

Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias



CC.OO.

*secretaría confederal de medio ambiente y salud laboral
departamento de drogodependencias*

Presentación	9
Introducción	12
1 Percepción social del consumo de drogas	16
2 Conceptos básicos en drogodependencias	22
3 Formas de consumo de drogas	28
4 Clasificación y efectos de las drogas	32
5 Aspectos Jurídicos de las drogodependencias	44
7 Planteamiento sindical	72
Anexos	105
Anexo I	106
Anexo II	111
Anexo III	123
Anexo IV	136
Anexo V	147
Bibliografía	163





Presentación

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

La presente edición atiende a una serie de cambios concretos que dan carta de naturaleza al trabajo sindical diario sobre drogas. Así la estructura sindical especializada en los temas sociales y de salud laboral se ha desarrollado completamente. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales a alcanzado un importante desarrollo y significativa aplicación que posibilita un trabajo preventivo sobre la salud de los trabajadores y por lo tanto en prevención de las drogodependencias.

Por otra parte a nivel estatal se aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 – 2008 y se han promulgado leyes sobre drogodependencias en la casi totalidad de la Comunidades Autónomas. Tanto en la Estrategia Nacional como en muchas de la leyes autonómicas se contemplan aspectos de prevención en el medio laboral. Toda esta normativa favorece el trabajo sindical y ayuda a plasmar la perspectiva de los trabajadores en relación a los temas de drogas.

En el otoño de 2000 se presentó en el Parlamento un Proyecto de Ley planteando la derogación del apartado 2, punto f del artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores que prevé sanciones muy graves por consumo habitual de drogas y/o alcohol si este repercute en el trabajo. Hoy más de un año después el Proyecto sigue igual, lo que muchas veces impide en la práctica, dar a los problemas de alcohol y drogas, un tratamiento normalizado y preventivo de la cuestión. Desbloquear la iniciativa legislativa es fundamental para aplicar ese trabajo que generalice la prevención y atención a los problemas de drogas sin la presión de las sanciones para tratar temas de la salud de los trabajadores.

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

Introducción

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

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

La salud laboral, como parte importante de este proyecto, se convierte en un objetivo sindical prioritario que reclama la construcción de un discurso autónomo y alternativo para formar parte de las plataformas de negociación colectiva.

La autonomía de la empresa, en relación a otras estructuras sociales, no debe suponer que haya que trasladar a la sociedad situaciones producidas, a veces y, mantenidas siempre, en el medio laboral, con el argumento de que no son originarias ni específicas del trabajo. Algo de esto ocurre cuando hablamos de un problema de salud que deriva del uso inadecuado de alcohol y otras drogas.

Actualmente se carece de un análisis de este problema en el interior de las empresas que indague sobre las causas en relación al entorno laboral y que reconozca las condiciones de trabajo como parte importante de las causas que explican el proceso que recorre una persona, desde el establecimiento de pautas de consumo inadecuadas hasta la dependencia.

Seguimos asistiendo, en general, 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 permita la elaboración e integración de estrategias sindicales aplicadas a diferentes realidades a la vez que se reafirma en la necesidad de acercarnos al problema de la drogodependencia desde un enfoque integral de salud.





Esto requiere que el campo visual y el marco de elaboración y debate de la salud laboral se amplíen recogiendo un amplio espectro de problemas que tienen que ver con la salud de las personas y que, aunque a veces permanecen ocultos, no por eso dejan de existir.

Hemos intentado, a lo largo de los diferentes capítulos, elaborar una herramienta útil para la intervención y necesaria para la reflexión continua que este problema requiere.

En este sentido pretendemos :

INFORMAR

- De las causas y consecuencias de estos consumos.
- De los recursos socio - sanitarios y sindicales disponibles.

ORIENTAR

- La intervención sindical a favor de un entorno laboral sin deterioro de la salud.

FORMAR

- A los trabajadores en el marco de la educación para la salud.
- A los representantes sindicales como mediadores en programas de drogas.



[Percepción social del consumo de drogas] 1

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

Los medios de comunicación inciden en gran manera en como, la sociedad en general, percibe el tema de las drogas desarrollando estereotipos con respecto a la drogodependencia.

Hace algunos años las drogas ilegales estaban valoradas como altamente estigmatizadoras frente a las drogas legales (tabaco y alcohol) que estaban más socialmente aceptadas tanto en su consumo como en su exceso e incluso se potenciaba su uso con mensajes reforzantes a través de los medios de comunicación, publicidad etc...





Hoy en día los principales rasgos que nos transmiten los medios de comunicación social son:

- Información genérica sobre “la droga” entendiendo como tal término a las ilegales.
- Asociación de la droga con dramas (muertes y delincuencia...).
- Informaciones desde el ámbito policial o jurídico, generalmente referidas a narcotráfico.
- Información sobre las estrategias que se efectúan con referencia al los problemas del consumo de drogas.
- No todos estos rasgos adquieren igual importancia en los medios de comunicación, priman sobre todo, la información policial y judicial.

En el discurso social, sin que se tenga una base real para ello, y aunque existen notables diferencias entre grupos de opinión en función de criterios tales como la edad, las creencias religiosas, la sensibilidad política, el estado civil, etc., algunos de los argumentos más extendidos que conforman este discurso, son los siguientes:

“La droga” (se habla sobre todo de la heroína, actualmente más de la cocaína y drogas sintéticas) es uno de los tres problemas más graves con que se enfrenta nuestra sociedad según encuestas de opinión.

Actualmente, no se identifica tanto el consumo con jóvenes marginados. Se asocia más claramente perfil del consumidor con la droga consumida. Así para alcohol y tabaco se pensaría que se consume a todas las edades, destacando para el alcohol los consumo de jóvenes los fines de semana. Se asociaría el consumo de algunas drogas ilegales (cannabis, drogas de síntesis y anfetaminas) se asociaría su consumo con personas jóvenes. La cocaína se asociaría más con profesionales y empresarios.

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

Los drogodependientes son difícilmente recuperables.

El tabaco y el alcohol no son reconocidas como drogas de una forma mayoritaria. Sin embargo, en estudios hechos recientemente ("Percepción social de los problemas de drogas en España; Fad 2000) se observa que las drogas legales (alcohol y tabaco) van siendo reconocidas cada vez más como perjudiciales para la salud.

Se tiene en general una imagen muy negativa del consumidor de drogas ilegales (sobre todo heroína) como una persona negativa y perjudicial para la sociedad (delincuente, vicioso, amoral, etc.). Aunque sigue existiendo un colectivo de personas que opinan de esta manera, cada vez más la imagen que se tiene de una persona dependiente a las drogas es víctima de situaciones determinadas o enfermedad o que son personas corrientes que tienen este problema. En una tabla que publica el estudio citado anteriormente se puede ver claramente este posicionamiento:

Son víctimas de situaciones	28,2 %
Son víctimas de una enfermedad	29,5 %
Son personas corrientes, que tienen este problema	28,3 %
Son amorales o viciosos	5,5 %
Son personas asociales o delincuentes	5,7 %
NS/NC	2,8 %

Las creencias y actitudes sobre las personas con problemas de drogas van cambiando y por tanto el discurso social sobre las mismas se va haciendo más solidario, es imprescindible seguir trabajando para conseguir una total modificación.

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

Menor alarma social, lo que hace que la apreciación del consumo de drogas como un problema de gran magnitud y prioritario haya disminuido frente a otros problemas sociales, como el paro.

Aunque los principales problemas asociados al consumo de drogas siguen siendo los mismos en general, van variando en orden de importancia. En la actualidad la percepción de los relacionados con la salud física y psíquica, SIDA, adicción destrucción personal, muerte, tienen mas relevancia que los derivados de los familiares, económicos, paro, delincuencia, marginación etc., aunque estos sigan teniendo importancia en el imaginario colectivo.

Aumenta la percepción de que sustancias como alcohol, tabaco y fármacos pueden acarrear problemas de salud importantes si hacemos un uso inadecuado de ellas.

Cada vez más nuestra sociedad va tomando conciencia que las drogas es algo que esta ahí y que hay que convivir con ellas, adoptando una postura mas pragmática para paliar el problema.

Respecto a la visión de los "drogadictos", "los consumidores de drogas", "los que tienen problemas con las drogas" se refleja un posicionamiento ambiguo y contradictorio en el que se mezclan por una parte, opiniones negativas sobre estas personas y por otra, se considera a las mismas como enfermos





y se acepta la necesidad de medidas de intervención para ayudarles.

En el ámbito laboral el papel del delegado de prevención es promover cambios en las actitudes y creencias del conjunto de la empresa, promoviendo 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 "yuppy" triunfador consumidor de cocaína con un estatus socioeconómico alto). Para las diversas sustancias hay una considerable variedad de usuarios.

Las personas 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, los cuales pueden y muchas veces pueden producir alteraciones de la salud.

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 se encuentre con la ayuda de un delegado de prevención que le apoye durante el período de motivación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación y que se esfuerce ante la dirección de la empresa para que todo esto sea posible será, con mucho, más recuperable que otro al que le falte este apoyo y se encuentre sólo para resolver su problema.

