerán directamente del Delegado de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

las siguientes subdirecciones generales tres subdirecciones:

Información, Relaciones institucionales y Gestión:

- a) La Subdirección General de Información, Estudios y Coordinación de Programas de Prevención, Asistencia y Reinserción, que desarrollará las funciones detalladas en los párrafos d) a k) del apartado anterior.
- b) La Subdirección General de Relaciones Institucionales, que desarrollará las funciones detalladas en los párrafos l) y m) del apartado anterior.
- c) La Subdirección General de Gestión, que desarrollará las funciones detalladas en los párrafos n) a o) del apartado anterior.

Anexo III

4. Se adscriben al Ministerio de Sanidad, **Servicios Sociales e Igualdad**, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los siguientes órganos colegiados:

- a) El Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías, que tendrá la organización y funciones que se determinen.
- b) La Mesa de Coordinación de Adjudicaciones, con las competencias establecidas en la normativa específica reguladora del Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.
- c) La Comisión Técnica de valoración de actuaciones sobre drogas, regulada por la Orden SCO/2036/2007, de 3 de julio.

En la ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa, se publica en su artículo 20 la creación del Consejo Español de Drogodependencias y otras adicciones (en la actualidad no se ha puesto todavía en funcionamiento) como órgano colegiado de consulta y asesoramiento, de los previstos en el artículo 40.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Planes autonómicos sobre drogas

Los Planes Autonómicos sobre

Drogas son estructuras institucionales que coordinan las intervenciones en drogodependencias de las distintas autonomías en sus aspectos preventivos, asistenciales y de reinserción, con características propias en cada Comunidad Autónoma.

Tiene como finalidad orientar las actuaciones que en materia de drogodependencias se lleven a cabo en las Comunidades Autónomas y servir de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y Organismos no Gubernamentales con ámbito de actuación en las comunidades autónomas.

El conjunto de medidas y actuaciones que se desarrollan en los Planes Autonómicos sobre Drogas se encaminan fundamentalmente

a la mejora de la salud de los ciudadanos, a la reducción de los riesgos asociados al consumo de sustancias y a la prevención de las drogodependencias, así como a potenciar y coordinar las políticas que en materia de drogas se llevan a cabo, desde las distintas Administraciones y Entidades Sociales, en las Comunidades Autónomas.

Cada vez son más los planes autonómicos que incluyen todo el conjunto de las adicciones, sean o no con sustancias. Se está haciendo bien de manera directa en los propios Planes, o bien incluyendo algún tipo de recurso dentro de su marco asistencial para darle respuesta a esta problemática de las adicciones sociales.

La mayoría de las autonomías cuentan con dispositivos operativos de los

programas sobre uso y consumo de drogas en el ámbito estrictamente geográfico, poseen competencias y funciones propias de coordinación de todas las actividades que se desarrollan sobre drogodependencias en materia de prevención, asistencia, reinserción y promoción social.

Dependen estructural y funcionalmente de diferentes Consejerías, contando con un Consejero que forma parte de la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

Planes municipales sobre drogas

Los Planes Municipales sobre Drogas son instrumentos impulsados a nivel municipal para conferir estabilidad a las acciones y programas desarrollados. Han de servir para establecer las necesidades a las

que se trata de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que han de inspirar los programas destinados a afrontar el fenómeno de las drogodependencias. Deben favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración (diagnóstico de la realidad, detección de necesidades), con el fin de partir de un análisis de la situación concreto, sobre el cual exista consenso.

El propósito de los Planes será el abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias, tanto respecto a las drogas legales, como a las ilegales.

Han de ser un instrumento dinámico, que se modifique a medida que vaya cambiando la situación social que los motivan.

Anexo III

Objetivos

- Ofrecer un abordaje integral al problema del consumo y tráfico de drogas en el Municipio.
- Promover estilos de vida saludables a los habitantes del Municipio.
- Promover la participación de la familia, escuela y la comunidad en el desarrollo de planes de prevención.
- Fortalecer una red de asistencia para las personas con problemas derivados del consumo de drogas.

Actividades

- Desarrollar programas y actividades en materia de prevención del consumo de drogas y desarrollo de habilidades para estilos de vida saludables en los distintos sectores del municipio.

- Mantener la sensibilización e información permanente sobre el tema del consumo de drogas y su prevención, mediante campañas dirigidas a la comunidad.
- Capacitar e integrar a los diferentes sectores del municipio para que participen en los planes de prevención del consumo de drogas previstos por el gobierno municipal.
- Establecer un dispositivo de una atención social, médica y terapéutica para el tratamiento y reinserción social de las personas con problemas de drogodependencias y sus familias.

Organizaciones no gubernamentales que intervienen en drogodependencias

Son entidades privadas, asociaciones sin ánimo de lucro, que pueden tener acuerdos con

la Administración pública o no y que se dedica a intervenir en drogodependencias. Existen diferentes tipos de organizaciones:

- Asociaciones de profesionales de carácter general.
- Organizaciones de profesionales especializados en drogodependencias.
- Organizaciones exclusivamente dedicadas a drogodependencias.
- Organizaciones con fines sociales.

Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral

Es un Órgano Colegiado presidido por la dirección General del Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) surge de la necesidad manifestada por parte de la Comisión Mixta

Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas, para que se genere un marco estable de intervención en drogodependencias desde el medio laboral con la participación de los agentes sociales.

Se origina por acuerdo de las partes: Administración y agentes sociales (Organizaciones sindicales y empresariales) y se constituye en 1994. La Comisión se basa en una serie de principios y estrategias, desde la que se llevarán a cabo campañas conjuntas de sensibilización/prevención; jornadas de intercambio, puesta en común y reflexión; y estudios.

Recursos

Centros especializados en el tratamiento y prevención de las drogodependencias

Centros de Primer Nivel

Es la puerta de entrada a la red asistencial. Sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean al drogodependiente. Los cometidos de este primer nivel son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a otros recursos especializados para iniciar el tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente y de su familia. En este nivel se facilita información y orientación tanto al usuario de drogas como a su familia. También se desarrollan actuaciones para reducir daños y riesgos relacionados con el consumo de drogas. En este nivel se sitúan recursos de atención primaria de salud y recursos específicos de baja exigencia.

- Atención Primaria y sanitarios locales.
- Programas municipales de drogodependencias (Centros de Atención Municipales).
- Asociaciones de apoyo o ayuda a los drogodependientes (ONG)
- Sindicatos (Comités y delegados de Prevención y otros recursos sindicales como los CAID)

Objetivos

- a) Información, orientación, motivación y educación sanitaria.
- b) Diagnóstico y detección precoz.
- c) Atención a su problemática social y a las enfermedades asociadas al consumo de drogas.
- d) Apoyo a su proceso de incorporación social.
- e) Apoyo a sus familias y entorno afectivo.

Anexo III

- f) Programas de desintoxicación y seguimiento sanitario.

Los objetivos fundamentales de estos centros son la prevención, rehabilitación y reinserción de los drogodependientes. Estos dispositivos están creados para acoger a un tipo de perfil de drogodependiente que puede hacer uso de los recursos normalizados desde el primer momento de su incorporación al programa, son centros municipales que pueden hacer acogida directa, cubren la necesidad de un municipio o de un área municipal.

