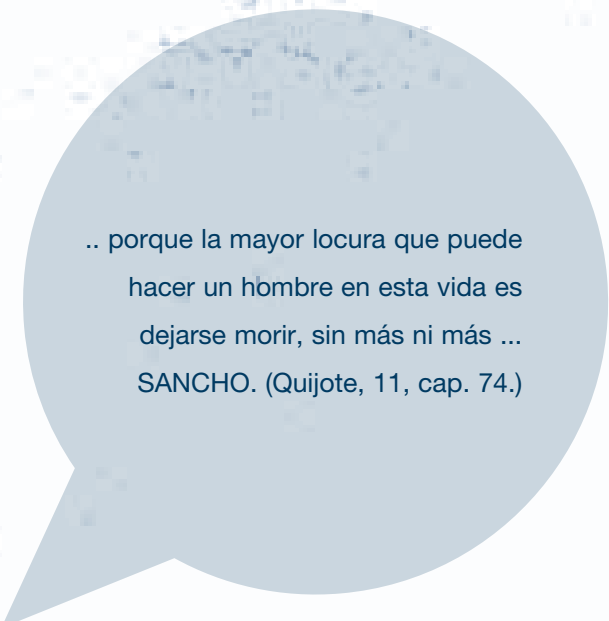


Orientaciones sobre Intervención sindical en drogodependencias



secretaría confederal de salud laboral
departamento de drogodependencias



.. 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.

Equipo última revisión:

José L. Rodríguez

Ángel Martín

María Torvisco

Francisco J. Pardo

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 | 21 |
| | 3. Clasificación y efectos de las drogas | 27 |
| | 4. Aspectos jurídicos de las drogodependencias | 55 |
| | 5. Intervención sindical en drogodependencias | 85 |
| | Anexos | 119 |
| | Anexo I. Cuestionarios | 120 |
| | Anexo II. Programa Marco | 124 |
| | Anexo III. Instituciones y recursos sobre drogodependencias | 139 |
| | Anexo IV. Acuerdos y normativa | 159 |
| | Anexo V. Resumen del documento de repertorio de recomendaciones sobre alcohol y drogas en el lugar de trabajo (OIT), 1996 | 173 |
| | Bibliografía | 191 |

presentación

Hace dieciocho 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 adaptando 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, tres ediciones totalmente revisadas.

Así, la presente edición contiene cambios sustanciales en relación a la incorporación y reconocimiento del problema de las drogodependencias dentro del ámbito de la Salud Laboral. Se favorece así el avance en la defensa de derechos de los dependientes, en la normalización de la cuestión como un problema de salud y en la incorporación de la prevención en las plataformas de negociación colectiva.

La actual Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 y su correspondiente Plan de acción 2009-2012 incorpora, como

novedad en su nuevo texto, la necesidad de que la prevención de su consumo en el ámbito laboral se contemple como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

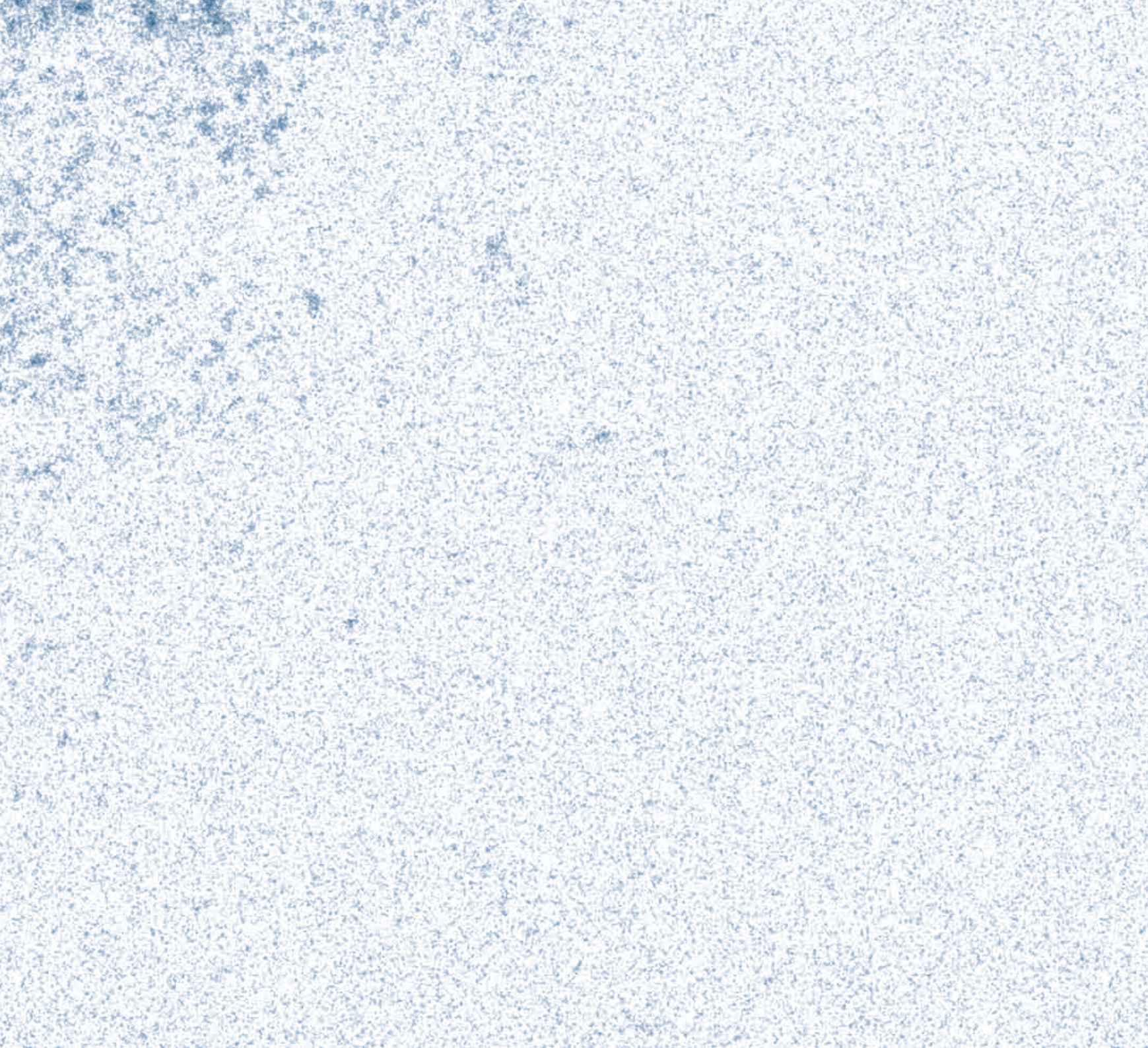
En el terreno de la asistencia a los trabajadores afectados por drogodependencia, la Estrategia fija la necesidad de coordinación entre los servicios de prevención y los servicios socio-sanitarios.

Aún estando pendiente la desaparición de estos temas del apartado de faltas y sanciones y

su incorporación en los temas de salud, hemos de reconocer que se empiezan a firmar suficientes acuerdos de planes de prevención como para demostrar la eficacia de las intervenciones, así como la manera de actuar en el problema del consumo de drogas.

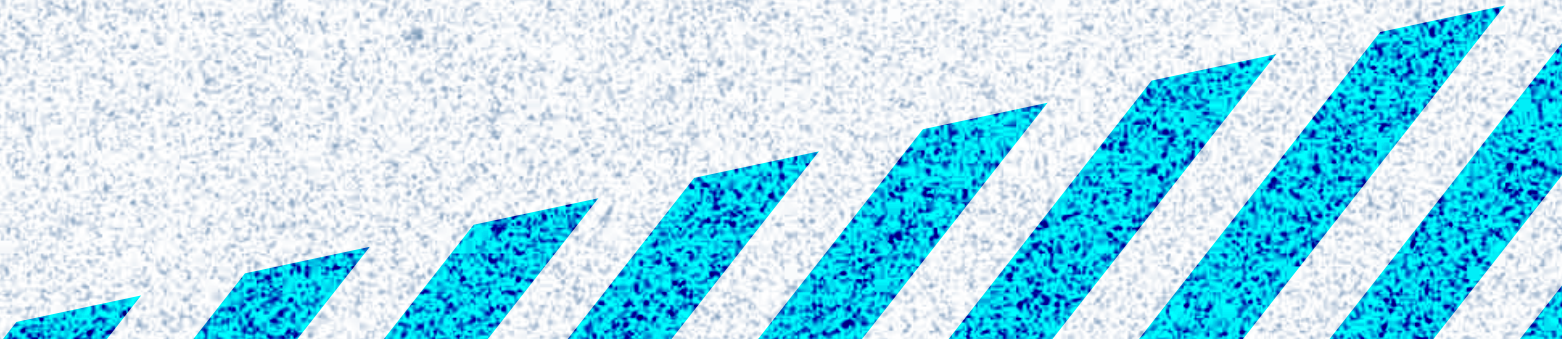
Seguimos haciendo hincapié en que la organización, a lo largo de

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. Queremos enviar 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: en los centros de enseñanza, de trabajo y de ocio. Es por tanto, responsabilidad de los gobernantes crear las condiciones necesarias, bajo el principio de igualdad, para poder desarrollar dicho proyecto el cual no viene definido solo por la política sanitaria.

En la elaboración, articulación y desarrollo de este proyecto común, es necesaria la participación general de la sociedad civil y en particular, de sus expresiones organizativas: políticas, sociales, empresariales y sindicales; para convertir así este proyecto 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 el traslado de este tipo de situaciones a la sociedad; producidas a veces y mantenidas siempre en el medio laboral, con el argumento de que no son originarias ni específicas del trabajo. Algo de esto ocurre cuando hablamos de un problema de salud que deriva del uso inadecuado del alcohol y otras drogas.

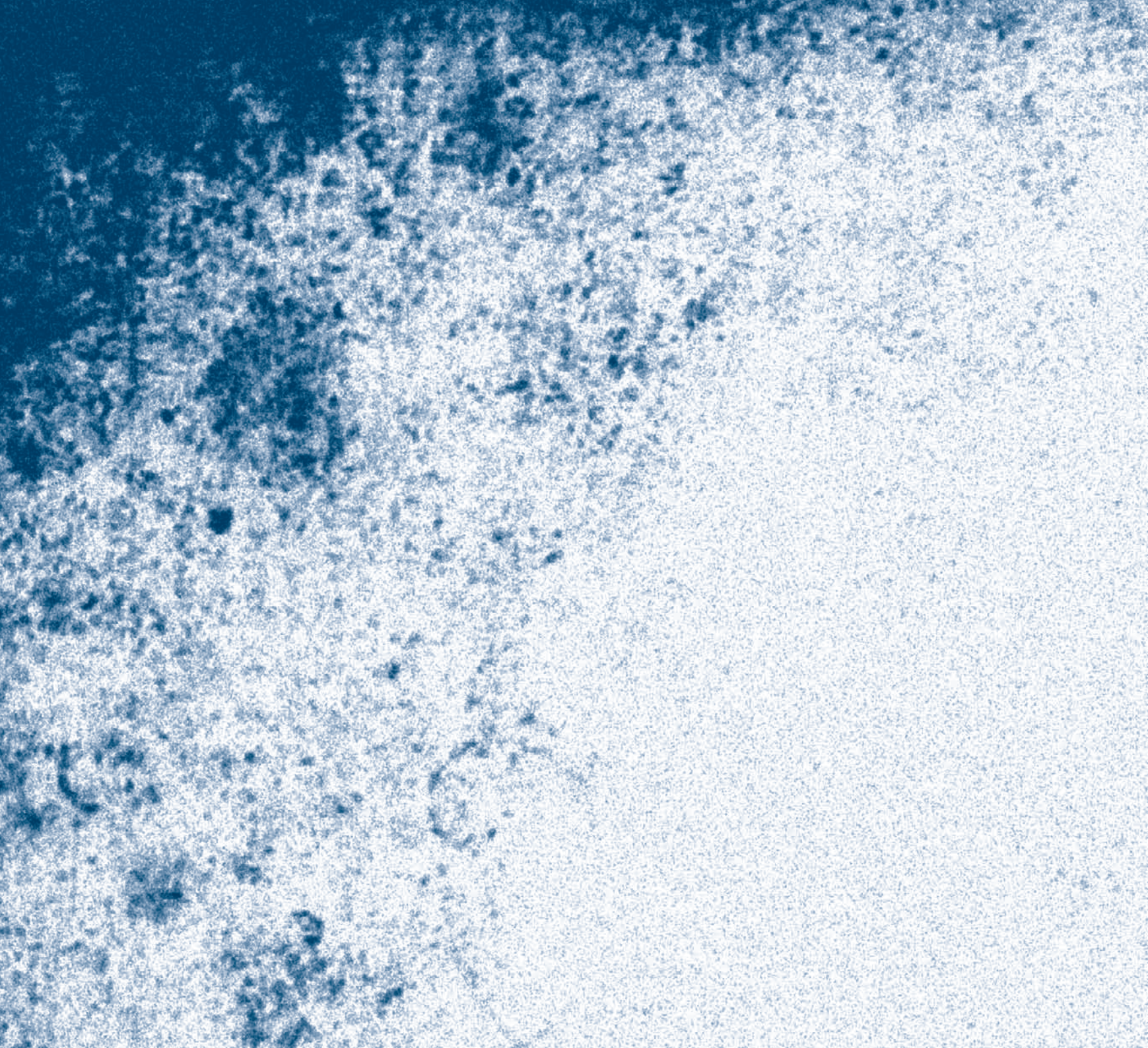
Actualmente no existe ningún análisis que indague sobre las causas del problema relacionadas con el entorno laboral en el interior de las empresas. No se reconoce el trabajo como parte importante de las causas que explican el proceso que recorre una persona desde el establecimiento de pautas inadecuadas de consumo, hasta la dependencia.

En general, seguimos asistiendo a una práctica preventiva limitada a “publicitar” mediante carteles la existencia del problema.

Este texto que os presentamos, recoge la experiencia que durante años, hemos acumulado en una serie de tareas. Pretende seguir siendo algo abierto que posibilite la elaboración e integración de estrategias sindicales aplicadas a diferentes realidades, y reafirmar 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 salud laboral se amplíen, recogiendo un amplio espectro de problemas que tienen que ver con la salud de las personas y que, aunque a veces permanecen ocultos, no por eso dejan de existir.







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 elabora una comunidad respecto a un determinado objeto social (las drogas, en nuestro caso). En definitiva, el relato que realiza un grupo social de una determinada parcela de la realidad. Es importante conocer estas creencias y actitudes a la hora de intervenir ante el uso indebido de las drogas, ya que, de acuerdo a la percepción social que se tenga del mismo, así será la reacción de la comunidad y la magnitud de las medidas que deberán aplicarse para su control.

Hace algunos años, las drogas ilegales estaban altamente estigmatizadas frente a las drogas legales (tabaco y alcohol), socialmente más aceptadas tanto en su consumo como en su exceso. Se potenciaba incluso 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 sustancias viene 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 consumir es un acto trivial, desdeñan sus riesgos. Se ha producido, lo que se denomina una “banalización” del consumo de drogas.

La realidad se ha modificado y las percepciones sociales también. Han aparecido nuevas sustancias en nuestro contexto. Los patrones de consumo han cambiado. La convivencia cotidiana ha matizado la visión de los problemas y se han puesto en marcha actuaciones y respuestas variadas.

En cuanto a la percepción social actual, y aunque existen notables diferencias entre diversos grupos



de opinión en función de criterios tales como la edad, las creencias religiosas, la sensibilidad política o el estado civil. Algunos de los argumentos más extendidos de este tipo, son los siguientes:

- Cuando se habla de “la droga”, antes se refería principalmente a la heroína. Actualmente se refiere a la cocaína y a las drogas de síntesis.
- Aunque el problema de la droga (según las encuestas de opinión) ya no está dentro de uno de los más graves a los que se enfrenta nuestra sociedad, sigue ocupando un lugar destacado.
- Actualmente, no se identifica tanto el consumo a jóvenes marginados. Se asocia más el perfil del consumidor a la droga consumida. De esta forma, el alcohol y el tabaco

sería un consumo general de todas las edades; destacando para el alcohol los consumos de jóvenes los fines de semana (botellón). Algunas drogas ilegales (cannabis, drogas de síntesis y anfetaminas) se asociaría a personas jóvenes. La cocaína se asociaría más a profesionales y empresarios.