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

[Conceptos básicos en drogodependencias] 2

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

Para el acercamiento a las drogodependencias, como en otras materias, existen unos términos específicos cuyo significado es necesario conocer para poder entenderse en este tema, no obstante conocer únicamente la definición de estos términos no supone comprender la complejidad de las drogodependencias.

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





Droga

Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste (Organización Mundial de la Salud, 1975).

Esta definición, en principio, podría abarcar un gran número de sustancias. Sin embargo, la particularidad de estas sustancias es que provocan la repetición del consumo.

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

Drogas psicotrópicas

Son todas aquellas sustancias que por su composición química actúan sobre la actividad del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y pueden alterar, por tanto las percepciones sensoriales, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento.

Hay multitud de sustancias que pueden producir efectos sobre el S. N. C. y cada una de ellas tiene unas acciones y unos efectos específicos, por lo que hablar de "droga" como concepto que unifica a todas no es correcto.

Medicamentos

Son sustancias orientados a usos terapéuticos, es decir aquellas sustancias utilizadas para prevenir, y curar una enfermedad o controlar ritmos biológicos, siempre con fines médicos y orientación sanitaria. Existen medicamentos psicotrópicos como los tranquilizantes, barbitúricos u otros.



Drogodependencia

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

Está caracterizada por:

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

Los factores que influyen a la hora de generarse una dependencia son:

- ✘ 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 del organismo que se produce tras el consumo repetido de una sustancia. Se requiere, en consecuencia, de la existencia de ciertas cantidades para el funcionamiento normal del organismo. Si no se dan esos mínimos niveles tiene lugar el síndrome de abstinencia caracterizado por los síntomas opuestos a los que produce la sustancia.

Dependencia psíquica

Consiste en un deseo irrefrenable de consumir determinadas sustancias con el objetivo de obtener efectos positivos, placenteros y agradables y evitar los efectos negativos que originaría el prescindir de ella.

Tolerancia

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

Tolerancia Cruzada

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

Conjunto de síntomas, psíquicos y, sobre todo, físicos, que se desencadenan al interrumpir bruscamente el consumo de algunas sustancias en sujetos que presentan dependencia a éstas. La dependencia física tarda pocos días en desaparecer, al contrario que la psíquica que tarda bastante más tiempo. Es esta dependencia psíquica la causante de las recaídas.

La presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia hay que considerarlas como dos características asociadas a la dependencia, debido al acoplamiento funcional del Sistema Nervioso Central a una droga cuando se interrumpe el consumo produce alteración en sus funciones.

Desintoxicación

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

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

Se puede hacer con o sin ayuda farmacológicas.

Deshabitación

Consiste en un proceso por el cual la persona consigue controlar o eliminar el deseo vehemente de consumir la sustancia y regular y/o modificar las causas que le incitan al consumo o que mantienen el mismo.

Reinserción

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

Recaída

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

[Formas de consumo de drogas] 3

El uso de drogas es un concepto ambiguo, ya que está íntimamente ligado a las costumbres propias de cada cultura. No obstante, por uso de drogas podemos entender aquella modalidad de consumo que no reporta consecuencias negativas para el sujeto, ni físicas, ni psicológica, ni sociales, bien por producirse en pequeñas cantidades o por tener lugar con frecuencia mínima.

Hay que tener en cuenta que existen sustancias cuyas posibilidades de uso son muy escasas por la rápida tolerancia que producen. Son drogas con un elevado "riesgo de uso".

No existe una modalidad única de uso de drogas, sino diversas posibilidades que podemos caracterizar atendiendo a la frecuencia:

Experimental

Aquella persona que, guiada por la curiosidad, se anima a probar una o otra droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo. La mayoría de quienes experimentan con drogas no pasan de este estadio.

Ocasional

Uso espaciado de drogas, solo se consumen de vez en cuando. Generalmente el sujeto acepta de una forma pasiva las invitaciones que recibe, sin tomar la iniciativa de tomar drogas por su cuenta.

Episódico

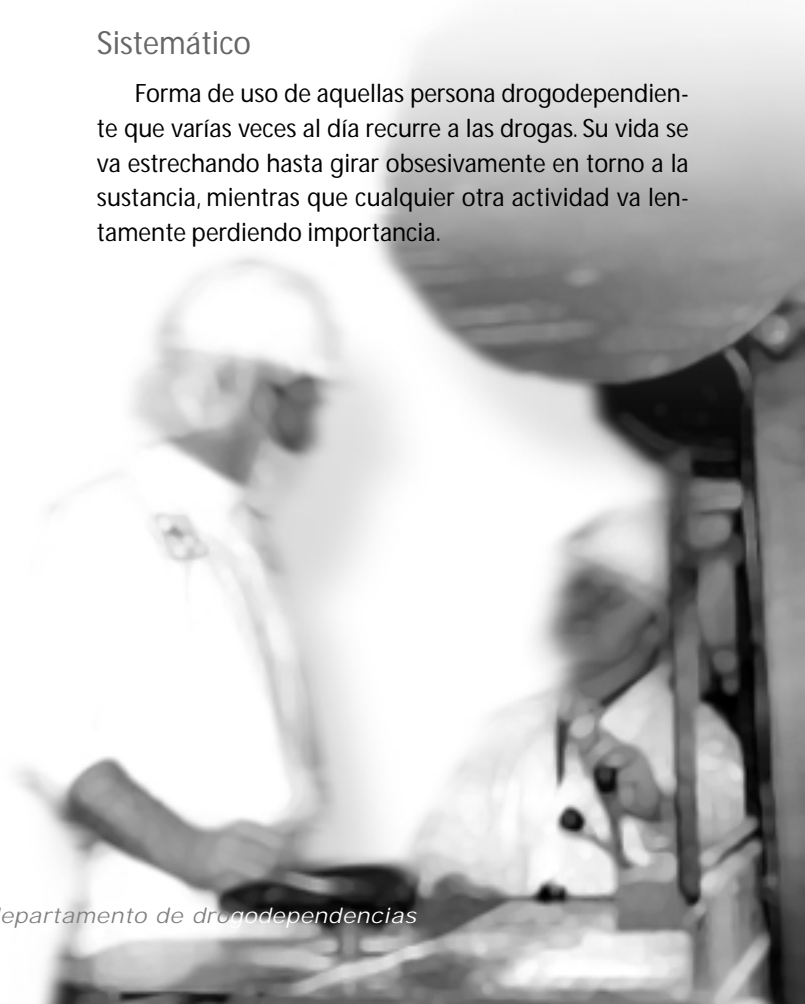
Uso durante un periodo de tiempo determinado, que puede durar desde una hora a varios días.

Habitual

En el que el sujeto busca activamente los efectos de las drogas.

Sistemático

Forma de uso de aquellas persona drogodependiente que varias veces al día recurre a las drogas. Su vida se va estrechando hasta girar obsesivamente en torno a la sustancia, mientras que cualquier otra actividad va lentamente perdiendo importancia.





Si tenemos en cuenta los efectos que las drogas pueden causar en las personas y su entorno podemos hablar de diferentes usos al considerar el consumo de sustancias:

Uso inadecuado

Es aquel que se efectúa en situaciones en las cuales el uso de cualquier cantidad de drogas, por mínima que sea nos pone, y/o podemos poner a otros o a bienes, en situaciones de riesgo real.

Es importante tener en cuenta el uso inadecuado de drogas en el mundo laboral, toda vez que hay trabajos en los cuales pueden producir problemas graves para el propio trabajador, otros trabajadores, terceros o bienes.

Hay que tener en cuenta que un uso inadecuado se puede dar en cualquier clase de uso de los anteriormente descrito (experimental, ocasional habitual o sistemático).

Uso de riesgo o problemático

Es aquel en que el uso de una droga o drogas podrá producir con el tiempo un problema para la salud, pero sin que se haya llegado a instaurar claramente una dependencia.

Abuso

Se puede entender por abuso de drogas aquel que pueda comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución del sujeto o afectar negativamente a su entorno emocional.

Uso dependiente

Uso sistemático que genera un estado físico y psíquico, caracterizado por modificaciones de comportamiento que comprenden un impulso irrefrenable por tomar la sustancia a fin de experimentar sus efectos o de evitar el malestar producido por su privación.

Policonsumo

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

Es frecuente entre los consumidores el uso 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.

[Clasificación y características de las drogas] 4

Clasificación

Por sus efectos sobre el Sistema Nervios Central (S. N. C.) se pueden clasificar en:

Sustancias depresoras

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

- ✘ El alcohol etílico.
- ✘ Opíáceos (heroína, morfina, metadona, etc..).
- ✘ Tranquilizantes (generalmente benzodiacepinas).
- ✘ Hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos).

Sustancias estimulantes

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

- ✘ Estimulantes mayores: cocaína y anfetaminas.
- ✘ Estimulantes menores: nicotina y xantinas (cafeína, teína, etc..).