El tipo de tratamiento es ambulatorio y gratuito, biopsicosocial, libre de drogas, etc.; el acceso es directo es requisito para la inclusión en el programa estar empadronado en algún municipio de la comarca.

Centros de Segundo Nivel

En cierta manera es el eje fundamental de la red asistencial. Los recursos están en manos de equipos multidisciplinares. En este nivel se sitúan los recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias – centros de día, programas en prisión etc... (CAD). En este nivel se desarrollan la evaluación diagnóstica, la desintoxicación y deshabituación del drogodependiente. Es aquí donde se diseñan y planifican los planes terapéuticos individualizados para cada afectado. En este nivel también se coopera en el proceso de incorporación social. Los programas de prescripción y dispensación de opiáceos (como el programa de mantenimiento

con metadona), se desarrollan en este nivel asistencial.

- Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes.
 - Centros de día
 - Incorporación social
- Equipos de Salud Mental.
- Unidades de Psiquiatría de hospitales generales.
- Programas de rehabilitación en régimen intermedio.
 - Pisos de acogida
 - Pisos de apoyo a los programas de desintoxicación
 - Talleres ocupacionales terapéuticos
- La realización de programas de reducción de daños. (Programas de metadona).
- Hospitales generales.

Objetivos:

- a) La desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
- b) El apoyo a los procesos de incorporación social.
- c) La atención a la patología somática asociada al consumo de drogas.

Centros de Día terapéuticos y Centros de Día para la incorporación social

Los primeros son recursos con vocación de intervención asistencial y rehabilitadora, y los segundos son de apoyo con objetivos terapéuticos, que precisan de otros programas de apoyo complementario. Son centros especializados en tratamiento ambulatorio

diseñados para atender a un perfil de drogodependientes más desestructurado psicológica, social y físicamente, que precisa pasar más tiempo en los centros de tratamiento y que necesita una mayor atención antes de poder utilizar los recursos normalizados. Su actividad se desarrolla preferentemente en el ámbito urbano.

El tipo de tratamiento es ambulatorio y gratuito, farmacológico, biopsicosocial, libre de drogas y ocupacional.

Los requisitos de admisión son pertenecer al distrito correspondiente y no padecer patologías psiquiátricas graves y la forma de acceso es ser derivado de un centro municipal.

La asistencia al centro es diaria, con un horario de 9.00 a 20.00 aproximadamente, las actividades impartidas por el centro son: evaluación biopsicosocial, desintoxicación, programas psicoterapéuticos, talleres prelaborales, aulas educativas, grupos de autoayuda y actividades de ocio.

El centro está integrado por un equipo multiprofesional, compuesto por médico, psicólogo, enfermero, trabajador social, educador, etc.

En estos centros se realiza una labor de coordinación con otros dispositivos sanitarios y sociales, situados en su ámbito de actuación y enmarcan el canal de acceso al resto de recursos y servicios de carácter público.

Anexo III

Equipos de Salud Mental

Integrado por Centros de Atención Primaria y Secundaria, están entroncados dentro del Sistema Nacional de Salud y su marco legislativo es la Ley General de Sanidad. Estos dispositivos tienen competencias en cuanto a desintoxicaciones, y patologías asociadas al consumo de drogas, cobran especial relevancia preventiva desarrollando programas integrales de educación para la salud.

En los Centros de Salud Mental se atienden psicopatologías que presenten consumidores drogodependientes, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento derivando a un recinto hospitalario, si el paciente lo requiere.

Los equipos de salud mental colaboran con los centros especializados en drogodependencias mediante la captación, evaluación y diagnóstico de los casos, el tratamiento especializado a los eventuales trastornos.

Centros de dispensación de metadona (u otros agonistas opiáceos)

Son dispositivos ambulatorios de usos especializados consistentes en centros o servicios sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro, debidamente acreditados por los órganos competentes de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o en su caso por los órganos competentes del Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad, éste podrá acreditar servicios en centros penitenciarios o en otros establecimientos de carácter no estrictamente sanitario.

Centros de tercer nivel

El tercer nivel está compuesto por recursos específicos con un elevado grado de especialización para el tratamiento de las drogodependencias. Se accede a ellos por derivación de los dispositivos del segundo nivel. En este nivel se sitúan recursos como:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- Comunidades terapéuticas públicas o privadas.
- Talleres o centros de reinserción laboral.
- Pisos de reinserción.

Centros específicos:

Unidades de desintoxicación

Se conciben como dispositivos asistenciales sanitarios de internamiento, normalmente ubicado dentro de un recinto hospitalario, con estancias breves (10-14 días). Específicos para la desintoxicación de sustancias tóxicas generadoras de dependencia mediante un equipo especializado, destinadas a sujetos con graves patologías orgánicas o drogodependientes embarazadas.

Constituyen eslabones de la cadena terapéutica de la red pública sociosanitaria, cuya especificidad permite resolver la desintoxicación física, fase previa a la rehabilitación.

El objetivo primordial de este dispositivo consiste en poder ejercer

un estrecho control y vigilancia sanitarios.

El programa que se imparte en estas unidades lo realiza un equipo multidisciplinar compuesto por médico, ATS enfermero, auxiliar de clínica y demás personal hospitalario.

Comunidad terapéutica

Son dispositivos de tratamiento que por lo general se ubican en el ámbito rural, funcionan en régimen de internamiento, con un control rígido sobre el paciente. Ofrecen un tratamiento en régimen de larga estancia residencial, que comporta la realización de un conjunto de medidas terapéutico-educativas orientadas a la integración social del paciente.

Los destinatarios son personas que no pueden llevar tratamiento ambulatorio por carecer de autocontrol o/y haber fracasado en otros tipos de tratamientos, o contar con un entorno familiar muy desestructurado o incluso carecer del mismo. Es aconsejable su separación temporal del medio social habitual.

Pisos de reinserción

Pisos de reinserción, entendidos como estructuras de destino de drogodependientes sin una estructura social mínima que le permita su incorporación social sin el apoyo de estas estructuras de reinserción. Podrán ser como continuidad de otros programas en régimen de internamiento o en régimen ambulatorio.

Anexo III

Son recursos concebidos como unidades alternativas para aquellos drogodependientes que se encuentran en un estado avanzado de rehabilitación y carezcan de un medio sociofamiliar adecuado para completar el mismo.

Los objetivos que se proponen para la idoneidad del recurso son la continuidad en el tratamiento terapéutico y la normalización en las actividades.

Los criterios de inclusión en este dispositivo son, además de un estado avanzado de rehabilitación, la abstinencia en el consumo de la sustancia, que haya existido un tratamiento superior a seis meses, nivel suficiente de autonomía personal y la ausencia de apoyo familiar o que ésta sea desestructurada.

Centros de reinserción

Centros de reinserción laboral, entendidos como aquellos centros donde se realice actuaciones únicas y específicas sobre drogodependientes y que tengan como fin último la adquisición de los conocimientos y habilidades suficientes para posibilitar su incorporación laboral.