Se continúa creyendo que los parados consumen más drogas y las mujeres menos que los hombres (salvo para el caso de los hipnosedantes)

- Los drogodependientes no son fácilmente recuperables.
- El tabaco y el alcohol no se reconocen como drogas de una forma mayoritaria.
- En general, se sigue teniendo una imagen muy negativa del consumidor de drogas ilegales (sobre todo en el caso de la

heroína). Se le considera una persona negativa y perjudicial para la sociedad (delincuente, vicioso, amoral, etc.). Aunque sigue existiendo un colectivo de personas que siguen opinando de esta manera, cada vez se asocia más la imagen de una persona adicta a las drogas a una situación determinada, a una enfermedad o como una persona corriente que sufre este problema. En los últimos tiempos, la postura de la población española ante los adictos ha evolucionado. Ahora se les considera mayoritariamente como personas normales que tienen este problema.

Las creencias y actitudes sobre las personas con problemas de drogas va cambiando, y por tanto, el discurso social sobre ellas 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. La apreciación del consumo de drogas como un problema de gran magnitud y prioritario, ha cedido su lugar a otros problemas sociales como el paro.
- En la actualidad, el paro, los problemas económicos, la delincuencia, etc. tienen más relevancia que los principales problemas asociados al consumo

de drogas, aunque éstos sigan teniendo importancia en el imaginario colectivo.

- Aumenta la percepción de que sustancias como el alcohol, el tabaco y los fármacos, pueden acarrear problemas de salud importantes si hacemos un uso inadecuado de ellas.
- Nuestra sociedad va tomando cada vez más conciencia de que las drogas son algo que está ahí, y que hay que convivir con ellas. Hay una postura más pragmática para paliar el problema.
- Respecto a la visión de los “drogadictos”, “los consumidores de drogas” o “los que tienen problemas con las drogas”, se refleja un posicionamiento ambiguo y contradictorio en el

que por un lado se les considera “malas” personas, y por otro, se les considera como enfermos y se acepta la necesidad de medidas de intervención para ayudarles.

En el ámbito laboral, el papel del sindicato es promover cambios en las actitudes y creencias del conjunto de nuestros compañeros. La empresa debe promover campañas de sensibilización y formación; y será fundamental introducir en los convenios colectivos, el apoyo explícito a los trabajadores y trabajadoras mediante medidas concretas.

Para ello, habrá que desmontar creencias y actitudes negativas incorporando los siguientes elementos en nuestro discurso:

- No existe “la droga”, sino diversas sustancias con diferentes efectos físicos, psíquicos y sociales.
- Las drogas no son sustancias que esclavizan al individuo en cuanto las prueba, sino que la dependencia se instaura como un proceso en el tiempo.
- Las personas drogodependientes no responden a ningún estereotipo: joven heroinómano, habitante de un barrio periférico, parado, marginal, que roba para sufragarse la dosis diaria. O bien: adulto, triunfador, consumidor de cocaína con un estatus socioeconómico alto. Para cada sustancia hay una variabilidad considerable de usuarios.
- Las drogodependientes no son “viciosos”, ni “amorales”,

ni “delincuentes” per se, sino personas que, por distintas causas personales y/o del entorno en el que se desenvuelven, han entrado en contacto con una sustancia y han quedado “atrapadas” por sus efectos. Que además, pueden producir alteraciones de la salud, en muchos casos. La forma de ver a estas personas va cambiando mucho, como se ha destacado anteriormente.

- Cualquier situación de drogodependencia puede ser recuperable si el individuo y su entorno más próximo cuentan con el soporte personal y/o profesional adecuado. En el mundo laboral, un trabajador con un problema de drogodependencia que encuentre la ayuda de un delegado de prevención que le apoye durante

el período motivación, tratamiento, rehabilitación y reinserción; y que se esfuerce ante los directivos de la empresa para que todo esto sea posible, tendrá, con mucho, más posibilidades de recuperación que otro al que le falte este apoyo y se encuentre sólo para resolver el problema.

- Los problemas sociales y laborales más graves asociados al consumo de drogas no son debidos a las sustancias ilegales, sino a las legales, ya que disponen de un cortejo de coartadas culturales para su consumo. Como por ejemplo, el alcohol. Es la droga más consumida en nuestro país y la que más problemas produce (de salud, familiares, problemas laborales, accidentes de tráfico, etc.)

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, podíamos observar 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 en el interior de las empresas. Se ha modificado globalmente la percepción social que se tenía entonces respecto a la drogodependencia. Para alcanzar el convencimiento de que esta evolución se había producido, y por la necesidad de incorporar datos concretos sobre la nueva realidad en nuestra intervención sindical, se realizó de nuevo una revisión de aquél trabajo en 2006 con la colaboración del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de CCOO; de la Universidad Complutense de Madrid; y del 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 psico-sociales 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 la ley sin más. 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 este orden. Para la representación sindical, las razones son las mismas pero colocan los costes económicos muy discretamente por delante del desacuerdo sobre 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 las relaciones laborales. Los resultados del estudio cuantitativo, desvelan que más de la mitad de los trabajadores que han seguido programas de rehabilitación, se han restablecido y siguen trabajando. Casi la mitad, en sus mismos

puestos de trabajo. Es verdad que este resultado recoge fundamentalmente los datos de las empresas grandes, ya que son las que mayoritariamente desarrollan programas de prevención. El propio resultado indica el camino. Administración y Empresas tendrán que ver de qué manera asegurarán la igualdad de oportunidades del trabajador para mantener o recuperar la salud perdida por causas no ajenas al trabajo, independientemente del tamaño de la empresa en que un trabajador trabaje.



A faint, light blue background image of a microscope is visible on the left side of the page. The main background is white with diagonal blue stripes in the upper right corner.

2

**Conceptos básicos en
drogodependencias**

2. Conceptos básicos en drogodependencias

Para acercarse a las drogodependencias, como en otras materias, existen unos términos específicos cuyo concepto es necesario conocer 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 en el tiempo, y es el resultado de la interrelación entre el individuo y su entorno pasado, presente y futuro. Es un error reducir este proceso a la expresión

de una “lista de términos”. Esta lista, debería servirnos más bien para acercarnos a la realidad de las drogas y la drogodependencia en toda su complejidad.

A continuación definiremos algunos.

Droga

En términos generales, la definición de 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, simplemente es una sustancia química. 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 OMS 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 de 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) para conseguir 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 niveles mínimos 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 así los efectos negativos que originaría no consumirla.

Todas las drogas que producen dependencia, ocasionan

dependencia psíquica en las personas que las consumen.

Tolerancia

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

Tolerancia Cruzada

Fenómeno por el que 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, para que estos produzcan el efecto deseado habrá que tomarlos en dosis más altas que las que se

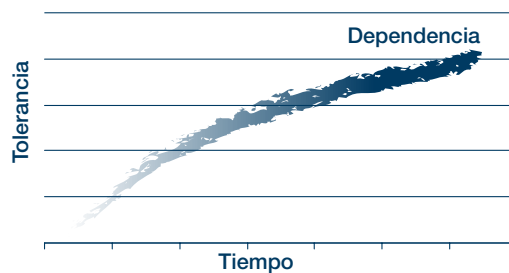
tomarían si no se fuera tolerante al alcohol.

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 las mismas. La dependencia física tarda pocos días en desaparecer. Al contrario que la psíquica, que tarda bastante más tiempo. La dependencia psíquica es

la causante de las recaídas. La presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia, tienen que considerarse como dos características asociadas a la dependencia, y es debido a la adaptación funcional del sistema nervioso central se habitúan a una droga. Cuando se interrumpe el consumo, se producen alteraciones en dichas funciones.

El gráfico muestra la relación existente entre tolerancia y dependencia.



Desintoxicación

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

El período de desintoxicación física varía según la 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 a la sociedad de forma similar a la de cualquier otro individuo. Si bien la deshabituación y la reinserción tienen diferente significado, suelen superponerse en la práctica.

Recaída

Es cuando 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 una vuelta a la situación anterior. Si se trata adecuadamente, puede 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 le ha llevado a desarrollar dependencia, ya sea psíquica o física.

Consumo indebido y abuso de drogas

Son conceptos que no se pueden definir exclusivamente a partir de criterios de cantidad (dosis, frecuencia), a pesar de ser un componente importante. Tampoco se pueden establecer criterios absolutos, comunes para todas las drogas y sociedades. La definición del consumo indebido y del abuso de drogas, implican también un componente de relativismo cultural

ya que cada sociedad define sus propias pautas de consumo.

Policonsumo

Es el abuso simultáneo de varias sustancias con distintos efectos farmacológicos y que pueden generar una dependencia.

Es frecuente entre los consumidores, el consumo de sustancias con efectos contrarios. El objetivo del que las consume puede ser atenuar o potenciar el efecto de una

sustancia con otra. Por ejemplo, se consume alcohol o tranquilizantes para modular el “estímulo” de la cocaína.

Las interacciones tóxicas que acompañan al uso/abuso de varias sustancias administradas de forma conjunta, pueden aumentar su impacto sobre la salud de quienes las consumen.



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 ralentizan (imprimen lentitud a un funcionamiento) 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 del consumidor (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 de síntesis: éxtasis. MDMA, la píldora del amor (MDA), Eva (MDE) y el Special K, B C2 etc. Son drogas que por su especial composición, pueden provocar perturbaciones en la percepción. Tener efectos estimulantes en unas (éxtasis, píldora del amor, Eva), y efectos depresores en otras (Special K, y otras).

Efectos de las drogas

Sustancias depresoras

Estas sustancias en general:

Inducen al sueño y a la relajación de todo el sistema nervioso, produciendo una sensación de gran bienestar.

Analgesia.

Disminuye la capacidad motora.

Heroína

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 incluye en el grupo de los opiáceos.

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 por la nariz. Las dos primeras vías de administración son las de acceso más rápido al cerebro y, por tanto, las que producen efectos de forma inmediata.

Poco tiempo después de consumirse, llega al cerebro. Allí 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 la que llega al cerebro.

Inicialmente, se percibe acaloramiento de la piel, sequedad de boca y sensación de pesadez en las extremidades. Y en ocasiones, seguidas de náuseas, vómitos y picor considerable. Posteriormente, se siente somnolencia durante varias horas, las funciones mentales se entorpecen, las funciones cardíaca y respiratoria se alteran, llegando incluso a causar la muerte, según la dosis consumida.

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 provoca, rápidamente, un fenómeno de tolerancia. Es decir, para conseguir el mismo efecto o evitar los síntomas de abstinencia, el adicto necesita cada vez una dosis más alta. Llegando incluso a necesitar hasta 10 veces más al cabo de un cierto tiempo de consumo.

Con el tiempo, la heroína pierde la capacidad de producir el bienestar inicial, lo que provoca un malestar cada vez mayor. Si al principio el placer era la causa del consumo, con el paso del tiempo, lo que el heroinómano 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 siguientes. Puede durar hasta 10 días.

Aunque el síndrome de abstinencia no supone un grave riesgo para la salud, es una experiencia muy temida por el heroinómano. Llega un momento en que toda la vida del adicto gira alrededor de la búsqueda, obtención y consumo de heroína. Los heroinómanos dejan de mostrar interés por su entorno, por su familia y por sus amigos. Todo su pensamiento gira, constantemente, alrededor del consumo de la droga. Pierden el sentido de responsabilidad de sí mismos y de los que le rodean y, a menudo, no cumplen con las exigencias de la vida de estudio o profesional. Se aíslan y se limitan a un contacto superficial con el medio en el que viven.

Es frecuente el abandono del grupo de amigos habituales, la disminución de la capacidad para ejercer la profesión aprendida, la pérdida de la actividad laboral y, finalmente, la marginación social.

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 así como 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 los vasos sanguíneos, abscesos y otras infecciones de la piel y tejidos blandos. 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 su estilo de vida condicionado por la 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 los pulmones, hígado, riñones o del 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.

Alcohol

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 4° y 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. De ahí pasa a la circulación sanguínea donde puede permanecer hasta 18 horas. Se elimina 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.



Por ejemplo la cirrosis hepática o las encefalopatías, en las que el funcionamiento del hígado y del cerebro se ve gravemente alterado.

Pocos minutos después de haber bebido, pueden aparecer una serie de efectos, cuya manifestación varía según la cantidad ingerida y las características de cada persona. Por orden de aparición en el tiempo y en relación con la concentración de alcohol en el organismo, estos efectos serían los siguientes:

Los efectos del consumo moderado son:

Desinhibición por lo que las primeras sensaciones son de euforia, a la que le sigue un estado de somnolencia con visión borrosa, falta de coordinación muscular, aumento del tiempo de respuesta, disminución de la capacidad de atender y comprender, fatiga muscular, etc.

Los efectos del consumo excesivo (intoxicación etílica) son:

La peligrosidad de este tipo de consumo es fundamentalmente la intoxicación etílica aguda. Puede inducir depresión respiratoria, coma (coma etílico) y ocasionalmente, la muerte.

Los efectos del consumo crónico son:

Daños generales en todo el organismo, sobre todo del hígado. Las alteraciones de su funcionamiento pueden llevar a la cirrosis. El cerebro también se altera pudiendo aparecer desorientación, ideas persecutorias, desorientación, etc.

Existen dos puntos sobre esta sustancia que son importantes conocer.

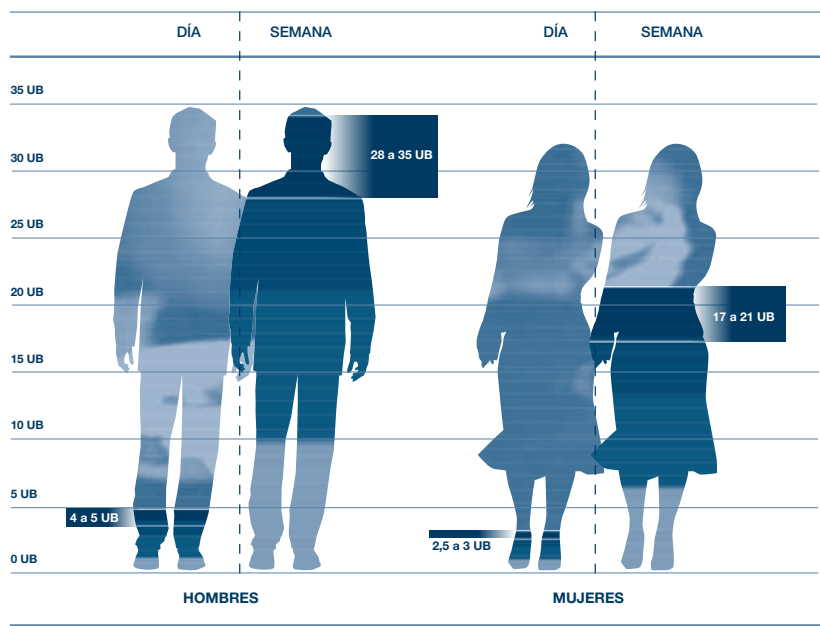
1º) Saber nuestro consumo de alcohol, para poder calcular el riesgo que conlleva hacer consumos excesivos para la salud. Para ello, hay que saber la cantidad de alcohol absoluto que tienen las bebidas que se toman.

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

2º) Un 80 % del alcohol se metaboliza o elimina en el hígado, proceso realizado por la enzima del alcohol. La deshidrogenasa hepática,

que es más abundante en los hombres que en las mujeres. Lo que, unido a su menor peso corporal, hace que la toxicidad y la tolerancia se produzcan en menos tiempo en las mujeres.