Sustancias alucinógenas

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

Se incluyen entre ellas:

- ✘ Alucinógenos (LSD, etc.)
- ✘ Derivados del cannabis (hachís, marihuana, etc.)
- ✘ Drogas de síntesis (éxtasis (MDMA, la píldora del amor (MDA),Eva (MDE) y el Special K, B C2 etc..). Estas son drogas que por su especial composición pueden tener efectos perturbadores de la percepción unidos a efectos estimulantes en unas (éxtasis, píldora del amor, Eva) y en otras efectos depresores (Special K, y otras).

En el cuadro siguiente, observamos la capacidad de las drogas de producir tolerancia, dependencia física y dependencia psíquica.





Efectos sobre el SNC	Sustancia	Tolerancia	D. Física	D. Psíquica
○ Sustancias depresoras	Alcohol	++	+++	+++
	Heroína	+++	+++	+++
	Hipnóticos Barbitúricos	+++	+++	+++
	Tranquilizantes (Benzodiacepinas)	++	+	++
○ Sustancias estimulantes	Cocaína	+	++	+++
	Anfetaminas	++	+	+++
○ Sustancias alucinógenas	Cannabis	+	—	+
	LSD	+	-	+
	Éxtasis y derivados	++	+	+++



Efectos de las drogas

Sustancias depresoras

Estas sustancias en general: Inducen al sueño y a la relajación del Sistema Nervioso Central produciendo una sensación de gran bienestar. Producen analgesia disminuyendo las sensaciones dolorosas y disminuyen la capacidad motora.

Alcohol

El alcohol es, como hemos visto con anterioridad, un depresor. Presenta una gran solubilidad en agua y una gran capacidad de absorción a través de las mucosas. Se absorbe a nivel del aparato digestivo, sobre todo a través del intestino delgado. Se metaboliza en el hígado, y se elimina por vía renal y hepatobiliar

En lo relativo a la tolerancia, es rápida y depende de la cantidad de alcohol etanol ingerida. Presenta tolerancia cruzada con otros depresores en caso de bebedores abusivos. La tolerancia y los efectos tóxicos son superiores en la mujer debido al funcionamiento del hígado y al menor volumen corporal.

Los efectos del consumo moderado son:

Desinhibición por lo que la primera sensación es 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 del consumo excesivo, con independencia de que sea ocasional o habitual, es fundamentalmente la intoxicación etílica aguda. En circunstancias graves la intoxicación etílica puede inducir depresión respiratoria, coma (coma etílico) y ocasionalmente la muerte.

Los efectos del consumo crónico son:

Afectación general de todo el organismo, sobre todo del hígado, con alteraciones de su funcionamiento que pueden llevar a la cirrosis. El cerebro también se altera pudiendo aparecer desorientación, ideas persecutorias, pérdida de memoria, etc.

El síndrome de abstinencia depende de muchos factores: cantidad ingerida, tiempo de consumo, etc... se pueden distinguir las siguientes fases:

1ª Fase.- Aparece entre 12 y 18 horas del último consumo en el caso del bebedor abusivo. Se caracteriza por presentar:

Nerviosismo | Agitación
Irritabilidad | Ansiedad

2ª Fase.- Aparece en bebedores abusivo entre 24 y 36 horas después del último consumo. Se caracteriza por presentar:



Temblores matutinos | Contracciones musculares
 Náuseas, vómitos, etc. | Pérdida de apetito
 Baja tensión | Irritabilidad

Este cuadro remite generalmente en 2 ó 3 días.

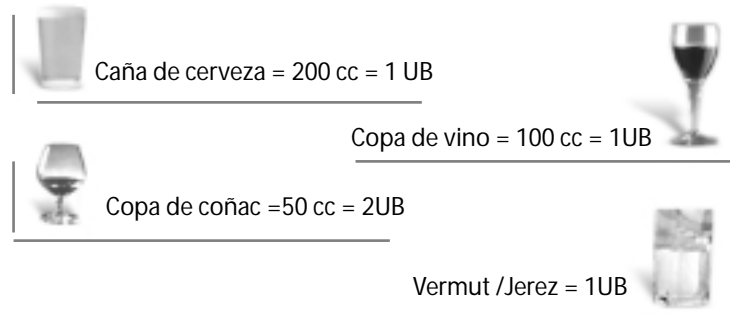
3ª Fase.- "Delirium tremens"- Aparece en bebedores dependientes a los 2 ó 3 días del último consumo. Requiere tratamiento urgente. Se caracteriza por presentar:

Hipertensión | Fiebre
 Sudoración | Temblor e descoordinación motora.
 Dificultad en el lenguaje | Deshidratación y pérdida de peso.
 Afectación de la percepción:
 Alucinaciones; desorientación; ideas persecutorias

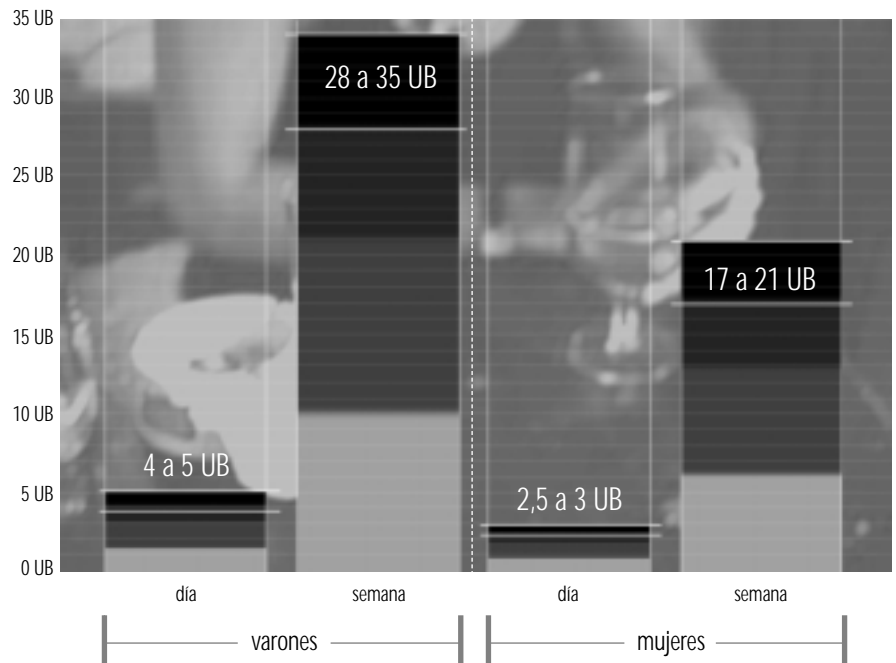
Existen dos puntos sobre esta sustancia que son importantes conocer

1ª Saber el consumo de alcohol que hacemos, por los riesgos que conlleva para la salud hacer consumos excesivos. Para ello hay que conocer la cantidad de alcohol puro que contienen las bebidas que se toman.

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



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



2° Un 80 % del alcohol se metaboliza o elimina en el hígado, proceso realizado por la enzima alcohol - deshidrogenasa hepática, que es más abundante en los hombres que en la mujeres, lo que unido a su menor peso corporal hace que la toxicidad y la tolerancia se produzcan en menos tiempo en estas. Un 20% se elimina por otras vías como orina y aire espirado.

La velocidad de metabolización por parte del hígado es un proceso constante y aunque no en todas las personas se realiza con la misma velocidad se puede decir, de una forma estándar, que se elimina entre 1/2 y 1 UB a cada hora.

El alcohol espirado es la base para determinar la alcoholemia (cantidad de alcohol en sangre). Se sabe que:

0,25 mg/l de alcohol en el aire espirado equivale a 0,5 g./l alcohol en sangre que se mide con el Etilometro

Heroína

La heroína tiene un efecto analgésico. La dependencia física es rápida e importante y la dependencia psíquica es también muy importante. La tolerancia se establece de una forma rápida.

El síndrome de abstinencia en su fase aguda dura de 7 a 10 días y se caracteriza por contracción de las pupilas, pérdida de apetito, insomnio, náuseas, fiebres, diarreas, etc. También es posible la aparición de un síndrome de abstinencia retardado.

Barbitúricos (Hipnosedantes)

Son sustancias derivadas del ácido barbitúrico,

Existen varios tipos:

- ♦ De acción ultracorta
- ♦ De acción corta
- ♦ De Acción intermedia
- ♦ De acción prolongada

En general se puede decir que:

- ♦ Dosis altas de barbitúricos de acción ultracorta conducen a la anestesia.
- ♦ Dosis medias de barbitúricos de acción intermedia y corta, les hacen actuar como somníferos o hipnóticos.
- ♦ Dosis bajas de barbitúricos de acción prolongada les hacen actuar como sedantes.
- ♦ Dosis muy elevadas o sobredosis de cualquiera de ellos produce la muerte, por parálisis del centro respiratorio.

El uso prolongado de estas drogas puede causar:

- ♦ Anemias,
- ♦ Alteraciones hepáticas,
- ♦ Depresión,
- ♦ Descoordinación motora,
- ♦ Entorpecimiento del habla, etc.,
- ♦ Tolerancia y dependencia física,
- ♦ Existe tolerancia cruzada con el alcohol.