Son recursos especiales que dotan a los sujetos de habilidades de relación, laborales, etc., están formados por talleres, centros de actividades especialmente dedicados a personas drogodependientes o mediante programas que gestionan la utilización de otros recursos de reinserción disponibles en la comunidad no sólo dedicados a drogodependientes.

Centros sindicales de información, asesoramiento, acogida y apoyo a la reinserción

CCOO tiene unos dispositivos de atención a los trabajadores CAID, que en general no forman parte de la red pública de atención pero actúan como mediadores y se coordinan con ella cuando derivan a trabajadores afectados de drogodependencia. En algunas Comunidades Autónomas están incluidos dentro del primer nivel de la Red de Asistencia Pública al Drogodependiente, como recursos específicos del ámbito laboral. Son dispositivos de Comisiones Obreras. La atención de trabajadores/as con problemas de dependencia de alcohol u otras drogas se produce habitualmente en fases avanzadas, con el consiguiente agravamiento de los problemas de salud, familiares,

laborales y sociales. La tardanza en la atención de los problemas puede responder a varios factores, entre ellos: legislación punitiva, falta de información y formación de los agentes presentes en el medio laboral, consideración de los problemas fuera del marco de la salud, falta de estructuras especializadas, ausencia de programas específicos de prevención y detección precoz.

Los CAID, responden a la necesidad de disponer de equipos multidisciplinares con formación específica y experiencia en la gestión de programas de intervención que realicen una atención integral ante el problema de las drogodependencias en el mundo laboral, en coordinación con los recursos asistenciales existentes optimizando la actuación

de éstos. Estos equipos atienden los niveles de información, apoyo, motivación, asesoramiento, evaluación, derivación, seguimiento e inserción de los trabajadores afectados por el consumo abusivo de drogas, colaborando con los delegados de prevención de las empresas en el diseño de estrategias de intervención en el ámbito preventivo, dirigidas a la totalidad del colectivo de trabajadores en los centros de trabajo.

Desde los Centros Sindicales de Información, Asesoramiento, Acogida y Apoyo a la Reinserción en Drogodependencias, coordinado por sindicalistas y desarrollados por profesionales de la salud con dedicación según las diferentes necesidades, se atenderán a los siguientes niveles:

Información:

- a) Dirigido a trabajadores/as con problemas de drogodependencia.
- b) Dirigido a padres/madres y familiares de personas con problemas de drogodependencias.
- c) Dirigido a delegados/as sindicales.
- d) Dirigido a otros usuarios.
 - Acogida
 - Evaluación
 - Derivación
 - Seguimiento

El equipo responsable efectuará seguimiento sobre:

- Situación laboral.
- Informes periódicos del recurso/s al que se ha producido la derivación.
- Grado de conformidad del usuario/a con la asistencia.
- Cumplimiento del tratamiento por parte del usuario/a.

Anexo III

- Cumplimiento de los diferentes requisitos legales (Baja laboral (IT), INEM, etc.).
- Grado de apoyo familiar, social y laboral.

El seguimiento tiene un protocolo que se prolongará hasta que finalice el proceso de inserción.

Apoyo a la inserción laboral.

Directorio autonómico de drogodependencias

ANDALUCÍA

**Comisionado para las Drogas.
Consejería para la Igualdad y Bienestar Social**

Avda. Hytasa, nº 14.

Edificio Junta de Andalucía
41006 Sevilla

Teléfono gratuito de Información sobre Drogas: 900 845 040

Página web:

www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/drogodependencia.html

ARAGÓN

**Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
Dirección general de Salud Pública, departamento de Sanidad**

Sección Drogodependencias

C/ Vía Universitat, nº 36, 5ª Planta.

Tel: 976 71 59 56

50017 Zaragoza

Página web:

<http://www.aragon.es/>

ASTURIAS

Unidad de coordinación del plan de drogas para Asturias.

Consejería de salud y servicios sanitarios

C/ Ciriaco Miguel Vigil, nº 9.

Teléfono: 985 668 153

33006 Oviedo

Página web:

www.princast.es/pls/portal301/url/page/PAG_SANIDAD/PAG_SAN_PREV_DROGAS_FP

CANARIAS

Servicio de atención a las drogodependencias

Dirección general de salud pública.
Consejería de Sanidad
Dirección: C/ Alfonso XIII, nº 4,
Teléfono: 928 452 229;
35003 Las Palmas de Gran Canaria

Jefatura de Servicios de Drogodependencias

Dirección: Avda. San Sebastián, nº 75, Tel: 922 23 75 90
38005 Santa Cruz de Tenerife
Página web:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=2e9a6295-b61e-11e2-8322-abfbca94030c>

CANTABRIA

Dirección general de Salud Pública. Servicio de Drogodependencias. Consejería de sanidad. y servicios sociales

C/ Federico Vial, nº 13 - 4ª Planta
39009 Santander
Teléfono de Información: 942 20 77 92
Teléfono de Prevención: 942 20 79 53
Página web: www.saludcantabria.org/saludpublica/pag/drogas.aspx

CATALUÑA Secretaría General de Salud Pública

Departamento de Salud Subdirección General de Drogodependencias

Tel: 93 551 35 88;
Teléfono de atención al público: 93 412 04 12
Dirección: Carrer Roc Boronat, 81-95, 08005 Barcelona
Página web:

<http://drogues.gencat.cat/ca>

Servicio gratuito de Información y Asesoramiento sobre Drogas en Cataluña:
Línea Verda 900 900 540
Página web:

<http://www.liniaverda.org/>

ISLAS BALEARES

Plan De Adicciones y Drogodependencias De Las Islas Baleares. Dirección General de Salud Pública y Participación Consejería de Salud

Dirección: C/ Jesús, 38.
Tel. 971 17 66 65
07010 Palma de Mallorca
Página web: <http://padib.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?idsite=352&cont=9943&lang=ca&>

Anexo III

CASTILLA LA MANCHA

**Dirección General de Salud
Pública y Consumo**

Consejería de Sanidad

Avda. de Francia, nº 4 Torre 7 -
2ª planta. Tel: 925 26 72 32
45071 Toledo

CASTILLA Y LEÓN

**Dirección General de la Mujer y
Comisionado Regional para la Droga
Consejería de Familia e Igualdad de
Oportunidades**

C/ Francisco Suárez, Nº 2, Tel: 983
41 09 23 / 983 41 09 24
47006 Valladolid

Página web:

[www.familia.jcyl.es/
web/jcyl/Familia/es/](http://www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/)

Plantilla66y33/1246989630150

EXTREMADURA

**Dirección General de Salud
Pública**

Servicio Extremeño de
Salud Secretaría Técnica de
Drogodependencias.