Se considera que el **límite de riesgo** en el consumo de alcohol esté en:



1 UB Caña de cerveza = 200 cm³

1 UB Copa de vino = 100 cm³

2 UB Copa de coñac = 50 cm³

1 UB Vermut /Jerez

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 forma estándar, que se elimina entre ½ y 1 UB 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).

Se sabe que: **0,25 mg/l de alcohol en el aire espirado equivalen a 0,5 g de alcohol en sangre.** Esto se mide con un aparato de alta precisión y fiabilidad (Etilómetro).

Benzodiazepinas

(tranquilizantes)

Las benzodiazepinas son depresores usados de forma terapéutica para producir sedación, inducir el sueño, aliviar la ansiedad y los espasmos musculares, y para prevenir las convulsiones. En general, las benzodiazepinas actúan como hipnóticos en dosis altas, ansiolíticos en dosis moderadas, y sedantes en dosis bajas.



El consumo repetido de grandes dosis o, en algunos casos, el consumo diario de dosis terapéuticas de benzodiazepinas se asocia a amnesia, hostilidad, irritabilidad y sueños perturbadores, 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 benzodiazepinas puede ser potencialmente mortal. El abuso de las benzodiazepinas 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 benzodiazepinas.

Efectos a corto plazo

De dosis bajas a moderadas

Las benzodiazepinas se recetan para la relajación, la tranquilidad y el alivio de la ansiedad y la tensión. En algunos casos se producirán efectos secundarios. Varían ampliamente dependiendo del tipo de las benzodiazepinas, la dosis, y la persona. Estos pueden incluir:

- Deterioro de la coordinación motora.
- Somnolencia, letargo, fatiga.
- Deterioro del pensamiento y la memoria.
- Confusión.
- Depresión.
- Visión alterada.
- Dificultad para hablar, tartamudez.
- Vértigo.
- Temblores.
- Depresión respiratoria.
- Náuseas, estreñimiento, boca seca, malestar abdominal, pérdida de apetito, vómitos, diarrea.

Dosis elevadas

A altas dosis de benzodiazepinas pueden causar somnolencia extrema. Además de los efectos adversos antes mencionados, se observan también los siguientes:

- Lentitud de reflejos.
- Cambios de humor.
- Comportamiento hostil y errático.
- Euforia.

Efectos a largo plazo

Algunas benzodiazepinas se eliminan del cuerpo lentamente. Así, la ingestión de múltiples dosis durante largos períodos de tiempo puede conducir a una acumulación significativa en los tejidos grasos. Los síntomas de exceso de sedación pueden no aparecer durante unos días. Algunos incluyen:

- Dificultad para pensar, en la memoria y el juicio.
- Desorientación.
- Confusión.
- Dificultad para hablar.
- Debilidad muscular, falta de coordinación.

Tolerancia, dependencia y abstinencia

La tolerancia a ciertas benzodiazepinas es más frecuente en aquellos que la 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 benzodiazepina 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 benzodiazepinas y otros depresores como el alcohol y barbitúricos, por lo que los usuarios pueden no sentir los efectos de estos fármacos con tanta potencia como si fuera de otra manera.

Sustancias estimulantes

En general son drogas que producen:

- Intensificación de la actividad cerebral.
- Aumento de la agudeza mental, la atención y la energía.
- Insomnio.
- Disminución del apetito.
- Aumento de la presión arterial.
- Aumento del ritmo cardíaco.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.

Cocaína

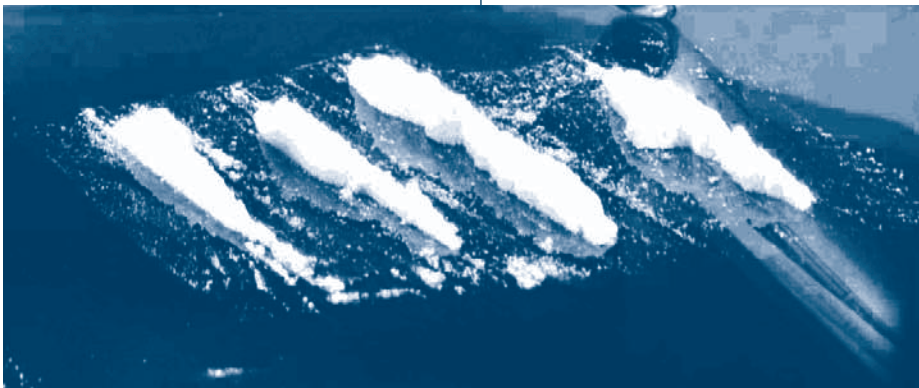
La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas.

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. Sulfato de cocaína, 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 mayor rendimiento intelectual aparente, 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. 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. Si se inyecta 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

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 largos periodos 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,

al intentar 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 adictiva. 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. 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 su capacidad para incrementar el nivel de atención y concentración en tareas concretas.

Su uso crónico, al igual que con la cocaína, da lugar a depresiones severas y cuadros de psicosis anfetamínicas.

Tabaco

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, aumenta el deseo de fumar.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura evitable 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).
- Accidente cerebro vascular (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 de tabaco durante una hora, inhala una cantidad equivalente a 2-3 cigarrillos. De ahí la importancia de proteger los derechos de los no fumadores, ya que como sucede con el alcohol, el hábito de fumar está socialmente aceptado y hasta fechas recientes, favorecido.

Sustancias perturbadoras del S.N.C. y/o alucinógenas

Son sustancias capaces de producir perturbaciones en las percepciones sensoriales o temporo-espaciales aumentándolas o alterándolas, o bien pueden manifestar sus efectos produciendo alucinaciones.

Cannabis

El cannabis 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 se deben sobre todo 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%.
- Hachís: 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 hachís: resina de hachís 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 en el ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad de pensamiento, el sentido del tiempo y la percepción de sí mismo.

Otros efectos son: aumento del apetito, sequedad de boca, imágenes visuales más vívidas, y sentido de la audición más aguda. Dosis elevadas pueden inducir verdaderas alucinaciones 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 que demuestra este potencial en el uso terapéutico en el caso de las náuseas y vómitos secundarios debidos al tratamiento con antineoplásicos. La pérdida de apetito en sida y cáncer terminal, y el tratamiento del dolor en la esclerosis múltiple.

LSD

El LSD es un nombre genérico que se utiliza para designar al ácido lisérgico, un compuesto químico que se encuentra naturalmente en el cornezuelo de centeno, un hongo parásito de este cereal. Fue sintetizado por primera vez en el año 1938 por el Dr. Albert Hoffman. Descubrieron su principio 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 al 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.

Efectos inmediatos

- Sensación de mayor agudeza sensorial.
- Dificultad para concentrarse, controlar el pensamiento y disminución de la capacidad de recordar.
- Alteración del espacio - tiempo.
- Se reduce la coordinación muscular y la percepción del dolor.
- Cambios de humor.
- Alucinaciones que pueden ir desde la percepción de una imagen que simplemente no existe, hasta imaginarse viviendo en un mundo irreal.
- Experiencias místicas, sentimientos de alegría, paz, armonía y unión con los demás.

Los efectos generados por el LSD sobre el sistema nervioso central son predominantemente alucinatorios y pueden durar entre 3 y 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 la ansiedad.

El consumo de LSD también puede llegar a intensificar o exacerbar trastornos psicológicos subyacentes en algunas personas. Las personas con tendencias suicidas, por ejemplo, deberían evitar su uso.

No existe un riesgo de sobredosis física, si bien puede llegar a haber problemas si se consume una dosis mayor a la que se puede manejar psicológicamente.

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 con el consumo de LSD es un episodio temporal de pánico (menos 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 “flash-back”. El flash-back es un retorno transitorio de emociones y percepciones experimentadas bajo los efectos del LSD. Es decir que, por ejemplo, se podría volver a experimentar alguna sensación ya vivida bajo los efectos del LSD, días más tarde.

Esto no es necesariamente negativo, salvo que lo que se vuelva a experimentar sea alguna sensación desagradable o atemorizante.

Los flash-back pueden durar unos segundos o unas horas, y pueden ser similares a cualquiera

de los aspectos vividos durante el “viaje” de LSD. Es decir, pueden ser emocionantes, sorprendentes, aterrorizantes, etc.

La mayoría de los flash-back consiste en episodios de distorsión visual, distorsión temporal, pérdida de las fronteras del ego, o emociones intensas que duran desde unos segundos a algunos minutos.

Generalmente, se van reduciendo en número e intensidad después de la experiencia de consumo, y raramente ocurren luego de algunos meses.

Drogas de síntesis

(alucinógenas-estimulantes-
ralentizantes)

Es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química entre las que cabe señalar: **el éxtasis, el GHB, la ketamina, el PCP o “polvo de ángel”**.

En general, contienen distintos derivados anfetamínicos o de otras sustancias estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable. Se encuentran en el mercado en diversas formas (pastillas, cápsulas, polvo, líquidos...) que resulten atractivas para los más jóvenes.

Muchas de estas drogas fueron descubiertas hace años por compañías farmacéuticas, que abandonaron las investigaciones por los efectos indeseables que detectaron en este tipo de sustancias.

La fabricación en laboratorios clandestinos y el desconocimiento de su composición final, las convierte en especialmente peligrosas, ya que los consumidores nunca saben exactamente qué están ingiriendo. Sus efectos no son claramente previsibles.

Éxtasis

El éxtasis también conocido como MDMA, Adán, XTC, X, E, pastillas, pastis o 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 75 a 100mg (1 mg/kg de peso), y comienza a producir efectos en menos de media hora. La mayoría de ellos desaparece a las cuatro y seis horas siguientes, dependiendo de 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. Podría desencadenar un cuadro conocido como “golpe de calor”, o 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 bebiendo agua. Además, y como consecuencia de su consumo, pueden persistir una serie de efectos residuales como insomnio, agotamiento, depresión, irritabilidad, cefalea y dolores musculares, que desaparecen al ingerir una nueva dosis.

Efectos inmediatos

- Sociabilidad, euforia, desinhibición.
- Incremento de la autoestima.
- Locuacidad.
- Inquietud.
- Confusión, agobio.
- Taquicardia, arritmia e hipertensión.

- Sequedad de boca, sudoración.
- Escalofríos, náuseas.
- Contracción de la mandíbula, temblores.
- Deshidratación.
- Aumento de la temperatura corporal o “golpe de calor”.

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, ideas paranoides o trastornos del sueño.

Efectos a largo plazo

- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del sueño.

- Ataques de pánico.
- Agresividad.
- Trastornos psicóticos.
- Flash-back, con alucinaciones visuales o auditivas.

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

Metanfetamina

Es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes que ésta sobre el sistema nervioso. Aunque a escala

mundial la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis en términos de producción y tráfico, su consumo actual en España es inferior al de éxtasis. La metanfetamina tiene un elevado poder adictivo.

Es un polvo blanco, cristalino, inodoro y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua. Popularmente se conoce con el nombre de “speed”, “meth”, “chalk” o “hielo” o “crystal”, si se consume fumada. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada, o inyectada. Esto 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” y 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 se ingiere por vía oral).

Efectos a corto plazo

- Aumento de la atención.➤
- Disminución del cansancio.
- Disminución del apetito.
- Sensación de euforia.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.

- Hipertermia (golpe de calor).
- Convulsiones.
- Sobredosis.
- Aumento de la libido.
- Relaciones sexuales de riesgo.
- Trastornos paranoides.
- Reacción aguda al plomo usado como reactivo (vía intravenosa).

La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros 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.

Efectos a largo plazo

- Adicción.
- Insomnio.
- Anorexia.

- Disminución de la libido.
- Comportamiento violento.
- Accidentes cerebro-vasculares.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Psicosis.

Algunas de estas alteraciones persisten incluso mucho tiempo después de no consumir la droga.

Otros riesgos añadidos, son los derivados del consumo por vía intravenosa. 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 jeringuillas sin higiene o que la comparten con otros consumidores.

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, no tiene nada que ver con el MDMA. Generalmente se presenta en forma de líquido transparente, incoloro, inodoro y con cierto sabor salado. 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 secundarios indeseables, 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 10mg/kg de peso, produce

hipotonía y anestesia. Si la dosis es entre 20-30mg/kg, el GHB produce adormecimiento y sueño. Cuando alcanza los 50-70mg/kg puede desencadenar un estado hipnótico y causar aumento del ritmo cardíaco y la respiración. Con dosis más altas, aumenta la depresión cardiopulmonar y comportan un 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 entre una hora y media y tres horas aproximadamente.

Polvo de ángel o pcp

La fenciclidina, 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 la agitación, estados de delirio y conductas irracionales que producía entre los pacientes. 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 acusan 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 dado casos de trastornos emocionales. Puede interactuar con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiazepinas, y puede llegar incluso a poner en peligro la vida del consumidor.

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 consuma y las características del consumidor (peso, edad, etc.). En dosis bajas, produce efectos similares a los de una borrachera. Pérdida de coordinación, dificultades para hablar y pensar, visión borrosa, etc. En dosis altas, puede provocar

un “viaje” muy intenso con delirios, pseudo alucinaciones, 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 paro respiratorio y cardiaco. Incluso los 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 cardiaco. La mezcla con psicoestimulantes y/o alucinógenos puede provocar una reacción impredecible y muy peligrosa.

Poppers

Los poppers son drogas recreativas compuestas por nitrato de amilo en la mayor parte de los casos, pero también por otros nitratos como nitrito de butilo o nitrito de isobutilo. Son líquidos incoloros e inodoros que se administran inhalados y se presentan en botes de cristal. El nitrato de amilo es una sustancia muy volátil e inflamatoria, y nunca debe ingerirse porque podría 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, ligereza, desinhibición sexual, etc. Los efectos desaparecen enseguida, produciéndose posteriormente depresión y agotamiento. Se usa mucho durante el acto sexual por sus efectos, 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.

m- CPP

La meta-clorfenilpiperazina es una sustancia que pertenece al grupo de las piperazinas. Además de comercializarse legalmente en algunos países, se distribuye en el mercado negro bajo la misma apariencia que las pastillas de éxtasis. 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. También en forma de polvo, sólo o mezclado con polvo de otras sustancias.

La m-CPP tiene propiedades estimulantes y alucinógenas. 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.

- Colas y adhesivos industriales.
- Pinturas, barnices y lacas.
- Aerosoles.
- Disolventes: acetona, benceno.
- Combustibles: gasolina.
- Gases anestésicos: óxido nitroso, halotano, éter, cloroformo.
- Otros: nitritos.

Psíquicamente el inhalador crónico suele presentar irritabilidad, dificultad para pensar con claridad y

concentrarse, sentimientos depresivos e incluso ideas de persecución y desconfianza. 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 fueran inyectados. 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 para efectuar las medidas de protección necesarias, y minimizar así los efectos de la exposición a estas sustancias por parte de los trabajadores. La vigilancia de la salud irá encaminada, entre otras cosas, a verificar que las medidas de protección sean las adecuadas y no existan efectos no deseados sobre la salud de los trabajadores expuestos a estas sustancias.

En el cuadro se resumen las características de tolerancia, dependencia física y dependencia psíquica de cada droga

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





4

**Aspectos
jurídicos de las
drogodependencias**

4. Aspectos jurídicos de las drogodependencias

Introducción

Con carácter general, nuestro ordenamiento jurídico ha dado tradicionalmente al drogodependiente una respuesta de naturaleza coercitiva y sancionadora como expresión de una concepción moral socialmente dominante de corte conservador, que estigmatiza cualquier enfermedad o conflicto relacionado con el uso inadecuado de drogas.

En el plano del derecho laboral, el legislador considera como conductas sancionables las drogodependencias que afecten negativamente al trabajo. Y, en consecuencia, también el marco del poder disciplinario del empresario, Art. 54. Apdo. 2 f.

En relación a la tipificación penal, el vigente Código de 1995, despenalizó las conductas que se limitan al simple consumo de drogas, estupefacientes o sustancias tóxicas, y dio un tratamiento más sistemático a los delitos relacionados con estas materias.

A pesar de lo anterior, nuestro ordenamiento sigue sancionando el simple consumo en lugares públicos, a través de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana de 1992, manteniendo así una injerencia inadmisible en el ámbito de las formas de vida privada que no afectan a terceros.