Los riesgos de consumir esta sustancia son:

- Consumida con alcohol potencia sus efectos.
- El margen entre la dosis terapéutica y la dosis letal es muy estrecho con riesgo de intoxicación aguda.
- Administrados en los tres primeros meses de embarazo pueden producir malformaciones fetales
- Riesgo cuando se consumen de accidentes laborales, de tráfico

Benzodiacepinas (tranquilizantes)

Constituyen una familia de sustancias de uso legal ampliamente difundido. Sus principales efectos son reducción de la ansiedad, relajación muscular, disminución de la memoria, y sedación.

Los síntomas de una sobredosis son debilidad, aturdimiento, tristeza, gran sedación, disminución de reflejos y coma.

Los síntomas de la abstinencia de las benzodiacepinas pueden ser:

- Rebote de la ansiedad: tensión, agitación, temblores, insomnio y anorexia.
- Hipertensión, taquicardia, sudoración, fiebre.
- Excitación motora: temblores, debilidad muscular, convulsiones.
- Trastornos mentales: pesadillas, delirios, despersonalización, alucinaciones.

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
- ♦ Taquicardia
- ♦ Taquipnea (aumento de la frecuencia de la respiración)

Cocaína

Tiene un aspecto cristalino, inodoro, con sabor amargo y con efecto anestésico local. Presenta una fácil absorción por las mucosas y accede rápidamente al cerebro. Se metaboliza en el hígado y la sangre y se elimina por la orina.

Sus efectos se manifiestan en forma de: sensación de ausencia de fatiga, sueño y hambre; gran euforia; percepción de suma competencia y capacidad; aceleración del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial; aumento de la temperatura corporal y la sudoración.

Si se toma en dosis elevadas puede aparecer además, ansiedad intensa; temblores y movimientos convulsivos; ilusiones y alucinaciones.

El uso crónico lleva a una depresión y/o a una psicosis cocaínica entre otras alteraciones fisiológicas del organismo.

Anfetaminas

Han sido el estimulante probablemente más popular. Sus efectos son ausencia de fatiga, sueño y hambre; euforia; excitación nerviosa y agitación acompañado a veces con agresividad; autosatisfacción; aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial; aumento de la sudoración; en ocasiones se presentan vértigos, dolor de cabeza y náuseas.

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

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

Tabaco

Como todo estimulante del S. N. C. favorece el estado de alerta y estimula el ritmo cardíaco, aumenta la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

Puede funcionar como un hábito tranquilizador

El humo del tabaco tiene otras muchas sustancias, como el alquitrán que pueden producir: irritación de las mucosas respiratorias con tos y expectoración sobre todo al levantarse por las mañanas. Su uso crónico pueden alterar el sistema respiratorio y circulatorio dando lugar a bronquitis, enfisemas, cáncer de pulmón, infartos, arteriosclerosis etc..





Sustancias alucinógenas

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

L. S. D.

Esta droga se obtiene de un hongo que crece en algunas plantas, especialmente en el centeno y el trigo. Su consumo produce alteraciones de la percepción. El "viaje" dura entre 8 y 16 horas.

La intoxicación produce ansiedad, pánico, agresividad, distorsión perceptiva, ilusiones, y alucinaciones seguidas de crisis y depresiones.

En caso de abstinencia, se pueden producir cuadros psicóticos de corta o larga duración, incluso después de días o meses de la última dosis.

Las alteraciones producidas por el consumo de L.S.D. pueden ser:

- Cardiovascular: Taquicardia e hipertensión arterial.
- Gastrointestinal: Náuseas, vómitos y disminución del apetito.
- Respiratorio: Alteración del ritmo respiratorio, respiración más profunda.
- Sistema Nervioso: Temblor, insomnio, somnolencia, descoordinación.
- Muscular: incremento de la tensión muscular.

Cannabis

Se obtiene de brotes florecidos de las plantas de cáñamo. El hachís, más popular en Europa que en EE.UU. tiene más concentración de elementos activos que la marihuana, preferida en América.

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

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





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

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

Drogas de síntesis

Derivados amfetamínicos de los cuales el más consumido es el éxtasis o MDMA. Estas sustancias comparten efectos perturbadores de la percepción junto con efectos estimulantes.

Facilitan la sensación de cercanía con otras personas, (potencian la empatía), producen así mismo una vivencia de energía física y emocional. Las reacciones adversas más frecuentes con dosis moderadas por vía oral son: taquicardia, ligera hipertensión, aumento de la temperatura corporal y la sudoración, náuseas, insomnio, dolor de cabeza, sudoración, disminución de la sensibilidad al dolor y temblores, disminuyen la capacidad de concentración, los reflejos y el tiempo de reacción a los estímulos.

En dosis algo mayores, y en sujetos sensibles además de agravarse todos los efectos adversos aparecen, luminiscencia en la periferia de los objetos, sensibilidad al frío y colores, vómitos, trastornos del equilibrio, ilusiones o alucinaciones visuales, auditivas o táctiles, visión borrosa, confusión mental.



La intoxicación aguda cursa con mareos, irritabilidad, confusión, taquicardia, hipertensión, disnea, dolor torácico intenso y convulsiones, hipertermia severa y hemorragias o trombosis cerebrales.

Los efectos residuales del éxtasis son: ligera confusión mental, tensión en la musculatura mandibular, fatiga, ánimo depresivo, náuseas, fenómenos recurrentes, escalofríos, ansiedad, insomnio, irritabilidad y dolores de cabeza.

Uno de los riesgos más importantes al consumir este tipo de drogas es la de la muerte súbita precedida en general de convulsiones.

Sustancias volátiles

Son un numeroso grupo de sustancias químicas que poseen la característica de emanar vapores que pueden ser inhalados voluntariamente o involuntariamente. Se trata de sustancias presentes en productos comerciales, disponibles en tiendas, ferreterías, supermercados y farmacias. Entre ellas se encuentran:

- Disolventes, tanto industriales como domésticos, gasolinas, desengrasantes, etc.
- Gases, de uso doméstico (butano, propano), aerosoles, pinturas lacas, etc.
- Nitritos.

Estas sustancias por su fácil disponibilidad y su bajo precio son utilizadas principalmente por adolescentes y jóvenes.

Los efectos inmediatos de la inhalación son: mareos, somnolencia, pérdida del equilibrio, descoordinación de los movimientos, alteraciones de la memoria, falta de concentración, Si la inhalación persiste se puede llegar a una intoxicación grave similar a la etílica, pudiéndose llegar a la pérdida de conciencia. Después de su uso existe el riesgo de presentar convulsiones, estado de coma e incluso muerte súbita.

El uso crónico produce daños permanentes al organismo: temblores, descoordinación, depresión, psicosis, trastornos del lenguaje y la memoria, daños hepáticos y renales, leucemia, daño cerebral, etc.

Estas sustancias presentan la particularidad de que pueden ser inhaladas voluntariamente, buscando sus efectos psicoactivos, o involuntariamente, por personas que se encuentran expuestas a las mismas por las características de su trabajo.

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

[Aspectos jurídicos de las drogodependencias] 5

Introducción

Con carácter general, nuestro ordenamiento jurídico ha venido dando tradicionalmente al drogodependiente una respuesta de naturaleza coercitiva y sancionadora como expresión de una concepción moral socialmente dominante de corte conservador, que viene estigmatizando cualquier enfermedad o conflicto relacionado con la drogodependencia.

En el plano del derecho laboral el legislador ha considerado conductas sancionables y en consecuencia incurso en el marco del poder disciplinario del empresario, las drogodependencias que afecten negativamente al trabajo a realizar.

En relación con 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.

No obstante 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 inadmisibles en el ámbito de las formas de vida privada que no afectan a terceros.

La regulación sobre drogodependencias se encuentra dispersa en diferentes normas de derecho interno: Penal, Administrativo, Laboral, etc., así como en normas de derecho internacional y comunitario.

En consecuencia el desarrollo que se plantea del marco normativo en relación con las drogodependencias, sin pretender ser exhaustivos, si quiere incorporar una visión general del tratamiento o respuesta que las diferentes ramas del ordenamiento jurídico dan a estas patologías.

En este orden de cosas, se hace 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.

Tras las breves referencias a los aspectos penales y de Seguridad Ciudadana, se desarrolla el núcleo material 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, haciendo especial hincapié en la Recomendación de la OIT sobre drogodependencias en la empresa o centro 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.

Hay que destacar especialmente el hecho de que en esta nueva revisión, se incorporan dos aspectos de interés. De una parte la referencia a la Proposición de Ley del Grupo Parlamentario Popular que pretende, precisamente la supresión de la letra f) del mencionado art. 54.2 del Estatuto de los Trabajadores y de otra, una referencia general a las leyes autonómicas sobre drogodependencias promulgadas en los últimos años limitando el comentario atinente a dichas leyes a su contenidos en el plano laboral.