Avda. de las Américas, nº 2,
Tfn.:924 38 27 76

Teléfono gratuito. Información
drogodependencias y otras
adicciones 900 210 994 06800

Mérida (Badajoz)

Página web:

<http://www.drogasextremadura.com>

GALICIA

**Plan de Trastornos Adictivos de
Galicia. Consejería de Sanidad**

Edificio Administrativo San Lázaro, s/n
Tels : 881 54 86 30 - 881 54 86 31
15783, Santiago de Compostela

(A Coruña)

MADRID

**Dirección General de Salud
Pública**

Consejería de Sanidad

**Subdirección General de
Actuación en Adicciones**

C/ O'Donnell, 55 (Centro de Salud),
28071 Madrid

Tels: 91 370 21 21 / 26

Teléfono de Atención al público :
901 350 350

Teléfono gratuito de información
sobre drogas: 900 100 337

Página web:

[www.madrid.org/cs/Satellite?cid=
1142328769340&language=es&pa
gename=PortalSalud%2FPage%
2FPTSA_pintarContenidoFinal&ve
st=1142328768577](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142328769340&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142328768577)

MURCIA

**Dirección General de Salud
Pública y Adicciones**

**Consejería de Sanidad Unidad
de Coordinación Técnica de
Drogodependencias**

C/. Ronda de Levante, nº 11. Tel:
968 36 20 34

Teléfono de atención al público
prevención: 968 36 68 22

Teléfono de atención al público
asistencia: 968 36 58 13

30008 Murcia

Páginas web:

www.e-drogas.es/?jsessionid=8DE60AEEB19FADCED297674B7BA47E0D

NAVARRA

**Instituto de Salud Pública y
Laboral**

Plan Foral de Drogodependencias
Departamento de Salud
C/ Leire, nº 15, 31003 Pamplona

Tel : 948 42 14 39

Páginas web:

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Plan+Foral+de+Drogodependencias/

EUSKADI

**Dirección General de Salud
Pública y Adicciones**

C/ Donostia-San Sebastián, 1
Tel. 945 018 104

01010 Victoria-Gasteiz

Páginas web:

www.gizartegaiak.ej-gv.net // www.drogomedia.com

LA RIOJA

**Dirección General de Salud
Pública y Consumo**

**Consejería de Salud Servicio
de Drogodependencias y otras
Adicciones**

C/ Vara de Rey, nº 8 - Planta baja
26071 Logroño

Tel : 941 29 12 00 - 941 29 19 48

Teléfono gratuito de información
sobre Drogas: 900 714 110

Página web:

<http://infodrogas.org/>

Anexo III

COMUNIDAD VALENCIANA

Dirección General de Asistencia
Sanitaria

Consejería de Sanidad Universal y
Salud Pública

C/ Micer Mascó, nº 31.

46010 Valencia

Tel : 96 192 81 90.

Teléfono gratuito de información
sobre drogas: 900 16 15 15

Página web:

[www.san.gva.es/web/dgas/
asistencia](http://www.san.gva.es/web/dgas/asistencia)

CEUTA

Consejería de Sanidad y Consumo
Plan sobre Drogas. Ciudad

Autónoma de Ceuta

Centro de Atención a

Drogodependientes

C/ Juan de Juanes, nº 4

51002 Ceuta

Teléfonos: 956 503 359 (centralita) y
956 507 541 (Unidad Administrativa)

Página web:

[www.ceuta.es/ceuta/plan-sobre-
drogas](http://www.ceuta.es/ceuta/plan-sobre-drogas)

MELILLA

Dirección General de Sanidad y
Consumo

Consejería de Bienestar Social y
Sanidad

Comisionado del Plan de Drogas.

Ciudad Autónoma de Melilla

Carretera Alfonso XIII, 52-54.

Tel.: 952 699 301

Página web:

[www.melilla.es/melillaportal/
contenedor.jsp?seccion=s_fdes_
d4_v1.jsp&codbusqueda=174&lan
guage=es&codResi=1&codMenuP
N=601&codMenuSN=2&codMenu
=150&layout=contenedor.jsp
52005 Melilla](http://www.melilla.es/melillaportal/contenedor.jsp?seccion=s_fdes_d4_v1.jsp&codbusqueda=174&language=es&codResi=1&codMenuPN=601&codMenuSN=2&codMenu=150&layout=contenedor.jsp)

Anexo IV Acuerdos y Normativa

Acuerdos y normativa

Comisión nacional para la prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral

En 1994, la administración (el Plan Nacional sobre Drogas), las organizaciones sindicales mayoritarias (CC.OO. y UGT) y las organizaciones empresariales (CEOE), cumpliendo con el mandato de la Comisión Mixta Congreso Senado acordaron la creación de la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.

Este acuerdo pone de manifiesto:

➤ En las sociedades industriales avanzadas el consumo de drogas, legales e ilegales, constituye una

importante preocupación social y supone problemas de salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo.

➤ El aspecto laboral, por la importancia que tiene en la vida de una persona y por su dimensión social, es un ámbito adecuado para las intervenciones preventivas de los consumos a los que se hace referencia y correctoras de las alteraciones relacionadas con los mismos.

➤ Las partes reconocen la exigencia de colaborar en concordancia con lo anteriormente expuesto y de acuerdo con los siguientes principios:

- Las estrategias preventivas deben basarse en la motivación para la reducción de la demanda, pudiendo estar dirigidas tanto a la modificación de las actitudes individuales

como al contexto en el que los consumos se producen.

- La reducción de la demanda exige poner en marcha actuaciones informativas, formativas, de promoción y favorecimiento de hábitos saludables y de modificación de las actitudes, comportamientos y factores de riesgo. Todo ello en el espacio laboral y con la participación de los agentes sociales que integran dicho ámbito.
- El apoyo terapéutico a los trabajadores con problemas de adicción es responsabilidad de los recursos comunitarios, que deberán contar con la colaboración y cooperación de todos los agentes que, en tal materia, intervienen en la empresa (Comités de Seguridad y Salud, Instituto

Anexo IV

Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Servicios de Prevención y los Órganos de las Comunidades Autónomas con competencia en esta materia).

- Todas las medidas dirigidas a la rehabilitación, tanto las maniobras diagnósticas como las actuaciones terapéuticas, deben hacerse compatibles con la necesidad de evitar la marginación y segregación de la persona en proceso de tratamiento y facilitar la normalización y reinserción laboral de estas personas.
- Las maniobras diagnósticas deben tener como fin primordial el apoyo terapéutico precoz a las personas que lo necesiten. Deben ser conocidas y aceptadas voluntariamente por los usuarios, deben respetar las exigencias de confidencialidad

y deben estar provistas de todas las cautelas y previsiones técnicas y procesales necesarias.

- Cualquier intervención en el ámbito laboral, sea de carácter informativo, preventivo o asistencial y que tenga por objeto el consumo de drogas, tiene que ser realizada contando con la corresponsabilización y el concurso de los agentes sociales que constituyen dicho ámbito.

En función de estos principios:

- Se constituyó la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, con la finalidad de estimular y orientar los programas informativos, preventivos y de apoyo asistencial que, en el ámbito del Plan Nacional sobre

Drogas, puedan realizarse, destinados a la disminución y corrección de las consecuencias del consumo de drogas legales e ilegales en ese ámbito.

- La Comisión, presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, está integrada además por dos representantes, designados con carácter permanente, por cada una de las entidades firmantes y por un representante del Ministerio de Trabajo y otro representante del Ministerio de Sanidad.
- La Comisión recaba en función de sus necesidades el asesoramiento de los técnicos, expertos y organismos que considere convenientes.
- La Comisión orienta los programas y actuaciones de acuerdo a las estrategias y criterios de

intervención que se establecen a continuación.