La regulación sobre drogodependencias es dispersa en diferentes normas de derecho interno (Penal, Administrativo, Laboral, etc.), así como en

normas de derecho internacional y comunitario.

En consecuencia, pretendemos incorporar una visión general no exhaustiva del tratamiento o respuesta que las diferentes ramas del ordenamiento jurídico dan a estas patologías en el marco normativo.

Por todo ello, haremos una breve referencia a aquellos aspectos de la normativa penal y de seguridad ciudadana relacionadas con el tráfico o consumo de drogas incluyendo, no sólo los preceptos de mayor interés que bien en el Código Penal o en su caso, en la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana tratan sobre dichas materias, sino también algunas referencias sucintas al tratamiento jurisprudencial de las mismas.

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

Tras unas breves referencias a los aspectos penales y de seguridad ciudadana, desarrollaremos el núcleo central de todo el apartado jurídico, relacionado con el marco laboral y sindical.

En este sentido, tras las referencias a determinadas normas de derecho internacional y haciendo especial hincapié al repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT de 1996 Alcohol y drogas en el lugar de trabajo, se desarrollan aquellos aspectos de la vigente normativa interna que son de aplicación directa o indirecta al trabajador drogodependiente.

Este desarrollo relacionado con normas de derecho interno, recoge referencias a múltiples preceptos. Desde la Constitución a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, centrándose en el Estatuto de los Trabajadores y, en especial, en el tratamiento doctrinal y jurisprudencias del Art. 54.2 f) de dicha norma legal que regula, entre las causas del despido disciplinario, la embriaguez habitual y la toxicomanía.

Conviene señalar que esta materia relacionada con el tratamiento de las drogodependencias, debe destacarse las diferentes leyes autonómicas que han venido a cerrar el marco normativo interno y han aportado elementos positivos y novedosos en el plano de las relaciones laborales.

Por último, este apartado jurídico, recoge unas breves y genéricas referencias al tratamiento que ofrece el derecho comparado a las drogodependencias en el marco de la relación laboral, limitando dichas referencias al ámbito europeo y a los principios recogidos por la OIT. Y finaliza con unos comentarios sobre las garantías constitucionales y legales que protegen la esfera privada y la intimidad del trabajador en relación con las pruebas médicas.

Marco normativo penal

En lo que se refiere al marco normativo penal, es preciso destacar el nuevo Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre que, aún recogiendo una buena parte de los contenidos de la Ley Orgánica 1/1988, modifica la regulación relativa a los delitos sobre drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

La regulación contenida en el nuevo Código Penal merece especial atención, ya que siguiendo los criterios sobre esta materia establecidos en la Ley Orgánica 1/1988, de reforma del anterior Código Penal, mantiene un cambio significativo de tendencia respecto a las regulaciones precedentes.

Tal cambio de tendencia se da en un momento en el que está muy vivo el debate entre los que proponen una mayor represión de estas conductas, y los que abogan por un cambio radical de perspectiva que conlleve una notable limitación de los contenidos punitivos.

Sin embargo, y a pesar de todo, tras la mencionada reforma se mantiene la condición de que el consumidor no debe estar castigado por el Derecho Penal, dándose la razón siguiente: “estamos ante la víctima del tráfico”. Además, así ayudaríamos a un proceso de marginación de un gran número de personas. Pero, a pesar de esto, continúa hoy más viva que nunca la discusión a nivel internacional de si debería pensarse también el consumo de drogas ilegales.

Los preceptos del nuevo Código Penal de mayor interés, son los siguientes:

Art. 20: Exención de responsabilidad criminal en supuestos de comisión del acto delictivo en estado de intoxicación plena y siempre que este estado no haya sido buscado con el propósito de cometer el delito. (Los casos de exención total de responsabilidad siguen siendo excepcionales)

Art. 21: Es circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal cuando se actúa a causa de una grave adición a bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos.

Art. 87: Regula la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de

Aspectos jurídicos de las drogodependencias

los penados que hubieren cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias tóxicas antes mencionadas siempre que:

- Se certifique por centro acreditado u homologado que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento.
- Que no se trate de reos habituales. Dicha medida es potestativa del Juez o del Tribunal Penal.

La doctrina más avanzada plantea el tratamiento de deshabitación como medida sustitutiva de la prisión preventiva, tal como ya recogía la ley italiana de 1975. La incorporación de este criterio a la Ley de Enjuiciamiento Criminal supondría un claro avance en relación con la situación actual.

Art. 368 a 370: Dentro del capítulo referido a los delitos contra la salud pública, se regulan los tipos penales de tráfico, elaboración o cultivo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Se configura un tipo penal amplio que incluye las conductas que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas por otros medios distintos al cultivo, elaboración o tráfico, así como a los que posean drogas tóxicas con estos fines.

La última doctrina jurisprudencial viene aplicando el principio “in dubio pro reo” en determinados supuestos de comisión de delitos en estado de intoxicación grave, optando así por la decisión más favorable para el encausado, siempre que existan dudas sobre la influencia concreta de la toxicomanía en la imputabilidad.

En definitiva, la drogodependencia es, con carácter general, una causa de modificación de la responsabilidad penal y su grado de influencia en la imputabilidad del sujeto varía de acuerdo con una serie de criterios de carácter legal y jurisprudencial; relacionados asimismo con los estados de intoxicación aguda o de síndrome carencial o de abstinencia.

En relación con el tráfico y tenencia de drogas, se ha venido desarrollando un criterio jurisprudencial de corte conservador, que no se compadecía a los principios de equidad y equilibrio. El resultado aplicativo suponía que se diera un tratamiento parecido al enfermo drogodependiente que trapicheaba en el mercado de la droga, y al verdadero traficante que utiliza las sustancias como negocio.

Así, el Tribunal Supremo venía aplicando la circunstancia agravante de “cantidad de notoria importancia” incrementando la pena hasta un mínimo de 9 años de prisión, en supuestos de posesión, a partir de 120g de cocaína, 70g de heroína y 1000g de sustancias derivadas del cannabis. Esta doctrina venía a penalizar de forma desproporcionada a los drogadictos que practican el menudeo equiparándolos de hecho con los narcotraficantes profesionales.

Posteriormente, y como consecuencia de un criterio doctrinal progresista, la Sala Segunda del Tribunal Supremo ha alcanzado un acuerdo sobre proporciones de “notoria importancia” que viene a aumentar la cantidad de droga necesaria para que pueda aplicarse la agravante específica de “notoria importancia” al poseedor. Factor que incrementa de forma notable la condena.

Esto, permitirá avanzar un paso hacia un trato penal más justo y equilibrado a los drogodependientes. Se diferencia así entre el verdadero traficante y el drogadicto, y se reduce igualmente, el peligro de equiparar a las víctimas –que necesitan del trapicheo por su dependencia- a los verdugos que hacen negocio del tráfico y de la adicción.

A título de ejemplo, se considerará ahora cantidad de “notoria importancia” según el tipo de sustancia a las siguientes:

| | |
|-----------|--------|
| Heroína | 300 g |
| Metadona | 120 g |
| Cocaína | 750 g |
| Marihuana | 10 kg |
| Cannabis | 2,5 kg |

Art. 379: Bajo el epígrafe “De los delitos contra la seguridad”. Se tipifica como conducta punible del tráfico, la conducción de un vehículo motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacentes, sustancias psicotrópicas o bebidas alcohólicas.

Art. 380: Regula como delito de desobediencia grave, la negativa del conductor a someterse a las pruebas legalmente establecidas para la comprobación de los hechos señalados en el artículo anterior.

Por otro lado, también encontramos la incidencia de las drogas en el Derecho Civil, teniendo gran importancia en el derecho de Familia. Tengamos en cuenta que según lo dispone el Art. 82.4 del Código Civil son causas de separación matrimonial: “El alcoholismo, la toxicomanía o las perturbaciones mentales, siempre que el interés del otro cónyuge o el de la familia exijan la suspensión de la convivencia”

En este sentido, existen numerosas sentencias del Tribunal Supremo que confirman lo dispuesto en el citado artículo.

Ley de seguridad ciudadana

En relación con el consumo y la tenencia ilícita hay que destacar, por sus contenidos de corte autoritario y represivo, la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (más conocida como “ley Corcuera”). Esta ley mereció en su día una fuerte oposición social y sindical. El Tribunal Constitucional llegó a declarar inconstitucional parte de aquella norma.

Esta norma legal, además de afectar otros aspectos relacionados con la esfera de la intimidad y de la privacidad de las personas. En su Art. 25 regula un supuesto de infracción grave de la seguridad ciudadana por: el consumo en lugares públicos, vías, establecimientos o transportes

públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviese destinada al tráfico, de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Tipifica asimismo como infracción grave de la seguridad ciudadana, el abandono en cualquiera de los sitios públicos antes mencionados, de los instrumentos utilizados para el consumo de drogas tóxicas.

Esta norma legal viene a penalizar (a través del instrumento sancionador administrativo) el consumo de drogas tóxicas en lugares públicos, así como la simple tenencia de estas sustancias. Se produce por tanto, una intromisión o injerencia en el ámbito de las formas de vida o de las conductas personales que no afectan a terceros, más propia de estados autoritarios o de corte policial.

Ordenamiento jurídico

Marco laboral general y de empresa

Internacional

En relación con el marco normativo internacional y dejando al margen una serie de normas sobre la materia, conviene destacar por su especial interés las siguientes:

Reglamento (CEE) nº 302/93 por el que se crea el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre un plan de acción en la UE en materia de lucha contra la droga 2000-2004 (Bruselas, 26.05.99).

Resolución del Consejo Europeo del 2 de junio de 1994 sobre un marco general

de acción en el ámbito de la salud pública. (Recoge el tratamiento de las toxicomanías entre las prioridades de la acción comunitaria).

Decisión del Parlamento Europeo del 16 de diciembre de 1996 por la que se aprueba un Programa de Acción Comunitaria para la prevención de la toxicomanía para el período 2000-2004, y que recoge un acuerdo del Consejo de la UE.

Directiva Marco 89/1391/CE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores. Establece el marco general en relación a la política de prevención comunitaria en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Convenio nº 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.

Repertorio de Recomendaciones de la OIT (1996) "Alcohol y Drogas en el lugar de trabajo" (resumen de dicho documento en el anexo VI de esta guía) con los siguientes criterios de interés:

- a) Deben considerarse como problemas de salud y entrar, por lo tanto, en el ámbito de competencias y funciones de los órganos de representación, y actuación en materia de prevención y salud laboral.
- b) Establecimiento de planes o programas de información en las empresas. Formación y capacitación sobre alcoholismo y drogodependencias.
- c) Protección del carácter confidencial de los datos obtenidos en relación con los problemas de alcoholismo y drogadicción.
- d) Las pruebas para determinar el consumo de alcohol y de drogas en

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

- el ámbito del trabajo plantean graves problemas de orden ético, moral y jurídico.
- e) La estabilidad en el trabajo es, a menudo, un factor importante para facilitar la recuperación de los problemas relacionados con el consumo de drogas.
 - f) No discriminación hacia los trabajadores que requieran tratamiento y rehabilitación.
 - g) Priorizar el tratamiento y la rehabilitación sobre las actuaciones disciplinarias en los trabajadores que incumplan sus obligaciones laborales como consecuencia de una enfermedad o un problema de salud.
 - h) No discriminación en materia de empleo para los trabajadores que consuman o hayan consumido alcohol o drogas.
 - i) Llevar a la negociación colectiva los planes o programas de los tratamientos de rehabilitación.

- j) Respeto a la intimidad y dignidad del trabajador, y deber de confidencialidad sobre los datos personales relacionados con la enfermedad.

Conferencia Internacional de la ONU de 1987 sobre el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. Se recogen algunas orientaciones de interés, como las siguientes:

- a) Promoción de las medidas preventivas.
- b) Información en la empresa sobre los riesgos que comporta su consumo habitual.
- c) Cursos de formación.
- d) Elaboración de programas de acción conjunta entre las organizaciones sindicales y patronales.

Nacional

En lo referente a las normas de carácter interno y en concreto a los preceptos que han de utilizarse en relación a la materia que nos ocupa, hay que destacar, en primer término, los derechos fundamentales y constitucionales recogidos en nuestra Constitución de 1978:

Art. 14: Garantiza los principios de igualdad y de no discriminación.

Art. 17: Garantiza el derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad sino en los casos y en la forma prevista por la ley.

Art. 18: Garantiza el derecho a la intimidad personal y la inviolabilidad del domicilio.

Art. 35: Garantiza el derecho a la libre elección de profesión u oficio y a la promoción a través del trabajo.

Art. 37: Reconoce el derecho a la negociación colectiva laboral y a la fuerza vinculante de los convenios colectivos.

Art. 40.2: Mandata a los poderes públicos en orden al fomento de la formación profesional y a velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

Art. 41: Mandata a los poderes públicos para que se garanticen la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

Art. 43 Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

Art. 129 Obliga a los poderes públicos a promover las diversas formas de participación en la empresa.

Antecedentes Jurídicos Laborales

Respecto a la normativa laboral propiamente dicha, debemos tener muy presente que el tratamiento que se hace sobre la drogodependencia es muy reciente, en lo que a la toxicomanía se refiere. No ocurre lo mismo en el caso de la embriaguez, que ya se considera como causa de resolución del contrato de trabajo en la normativa anterior desde la Ley de Contrato de Trabajo de 1933, pasando por el Real Decreto 17/1977 del 4 de marzo, sobre relaciones de trabajo.

El Real Decreto (Ley 17/1977), fue el inspirador inmediato de la norma actual que sanciona la embriaguez en el Derecho Laboral. Así, para el despido “la embriaguez, cuando sea habitual” (Apdo. g. del Art. 33).

Por otro lado, en cuanto a la jurisprudencia anterior, debemos destacar una sentencia del Tribunal Central de Trabajo del 4 de agosto de 1962. Estimaba que el alcoholismo, al constituir una enfermedad, no puede considerarse como causa de despido. De esta forma, no se puede despedir al trabajador mientras la enfermedad perdure. Sin embargo, frente a esta línea doctrinal minoritaria, nos encontramos otra general más acorde con la situación social y política del momento. Así, la sentencia del Tribunal Supremo del 3 de junio de 1963 consideraba el alcoholismo como una enfermedad voluntaria susceptible de constituir causa suficiente para un despido disciplinario.

Esto, en cuanto a embriaguez o alcoholismo, ya que no tenemos

reseña o antecedente alguno en lo que a toxicomanía o drogodependencia se refiere en nuestras leyes laborales anteriores al Estatuto de los Trabajadores (ET) de 1980.

Situación jurídica actual en lo laboral

Hay que partir de la base que nuestro ordenamiento no considera la drogodependencia como una patología. Las orientaciones de la propia OIT en esta materia priorizan el tratamiento y la rehabilitación sobre las actuaciones de naturaleza disciplinaria o punitiva.

El Estatuto de los Trabajadores de 1980 (hoy, Real Decreto Legislativo 1/1995, del 24 de marzo) fue un producto normativo que apareció en pleno periodo de crisis, y que no

incorporó las garantías necesarias relacionadas con la esfera privada del trabajador y con la protección de su salud en el marco laboral.

La Ley 12/2001 del 9 de julio de Medidas Urgentes de Reforma del Mercado de Trabajo para el Incremento del Empleo y la Mejora de su Calidad, modificó una serie de preceptos del Estatuto de los Trabajadores en materia de contratación. En lo que se refiere al contrato de formación, amplió su ámbito subjetivo a los siguientes colectivos:

Trabajadores extranjeros durante los dos primeros años de vigencia de su permiso de trabajo, salvo que acrediten la formación y experiencia necesarias para el desempeño del puesto de trabajo.

Trabajadores que lleven más de tres años sin actividad laboral.

Trabajadores que se encuentren en situación de exclusión social.

Alumnos - trabajadores que se incorporen a los programas de Escuelas Taller, Casas de Oficio y Talleres de Empleo.