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 esta parte jurídica de la Guía, 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

Por lo que se refiere al marco normativo penal, es preciso destacar el nuevo Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, que, recogiendo en buena parte 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 significativo cambio de tendencia respecto de 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 conduc-

tas y los que abogan por un cambio radical de perspectiva que lleve consigo 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 siguiente razón: “estamos ante la víctima del tráfico”. Además, con esto 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 las 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 adicción a bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupeficientes, 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 tres años de los penados que hubieren cometido el hecho delictivo a causa de su depen-





dencia 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.

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.

Arts. 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 al encausado, siempre que existan dudas sobre la concreta influencia 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 con los principios de equidad y equilibrio y cuyo 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 120 gr de cocaína, 70 de heroína y 1000 grs 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.

Recientemente y como consecuencia de un criterio doctrinal progresista, la Sala 2ª del Tribunal Supremo ha alcanzado un acuerdo sobre cantidades de "notoria importancia" que viene a aumentar la cantidad de droga necesaria para que

pueda aplicarse al poseedor la agravante específica de "notoria importancia" que incrementa de forma notable la condena.

Esto, permitirá dar un paso hacia un trato penal mas justo y equilibrado a los drogodependientes diferenciando entre el verdadero traficante y el drogadicto y reducir así mismo, el peligro de convertir a las víctimas -que necesitan del trapicheo por su dependencia- de los verdugos que hacen negocio del trafico y la adicción.

A título de ejemplo se considerará ahora cantidad de "notoria importancia", según tipo de sustancia las siguientes:

Heroína	→	300 grs
Metadona	→	120 grs
Cocaína	→	750 grs.
Marihuana	→	10 kgs.
Cannabis	→	2,5 kgs.

Art. 379: Bajo el epígrafe "De los delitos contra la seguridad" del tráfico se tipifica como conducta punible la conducción de vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, 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, si tenemos 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"), la cual mereció en su día una fuerte oposición social.

Esta norma legal, además de afectar otros aspectos conectados a la esfera de la intimidad y de la privacidad de las personas, regula en su art. 25 un supuesto de infracción grave de la seguridad ciudadana: 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 instrumentos utilizados para el consumo de drogas tóxicas.

Esta norma legal viene a penalizar (a través del instrumento sancionatorio administrativo) el consumo de drogas tóxicas en lugares públicos, así como la simple tenencia de estas sustancias, produciendo así 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 Empresas.

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 U.E. en materia de lucha contra la droga 2000-2004 (Bruselas 26.05.99)
- ♦ Resolución del Consejo Europeo de 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 de 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 891391/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.

Recomendación de la OIT sobre el tratamiento en las empresas de los problemas derivados del alcoholismo y la drogadicción. "Alcohol y Drogas en el lugar de trabajo" (resumen de dicho documento en el anexo IV) 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 en las empresas de planes o programas de información, 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 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 requieren tratamiento y rehabilitación.
- g) Priorizar el tratamiento y la rehabilitación sobre las actuaciones disciplinarias respecto de los trabajadores que incumplan sus obligaciones laborales como consecuencia de enfermedad o problema de salud.
- h) No discriminación en el empleo a 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 constitucionales:

Art. 14: Garantiza los principios de igualdad y 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 previstos en 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. 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 en cuenta que el tratamiento que se hace sobre la drogodependencia es muy reciente, en lo que a la toxicomanía se refiere. No siendo así en el caso de la embriaguez, que ya se considera desde el punto de vista laboral como causa de resolución del contrato de trabajo en la normativa anterior, desde la Ley de Contrato de Trabajo de 1931, pasando por el Real Decreto 17/1977 del 4 de marzo, sobre relaciones de trabajo.

Es el Real Decreto - Ley 17/1977, el inspirador inmediato de la norma actual que sanciona la embriaguez en el Derecho Laboral. Así, para el despido "la embriaguez, cuando sea habitual" (apart. g. del art. 33).

Por otro lado, en cuanto a la jurisprudencia anterior debemos destacar una sentencia del Tribunal Central de Trabajo de 4 de agosto de 1962, que estimaba que el alcoholismo, al constituir una enfermedad, no podía estimarse como causa de despido, no pudiendo de este modo ser despedido el trabajador mientras la enfermedad durase. Sin embargo, frente a esta línea de jurisprudencia, nos en-

contramos otra más acorde con la situación social y política del momento. Así, la sentencia del Tribunal Supremo de 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 en nuestras leyes laborales anteriores al Estatuto de los Trabajadores (ET) de 1980, reseña o antecedente alguno en lo que a toxicomanía o drogodependencia se refiere.

Situación jurídica actual en lo laboral

Hay que partir de que nuestro ordenamiento no considera la drogodependencia como una patología, respecto de la cual, siguiendo las orientaciones de la propia OIT, se debe priorizar 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, de 24 de marzo) fue un producto normativo que aparece en pleno periodo de crisis y que no incorporó toda una serie de garantías relacionadas con la esfera privada del trabajador y con la protección de su salud en el marco de la relación laboral.

La Ley 12/2001 de 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 y 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 de 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, el tope o límite máximo de edad –ahora 21 años– a partir del cual no se pueden realizar dichos contratos, ha desaparecido con la reforma laboral del 2001 y, en consecuencia, para dichos colectivos y para los trabajadores minusválidos, se podrán formalizar contratos de formación con independencia de la edad que tenga el trabajador.

Dentro de estos colectivos, están aquellas personas que se encuentren en situación de exclusión social, como pueden ser los drogodependientes, para los cuales se establece, sin límite de edad y sin condicionarlo a conocimientos o experiencia, este devaluado contrato



formativo, con condiciones salariales reducidas y sin derecho a percibir a su término la correspondientes prestación por desempleo.

No obstante lo anterior, hay que hacer referencia a una serie de preceptos recogidos 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 y promoción y formación profesionales.
- c) A no ser discriminado.
- d) A su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene.
- e) Al respeto a la intimidad y a la consideración debida a su dignidad.

Arts. 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 objeto de 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 transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo
- e) La disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal en el trabajo.
- f) "La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo"

Así, 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 a alcohol y otras drogas. De este modo, si lo anterior queda probado, el magistrado declarará pertinente el despido.

Con fecha 6 de octubre de 2000, se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, una Proposición de Ley, 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 la toxicomanía como causas motivadoras del despido disciplinario, siempre que afecten negativamente al trabajo a realizar.





Desde la perspectiva sindical, CC.OO. ha venido considerando que era profundamente injusto y anacrónico el mantener en la ley mecanismos sancionatorios 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 pretende 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 contempla nuestro texto constitucional y las propias recomendaciones de los organismos internacionales.

Es por ello necesario mejorar y ampliar, desde la perspectiva material y en el plano técnico-formal el proyecto legislativo del Grupo Popular, que en su contenido actual no garantiza la protección que el mencionado colectivo requiere para eludir las diversas formas de discriminación en el ámbito de la relación laboral.

La proposición de ley cuya ampliación planteamos, deja al margen de la acción protectora, las formas de discriminación indirecta de los drogodependientes en la relación laboral y no garantiza de forma efectiva, la exclusión de estas patologías, de la actuación del poder disciplinario del empresario.

En contradicción con la ratio legis expresada en la exposición de motivos del proyecto, y apartándose de la consideración científica y social sobre estas enfermedades, el contenido normativo de la proposición de ley, por su notoria insuficiencia, mantiene a los trabajadores drogodependientes en el terreno de la inseguridad laboral y jurídica.

En definitiva, es imprescindible una medida legislativa garantista mas completa que proteja al trabajador drogodependiente y le de el tratamiento que corresponde, sacando dichas conductas de la esfera disciplinaria del empresario y protegiéndoles 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 y, en teoría, debería llegar siempre que se den los requisitos necesarios. En este sentido, debemos destacar, aunque brevemente, el sentir del Tribunal Supremo o el Tribunal Central de Trabajo, así, se puede decir que ya hay doctrina jurisprudencial elaborada en torno al citado art. 54 del Estatuto de los Trabajadores. Los mencionados Tribunales entienden que en cuanto a la interpretación, la norma puede esti-

marse como clara, entendiendo que es necesario para poder aplicar en art. 54.2.f del Estatuto de los Trabajadores que se den los requisitos básicos:

- Que sean situaciones no 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 normalmente acudirán a otras posibilidades que no tienen el efecto de ruptura de la relación contractual.

Estas sanciones distintas al despido son:

A) Faltas leves.

- ◆ Apercebimiento o amonestación verbal o escrita.
- ◆ Suspensión de empleo y sueldo de carácter breve.

B) Faltas graves.

- ◆ Suspensión de mayor duración (15 días).
- ◆ Inhabilitación para ascender.
- ◆ Traslado de puesto de trabajo.

C) 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 lo Social a tenor de los arts. 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 el mismo motivo de embriaguez o toxicomanía, favorecerá la prueba de la empresa frente a los juzgados cuando se encuentren ante la última consecuencia jurídica, el “incumplimiento contractual y cualificado del trabajador”; sobre todo, teniendo en cuenta que en el Derecho Laboral, la carga de la prueba se invierte, recayendo sobre el demandado, es decir, la empresa que despide.