- Las intervenciones informativas/preventivas están destinadas a la disminución de los consumos de drogas legales e ilegales entre los trabajadores y a la disminución de las consecuencias negativas asociadas a estos consumos.

Se desarrollan a través de las siguientes estrategias:

- Campañas de promoción de hábitos saludables.
- Campañas informativas sobre los riesgos de los consumos.
- Elaboración de material de apoyo para las campañas.
- Formación de los agentes sociales con papel mediador o multiplicador en la

información: delegados sindicales, mandos intermedios, técnicos en salud, Comités de Seguridad y Salud, directores de recursos humanos, Servicios de Prevención y mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

- Elaboración de material que proporcione metodología para el desarrollo de los programas y para la evaluación de los mismos.
- Propuestas de estudios sobre las correlaciones entre contexto laboral y consumos.

- Los objetivos asistenciales, fijados por la necesidad de apoyar la atención y la corrección de los problemas asociados a los consumos,

se buscan a través de las estrategias que siguen:

- Favorecimiento de la colaboración y comunicación entre los instrumentos asistenciales de las empresas y las estructuras comunitarias de tratamiento.
- Diseño de protocolos de intervención para mejorar la capacidad diagnóstica y de actuación de los servicios médicos de empresa.
- Formación de los profesionales para posibilitar y completar la estrategia anterior.

- Las estrategias y criterios enunciados en el punto anterior se llevan a la práctica con los instrumentos propios del Plan Nacional sobre Drogas, a través

Anexo IV

de las Comunidades Autónomas, del apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y de la participación de las empresas interesadas.

En ningún momento la Comisión Nacional tiene responsabilidades o competencias de gestión de los programas.

- Las partes colaboran en la promoción de Comisiones de Coordinación Autonómicas entre los Planes Autonómicos sobre Drogas y las organizaciones territoriales correspondientes de las entidades firmantes, para la estimulación y el seguimiento de los programas en ese ámbito territorial.
- La participación en los programas de la Delegación del Gobierno para

el Plan Nacional sobre Drogas se ejercita procurando los necesarios acuerdos de la Conferencia Sectorial y se concretará en el ámbito de las Comunidades Autónomas bajo la responsabilidad del Coordinador del Plan de Drogas de cada una de ellas, de la forma que se acuerde en cada caso a través del consenso de la anteriormente citada Comisión de Coordinación Autonómica del Convenio.

- La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, de acuerdo con sus posibilidades presupuestarias y en el capítulo de transferencias a las Comunidades Autónomas, promueve la apertura de una línea de financiación para apoyo de los programas autonómicos que se realicen en el ámbito del Convenio.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. En todos estos ámbitos territoriales, el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continúa siendo elevado, tanto en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad, y otros costes sociales y sanitarios.

Por ello, y sin dejar de reconocer la importancia clave del marco multidimensional que caracteriza la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con

los consumos de éstas constituyen, en conjunto, uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública en España.

Además de los factores socioeconómicos que afectan a las tendencias globales del consumo de drogas, en el desarrollo de la adicción a las diversas sustancias psicoactivas influyen otros condicionantes, entre los que cabe señalar las características biológicas de la condición humana, o la función psicológica instrumental que cada persona atribuye a una sustancia concreta en el marco de su estilo de vida particular. De igual modo, hay que considerar la evolución de los valores culturales que tienen que ver con las conductas adictivas y de consumo en general.

En consecuencia, cualquier intervención que aspire a mejorar

significativamente esta situación debe necesariamente abordarse desde planteamientos estratégicos integrales, desarrollados en cada uno de los distintos contextos institucionales y territoriales. Así, desde la perspectiva española, los esfuerzos deben dirigirse a optimizar la coordinación de todas las instituciones y agentes implicados y enmarcarlos en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, mediante la fijación de unas prioridades razonables, asumibles y asequibles.

En España, la comprensión institucional sobre la multicausalidad de los problemas vinculados a los consumos de drogas, sirvió de base para que, a partir de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articulase una política que, en general, ha sido y continúa siendo un referente de calidad en el marco de la Unión Europea (UE).

La puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas y la creación de sus órganos de coordinación contribuyó de forma decisiva a la cohesión entre las distintas Administraciones Públicas con competencias en esta materia. A ello hay que añadir la buena relación de cooperación sólidamente establecida con las ONGs del sector, así como con otras entidades sociales.

Por otro lado, desde hace años se dispone de estudios epidemiológicos y de otro tipo, así como de herramientas de recogida de información de calidad, que permiten conocer datos fiables y actualizados sobre consumo, actitudes de la población, perfil de los consumidores, programas de carácter preventivo, asistencial y de inserción social, que resultan imprescindibles para informar y orientar adecuadamente la toma de decisiones en esta materia.

Anexo IV

Todo ello parece indicar que el enfoque adoptado hasta ahora está bien orientado y permite mantener un cierto grado de esperanza respecto al futuro. No obstante, es necesario tener presente que se trata de afrontar retos complicados que requieren respuestas sostenibles a largo plazo y que, por ello, las distintas etapas todavía pendientes no estarán exentas de previsibles e importantes dificultades.

Después de más de 20 años de trabajo, los avances conseguidos son patentes en todos los ámbitos de intervención: prevención, asistencia a los consumidores, apoyo a la inserción social de éstos, lucha contra el narcotráfico y las actividades delictivas asociadas al mismo, formación de profesionales, investigación en diversos campos, etc.

Además, y aunque se trata de datos que habrá que ver si se mantienen en el futuro, los últimos estudios y encuestas muestran una mejora de diversos indicadores relacionados con las prevalencias de los consumos y la percepción del riesgo por parte de la población.

Es preciso, no obstante, seguir potenciando los elementos con los que se ha trabajado hasta ahora, a fin de optimizar su funcionamiento y coordinación efectiva. De igual modo, los nuevos planteamientos del consumo exigen prestar una especial atención a la mejora y ampliación de la información a recoger, y a la evidencia de la efectividad disponible para cada ámbito de intervención, así como continuar promoviendo la cohesión de las actuaciones emprendidas y la máxima implicación de todos los actores e instancias participantes.

En este contexto, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016:

- Se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales.
- Aspira a ser una herramienta que pueda ser usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada a desarrollar su trabajo desde su ámbito competencial, en el interés común por lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.
- Reconoce los importantes cambios habidos en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno en los últimos años, a fin de afrontar con garantías

de éxito los retos planteados, entre los que figuran:

- Los cambios en los perfiles de los consumidores de sustancias psicoactivas, el patrón de policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre éste y los espacios y tiempos de ocio.
- La aparición de nuevas sustancias que se están introduciendo en el mercado.
- El incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas que produce una considerable demanda de atención a la patología dual.
- El fenómeno de la inmigración y su impacto en la sociedad española, con los cambios correspondientes

en aspectos sociales, culturales e, incluso, económicos.