Para estos colectivos no se pueden realizar dichos contratos a partir del tope o límite de edad máximo – actualmente de 21 años –. El límite de edad desapareció con la reforma laboral de 2001 y, en consecuencia, se podrán formalizar contratos de formación con independencia de la edad del trabajador para los colectivos antes mencionados y para los trabajadores minusválidos.

Dentro de estos colectivos, están aquellas personas que se encuentren en situación de exclusión social, como pueden ser los drogodependientes. Para ellos, no se establece un límite de edad ni condicionamientos relacionados con sus conocimientos o experiencia. Se les ofrece este devaluado contrato formativo con condiciones salariales reducidas, y con el que no tienen derecho a percibir a su término, la correspondiente prestación por desempleo.

No obstante, hay que hacer referencia a una serie de preceptos incluidos en esta norma legal:

Art. 4: Recoge una serie de derechos del trabajador, entre ellos:

- a) Trabajo y libre elección de profesión.
- b) Ocupación efectiva, promoción y formación profesionales.

- c) No ser discriminado.
- d) Integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene.
- e) Respeto a la intimidad y a la consideración debida a su dignidad.

Art. 17 y 18: Garantizan la no discriminación en las relaciones laborales y la inviolabilidad de la persona del trabajador (limitaciones en materia de registros personales).

Art. 19: Derecho a una protección eficaz en materia de seguridad e higiene.

El precepto básico de nuestro estudio debe ser el Art. 54 del Estatuto de los Trabajadores que al regular el despido disciplinario, establece como causas justificadas de despido:

- 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 conviven con ellos.
- d) La trasgresión 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 normal en el trabajo.
- f) “La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”.

De esta forma, tenemos un apartado dentro de un artículo del Estatuto de los Trabajadores, que sirve de apoyo al empresario para poder despedir a un trabajador afectado de dependencia al alcohol u otras drogas. De este modo, si se prueba lo anterior y ello

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

afecta negativamente al trabajo, el magistrado declarará pertinente el despido.

Con fecha de 6 de octubre de 2000, se publicó una Proposición de Ley en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, presentada por el Grupo Parlamentario del Partido Popular, cuyo contenido material lo conforman un artículo único y dos disposiciones, derogatoria y final, que pretende la supresión de la letra f) del apartado 2 del Art. 54 del Estatuto de los Trabajadores. Es decir, la supresión de la embriaguez habitual y de la toxicomanía como causas motivadoras del despido disciplinario, siempre que afecten negativamente al trabajo a realizar.

Desde la perspectiva sindical, CCOO ha venido considerando que era profundamente injusto

y anacrónico mantener en la ley mecanismos de sanción contra los drogodependientes. Por tratarse, en este caso, de trabajadores enfermos que necesitan tratamiento médico adecuado.

Lo cierto es que en la práctica laboral, la actuación empresarial disciplinaria contra el trabajador drogodependiente se da generalmente a través de otros supuestos o causas, recogidos en el Art. 54.2 del Estatuto de los Trabajadores. Como las faltas reiteradas de asistencia o puntualidad, la desobediencia, el bajo rendimiento... etc. no siendo por ello suficiente la simple supresión de la causa específica que entonces pretendía la iniciativa legislativa del Grupo Popular.

La acción legislativa debe encaminarse a la consecución de un objetivo clave: evitar todo

elemento de discriminación, directa o indirecta del drogodependiente, en el marco de la relación laboral. De otro modo, no se cumplirían las previsiones que contemplan nuestro texto constitucional y las propias recomendaciones de los organismos internacionales.

La proposición de ley que nosotros planteamos no dejaría fuera de la acción protectora a las formas de discriminación indirecta de los drogodependientes en la relación laboral; y garantizaría de forma efectiva, la exclusión de estas patologías de la actuación del poder disciplinario del empresario.

En definitiva, es imprescindible una medida legislativa garantizadora más completa que proteja al trabajador drogodependiente y le dé el tratamiento que le corresponde.

Dichas conductas deberán sacarse de la esfera disciplinaria del empresario para protegerles de cualquier actuación discriminatoria en el marco de la empresa.

Sin embargo, el despido es, aparte de la medida más drástica, la última y definitiva. En teoría, debería llegar siempre y cuando que se den los requisitos necesarios. En este sentido, debemos destacar, aunque brevemente, el sentir del Tribunal Supremo o el Tribunal Central de Trabajo. Por lo que podemos decir que ya hay doctrina jurisprudencial elaborada en torno al citado Art. 54 del Estatuto de los Trabajadores. Los tribunales mencionados entienden que en cuanto a las interpretaciones, la norma es bastante clara, entendiendo que es necesario una serie de requisitos básicos para poder aplicar en Art. 54.2.f del

Estatuto de los Trabajadores. **Son los siguientes:**

Que no sean situaciones ocasionales o esporádicas sino habituales.

Que, además, repercutan negativamente en el trabajo.

Lo que ocurre, en realidad, es que si se da el primer requisito, prácticamente será imposible que no se dé el segundo.

En este momento, para poder probar que se dan los dos requisitos mencionados, los empresarios acudirán normalmente a otras opciones que no tengan el efecto de ruptura de la relación contractual.

Estas sanciones distintas al despido son:

Faltas leves

Aviso o amonestación verbal o escrita.

Suspensión de empleo y sueldo de carácter breve.

Faltas graves

Suspensión de mayor duración (15 días).

Inhabilitación para ascender.

Traslado de puesto de trabajo.

Faltas muy graves

Inhabilitación y suspensión que puede llegar a seis meses.

Traslado de centro de trabajo y de localidad.

“Estas sanciones impuestas por la dirección de la empresa pueden ser impugnadas ante los Juzgados de

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

lo Social a tenor de los Art. 58.2 del Estatuto de los Trabajadores y 114 de la Ley de Procedimiento Laboral. Contra las sentencias dictadas en estos procesos no cabe recurso, salvo en los casos de sanciones por faltas muy graves apreciadas judicialmente”.

De esta forma, si el trabajador incurre en sanciones previas y de menor entidad por motivos de embriaguez o toxicomanía, se favorecerá la prueba de la empresa frente a los trabajadores cuando se encuentren ante la última consecuencia jurídica. Sobre todo, en lo que respecta al “incumplimiento contractual y cualificado del trabajador”. En el Derecho Laboral, la carga de la prueba se invierte recayendo sobre el demandado, es decir, la empresa que despidе.

Por lo tanto, queda claro que la habitualidad es un requisito fundamental a la hora de hablar de un despido disciplinario basado en la embriaguez o toxicomanía del trabajador.

En este sentido, podemos destacar algunas sentencias:

Sentencia del Tribunal Supremo del 4 de febrero de 1984, que establece que la embriaguez no habitual es susceptible de cualquier sanción que corresponda en su caso, salvo el despido: “El concepto de habitualidad exige un cierto enraizamiento en la vida del individuo, es decir, una cierta continuidad en la práctica de la que se trate. De todas formas, los intervalos más o menos regulares no son suficientes para configurarla como causa justificada de despido disciplinario. Aparte, se exige la prueba de una repercusión negativa

en el trabajo que tiene que probar el empresario”

Sentencia del Tribunal Central de Trabajo del 8 de abril de 1986 y del 15 de abril del mismo año.

STCT del 14 de mayo 1986 y del 20 de junio de 1984.

El concepto jurídico del término habitual coincide con el significado gramatical de la expresión, y denota la costumbre adquirida por la repetición de la misma clase de actos consistentes en la ingesta de bebidas alcohólicas o bien de drogas tóxicas.

Así, como señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias del 13 de junio de 1996. En el conjunto de nuestro derecho positivo, no se tipifica la noción

de habitualidad en un número concreto y determinado de veces en la ejecución del hecho, sino en la efectiva constatación de la “asiduitas” en la bebida o en las drogas tóxicas. La toxicomanía o drogodependencia requiere la existencia de hábito patológico en el consumo de dichas drogas tóxicas.

En definitiva, según se desprende a tenor del Art. 55 del ET y de un criterio de jurisprudencia consolidado, el despido disciplinario es una sanción básicamente causal, que debe descansar en unos hechos concretos y revelar un incumplimiento contractual grave y culpable. Siempre suficientemente acreditados por el empresario.

La embriaguez no habitual y el consumo esporádico de drogas tóxicas, aunque puedan afectar puntualmente al desempeño del trabajo, no son actos susceptibles de ser sancionados con el despido, ya que no se encuentran dentro del ámbito de imputabilidad tipificado en el Art. 54.2 f. En todo caso, se vulneraría el principio de proporcionalidad que debe condicionar toda actuación disciplinaria.

Así como recoge el Tribunal Supremo en sus sentencias del 1/7/88 y del 13/2/91, entre otras. Los dos requisitos de la habitualidad y la afectación negativa del trabajo han de concurrir de forma clara, directa y suficiente, para que pueda darse la causa disciplinaria susceptible de ser sancionada con el despido.

La negociación colectiva como límite al poder disciplinario

En lo que se refiere al poder disciplinario del empresario, mero correlato de su poder de dirección, el ordenamiento habilita al empresario para sancionar los incumplimientos laborales del trabajador. Pero este ejercicio debe desarrollarse con las cautelas, límites y requisitos formales necesarios que impidan el uso abusivo de tal instrumento coactivo, por parte de un sujeto privado.

En este sentido, como señala el Tribunal Constitucional en su sentencia 88/1985 del 19 de julio, “la celebración de un contrato de trabajo no implica en modo alguno la privación para una de las partes de los derechos que la Constitución le reconoce como ciudadano...”

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

Y añade que “las manifestaciones de feudalismo industrial repugnan al Estado social y democrático de derecho y a los valores superiores de libertad, justicia e igualdad”.

Asimismo, el Tribunal Constitucional en su sentencia 22/81 reconoce que el poder disciplinario del empresario puede verse afectado por la negociación colectiva, pudiendo por ello entrar el convenio colectivo en la regulación de las condiciones de ejercicio de las facultades disciplinarias del empresario.

Bien es cierto que, en general, la negociación colectiva ha incidido muy poco en estas materias.

Regularmente se limita a recoger o modificar parcialmente las tablas de faltas y sanciones que establecían las viejas Ordenanzas Laborales, sin

adentrarse realmente en el “núcleo duro” de los poderes del empresario.

Cualquier intento serio de avanzar en la dirección de conseguir mayores niveles de democracia en la empresa, pasa inexcusablemente por incidir de forma clara en esa esfera de los poderes de dirección y disciplinario del empresario.

En relación con el contenido del Art. 54.2 f del ET también es preciso, hasta que se alcance su **derogación** por vía legislativa, llevarlo a la negociación colectiva para reducir, limitar o matizar sus efectos sancionadores. Y establecer formas preferentes de actuación preventiva, tratamientos, planes de rehabilitación, recuperación, etc., en línea con los criterios y orientaciones de la OIT.

En relación con la supresión del apartado f del Art. 54.2 del Estatuto de los Trabajadores y al acompañamiento de dicha medida legislativa, sería necesario que la negociación colectiva diera un paso más en orden de protección al trabajador afectado de dependencia, incorporando cláusulas de naturaleza antidiscriminatoria y garantías de reserva de los puestos de trabajo durante los procesos de deshabitación.

Dicho todo esto, podría parecer que la norma es clara y la situación ante la que nos encontramos es simple. Si desaparece en breve el apartado f del Art. 54.2 del Estatuto de los Trabajadores; los despidos por embriaguez y toxicomanía ya no se apoyarían en el párrafo específico que los contempla. Ahora

bien, estamos ante una norma, el Art. 54.2, que ofrece un abanico de posibilidades para proceder a un despido disciplinario. Tenemos cinco apartados que no se refieren en nada al alcoholismo o la toxicomanía. Pero lo cierto es que, dentro de cualquiera de ellos, caben las conductas mencionadas. Si bien no en sí mismas, sí las consecuencias. Hablamos, pues, del absentismo, de la conflictividad que generan los trabajadores que sufren estos problemas en muchos de los casos, de la disminución en el rendimiento lógico para cualquier persona que tenga disminuida sus capacidades por cualquier motivo, siendo obvio

que un alcohólico o toxicómano sufre alteraciones físicas que llegarán a influirle en su productividad cuando se encuentre en una fase aguda. De este modo, vemos cómo se podría sancionar lo mismo (la embriaguez o toxicomanía), pero de forma indirecta.

A pesar de lo anterior, hay que señalar que la doctrina más reciente considera la asistencia al trabajo en estado de embriaguez o emborracharse de forma esporádica durante la jornada laboral, como causa improcedente de despido disciplinario (STSJ de Canarias del 13/6/96). O por faltar al trabajo por encontrarse sometido a tratamiento de desintoxicación por drogadicción

(STSJ de Madrid del 21/12/94). O, por último, por no haberse probado la incidencia negativa en el trabajo del consumo de drogas (STSJ de Madrid del 9/3/1995).

A pesar de todo, y aunque la habitualidad parece ser un requisito inexcusable, en algunas ocasiones el Tribunal Supremo o el Tribunal Central de Trabajo lo obvia. Excepto si son causa peligrosidad o riesgo de accidentes propios o ajenos derivados de embriaguez o toxicomanía, y éstos sean evidentes (Sentencia del Tribunal Supremo del 23 de noviembre de 1982 y del 20 de diciembre de 1984).

Orden jurídico sanitario, de seguridad social y salud laboral

Sanitario y seguridad social

Las normas básicas de las que hay que partir a la hora de analizar estas materias son: la ley 14/1986 de 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.

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 que:

“Estarán comprendidos en el sistema de Seguridad Social todos los españoles cualesquiera que sea su sexo, estado civil o profesión”.

Es importante destacar el Art. 24 de la misma ley, que habla de los servicios sociales como complemento de las prestaciones en conexión con el Ministerio de Trabajo. Estos servicios se enumeran en el Art. 25 y recoge, en primer lugar, al Servicio de “Seguridad e Higiene en el Trabajo”. Igualmente, en el Art. 26 de la descripción del contenido del servicio mencionado, destaca el apartado c: “Lograr, individual y colectivamente, un óptimo estado sanitario”.

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 Seguridad Social y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Salud Laboral

La Ley 31/1995 del 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, desarrolla el mandato constitucional recogido en el Art. 40.2 y viene a transponer la normativa comunitaria en materia de salud laboral. En concreto, las Directivas 89/391/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE relativas, respectivamente, a la mejora de la salud de los trabajadores en el trabajo, a la protección de la maternidad, de los jóvenes, y al tratamiento de las relaciones de trabajo de carácter temporal.

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

Crea y regula los Servicios de Prevención, Delegados de Prevención y Comités de Seguridad y Salud, a cuyo ámbito específico de actuación deben incorporarse los problemas derivados de enfermedades por dependencia a alcohol u otras drogas.

Art. 22: Vigilancia de la salud.

El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

Esta vigilancia sólo podrá llevarse a cabo cuando el trabajador preste su consentimiento.

En consecuencia, y con carácter general, todas las pruebas y exámenes

médicos tendrán carácter voluntario para el trabajador, excepto en los siguientes casos:

Cuando la realización del reconocimiento sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.

Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para sí mismo, para los demás trabajadores, o para otras personas relacionadas con la empresa.

Cuando lo establezca una disposición legal en relación con la protección de riesgos laborales y actividades de especial peligrosidad.

En todo caso, deberán cumplirse, al menos, los siguientes requisitos:

a) Informar a los representantes de los trabajadores antes de producirse los reconocimientos o pruebas médicas.

b) La empresa deberá optar por aquellas pruebas que causen las menores molestias al trabajador y que sean proporcionales al riesgo.

c) Las pruebas se llevarán a cabo respetando siempre la dignidad y la esfera de intimidad del trabajador.

d) Se deberá garantizar la confidencialidad y reserva de toda la información relacionada con el estado de salud del trabajador.

e) Los datos obtenidos en las pruebas no podrán usarse con fines discriminatorios, ni en perjuicio del trabajador.

f) Las medidas de vigilancia de la salud se llevarán a cabo por personal sanitario con competencia técnica, formación y capacidad acreditada.