Es claro pues 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 de 4 de febrero de 1984, que establece que la embriaguez no habitual es susceptible de cualquier sanción que en su caso corresponda, salvo el despido: “El concepto de habitualidad exige un cierto enraizamiento en la vida del individuo, es decir, una más o menos continuidad en la práctica de que se trate, aun-





que con intervalos más o menos regulares no es suficiente con su ocurrencia en contadas ocasiones para configurarla como causa justificada de despido disciplinario, aparte de exigirse una repercusión negativa en el trabajo que tiene que probar el empresario.”

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

S.T.C.T. de 14 de mayo 1986 y 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.

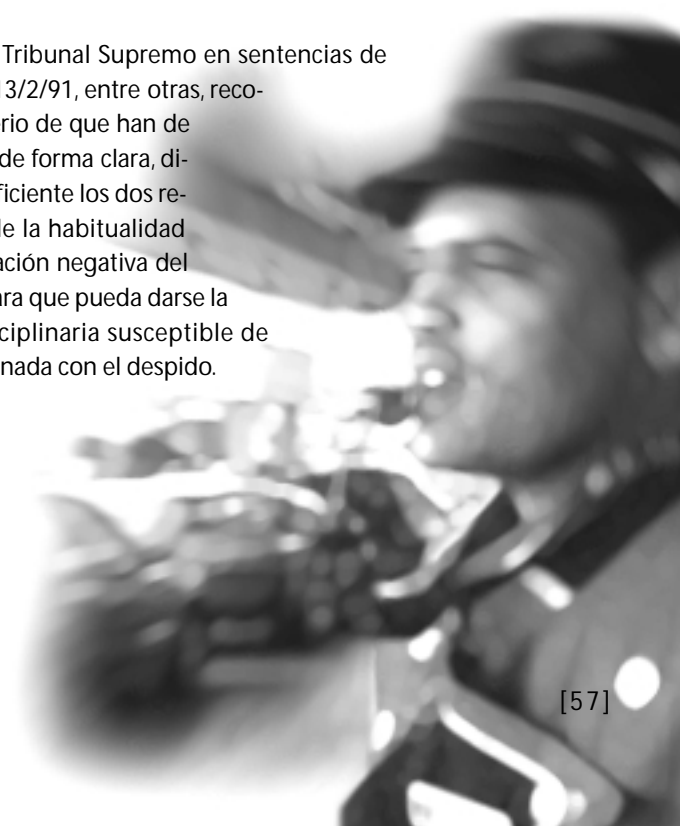
Así, como señala la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, de 13 de junio de 1996, en el conjunto de nuestro derecho positivo no se tipifica la noción de habitualidad en un número concreto y determinado de veces en la ejecución del hecho, sino en la efectiva constatación de la “asiduitas” en la bebida o en las drogas tóxicas. La toxicomanía o drogodependencia requiere la existencia de hábito patológico en el consumo de drogas tóxicas.

En definitiva, según se desprende del propio tenor literal 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 que revelan un incumplimiento contractual grave y culpable, los cuales deben ser 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, pues no se encuentran dentro del ámbito de imputabilidad tipificado en el art. 54.2 f y en todo caso, porque se produciría una vulneración del principio de proporcionalidad que debe condicionar toda actuación disciplinaria.

Así, el Tribunal Supremo en sentencias de 1/7/88 y 13/2/91, entre otras, recoge el criterio de que han de concurrir de forma clara, directa y suficiente los dos requisitos de la habitualidad y la afectación negativa del trabajo 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 faculta al empresario para sancionar los incumplimientos laborales del trabajador, pero su ejercicio debe desarrollarse con las necesarias cautelas, límites y requisitos formales que impidan el uso abusivo por un sujeto privado de tal instrumento coactivo.

En este sentido, como señala el Tribunal Constitucional en su sentencia 88/1985 de 19 de julio, "la celebración de un contrato de trabajo no implica en modo alguno la privación por una de las partes de los derechos que la Constitución le reconoce como ciudadano..." 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 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, limitándose regularmente a recoger o modificar parcialmente las tablas de faltas y sanciones que establecían las viejas Ordenanzas Laborales, sin penetrar 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 E.T. también es preciso, hasta que se alcance su derogación por vía legislativa, llevarlo a la negociación colectiva en orden a reducir limitar o matizar sus efectos sancionadores, estableciendo formas preferentes de actuación preventiva, tratamientos deshabitadores, planes de rehabilitación, recuperación, etc., en línea con los criterios y orientaciones de la OIT.

En relación con la supresión del apartado f) del artículo 54.2 del Estatuto de los Trabajadores, y acompañando a dicha medida legislativa, sería necesario que la negociación colectiva diera un paso más en orden a la protección del 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 en breve desaparece **el apartado f del artículo 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 en nada se refieren al alcoholismo o toxicoma-





nía, pero lo cierto es que dentro de cualquiera de ellos caben las conductas mencionadas, si bien no en sí mismas, si las consecuencias. Hablamos, pues, del absentismo, de la conflictividad que generan en muchos de los casos los trabajadores que sufren estos problemas, de la disminución en el rendimiento que es lógico en cualquier persona

que tenga disminuida su salud 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 como se podría sancionar lo mismo (la embriaguez o toxicomanía) pero de forma indirecta.

No obstante lo anterior, hay que señalar que la más reciente doctrina viene considerando la improcedencia del despido disciplinario en supuestos de asistencia al



trabajo en estado de embriaguez o el emborracharse durante la jornada de forma esporádica (Sta. TSJ de Canarias de 13/6/96) o por faltar al trabajo por encontrarse sometido a tratamiento de desintoxicación por drogadicción (Sta. TSJ de Madrid de 21/12/94) o bien, por último, por no haberse probado la incidencia negativa en el trabajo del consumo de drogas (Sta. TSJ de Madrid de 9/3/1995).

A pesar de todo, y aunque la habitualidad parece ser un requisito inexcusable, en algunas ocasiones es obviado por el Tribunal Supremo o por el Tribunal Central de Trabajo, tratándose de supuestos en los que la peligrosidad o riesgo de accidentes propios o ajenos, derivados de embriaguez o toxicomanía, sean evidentes (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de noviembre de 1982 y de 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 25 de abril, General de Sanidad; el Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, y la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

El art. 3.1 de la Ley General de Sanidad recoge los principios inspiradores de dicha norma legal y señala:





“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 artículo 149.1.16 de la Constitución Española. De este modo el alcoholismo, si lo consideramos como una enfermedad, entraría dentro del principio general sanitario mencionado, debiendo hacerse extensiva esta política a todos los miembros de la sociedad y, por consiguiente, a todos los trabajadores. Así, cualquier trabajador en lugar de ser sancionado debería ser tratado como enfermo, igualándose así a cualquier ciudadano que sufra el mismo deterioro de su salud.

En este mismo sentido cabría destacar otros artículos de la Ley General de Sanidad, como el art. 10.3 que señala, entre otros derechos, el de la “confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público, el art. 19.2.h: “Las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre sustancias tóxicas y peligrosas”

Intimamente ligado 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:

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

Siendo 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, enumerando éstos en el art. 25 que recoge en primer lugar el 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 consideración de enfermedad en el caso de las drogodependencias, su tratamiento sanitario y laboral como tal, puesto que hemos visto que medios legales para ello los hay, siendo nuestros instrumentos básicos la Ley General de Sanidad, La ley General de Seguridad Social y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Salud Laboral

Ley 31/1995 de 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 y, 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.

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, se deberán cumplir 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 la 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 la última década se están aprobando en los diferentes parlamentos autonómicos toda una serie de normas legales sobre prevención, asistencia e inserción social del drogodependiente, sobre cuyos contenidos, en el apartado referido al ámbito laboral, es oportuno y conveniente hacer algunos comentarios:





Con carácter general representan, en este terreno de las relaciones laborales, un avance sobre la situación existente en el ámbito estatal 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 los 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 está conectado a una concepción antidiscriminatoria que sitúa estas conductas en el marco de la salud laboral.

De otra parte la obligación de reserva del puesto de trabajo del drogodependiente, es un paso decisivo en orden a preservar los principios de estabilidad y seguridad y conecta con los criterios de la OIT y con la práctica de algunos países europeos. Estos dos aspectos representan un claro paso adelante 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 organizaciones empresariales y sindicales tendentes a la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes durante el tratamiento y al desistimiento del 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 de reserva de los puestos de trabajo y no ejercicio de acciones disciplinarias por parte del empresario privado.

Parece claro que este camino debe ser transitado y los sindicatos y en concreto CC.OO. ha de procurar avanzar en la línea que plantean estas leyes autonómicas, tanto en el plano de la negociación colectiva como en el desarrollo de los Acuerdos institucionales.

Por último, estas leyes tienen en materia laboral otra serie de aspectos de menor interés y que dada la diversidad y dispersión normativa no es posible analizar en esta guía, pero que deben sin duda ser utilizados y debatidos 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 de los 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 que sea 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 suele acudir a expresiones generales que abarcan el mayor número de casos concretos que puedan producirse, huyendo de enumeraciones como la recogida en nuestro artículo 54, con excepción del Reino Unido.