- El envejecimiento de consumidores problemáticos.
- La creciente importancia del tráfico de drogas en el escenario del crimen organizado, las interrelaciones cada vez más frecuentes entre las organizaciones de narcotraficantes y las que cometen otros tipos de actos delictivos, y la tendencia de los actuales grupos delictivos a la multictiminalidad organizada.
- El necesario impulso a la investigación en todos los campos de las drogodependencias y su transferencia a la práctica.
- Las modificaciones habidas en las redes asistenciales, especialmente desde que se completó el proceso de transferencias de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas.

- La necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo.

Asimismo, esta Estrategia incorpora la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir, y promueve, por tanto, su inclusión y extensión en el diseño y la planificación de las distintas intervenciones a realizar en todos los ámbitos de actuación.

La Estrategia 2009-2016 tiene en cuenta la evolución de los consumos en los últimos años, y las actuaciones emprendidas, tanto desde el sector público como por parte de las organizaciones sociales que actúan en este campo.

Anexo IV

En este sentido, implica un impulso y desarrollo de aquellos aspectos en los que la Estrategia anterior, 2000-2008, se ha demostrado adecuada y una corrección de las limitaciones observadas. Ello supone, entre otras cosas, una mejora y optimización en la oferta de iniciativas de prevención, de disminución de riesgos y reducción de daños y del tratamiento de las personas afectadas por problemas de consumo. También, una especial atención a los factores de riesgo que sitúan a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La Estrategia 2009-2016 parte del marco institucional establecido desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, marco en el que, como se ha dicho, tiene una relevancia fundamental la coordinación y colaboración entre la Administración General del Estado y las

Administraciones Autonómicas. Asimismo, a lo largo de estas dos décadas, hay que señalar el papel que han ido adquiriendo las corporaciones locales y la consolidación del trabajo llevado a cabo por las ONGs y otras entidades de carácter privado.

En relación al ámbito laboral

La población laboral incluye a una capa muy amplia de la sociedad (población activa) y posee unas características comunes: estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. Estas características no sólo facilitan y favorecen la intervención preventiva sino que, además, contribuyen de forma muy positiva a alcanzar objetivos preventivos, tanto en su propio medio como en el conjunto de la comunidad, además de facilitar la integración social.

Las actividades desarrolladas con población laboral han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. En este sentido, se considera muy importante el papel que deben desarrollar las Comisiones para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, tanto en su acepción estatal

como autonómica.

En relación con este apartado, conviene referirse a lo que se conoce como Responsabilidad Social Corporativa o Responsabilidad Social de la Empresa. Con ella se alude al conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan del impacto que la actividad de las empresas producen en los ámbitos social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos. En el tema de las drogodependencias, las actuaciones de las empresas, junto con los sindicatos y las ONGs pueden ser decisivas a la hora de facilitar la integración laboral de los drogodependientes, la inversión en proyectos solidarios y el voluntariado de sus empleados.

También conviene referirse a las

acciones que las Administraciones Públicas, en tanto en cuanto emplean a un elevado número de personas, están desarrollando y van a seguir haciéndolo sobre la base de la preocupación por la salud y el bienestar de los empleados públicos, ya sea en el marco de programas de responsabilidad social, como extensión de los programas de prevención de riesgos laborales, o como programas específicos de promoción de la salud en el trabajo.

En este ámbito la Estrategia asegurará la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales, los comités de empresa y los sindicatos, tanto con los servicios sanitarios como con los sociales.

En cuanto a la formación, debe realizarse en una doble dirección: por un lado, dirigida a miembros

de Comités de Empresa, servicios de prevención de riesgos laborales, sindicatos, etcétera, de manera que se les faciliten instrumentos de intervención en sus ámbitos de actuación. Por otro, a profesionales de servicios dedicados al ocio, particularmente de jóvenes, ya que es un ámbito en el que se produce una parte muy considerable de los consumos de drogas.

Leyes autonómicas en materia de drogodependencias

El carácter autonómico del Estado, que le confiere a todas las Comunidades Autónomas competencias plenas en materia de drogodependencias, ha dado lugar al desarrollo de leyes específicas en algunas Comunidades. Estas leyes se sitúan en el marco de las competencias que los diferentes

Anexo IV

Estatutos de Autonomía otorgan a las Comunidades Autónomas, intentando dar respuesta a los problemas de ámbito social que generan las drogodependencias.

Algunas de ellas, no todas, recogen aspectos concretos del ámbito laboral.

Las citadas leyes, en el momento de reelaborar esta edición, son las siguientes:

ANDALUCÍA

- Ley 4/1997 de 9 de Julio, de prevención y asistencia en materia de drogodependencia.
- Ley 1/2000 de 3 de Mayo por el que se modifica la ley 4/1997, de prevención y asistencia en materia de drogodependencias.
- Decreto 167/2002, de 4 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de

julio, de prevención y asistencia en materia de drogas.

- Decreto 294/2002, de 3 de diciembre, por el que se crea y regula el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.
- Ley 12/2003, de 24 noviembre, para la Reforma de la Ley 4/1997, de 9 de julio de 1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, modificada por la Ley 1/2001, de 3 de mayo de 2001.
- Decreto 131/2005, de 17 de mayo, que modifica el Decreto 128/2001, de 5 de junio de 2001, por el que se regula la composición y el funcionamiento del Consejo Asesor sobre Drogodependencias.
- Decreto 23/2007, de 30 de enero, por el que se crean los Consejos Provinciales y de Participación sobre drogodependencias y se regulan su constitución, funciones y régimen de funcionamiento.

➤ Orden de 28 de agosto de 2008, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias.

➤ Orden de 18 de noviembre de 2009, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por la que se crea el Comité Director para el impulso y de coordinación de la elaboración del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

ARAGÓN

- Ley 3/2001 de 4 de Abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- • Orden de 7 de octubre de 2007, de la Consejera del Departamento de Salud y Consumo por la que se adapta la composición

de la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias a la estructura orgánica básica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ASTURIAS

- Decreto 79/2006, de 29 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor en materia de drogodependencias del Principado de Asturias.
- Decreto 31/2007, de 29 de marzo, de primera modificación del Decreto 79/2006, de 29 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor en materia de drogodependencias del Principado de Asturias.
- Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

ILLES BALEARS

- Orden de 9 de junio de 2004, de la Consellería de Salud y Consumo,

por la que se crea la Comisión Institucional de Drogas y la Comisión Técnica de Drogas.

- Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears.
- Acuerdo del Consejo de Gobierno del día 13 de abril de 2007, de aprobación del Plan de actuación de drogodependencias y adicciones de las Illes Ballears 2007-2011.
- Aprobación definitiva del Reglamento de la Comisión insular de coordinación en materia de drogas y otras adicciones de Menorca.
- Decreto 5/2010, de 15 de enero, por la que se crea la Comisión institucional sobre drogodependencias y otras adicciones y la comisión técnica sobre drogodependencias y otras adicciones.

CANARIAS

- Ley 9/1998, de 22 de Julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.
- Orden, de la Consejería de Sanidad, de 21 de febrero de 2013, por la que se aprueban las directrices para la concesión de las subvenciones nominadas para la gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a los drogodependientes.