Leyes autonómicas sobre drogodependencias

Breves anotaciones

En las últimas décadas se han aprobado una serie de normas legales sobre prevención, asistencia e inserción social del drogodependiente en los diferentes parlamentos autonómicos. Sobre cuyos contenidos en el apartado referido al ámbito laboral, es oportuno y conveniente hacer algunos comentarios:

Con carácter general, representan un avance sobre la situación existente en el ámbito estatal en el terreno de las relaciones laborales, al incorporar una serie de garantías para el trabajador drogodependiente, que la legislación del Estado no contempla.

Así, en el plano de las obligaciones jurídicas, una parte de las Gobiernos Autonómicos –entre los que han promulgado dichas leyes– se comprometen a no utilizar sus facultades disciplinarias en relación con los trabajadores drogodependientes, pertenecientes a las plantillas de los centros y servicios autonómicos, y a reservar el puesto de trabajo de estas personas durante el tiempo que dure el proceso de tratamiento.

Este compromiso de no ejercicio de las facultades disciplinarias – en ocasiones no explicitado en la norma - tiene una indudable importancia ya que esta conectado a una concepción antidiscriminatoria que sitúa estas conductas en el marco de la salud laboral.

Por otra parte, la obligación de reserva el puesto de trabajo del drogodependiente, es un paso decisivo para preservar los principios de estabilidad y seguridad que conecta con los criterios de la OIT, y con la práctica de algunos países europeos. Estos dos aspectos representan un avance claro y son vinculantes para las diferentes administraciones autonómicas en relación con sus propios trabajadores, no así en las empresas privadas.

En otro plano, de carácter no vinculante, se establecen iniciativas para fomentar acuerdos entre las organizaciones empresariales y sindicales que tienden a reservar el puesto de trabajo de las personas drogodependientes durante el tratamiento y a desestimar el ejercicio de las facultades

disciplinarias por parte del empresario.

Esta voluntad política de algunos gobiernos autonómicos en orden al fomento y promoción de esta clase de acuerdos, se ha visto frustrada al no haberse desarrollado ni un solo acuerdo que regule dichos aspectos concretos en materia de reserva de puestos de trabajo y no ejercicio de acciones disciplinarias por parte del empresario privado.

Parece claro que se debe avanzar en este. Los sindicatos y, CCOO en concreto, tienen que plantearse avanzar en la línea que plantean estas leyes autonómicas, tanto en el plano de la negociación colectiva como en el desarrollo de acuerdos institucionales.

Por último, estas leyes tienen otra serie de aspectos de menor interés en materia laboral. Y dada la diversidad y dispersión de la normativa no es posible analizarlas en ese texto, pero deben utilizarse y debatirse, sin duda, en los departamentos y órganos sindicales correspondientes, exigiendo a las administraciones autonómicas su cumplimiento y desarrollo reglamentario:

Fomento de programas específicos de atención al trabajador con problemas de consumo, con participación sindical y con órganos de prevención.

Impulso de medidas antidiscriminatorias y de programas de prevención.... etc.

Derecho comparado

El Art. 54.2.f del Estatuto de Trabajadores español (norma básica en el campo que nos ocupa), tiene pocos paralelismos en Derecho Comparado. El más cercano puede ser el apartado 3 del Art. 1639 del Código Civil de los Países Bajos; según el cual, es motivo para ejercitar un despido disciplinario el que el trabajador “se embriague o comporte de alguna otra manera licenciosa, no obstante haber sido advertido”.

En la mayor parte de los países de la Comunidad Económica Europea (excepto el Reino Unido) suelen utilizarse expresiones generales que abarquen el mayor número de casos concretos que puedan producirse, huyendo de enumeraciones como la recogida en nuestro artículo 54.

Lo cierto es que España no es el único país europeo que tiene una norma dentro de su derecho laboral que sancione las conductas que aquí se tratan. Es normal que las legislaciones europeas contemplen estas sanciones o despidos, aunque en algunas ocasiones se contemplan como última alternativa y siempre y cuando el trabajador haya tenido a su disposición medios suficientes para su recuperación. Es decir, en muchas empresas europeas, han comenzado a imponerse “Programas de Asistencia a los Trabajadores” que se traducen en planes de prevención y rehabilitación. Estos planes se imponen a las normas jurídicas de cada país. De esta forma, se le da al trabajador la “oportunidad” de recuperar la salud o, en muchos de

los casos, se logra evitar el deterioro de la misma sin tener que llegar al despido. Ahora bien, lo cierto es que la norma sigue existiendo, a pesar de ser el último recurso que utilizará el empresario ante un trabajador con problemas de drogodependencias que persista en su actitud de alejarse de los planes puestos a su disposición.

Siguiendo en esta línea, hay que destacar el auge cada vez mayor que han tomado estos planes de asistencia a trabajadores a niveles gubernamentales.

Uno de los hechos que más incidencia ha tenido en la implantación de estos planes, ha sido una concienciación de

los trabajadores cada vez mayor en general, y los grandes costes económicos y sociales relacionados con ellos. Por lo que se han hecho varias propuestas para tratar el problema. Desde programas de educación, información y promoción de la salud, hasta aquellos especialmente diseñados para ayudar a trabajadores a superar los problemas relacionados con las drogas. Por otro lado, es necesario establecer unos principios que rijan la política común de estos programas.

Dentro de los aspectos preventivos, se participa del objetivo común de la rápida identificación, intervención y rehabilitación de los trabajadores con problemas de consumo abusivo de alcohol y drogas.

Aspectos jurídicos de la drogodependencias

Tanto trabajadores como empresarios hacen hincapié en los siguientes principios:

El abuso de alcohol y otras drogas, crea problemas de salud y sociales para los que se facilita el tratamiento.

El centro de trabajo puede utilizarse para la identificación precoz de empleados con problemas de salud o comportamiento, y para tratar dichos problemas.

Se autoriza la intervención y se ofrece asistencia cuando su consumo perjudique la actividad del trabajo.

La política de empresa debe exponer claramente los objetivos e intenciones de la organización

en relación a la confidencialidad, estabilidad del trabajo, prestaciones por enfermedad, procedimientos disciplinarios y otras consideraciones relevantes.

Las empresas instan a los empleados a buscar asistencia voluntariamente, siendo sometidos a las disposiciones disciplinarias normales si rehuyen la cooperación.

La participación en un asesoramiento o programa no afecta a la estabilidad del trabajo del empleado, o a sus expectativas de carrera. Las prestaciones de baja por enfermedad se aplican como en cualquier otro caso médico.

Toda la información relativa a la implicación de un empleado en

el programa, se clasificará como estrictamente confidencial.

Las actividades de sensibilización, educación e información son instrumentos esenciales para combatir el problema.

Estos principios se desarrollan en los diferentes programas remitidos por la OIT. Sin embargo, a pesar del acuerdo existente sobre la necesidad y el tipo de asistencia requerido para tratar los problemas de alcohol y drogas en los trabajadores, hay áreas en las que existen discrepancias. Y uno de los temas más polémicos, son las pruebas de detención de drogas. Una de las áreas más controvertidas en las campañas contra el alcohol y otras drogas está relacionada con los medios apropiados de detección. La mayoría de las políticas adoptadas por los

departamentos gubernamentales y las asociaciones de empresarios y trabajadores, coinciden en la utilización del rendimiento en el trabajo como un criterio para la identificación e intervención.

Existe, por otro lado, una diferencia significativa de opinión sobre el uso de las pruebas obligatorias de detección de droga y en la forma de realizarlas para detectar el consumo de una sustancia. Algunos empresarios prefieren usar estas pruebas para controlar el uso de la misma.

Por otra parte, algunos sindicatos cuestionan la utilización de los resultados de dichas pruebas ya que no establecen ningún modelo de abuso por parte del trabajador y, sin embargo, deterioran claramente los derechos de la intimidad que posee el mismo.

Posicionamientos

En este apartado, pretendemos aclarar y definir de forma breve la incidencia del derecho en el consumo de alcohol y otras drogas dentro del marco empresarial.

Ya se ha dicho anteriormente que la legislación laboral española penaliza el consumo de alcohol y otras drogas con la sanción más grave, el despido. Y la gran diversidad de justificaciones jurisprudenciales y doctrinales del mismo. Ahora bien, cabría destacar que el ámbito de la relación laboral en el marco de la empresa serían, junto a la penalización de tipo administrativo establecida en la Ley de Seguridad Ciudadana, los únicos supuestos en los que se sanciona el consumo de drogas. Y esta supone una

discrepancia clara con respecto a las órdenes jurídicas, ya que el propio Derecho Penal no considera punible el mismo. Estamos pues, ante una grave discriminación del trabajador con problemas de drogodependencias frente al resto de la sociedad. Se penaliza el consumo, olvidando que muchas de las causas que inciden en el trabajador a la hora de consumir drogas están dentro de la empresa. Y pone en relieve las malas condiciones de trabajo en la mayoría de las ocasiones.

En consecuencia, sería necesaria una reforma legislativa que no sólo derogara el apartado f del Art. 54.2 del Estatuto de los Trabajadores, sino que evitara también toda forma de discriminación del trabajador drogodependiente en el marco de la relación laboral.

Pruebas médicas

Otro punto importante, que merece un comentario aparte, es el polémico tema de las analíticas o pruebas de determinación de abuso de drogas.

Ya se ha mencionado antes que estas pruebas sirven para detectar a los trabajadores con problemas de drogas y que la política empresarial está a favor de la inclusión de analíticas dentro de los planes de prevención y rehabilitación. La política debe desarrollarse por las empresas, tanto para el personal de plantilla como para los candidatos, entendiendo que el legislador no debería injerirse en este sentido.

Al margen de la acción reivindicativa necesaria para estos cambios normativos, la acción sindical en este terreno debe pasar por trasladar estas

formas de control empresarial a la esfera de la negociación colectiva, con el objetivo de preservar el derecho a la intimidad del trabajador y avanzar en el desarrollo de los mecanismos de equilibrio y de carácter paritario en el seno de la empresa.

En relación con las pruebas médicas y con análisis encaminados a la detección del consumo de drogas, hay que hacer unas precisiones breves:

El Art. 18 de la Constitución, el Art.1 de la Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, y el Art. 4.2.e del Estatuto de los Trabajadores; establecen como principio jurídico de aplicación general el respeto a la intimidad personal.

Con carácter general, ante cualquier analítica que haya de hacerse al trabajador, antes de iniciarse o ya iniciada la relación laboral, ha de realizarse con su consentimiento. Este principio general de voluntariedad, esta condicionado por una serie de excepciones recogidas en el Art. 22 de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

En todo caso, es obligatorio un informe previo de los representantes de los trabajadores, para que el empresario pueda imponer la práctica de la analítica.

Las pruebas o controles médicos deben estar dirigidos a preservar la salud del trabajador y han de tener relación directa con la actividad laboral que se preste.

Injerencia en la vida privada del trabajador

Está claro que la utilización indiscriminada de las pruebas de consumo de drogas pone en peligro la esfera privada del trabajador y, aunque este tipo de realización sea bastante clara para los trabajadores de plantilla, parece aún más indiscriminada para los candidatos. Ya no sólo por la injerencia en la vida privada del trabajador, sino porque al hablar de personas que aún no han establecido ningún vínculo laboral con la empresa a la que son candidatos, se les discrimina con respecto a las personas que ya forman parte del círculo empresarial, y a los que legalmente sólo se les puede expulsar del mismo si su embriaguez y toxicomanía repercuten negativamente en el trabajo. Es decir, para la aplicación

del Art. 54.2.f del Estatuto de los Trabajadores es necesario que exista una reiteración de conductas que den como resultado un bajo rendimiento. Lo que por, otro lado, nunca se podrá observar en una persona que aún no ha comenzado su actividad. La no contratación se basaría en una política de suposiciones que marcaría el empresario. También debemos aclarar respecto a este asunto, que las medidas puntuales describen situaciones puntuales y nunca ponen de manifiesto situaciones habituales y mucho menos, crónicas (en este caso dependientes).

Todo ello, sin dejar de lado que se entraría en clara contradicción con la propia Constitución Española, que recoge en su Art. 14 un principio amplio de igualdad, al establecer que “los españoles son iguales ante

la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Un espíritu de igualdad que también se recoge como derecho del trabajador por el Estatuto de los Trabajadores en su Art. 4.2, Apdo. c “a no ser discriminado para el empleo...”.

Cabría aquí reseñar que el Art. 8 del Real Decreto Legislativo 5/2000 del 4 de agosto por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. Considera infracción muy grave y la define como tal, entre otras, la siguiente: “Los actos del empresario que fueren contrarios al respeto de la intimidad y consideración debida a la dignidad de los trabajadores”.

Así, cualquier incumplimiento del empresario en esta materia conllevaría, entre otras consecuencias, la imposición de una sanción por comisión de infracción muy grave, por un importe mínimo de 3.000 € y máximo de 90.252 €.



The background of the slide features a blurred photograph of several people walking along a sandy beach. The image is overlaid with a semi-transparent blue circular graphic that has a tail pointing towards the bottom right, resembling a speech bubble or a callout box. The overall color palette is dominated by light blues and whites, with the dark blue of the graphic providing a strong contrast for the white text.

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 López, la salud no es un acontecimiento que transcurra exclusivamente en el espacio privado de nuestras vidas, si no que 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.

Por lo tanto, también es 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 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 produzca el deterioro de salud que acompaña a la dependencia.



La acción sindical en drogodependencias

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.

A C C I Ó N S I N D I C A L

N

E

G

O

C

I

A

R

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 |

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 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 al 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.

Asistencia

Intervenir en los aspectos preventivos no es la única tarea. Los trabajadores afectados 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 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 como lo 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.

Cuestiones 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. 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. Estrategia Europea de Drogas).

Los convenios nacionales y autónomos 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 (2009-2012 y 2013-2016) 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.

Es necesario Incorporar indicadores de la empresa: accidentalidad, absentismo, mejora de las relaciones laborales.

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

Mejores condiciones de trabajo.
Mejor ambiente.
Mejor producción.
Mejor calidad.

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.

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 los trabajadores, 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 las 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.

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. Por parte de la empresa estarán los Servicios de Prevención, el Departamento de Recursos Humanos, así como profesionales expertos (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos en Prevención de Riesgos Laborales, etc.), si se cuenta con ellos.

Por parte de los trabajadores, se contará con el asesoramiento de sus estructuras sindicales en drogodependencias (Departamentos de Drogodependencias, Centros sindicales de Atención Integral a las Drogodependencias, CAID).

Las funciones del equipo serán:

Definir las actividades de los diferentes programas (prevención, asistencia y 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 y drogodependencias

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 (ver el apartado de Aspectos jurídicos) 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.

En relación a las drogodependencias, conviene aclarar que estamos frente a un problema de origen múltiple. Esto plantea varias dificultades a la hora de establecer relaciones causales y mucho más, que éstas puedan medirse. La intervención preventiva en drogodependencias,

requiere un enfoque contextual que fije qué condiciones de trabajo actúan como factores de riesgo cuando crean pautas de uso arriesgado.

A la hora de relacionar los riesgos laborales y las drogodependencias, existen distintos factores relacionados con la actividad laboral que pueden incrementar la probabilidad de que una persona se implique en el abuso de drogas.

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.

Intervención sindical en drogodependencias

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 la cultura de empresa, es necesario que se promuevan valores positivos hacia la salud y desarrollar programas de prevención del consumo de drogas.

Es necesario promover modalidades contractuales que faciliten la proyección de futuro y la integración de los individuos en la organización. Se deben planificar estrategias

de motivación, promoción laboral e introducir actuaciones que favorezcan la comunicación.

La limitación de la oferta de drogas legales, como la prohibición de bebidas alcohólicas o la instalación de máquinas expendedoras de agua, supone un importante factor de protección para los trabajadores.

Con relación a las personas, sería deseable preparar para la resolución de conflictos y la toma de decisiones. Capacidades que se ponen en juego habitualmente en el trabajo, y que si son deficitarias son generadoras de estrés y pueden conllevar el uso de drogas para paliar ese estado.