Lo cierto es que España no es el único país europeo que tiene una norma penalizadora de las conductas que aquí se tratan, dentro de su derecho laboral. Es normal, que la Sanción - Despido esté contemplada en las legislaciones europeas, aunque en algunas ocasiones se contempla en la práctica como última alternativa y siempre que 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 plasman en planes de prevención y rehabilitación. Estos planes se imponen a las normas jurídicas que en cada país prevalecen; así, se le da al trabajador la “oportunidad” de recuperar la salud perdida 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, siendo el último recurso que utilizará el empresario ante un trabajador que, con problemas de drogodependencias, persista en su actitud alejándose de los planes puestos a su disposición.

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

Uno de los hechos que más incidencia ha tenido en la implantación de estos planes ha sido la cada vez mayor concienciación de los trabajadores en general y los grandes costes económicos y sociales relacionados con ellos. Así, 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, se hacen necesarios 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.

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 dispone de 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 la ingesta perjudique la actividad del trabajo. La política de empresa debe exponer claramente los objetivos e intenciones de la organización en relación con la confidencialidad, estabilidad del trabajo, prestaciones por enfermedad, procedimientos disciplinarios y otras consideraciones relevantes.
- Las empresas instan a los empleados a buscar asistencia voluntariamente, estando 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 están desarrollados 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, siendo uno de los temas más polémicos las pruebas de drogas. Una de las áreas más controvertidas en las campañas de 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 con la utilización del rendimiento en el trabajo como un criterio para la identificación e intervención.

Existe, por otro lado, una significativa diferencia 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 las pruebas de droga como una forma de controlar el uso de la misma.

Por otra parte, algunos sindicatos cuestionan la utilización de los resultados de dichas pruebas, pues estos resultados 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 capítulo, 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, dándose jurisprudencial y doctrinalmente gran diversidad de justificaciones al mismo. Ahora bien, cabría destacar que el ámbito de la relación laboral en el marco de la empresa sería, 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 en clara discrepancia con el resto de los órdenes jurídicos, 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, resaltando en la mayoría de las ocasiones las malas condiciones de trabajo.

La proposición de ley del Partido Popular, cuya tramitación parlamentaria se encuentra prácticamente paralizada, no resuelve este grave problema de discriminación del trabajador drogodependiente, al olvidarse de recoger toda una serie de mecanismos normativos que impidan las formas indirectas de sanción, tal como hemos señalado en el epígrafe referido a la situación jurídica actual.





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

Ya se ha mencionado 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 la analítica dentro de los planes de prevención y rehabilitación a desarrollar en las empresas tanto para el personal de plantilla como para los candidatos, entendiéndose que el legislador no debería injerirse en este sentido ya que la política a seguir debe ser desarrollada por la empresa.

Al margen de la acción reivindicativa en orden a los necesarios 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 los objetivos de preservar el derecho a la intimidad del trabajador y avanzar en el desarrollo de mecanismos de equilibrio y de carácter paritario en el seno de la empresa.

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

Los **artículos, 18** de la Constitución, 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 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 o iniciada ya la relación laboral, este ha de prestar 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 preceptivo un informe previo de los representantes de los trabajadores, para que el empresario pueda obligar a 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.

Lo anterior nos abre la puerta a un tema importante: "La injerencia en la vida privada del trabajador".

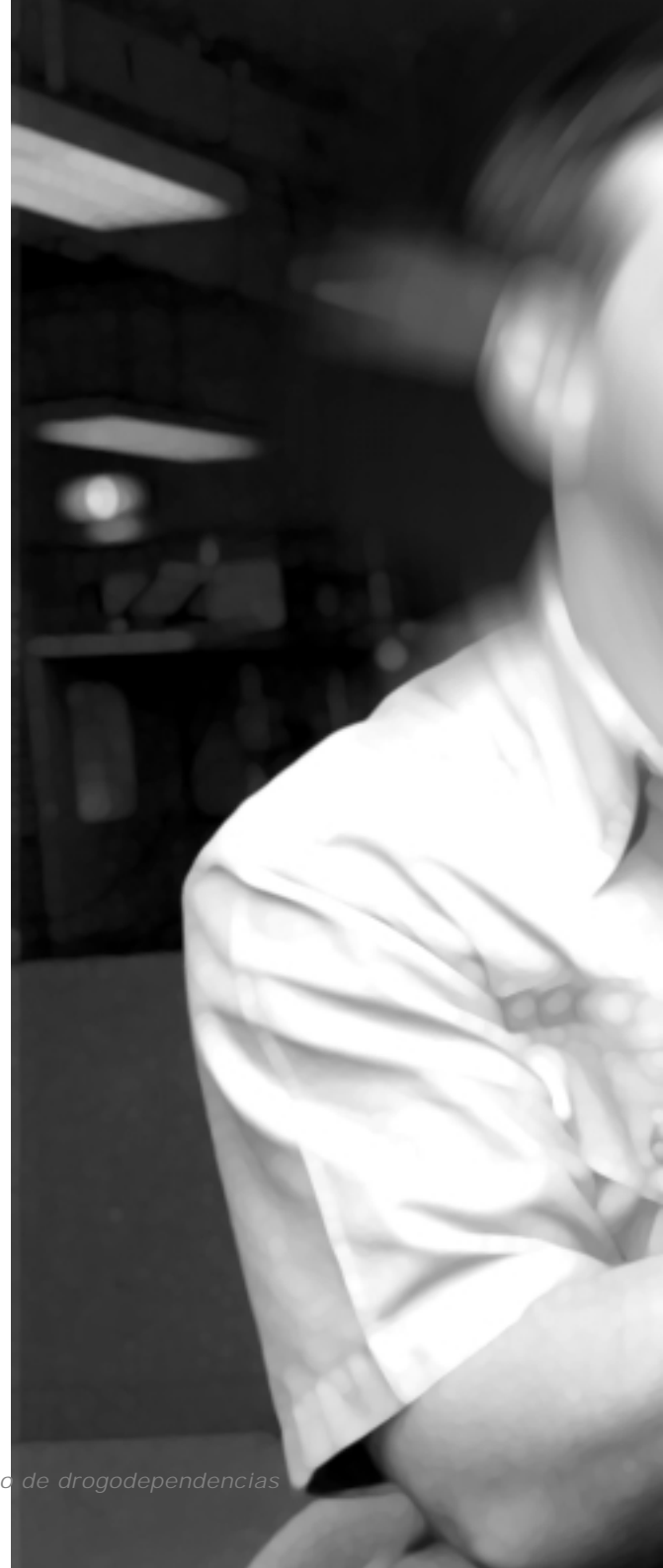
Es claro que la utilización indiscriminada de las pruebas de consumo de drogas pone en peligro la esfera privada del trabajador y, si bien esto es claro respecto de su realización a los trabajadores de plantilla, parece más claro aún respecto de los candidatos, ya no sólo por la injerencia en la vida 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 los 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 tra-

bajo; es decir, se hace necesario para la aplicación del art. 54.2.f del Estatuto de los Trabajadores 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.

Todo ello, sin dejar de lado que se entraría en clara contradicción con la propia Constitución Española, que en su **Art. 14** recoge 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”. Espíritu de igualdad que también es recogido 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 de 4 de agosto por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley Sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social donde se definen las infracciones muy graves, considera como tales, 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”.

En este orden de cosas, cualquier incumplimiento del empresario en esta materia llevaría aparejado, entre otras consecuencias, la imposición de una sanción, por Comisión de Infracción muy grave, por un importe mínimo de 500.000 ptas. (3005 euros) y máximo de 15.000.000 ptas. (90.252 euros).



[Planteamiento sindical] 6

Las drogodependencias un problema de salud

Concepto de salud

La idea de salud, de estar sano, evoluciona y es diferente según las épocas y los pueblos. En nuestra cultura la salud, siguiendo la idea desarrollada por Costa y López, no es un acontecimiento que transcurra exclusivamente en el espacio privado de nuestras vidas, sino 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.

Es por tanto también consecuencia del sistema político responsable a la hora de definir las prioridades de un país y "decretar" el valor que la salud y las condiciones que favorecen una cultura de la salud 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 socio-laborales, y es en este marco donde definimos el problema de la drogodependencia; un problema de naturaleza multicausal que interfiere y distorsiona las condiciones necesarias para el mantenimiento y desarrollo de la buena salud.

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

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

Drogodependencia como proceso

La drogodependencia no es un suceso repentino, es un proceso que atraviesa el uso, y el abuso; en este proceso existe una interrelación entre la persona, la sustancia y su entorno personal y socio-laboral por 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 una política preventiva planificada y mantenida tendrá como objetivo quebrar este proceso.