CANTABRIA

- Ley Cantabria 5/1997, de 6 de Octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias.
- Decreto 90/2013, de 26 de diciembre, por el que se integra en el servicio cántabro de salud las funciones y personal de las unidades de atención ambulatoria de drogodependencias.

Anexo IV

CASTILLA LA MANCHA

- Ley 15/2002, de 11 de julio de 2002, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos.

CASTILLA Y LEÓN

- Ley 3/1994, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla León.
- Ley 3/2007, de 7 de marzo, por la que se modifica la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León.
- Decreto 115/2007, de 22 de noviembre, por el que se regulan las características y ubicación de los carteles informativos sobre limitaciones de la venta y consumo de bebidas alcohólicas previstos en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de

drogodependientes de Castilla y León en la redacción dada por la ley 3/2007, de 7 de marzo.

- Decreto 74/2008, de 16 de octubre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la autorización de centros específicos de asistencia a drogodependientes de Castilla y León.
- Orden fam/236/2010, de 22 de febrero, por la que se regula la acreditación de los centros, servicios y establecimientos específicos de asistencia a drogodependientes (modificada por el artículo 2 de la orden fam/4/2015, de 8 de enero. b.o.c. y l. 4-3-2010).

CATALUÑA

- Ley 20/1985, de 25 de Julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar

dependencia, en Cataluña.

- Ley 10/1991, de 10 de Mayo de modificación de la ley 20/1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
- Ley 8/1998 de 10 de Julio, de modificación de la ley 20/1985, de 25 de Julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
- Ley 1/2002, de 11 de marzo, de tercera modificación de la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
- Decreto 32/2005, de 8 de marzo, por el que se regula la señalización de las limitaciones en la venta de bebidas alcohólicas.
- Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el

Plan Director de Salud Mental y Adicciones y su Consejo Asesor.

- Decreto 105/2009, de 7 de julio, por el que se crea la Comisión Interdepartamental sobre Drogas.

EXTREMADURA

- Ley 1/1999 de 29 de Marzo, de prevención, asistencia y reinserción de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 46/2001, de 20 de marzo, por el que se regula la composición y funciones del Consejo Regional sobre las Drogodependencias de Extremadura.

GALICIA

- Ley 2/1996 de 8 de Mayo, de Galicia sobre drogas.
- Decreto 223/2002, de 13 de junio, de modificación del Decreto 341/1998, de 12-11-1998,

que regula la composición y funcionamiento de los órganos colegiados en el área de las drogodependencias.

- Decreto 107/2006, de 15 de junio, por el que se modifica el Decreto 341/1998, de 12 de noviembre, por el que se regula la composición y funcionamiento de los órganos en el área de las drogodependencias.
- Orden de 12 de marzo de 2007 por la que se regula la integración funcional de los centros de alcoholismo y de atención a las drogodependencias no alcohólicas en el Servicios Gallego de Salud.
- Decreto 41/2008, de 28 de febrero, por el que se establecen los criterios básicos para la autorización de los programas y actividades de prevención en drogodependencias y se constituye el Comité Técnico de Prevención de

Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Galicia.

- Ley 11/2010, de 17 de diciembre, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad (modifica en aspectos sobre bebidas alcohólicas y menores la ley 2/1996, de 8 de mayo).
- Orden de 1 de marzo de 2012 por la que se reglamenta la señalización de las limitaciones en el consumo, venta y suministro de bebidas alcohólicas en locales comerciales de Galicia.

LA RIOJA

- Ley 5/2000, de 17 de Octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.
- Orden 7/2007, de 15 de noviembre, de la Consejería de Salud, por la que se modifica la Orden de 20 de abril de 1990, por la que se crea la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de tratamientos

Anexo IV

con opiáceos de personas dependientes de los mismos.

MADRID

- Decreto 78/2002, de 9 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- Orden 506/2002, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica de la Agencia Antidroga.
- Orden 485/2003, de 5 de junio, por la que se regula la organización y funcionamiento de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria para drogodependientes de la red sanitaria única de utilización pública.
- Orden 263/2004, de 22 de marzo, por la que se modifica la Orden 485/2003, de 5-6-2003, de la Consejería de Sanidad,

que regula la organización y funcionamiento de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria para drogodependientes de la red sanitaria única de utilización pública.

- Decreto 122/2004, de 29 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Orden 1235/2005, de 19 de julio, que aprueba el plan de actuación conjunta en materia de juventud y prevención de drogodependencias.

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

- Estatutos de la Fundación de Asistencia al Drogodependiente, de 8 de febrero de 1996.
- Ordenanza por la que se regula los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos en la ciudad de Melilla, de 7 de julio de 1997.

- Ordenanza reguladora de la publicidad, venta y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias legales susceptibles de crear adicción.
- Plan sobre drogas y adicciones de la ciudad autónoma de Melilla 2010 -2013.

MURCIA

- Ley 6/1997, de 22 de Octubre, sobre drogas para la prevención, asistencia e integración social.
- Orden de 1 de febrero de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia.

NAVARRA

- Decreto foral 17/1987, de 22 de enero, por el que se crea la comisión de coordinación del plan de alcoholismo y toxicomanías de navarra.

- Decreto foral 4/1991, de 10 de enero, por el que se regula la acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes.
- Ley foral 10/1991, de 16 de marzo, sobre prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad
- Decreto foral 169/1993, de 31 de mayo, por el que se crea la comisión técnica y de seguimiento del plan foral de drogodependencias y se regula su organización y funcionamiento.
- Ley foral 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco.
- Ley foral 24/2014, de 2 de diciembre, reguladora de los colectivos de usuarios de cannabis en Navarra (b.o.e. 30-12-2014).

PAÍS VASCO

- Ley 18/1998, de 25 de Junio, sobre prevención, asistencia en inserción en materia de drogodependencias.
- Orden de 12 de mayo de 2003, de modificación del Reglamento de organización y funcionamiento del Consejo Asesor de Drogodependencias.
- Ley 7/2004, de 30 de septiembre, de segunda modificación de la Ley sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias.
- Ley 1/2011, de 3 de febrero, de tercera modificación de la ley sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias.

PAIS VALENCIÁ

- Ley 3/1997, de 16 de Junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos.

- Decreto 109/2001, de 12 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se modifica el Decreto 98/1998, de 14 de julio, del Gobierno Valenciano, que aprobó el Reglamento Orgánico y Funcional de las estructuras político-administrativas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- Decreto 110/2001, de 12 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Observatorio Valenciano sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- Decreto 124/2001, de 10 de julio, del Gobierno Valenciano, sobre Registro y Acreditación de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en la Comunidad Valenciana.
- Decreto 136/2001, de 26 de

Anexo IV

julio, del Gobierno Valenciano, de modificación del decreto 238/1997, de 9 de septiembre, por el que se constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

➤ Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

➤ Decreto 186/2005, de 2 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 238/1997, de 9-9-1997, que constituye los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, modificado parcialmente por el Decreto 136/2001, de 26-7-2001.