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.

Por otra parte, no sólo las condiciones de trabajo antes citadas pueden provocar o favorecer los consumos de alcohol y otras drogas, sino que éstos actúan aumentando la probabilidad de que cualquier riesgo presente produzca el daño. Según la Organización Internacional del Trabajo, “los trabajadores/as con problemas de alcohol y otras drogas padecen hasta cuatro veces más accidentes que los demás trabajadores. Además estas personas pueden constituir

un peligro igualmente para sus compañeros de trabajo y para el resto de su entorno, al utilizar la maquinaria o las instalaciones puestas a su disposición de manera imprudente, corriendo riesgos innecesarios si ignoran las reglamentaciones en materia de seguridad. “

Está claro que la intervención sindical debe dirigirse a minimizar al máximo la presencia de los factores de riesgo en el lugar de trabajo, y promocionar los factores de protección. En todo caso, la constatación de la existencia de estos factores de riesgo en el lugar de trabajo deberá servir para el establecimiento de programas preventivos dirigidos a evitar la aparición de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el medio laboral.

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 y drogodependencias

Los datos procedentes de la vigilancia de la salud de los trabajadores pueden darnos una indicación indirecta del grado de susceptibilidad de un trabajador frente a los factores de riesgo de consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo. Por ejemplo, un trabajador por turnos con alto grado de insatisfacción laboral, puede presentar en los resultados de la vigilancia de la salud 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.

Así, la identificación en el proceso de vigilancia de la salud de indicadores que podrían estar relacionados con posibles consumos de alcohol y otras drogas, constituiría una herramienta preventiva útil.

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 absentismo 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 pudieron 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.

Intervención sindical en drogodependencias

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 pulvigenos, 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 las 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.

Intervención sindical en drogodependencias

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, aunque estamos en una situación mejor que la de hace unos años, en el sentido en que se reconoce la importancia de intervenir en estos problemas; asistimos a unas prácticas empresariales caracterizadas por:

- Preocuparse exclusivamente a la hora de intervenir

en la repercusión de la drogodependencia en el absentismo laboral y en la accidentalidad.

- Confundir los efectos del problema con el problema en si.
- Definir el problema de la drogodependencia como un factor de riesgo.
- Carecer de un análisis de las causas sobre las que apoyar una política preventiva mantenida en el tiempo.
- Relacionar prevención exclusivamente con prohibición.

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.



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

En general, las empresas reaccionan cuando los efectos de la drogodependencia tienen impacto en la productividad, el rendimiento etc. Hasta entonces, suelen ignorar el problema 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.

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

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 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.

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).

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, TG, FA, 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 de orina 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 en plantilla.

Frente a ello, nuestra actuación será rechazar con firmeza la aplicación de analíticas 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.

Intervención sindical en drogodependencias

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 estos análisis no sean realizados al azar, sin que exista una “causa razonable” que los justifique (puestos de trabajo de especial riesgo, riesgo en relación a terceros, etc.).
- Establecer las máximas garantías de confidencialidad para los resultados.
- Que la técnica analítica elegida tenga alta sensibilidad (detectar verdaderos positivos) y alta especificidad (detectar verdaderos negativos).
- Un resultado positivo debe confirmarse posteriormente con una segunda muestra utilizando una técnica de análisis distinta. Por ejemplo, si en un primer control se utilizó el inmuno ensayo, en el segundo se puede utilizar la cromatografía.
- Haber descartado que el trabajador esté usando un fármaco legal 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, y el ibuprofeno (analgésico antiinflamatorio de uso frecuente) da falsos positivos para la marihuana.
- 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 analíticas 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.



Anexos

Anexo I

Cuestionarios

Como ya hemos aclarado en el apartado sindical tanto la actividad de evaluación de riesgos como la de vigilancia para la salud

son fundamentales a la hora de aplicar medidas preventivas, estos cuestionarios pretenden servir de apoyo para la realización de estas tareas.

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.....

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

| | 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.

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Migraña o dolor de cabeza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problemas respiratorios..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Problemas digestivos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Enfermedades del hígado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Problemas del sistema nervioso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Estrés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Depresión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cambios de ánimo sin motivo aparente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Trastornos del sueño..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Trastornos en la alimentación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bajas frecuentes por problemas de salud..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Baja capacidad para tomar decisiones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Baja capacidad para mantener la atención sobre una actividad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificultad para mantener un ritmo de actividad organizada..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Enfrentamientos injustificados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Recurrir a sustancias para cambiar un estado de ánimo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo II

Las diferentes realidades con las que nos vamos a encontrar, no solo referidas a las características de la empresa, sino también a nuestra propia implantación dentro de ellas, hace necesario la posibilidad de que nuestro planteamiento sea aplicable en diferentes propuestas. En este anexo detallamos por un lado lo que sería un programa marco, y por otro, un ejemplo de plan de intervención en una empresa de implantación nacional como es RENFE-ADIF. RENFE se dividió en dos entidades: Administración de infraestructuras ferroviarias (ADIF) y operador de transporte ferroviario (RENFE operadora) el Plan de intervención se aplica en ambas empresas.

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.

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. Durante mucho tiempo, se ha podido pensar que estas conductas problemáticas quedaban circunscritas a sectores sociales muy concretos, relacionados con la pobreza y la marginalidad.

Sin embargo, al realizar un análisis más detallado de las conductas de uso/abuso de drogas –tanto legales como ilegales– se observa cómo dichas conductas no escapan 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: absentismo, pérdida de productividad, menor rendimiento laboral, deterioro de las relaciones con los compañeros, deterioro en las relaciones con los mandos, incremento de los gastos de personal de las empresas (enfermedad etc.).

Por otra parte, diversas investigaciones evidencian que existe una correlación positiva entre actividad laboral y consumo. En efecto, la mayoría de estas investigaciones ponen de manifiesto que el consumo de las diferentes drogas es mayor entre la población trabajadora que entre la población general. Una de las posibles causas de esta diferencia puede deberse al

hecho de que en el medio laboral se dan ciertas condiciones que pueden favorecer la adquisición y/o el mantenimiento de las conductas de consumo de alcohol y/o drogas. Entre dichas condiciones pueden citarse el estrés, el tipo de jornada de trabajo, la monotonía, el grado de responsabilidad, las condiciones ambientales, el ruido e incluso las características subculturales del propio trabajo.

En la línea de analizar la relación entre los consumos problemáticos de alcohol y/o drogas y las condiciones de trabajo, se han llevado a cabo asimismo, diversos estudios en diferentes sectores industriales. Los resultados de estos estudios denotan la existencia de sectores de producción que presentan una mayor problemática.

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.

Anexo II

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general del programa de actuación en materia de drogodependencias es la mejora de la salud y de la calidad de vida de los trabajadores, con todo lo que ello conlleva en su actividad laboral, familiar y social.

2.2. Objetivos específicos

Además, se conseguirán, entre otros, los siguientes objetivos:

- Reducción de la accidentabilidad laboral.
- Reducción del absentismo.
- Mejora de la productividad y calidad del trabajo.
- Armonización de las relaciones laborales.

- Disminución de los costes debidos a accidentes, lesiones e incapacidades laborales.
- Disminución de los costes de las indemnizaciones.

3. Características del Programa

El Programa de actuación en materia de drogodependencias en nuestra empresa presentará las siguientes características:

- No se basará en criterios punitivos y sancionadores.
- Contemplará la drogodependencia y el alcoholismo bajo el principio de la enfermedad.
- Se implantará para el conjunto de la plantilla, y se aplicará por igual a todas las categorías laborales.

- Articulará medidas para intervenir, de forma integral, a tres niveles: prevención, asistencia y reinserción.
- Contará con la participación activa de los sindicatos en el diseño, desarrollo y ejecución del mismo.
- Tendrá carácter voluntario.
- Tendrá un carácter altamente confidencial.
- Será planificado y evaluable.
- Estará incluido en un marco más amplio de fomento de la salud de los trabajadores y de mejora de las condiciones de trabajo.

4. Niveles de actuación

El Programa de actuación en materia de drogodependencias en nuestra empresa deberá tener tres niveles:

➤ **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 pudieran favorecer o provocar 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.

También podrán formar parte de dicha comisión, en calidad de asesores, el Servicio de Prevención

y la Unión Regional de CC.OO, así como otros que se considere oportuno.

5.2. Prevención

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

5.2.1. 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

Anexo II

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

5.2.2. Actividades

Entre las diversas estrategias encaminadas al logro de los objetivos enumerados, proponemos las siguientes:

a) Campaña de Sensibilización.

Esta campaña se dirige a todos los estamentos de la empresa. Se trata de la elaboración y distribución de materiales divulgativos (carteles, folletos, artículos, vídeos o diapositivas, etc.) que proporcionen información sobre los siguientes temas:

- Consumo normal y problemático.
- Riesgos para la salud y el empleo.
- Efectos y consecuencias del consumo en el trabajo.

- Consecuencias legales.
- Medios e instituciones a su disposición.
- Otros que se consideren de interés.

Dentro de esta campaña, proponemos la utilización, entre otros, de los siguientes materiales:

- El alcohol y el mar. Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.
- Prevención del uso inadecuado del alcohol y otras drogas. Sector del papel y artes gráficas. Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.

b) Campaña de Formación

La campaña de formación deberá tener dos fases. En primer lugar, se realizará un curso de formación, de cierta profundidad de dos días de duración, dirigido a personajes clave del centro de trabajo: miembros del Comité de Centro, del Comité de Seguridad y Salud, de las Secciones Sindicales, y mandos intermedios. En una segunda fase, la formación se generalizará a todos los trabajadores, por medio de una acción formativa, genérica, de dos horas de duración. A esta acción formativa, asistirán unas 20 personas por curso. Teniendo en cuenta las peculiaridades en la jornada que tienen las diferentes secciones del centro de trabajo, se planificarán los cursos de modo que alcancen a toda la plantilla sin que se distorsione el funcionamiento de

la fábrica. Estas acciones formativas se repetirán semestralmente con el fin de profundizar en los contenidos.

5.3. Asistencia/Reinserción

La asistencia y reinserción se dirigen a personas o grupos que consumen en suficiente cantidad, forma o situaciones que permiten su identificación como de alto riesgo. El abordaje del tratamiento y rehabilitación, y la reinserción familiar y sociolaboral del trabajador afectado, se dirige a personas o grupos que han alcanzado la fase de dependencia con las posibles secuelas derivadas de la misma. Puede requerir la intervención sobre los familiares de los afectados.

5.3.1. Objetivos

Los objetivos a conseguir en el nivel de asistencia 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.

El nivel de reinserción se plantea:

- 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.

5.3.2. 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, o mediante otros indicadores inespecíficos (absentismo, rendimiento laboral, etc.).

Una vez detectados los casos problemáticos, el Comité de Seguridad y Salud recomendará la oferta de tratamiento teniendo en cuenta las diferentes alternativas. Si fuera necesario, se recurrirá a recursos externos de tratamiento. Se realizará un seguimiento del proceso de tratamiento, ya sea externo o en el propio centro de trabajo. Al final del tratamiento, el trabajador se reincorporará a su puesto de trabajo, o, si se considera necesario, al puesto que se estime conveniente

Anexo II

para su total adaptación. Se seguirá realizando un seguimiento laboral del trabajador para comprobar su total adaptación al puesto de trabajo.

6. Recursos

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

7. Evaluación

Cualquier Programa de Intervención, para comprobar su validez real, debe disponer de criterios y métodos de 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 que 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.

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... Justifican de por sí, actuaciones encaminadas a abordar esta problemática. Y RENFE tiene 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, en la mayoría de los casos trasciende este ámbito y afecta a prácticamente 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, de tan amplias repercusiones en la actividad laboral, se alcanzaron en los distintos acuerdos en el VII convenio colectivo. Se establecieron las vías para el desarrollo

de un Plan de actuación en materia de Drogodependencias y Alcoholismo. Antecedentes.

El VII convenio colectivo aprobó una comisión de estudio sobre drogodependencias que generó la aprobación del Plan en el siguiente convenio, el VII de 1989. Desde entonces, se han ido introduciendo novedades. Producto de la experiencia y de las evaluaciones del Plan.

En la actualidad, está en vigor el Plan aprobado en el XII Convenio, y forma parte de la normativa laboral de RENFE y ADIF.

En la actualidad, la Orden que regula el texto que detallamos a continuación, es la Normativa de infraestructuras ferroviarias del Ministerio de Fomento: FOM/2520/2006. Pág. 28815.

Anexo II

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

Art. 556. Políticas y Objetivos

Las actuaciones del Plan de Acción contra la Drogodependencia 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.

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

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 sociolaboral.
- 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 de los siguientes programas:

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.

Programa de Atención y Reinserción Laboral

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

Anexo II

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 establezcan convenios de colaboración.

En cualquier caso. El proceso de atención seguirá criterios que tiendan 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 de consumo que existen actualmente.

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. Habrá que tener en cuenta, que puede no existir una voluntariedad inicial hacia la oferta de tratamiento. En cambio, para el resto del personal sobre el que no se realiza determinación de consumo de drogas, y que de forma voluntaria puede solicitar asesoramiento o tratamiento, bien a 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.

En este 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 a seguir son:

➤ Evaluación y estudio del caso por el responsable del Programa de Atención y Reinserción Laboral, con el fin de asesorar y orientar 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 UN 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 resultado positivo a drogas y/o alcohol al Responsable del Programa de Atención. Éste efectuará un estudio y evaluación del caso con el fin de asesorar, orientar e informar al trabajador de su situación. De este estudio y evaluación, puede resultar un período 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 este último caso, se seguirán los mismos pasos que en apartado a) relativos a:

- Oferta de tratamiento y formalización por escrito de la conformidad del trabajador, aceptando las condiciones

Anexo II

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 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 limitará 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 así el derecho a la confidencialidad.

Anexo II



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PREVENTIVA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN EL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE BURGOS

En la Casa Consistorial a 23 de diciembre de 2003

REUNIDOS

De una parte D. Juan Carlos Aparicio Pérez Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Burgos.

De otra parte D. Raúl Sierra Arenas Secretario General de la Unión Sindical de Comisiones Obreras en Burgos y D. Ángel Citores Gil responsable local de la FSAP de Comisiones Obreras.

MANIFIESTAN

Que la sociedad actual se enfrenta desde hace tiempo a un importante problema social y de salud pública debido al consumo no adecuado de sustancias que pueden llegar a generar dependencia. El ámbito laboral, como parte integrante de la sociedad, no es ajeno a esta situación. El consumo no adecuado de alcohol y drogas en el trabajo, se concreta de forma problemática en éste con alteraciones graves de la salud de los trabajadores, conflictos importantes en las relaciones laborales y perjuicios para el normal funcionamiento de la empresa (seguridad, producción y calidad).

Estudios epidemiológicos actuales, fijan el consumo de alcohol y drogas en el medio laboral como una cuestión problemática toda vez que estos son superiores a los de la población general. De la misma forma, los referidos estudios vienen a demostrar que en los últimos quince años ha habido una disminución muy significativa de los consumos más elevados entre los trabajadores (doce puntos porcentuales de reducción en el consumo abusivo de alcohol en el periodo aludido). Este hecho viene a significar que las medidas preventivas, desde los aspectos sensibilizadores a los asistenciales, están siendo eficaces.



La política actual de prevención en materia de drogodependencias viene avalada por los enunciados de la O.I.T., la Comisión Nacional y Autónoma 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 Autónoma 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 reinserador:

- 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

Anexo II



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 reinserción 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 reinserción 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 AL CALDE

EL SECRETARIO GRAL. DE LA UNIÓN
SINDICAL DE CCOO DE BURGOS

D. Juan Carlos Aparicio Pérez

D. Raúl Sierra Arenas

EL RESPONSABLE LOCAL
DE LA FSAP DE CCOO

D. Angel Citores Gil

Anexo III

Instituciones y recursos sobre drogodependencias

Instituciones

Plan Nacional sobre drogas

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental creada 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 1041/2009, del 29 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social (BOE del 30 de junio de 2009); La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con nivel orgánico de dirección general, se integra en la Secretaría General de Política Social y Consumo.