➤ Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Bibliografía

- A. BALCELLS. La clínica y el laboratorio. 14.^a edición. 1986.
- ARANZADI-JURISPRUDENCIA. (2000)
- BANDRES MOYA, F. y GONZALEZ GUTIERREZ, R. Análisis de drogas de abuso en orina. Aspectos socio-laborales. Madrid: Grupo INI, 1993.
- BARLING JE, DELLOWAY D, FRONE MR. Handbook of Work Stress. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004
- BECOÑA IGLESIAS, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. PNsD. Ministerio del Interior, 1999.
- BOIX, P. y VOGEL, L. Evaluación de Riesgos en los lugares de Trabajo. COOO- ISTAS y BTS, 2000.
- BOIX, P. y MORENO, N. Vigilancia de la salud de los trabajadores/as. CCOO, 2000.
- BORRÁS, T. Asociaciones de usuarios de drogas y afines Madrid: CREFAT, 2000.
- CALERA ALFONSO, A. y COL. La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. CCOO. ISTAS, 2001.
- CAMI, J. Farmacología y toxicidad de la MDMA. Barcelona. Neurociencias, 1995.
- COMISIÓN NAL. DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL, Campañas Preventivas: "El alcohol y el Transporte Urbano" y "El alcohol y el Mar". Madrid. PNsD, 2000.
- CONDE, F. Los hijos de la desregulación, jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas Madrid: CREFAT, 1999.
- CONFEDERACION DE CCOO. UCM Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid, 2006.
- CONFEDERACION DE CCOO. Orientaciones sobre la intervención sindical en drogodependencias. Madrid, 1998.
- CONFEDERACION DE CCOO. II Jornadas Internacionales. Alcoholismo y Drogodependencias en el mundo laboral de la Unión Europea. Madrid, 1995.
- CONFEDERACION DE CCOO. Material básico para la formación de mediadores sindicales en drogodependencias. Madrid, 1997.
- CONFEDERACION DE CCOO. Alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Madrid, 1997.
- CONFEDERACION DE CCOO. Paso a Paso: estrategias de acercamiento en drogodependencias. Madrid, 2015.
- CONFEDERACIÓN DE CCOO. I Encuentro Sindical sobre Drogodependencias en el Medio Laboral en el Arco Mediterráneo. Ponencias. Madrid, 2004.
- CONSTITUCION ESPAÑOLA (1978)
- COURTWRIGHT, David T. Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias activas. PAIDOS. Barcelona, 2002.
- COSTA, M. Y LOPEZ, E. Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez y Roca, 1986.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide, 1996.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. Salud Comunitaria: Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- CREFAT Programas comunitarios de prevención de drogodependencias. Madrid, 1996.
- DE ANDRES, M. y HERNANDEZ, T. Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas. Madrid: CREFAT, 1998.
- DELGADO, S. Y COL. Medicina legal en drogodependencias. Madrid. Agencia Antidroga, 2001.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. S.A, 1997.
- EDEX Y GOBIERNO VASCO Lugar de trabajo libre de drogas, 2002.
- EUSKO JAURLARITZA/GOBIERNO VASCO Prevención de las drogodependencias en el mundo laboral. Vitoria-Gasteiz, 1996.

Bibliografía

- FAD, Navarro, Botella y Coll. La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid, 2001.
- FUNDACION 1º DE MAYO El impacto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ponencias-Jornadas. Madrid, 1996.
- García Merino Silva "Promoción de la Salud – Glosario -" Subdirección general de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. (1998).
- GENERALITAT VALENCIANA Guía para la mejora de la gestión preventiva. Drogodependencias en el medio laboral, 2000.
- GUAL, A. Monografía Alcohol. Revista adicciones Vol. 14 suplemento 1, 2002.
- HARRISON, Principios de Medicina Interna. 14/a edic. MC. Graw-hill/ Interamericana, 1998.
- ISTAS-CCOO. Guía del delegado y la delegada de prevención. Nueva edición.2013
- ISTAS-CCOO. La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. 2013.
- JUNTA DE ANDALUCÍA Manual para la prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, 2004.
- J. ESTÉVEZ Epidemiología del alcoholismo y la drogadicción en el mundo laboral. Primer congreso Nacional. De Medicina de l Trabajo, 1987.
- KRAMER, J.F. Y CAMERON, A.C. Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra OMS, 1975.
- LEYES: General de Sanidad, General de Seguridad Social. Prevención de Riesgos Laborales, Estatuto de los Trabajadores, Orgánica 10/95: Código Penal. Reglamento servicios de Prevención .39/2003 del Sector Ferroviario. Orden FOM/2520/2006. Convenio RENFE-ADIF, 1997.
- LLorens C., Fernández L (coords). (2006) Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención para la intervención sindical. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS- CCOO).
- MEGIAS VALENZUELA, E. Y COL. La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid. FAD, 2004.
- MARTIN GONZALEZ, A. Y COL. Psicología Comunitaria. Visor, 1988.
- MARCHIONI, M. De Política (el ABC abece de la democracia) De. Benchono, 1997.
- MIRANDA, M. Monografía sobre drogodependencias. Compilación. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud, 2002.
- MELERO, J.C. Edex Las drogas en la Prevención de Riesgos Laborales Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, 1999.
- NAVARRO, N. Fármacodependencia. Terapéutica farmacológica Ed. García Carrión. Madrid, 1983.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANIAS. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANIAS. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.
- OIT. Alcohol y drogas, programa de asistencia a los trabajadores. Ginebra, 1987.
- OIT. Medios contra el consumo de drogas y alcohol en el trabajo. Ginebra, 1987.
- OIT. Papel de la OIT en la fiscalización del uso indebido de drogas. -Conferencia Internacional sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. Ginebra, 1987.
- OIT. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra, 1986.
- OIT. A consensual approach to worplace substance abuse, 2002.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/consen.htm>

OIT. Workplace drug and alcohol abuse prevention programs, 2002.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/index.htm>

OIT. Drug and alcohol abuse – an important workplace issue, 2002.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm>

Median Sánchez (coord.). 2010. Mas vale prevenir. Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral. Gobierno de Canarias

Pedrero, J. (coord.) “Neurociencia y Adicción” Sociedad Española de Toxicomanías. (2011)

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1997) Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Ministerio del Interior,

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Drogas + Información - Riesgos Madrid: Ministerio del Interior, 2001.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2001) Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos. Documentos Técnicos. Madrid

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.

PONS DIEZ, J. Y BERJANO PEIRATS, E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social. Madrid: PNsD. Ministerio del Interior, 1999.

RODRIGUEZ MARTOS ALICIA (1998) Problemas de alcohol en el ámbito laboral FAD,

Salvador T., Silva, A. (Coords). Guía de Buenas prácticas y calidad en la Prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo - Región de Murcia.

SANCHEZ PARDO, L. Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Madrid: Editorial MAPFRE, 1994.

Enlaces:

[http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Sociedad_Espanola_de_Toxicomanias_-SET-_\(2011\)Neurociencia_y_Adiccion.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Sociedad_Espanola_de_Toxicomanias_-SET-_(2011)Neurociencia_y_Adiccion.pdf).

<http://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/index.htm> (Marzo 2002)



secretaría confederal de salud laboral
departamento de drogodependencias

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLANO NACIONAL SOBRE DROGAS

**Orientaciones
sobre Intervención
sindical en
drogodependencias**