La estructura organizativa es la siguiente:

➤ El Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas, integrado por los Ministros de Sanidad y Política Social, de Asuntos Exteriores y de 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 y Consumo. La Secretaría del Grupo Interministerial la ostenta la Delegada 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 dos órganos:

a) La Conferencia Sectorial, presidida por el Ministro de Sanidad y Consumo, órgano de decisión política formado por los miembros del Grupo Interministerial y los Consejeros responsables de la política de drogodependencias en el ámbito autonómico, y

Anexo III

b) La Comisión Interautonómica, presidida por la Delegada 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.

► 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 1041/2009, del 29 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Política Social. Regula en detalle, en su artículo 14, 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 y Política Social, bajo la superior dirección del Secretario General

de Política Social y Consumo 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.

2. 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 de 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 2005-2012 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 las medidas 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.

Anexo III

- 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 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 Subdirección General de Relaciones Internacionales, 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.

- o) 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.
- 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, del 29 de mayo.

3. Dependerán directamente del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las siguientes subdirecciones generales:

- 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 detallada 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 p) del apartado anterior.

Anexo III

4. Se adscriben al Ministerio de Sanidad y Política social, 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.

Planes autonómicos y regionales sobre drogas

Los Planes Autonómicos y Regionales 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.

Tienen como finalidad orientar las actuaciones que en materia de drogodependencias se lleven a cabo en la 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 y Regionales 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.

La mayoría de las autonomías cuentan con Centros Provinciales de Drogodependencias, que son el dispositivo operativo de los programas sobre uso y consumo de drogas en el ámbito estrictamente geográfico provincial, poseen

competencias y funciones propias de coordinación de todas las actividades que se desarrollen 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 Conferencia Sectorial del Plan Nacional Sobre Drogas y un coordinador o responsable del Plan, apoyado por un órgano compuesto en su mayoría por un equipo técnico.

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.

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.

Anexo III

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 de reflexión dirigidas a la comunidad, a través de los medios de comunicación.
- 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 dedican 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.

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.
- 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 un perfil de drogodependiente que pueda 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 (CAD, centros de día, programas en prisión, etc.); y los recursos especializados de carácter general (unidades psiquiátricas, servicios hospitalarios generales, etc.). En este nivel se desarrollan la evaluación diagnóstica, la desintoxicación y deshabituación del drogodependiente. Es aquí

Anexo III

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 (programas de mantenimiento con metadona) se desarrollan en este nivel asistencial.

- Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes
 - Centros de día
 - Terapéuticos
 - Incorporación social
- Equipos de Salud Mental de Atención Primaria.
- 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, deshabitación 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 drogodependiente 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 dentro del centro son: evaluación biopsicosocial, desintoxicación, programas psicoterapéuticos, talleres pre-laborales, aulas educativas, grupos de autoayuda y actividades de ocio.

El centro está integrado por un equipo multiprofesional, compuesto

por médico, psicólogo, ATS, 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.

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, analíticas y patologías orgánicas 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 requiriera.

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.

Anexo III

Centros de dispensación de metadona

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 y Política Social, éste podrá acreditar servicios en centros penitenciarios o en otros establecimientos de carácter no estrictamente sanitario.

Estos tratamientos van dirigidos a personas dependientes de los opiáceos y constituyen una forma de tratamiento paliativo de las consecuencias sanitarias y sociales

que este consumo produce, enmarcados en los programas de reducción del daño.

Las ventajas de los tratamientos con metadona son: su administración oral, posee una vida media larga y requiere tratamiento ambulatorio, disminuyen las complicaciones orgánicas secundarias a las adiciones por vía endovenosa, y permite mantener una estructura laboral y familiar estable.

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

las comunidades terapéuticas o las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- Comunidades terapéuticas públicas o privadas.
- Talleres o centros de reinserción laboral.
- Pisos de reinserción.

Son centros más específicos a los que sólo se puede acceder por derivación de un Centro de Día, primer nivel, o un Centro Municipal.

Compondrían esta clasificación:

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 socio-sanitaria, 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, 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.

Las principales características del tratamiento en una CT son:

- Trabajo individual y dinámica grupal.
- Ruptura de estigmas de consumidor.
- Aprendizaje de actitudes y habilidades sociales.
- Aprendizaje e interiorización de nuevos hábitos de tiempo libre.

Los criterios de inclusión en una Comunidad Terapéutica generalmente son:

Drogodependientes con un modo de vida totalmente afectado por el consumo, (es aconsejable su separación temporal del medio social cotidiano), y con déficit graves en el comportamiento, vida personal y social. Los criterios de exclusión en estos dispositivos son

Anexo III

que sean sujetos con patologías orgánicas y/o enfermedades infecto-contagiosas en fases activas, o sujetos con psicopatologías graves. La duración del tratamiento en régimen de internamiento varía de una comunidad a otra, pero suele oscilar de seis meses a un año.

Dentro de las características funcionales de estos centros, la mayoría pertenecen al sector privado, aunque suelen contar con un número de plazas en convenio con las distintas administraciones locales o autonómicas. Las comunidades terapéuticas suelen diferenciarse por poseer o no un equipo terapéutico profesionalizado y contar o no con la homologación dada por el Plan Nacional Sobre Drogas o los respectivos Planes Regionales. Dependiendo de la Comunidad Autónoma donde

estén ubicadas, existen también comunidades que son dirigidas por ex-drogodependientes y otras pertenecientes a distintas orientaciones religiosas.

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.

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 en la rehabilitación, la abstinencia en el consumo de sustancias, 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 realicen 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 de cuarto nivel

Su función es favorecer la incorporación social del

drogodependiente. En este nivel se sitúan tanto recursos generales como específicos, siempre que doten al drogodependiente de las habilidades y competencias necesarias para favorecer su plena incorporación social. El acceso a estos recursos es muy amplio (puede ser directo, pero también por derivación de dispositivos de segundo o tercer nivel). Algunos recursos de este nivel son: pisos de reinserción, centros ocupacionales, talleres laborales, o empresas de inserción.

Centros sindicales de información, asesoramiento, acogida y apoyo a la reinserción

CCOO tiene unos dispositivos de atención a los trabajadores CAID, que 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. 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.

Anexo III

Los CAID, que sólo se encuentran en 9 Comunidades, 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, coordinados 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.
- 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

ANDALUCÍA

Comisionado para las Drogas. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

C/ Héroes de Toledo, 14.

Edificio Junta de Andalucía

41006 Sevilla

Tels: 95 5048323 y 95 5048333

Atención al público: 900 845 040

Página web:

<http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/index.html>

ARAGÓN

Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública

Consejería de Salud y Consumo

C/ Ramón y Cajal, 68

50004 Zaragoza

Tel: 976 714591

Fax: 976 714338

E-mail: cbaranguan@aragon.es

Instituto Aragonés de la Juventud (Asesorías telemáticas para jóvenes -entre 14 y 30 años- sobre el consumo de sustancias)

Franco y López, 4

Zaragoza 50005

Tels: 902 111 280 y 976 306 690

Fax: 976 714 049

E-mail: prevencion.iaj@aragon.es

Página web: www.telejuven.com

ASTURIAS

Unidad de coordinación del plan de drogas para Asturias Consejería de salud y servicios sanitarios

C/ Ciriaco Miguel Vigil, nº 9.

33006 Oviedo

Tel: 985 668 153.

Fax: 985 668 152

E-mail: drogas@asturias.org

Página web:

www.princast.es/pls/portal301/url/page/PAG_SANIDAD/PAG_SAN_PREV_DROGAS_FP

CANARIAS

Dirección General de Atención a las Drogodependencias Consejería de Sanidad y Consumo

Rambla de Santa Cruz, 53.

38071 Santa Cruz de Tenerife

Tel: 922 474 669

Fax: 922 474 365

Plaza del Fuero Real de Gran Canaria

Edificio Tamarco, 4 bajo

35004 Las Palmas de Gran Canaria

Tel: 928 452 287

Fax: 928 452 316

Anexo III

CANTABRIA

Dirección general de salud pública

Servicio de drogodependencias

Consejería de Sanidad y Servicios
Sociales

C/ Federico Vial, nº 13 - 4ª Planta

39009 Santander

Tel. Información: 942 20 77 92

Tel. Prevención: 942 20 79 53

Página web: www.saludcantabria.org/saludpublica/pag/drogas.aspx

CATALUÑA

Subdirección general de
drogodependencias

Departamento de salud

Roc Boronat, 81-85

08005 Barcelona

Tel.: 93 551 35 88

Atención al público 93 412 04 12

Página web: www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/alcohol/index.html

ISLAS BALEARES

Dirección General de Acción
Social

Consejería de Sanidad

c/ Cecilio Metelo, 18

07003 Palma de Mallorca

Tel.: (+34) 971 72 64 46

Fax: (+34) 971 71 69 39

CASTILLA LA MANCHA

Dirección del Plan Regional de
Drogas

Consejería de Sanidad

Avda. de Portugal, 77

45005 Toledo

Tel.: (+34) 925 26 72 67

Ext. 267 y 146

Fax: (+34) 925 26 72 65

CASTILLA Y LEÓN

Comisionado Regional para la Droga

Dirección Gral. de Salud Pública

Consejería de Sanidad

Avda. de Burgos, 5

47071 Valladolid

Tel.: (+34) 983 41 37 03

Fax: (+34) 983 41 37 45

EXTREMADURA

Secretaría técnica de
drogodependencias

Consejería de sanidad y
dependencia

Avda. de las Américas, 2

06800 Mérida

Tel.: 924 382 770

Atención al público: 900 210 994

Fax: 924 382 769

GALICIA

Plan de galicia sobre drogas

Consejería de sanidad

Edifi. Administrativo San Lázaro, s/n
15783 Santiago de Compostela
A Coruña

Tels: 981 54 18 55 y 981 54 18 56

Fax: 981 54 18 65

MADRID

Agencia antidroga de la

Comunidad de Madrid

Consejería de sanidad y consumo

C/ Julián Camarillo, 4-B

28037 Madrid

Tels: 91 426 95 60 y 91 426 95 58

Atención al público: 901 350 350

Fax: 91 426 95 66

<http://www.comadrid.es/sanidad/>

MURCIA

Consejería de sanidad

Secretaría Autonómica de

Atención al Ciudadano,

Ordenación Sanitaria y

Drogodependencias

Ronda de Levante, 11.

30008 Murcia

Tels: 968 365 849 y 968 367 831

Atención Prevención: 968 366 822

Atención Asistencia: 968 365 813

Observatorio Regional sobre

Drogas: 968 368 969

NAVARRA

Plan foral de drogodependencias.

Dirección técnica

Consejería de salud

C/ Amaya , 2ª A, planta baja

31002 Pamplona

Tel: 948 421440

Fax: 948 42 35 10

EUSKADI

**Departamento de vivienda y
asuntos sociales**

Dirección de drogodependencias

C/ Donostia-San Sebastián, 1

01010 Victoria-Gasteiz

Teléfono: 945 018 104

Páginas web:

[//">www.gizartegaiak.ej-gv.net //](http://www.gizartegaiak.ej-gv.net)

www.drogomedia.com

LA RIOJA

**Comisionado regional para la
droga**

Consejería de salud

C/ Gran Vía Juan Carlos I, 18-8º

26071 Logroño

Tel: 941 291870

Fax: 941 291871

E-mail:

comisionado.drogas@larioja.org

Página web:

<http://infodrogas.riojasalud.es/>

Anexo III

COMUNIDAD VALENCIANA

Dirección general de
drogodependencias

Consejería de sanidad

Guardia Civil, 30 entlo.

46020 Valencia

Tel.: 963 87 03 92.

Fax: 96 387 03 54

Atención al público 900 161 515

MELILLA

Comisionado autonómico para el
plan de drogas

**Consejería de bienestar social y
sanidad**

Carlos Ramírez de Arellano, 10

52004 Melilla

Tel.: 952 699 301

Fax: 952 699 302

CEUTA

Plan sobre drogas y sida

**Consejería de sanidad y bienestar
social**

C/ Juan de Juanes, 4

51002 Ceuta

Tels: 956 503 359 (centralita) y

956 507 541 (Unidad Administrativa)

Anexo IV

Acuerdos y normativa

Comisión nacional para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral

En 1999, la administración (el Plan Nacional sobre Drogas), las organizaciones sindicales mayoritarias (CCOO y UGT), y las organizaciones empresariales (CEOE) 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 para favorecer 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 Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Servicios de Prevención y los Órganos de las

Anexo IV

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:
 - Fomentar 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.
- Todas las actuaciones, de acuerdo con los principios explicitados, se hacen de forma consensuada y buscando la implicación de los agentes sociales de la empresa y de los recursos comunitarios.

Anexo IV

➤ 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 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 ellos 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 abordarse necesariamente 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, que puedan asumirse y sean asequibles.

En España, la comprensión institucional sobre las causas múltiples 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 ONG del sector, así como con otras entidades sociales.

Anexo IV

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. Esto nos permite 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.

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 la prevalencia 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 multi criminalidad organizada.

- El necesario impulso a la investigación en todos los campos de las drogodependencias y su paso 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

Anexo IV

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.

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 ONG 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. Y en las que es necesaria 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 ONG 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. Cuando 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 asegurara la coordinación entre 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, etc. De manera que se les faciliten instrumentos de intervención en sus ámbitos de actuación. Por otro lado, 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.

Anexo IV

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 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.

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.

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 Balears 2007-2011.
- Aprobación definitiva del Reglamento de la Comisión insular de coordinación en materia de drogas y otras adicciones de Menorca.

CANARIAS

- Ley 9/1998, de 22 de Julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.

CANTABRIA

- Ley Cantabria 5/1997, de 6 de Octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias.

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.

Anexo IV

- 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.

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.

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.

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 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.

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.

PAÍS VASCO

- Ley 18/1998, de 25 de Junio, sobre prevención, asistencia en inserción en materia de drogodependencias.

Anexo IV

- 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.

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 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.

Anexo V

Resumen del documento de repertorio de recomendaciones sobre alcohol y drogas en el lugar de trabajo (OIT), 1996

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 trabaja-

dores, 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

Anexo V

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 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

Anexo V

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 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

Anexo V

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 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

Anexo V

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 lícitas 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.

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 registrará por la legislación y las normas del país.

Anexo V

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 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

Anexo V

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).

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 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, 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

Anexo V

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, 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

Anexo V

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 archivar 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.

Anexo V

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 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 resultados de problemas relacionados con el alcohol o las drogas.

Bibliografía

- ARANZADI-JURISPRUDENCIA. (2000)
- BANDRES MOYA, F. y GONZALEZ GUTIERREZ, R. Análisis de drogas de abuso en orina. Aspectos socio-laborales. Madrid: Grupo INI, 1993.
- BECOÑA IGLESIAS, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. PNsD. Ministerio del Interior, 1999.
- BOIX, P. Y COL. Guía del delegado y la delegada de prevención. CCOO, 2004.
- BOIX, P. y VOGEL, L. Evaluación de Riesgos en los lugares de Trabajo. CCOO- 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, 2001.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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 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 Jauriaritza/Gobierno Vasco, 1999.
- NAVARRO, N. Fármacodependencia. Terapéutica farmacológica Ed. García Carrión. Madrid, 1983.
- 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. Worplace 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>
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1997) Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Ministerio del Interior,
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1998) Catalogo de Centros de Asistencia a drogodependientes Madrid: Ministerio del Interior
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Drogas + Información - Riesgos Madrid: Ministerio del Interior, 2001.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2001) Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos. Documentos Técnicos. Madrid
- 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,
- SANCHEZ PARDO, L. Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Madrid: Editorial MAPFRE, 1994.



secretaría confederal de salud laboral
departamento de drogodependencias

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE POLÍTICA SOCIAL
Y CONSUMO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN DE NACIONAL
SOBRE DROGAS

**Orientaciones
sobre Intervención
sindical en
drogodependencias**