Intervención sindical

Aunque la aplicación de medidas preventivas son fundamentales la drogodependencia necesita aplicar medidas articuladas de:

Prevención -desde la prevención hacia las causas-





*Asistencia -desde los derechos hacia los efectos-
Reinserción -para normalizar-*

Prevención

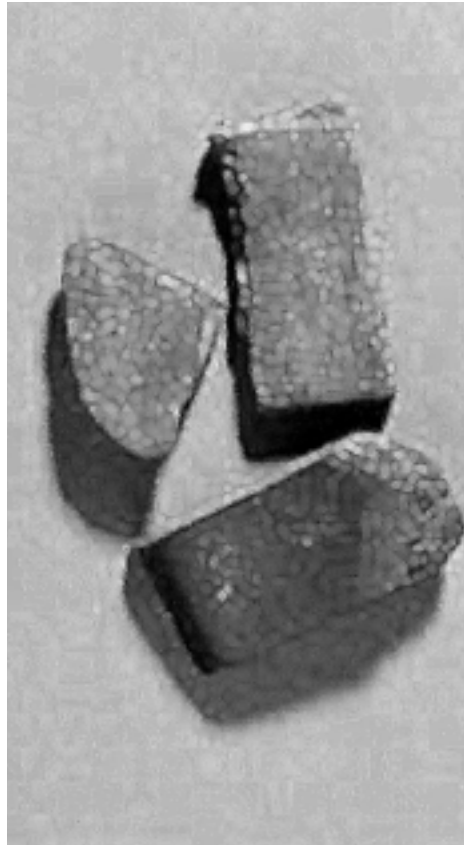
Las actividades a la hora de diseñar prevención atenderán tanto a las creencias y conocimiento que los trabajadores tienen de este problema como al análisis de las condiciones de trabajo que tengan relación con el consumo inadecuado de sustancias.

Así el plan de prevención incluirá:

- Campañas de sensibilización con información objetiva para eliminar falsas creencias en relación a los efectos.
- Desarrollar programas de formación que ofrezcan información, aporten estrategias de protección -EPS (Educación Para la Salud)- y colaboren en la normalización del problema.
- Incorporar las condiciones de trabajo que tengan relación con los consumos al análisis de riesgos.

Desde la prevención hacia las causas

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 tienen relación siempre con las personas que consumen, con la sustancia y con los espacios culturales, sociales que le acompañan.

Existen diferentes factores de riesgo específicos del contexto laboral que hacen más probable la conducta del consumo inadecuado, pero éstos no actúan solos sino que lo hacen en interacción con otros ajenos a este ámbito como son los individuales y los sociales.

En la actualidad existe una tendencia a intervenir de forma preventiva en ámbitos como el escolar y el social, no así en el laboral dando la impresión de que éste no formara parte de la comunidad en la que esta inmersa.

El ámbito laboral es otro de los espacios de socialización importante en la vida adulta. Este contexto está en constante relación con la comunidad en la que se encuentra.

Los valores, las actitudes y los hábitos de la sociedad influyen o impregnan también el medio laboral, asimismo éste influye a su vez en la cultura de una sociedad; el problema del consumo inadecuado de drogas, en concreto, es un ejemplo visible de esa influencia mutua.



En el ámbito laboral hay condiciones que favorecen el consumo funcional o adaptativo dentro del trabajo hay que tener en cuenta estas condiciones a la hora de planificar la prevención en relación a los consumos.

Nuestro objetivo: *-elaborar propuestas, para conseguir mejoras y producir cambios, negociables con la representación de la empresa-* requiere un trabajo sindical previo consistente en:

- Identificación de problemas a evaluar (incorporación de la opinión de los trabajadores).
- Evaluación de riesgos (con la participación de los trabajadores).
- Evaluación detallada de los problemas (relación con los expertos).
- Propuestas de mejora (con apoyo de los trabajadores).

Las delegadas y los delegados

Parece lógico pensar que el colectivo sobre el que va a recaer las acciones preventivas debería ser parte activa en la búsqueda de las causas de los problemas que pretende evitar, sobre las que se basaran las acciones, así como en la aplicación de las buenas prácticas y en la gestión de todo el proceso preventivo.

Sin embargo, a la hora de determinar los riesgos y el daño que estos tienen para la salud de los trabajadores (evaluación de riesgos) nos encontramos con que, al considerarse una obligación del empresario, nos coloca en una posición pasiva o como mucho dota a nuestras organizaciones de una capacidad para controlar las acciones empresariales y opinar sobre los errores.

Esto debemos evitarlo y una buena forma de hacerlo es construir nuestra propuesta preventiva para contrastarla con la propuesta de la empresa.

Un elemento clave para nosotros en la evaluación de riesgos va a ser nuestra capacidad de "irrumper en el futuro" para evitar que se convierta en una actividad a posteriori que solo actúa cuando el daño es visible.

Formularemos los problemas con la realidad recogida con y desde las trabajadoras y trabajadores. En cuanto a las necesidades de manejar toda una tecnología al servicio de la prevención (soluciones técnicas, cuantificación de problemas, organización de la vigilancia médi-



ca...) nos apoyaremos tanto en nuestros recursos técnicos como en los que tenemos a nuestra disposición dentro de la empresa (servicios de prevención).

Desvelar lo oculto

Los problemas de salud, que tienen relación con las condiciones de trabajo solo se mencionan o "listan" cuando la aparición de los mismos afecta a los beneficios de la producción.

Las delegadas y delegados deben apoyarse en la subjetividad del colectivo de trabajadoras y trabajadores que les acompañan para la evaluación de riesgos, y con esa información formular la naturaleza colectiva de los mismos, teniendo en cuenta que, no siempre, los trabajadores establecen una relación causal, dentro de su puesto de trabajo, con el problema que nos ocupa -consumo inadecuado de alcohol y drogas-.

Sin embargo, un enfoque autónomo de la evaluación de riesgos que observe lo subjetivo impedirá que se priorice sistemáticamente, y de forma exclusiva, los riesgos que disminuyen la rentabilidad económica; a la vez que recogerá una visión que integre a los grupos de trabajadores desfavorecidos (sub-contratados, cedidos por ETT., temporales...)

Tanto la observación de los riesgos como las propuestas deberán partir de la participación de las trabajadoras y trabajadores y deberemos plantearlas al conjunto de la es-

tructura sindical la cual debe responsabilizarse de las decisiones tomadas ante la empresa y los propios trabajadores.

Condiciones de trabajo observables en la prevención de drogodependencias

Estamos ante un problema que plantea varias dificultades a la hora de establecer relaciones causales, y mucho más que estas sean medibles pero esto no lo convierte en invisible.

Nuestro esfuerzo se asienta sobre el ejercicio de rescatar condiciones de trabajo que o bien no se valoran como adversas para la salud o si se valoran no se consideran con relación a este problema.

También aclarar que como en cualquier análisis de riesgos éstos no actúan solos sino que se interrelacionan. En nuestro caso esa interrelación produce una mayor vulnerabilidad en las trabajadoras y trabajadores que los soportan. Estos intentarán "amortiguar" los efectos adversos de estas condiciones mediante la ingesta de sustancias que aparentemente colaboran en ello, estableciendo pautas de consumo inadecuadas.

Soportamos condiciones de trabajo que incrementan la probabilidad de realizar consumos inadecuados de alcohol y otras drogas, y estas deben servir de base para realizar nuestra propia evaluación de riesgos que contrastaremos con la propuesta de la empresa a la hora de participar en los programas preventivos.

Así tendremos en cuenta :

- **La organización del proceso productivo:** jornadas prolongadas, rotaciones horarias, ritmos demasiado intensos, sobrecarga de trabajo, elevados niveles de tensión, escasas posibilidades de promoción profesional, “vaciado de inteligencia de muchos puestos” mediante la monotonía y la rutina, utilización de las nuevas tecnologías de forma perversa generando un grupo minoritario de trabajadores muy cualificados y el resto mano de obra barata y poco cualificada. inseguridad, acoso moral.
- **El puesto de trabajo o la tarea:** cadenas de producción donde se prioriza el ritmo de la máquina, condiciones climatológicas adversas (demasiado frío o demasiado calor), trabajos solitarios, traslados frecuentes de puesto de trabajo, tóxicos.
- **La cultura empresarial:** inestabilidad en el puesto de trabajo, alto nivel de competitividad, falta de participación de los trabajadores en la organización del trabajo, falta de planificación y de flexibilidad en la ejecución de la tarea, produciendo desajustes entre el contenido y el modo en que se realiza, falta de información del papel que juega la realización de una tarea en relación a todo el proceso productivo.

Con la observación de estas condiciones realizaremos la evaluación de riesgos. Como herramienta de apoyo podemos utilizar el cuestionario adjunto en el anexo I.





Evaluación de riesgos

Riesgo, en general, es toda circunstancia que aumenta la probabilidad de que suceda algo que valoramos como negativo.

En el caso de los riesgos laborales es 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.

Este daño a la salud puede proceder : de las máquinas, herramientas o sustancias que se emplean en la actividad laboral, de los locales e instalaciones en los que se trabaja, de los procedimientos de trabajo que se siguen, y también de la organización y ordenación del propio trabajo.

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

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales es el marco 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 , bien por la corrección de determinadas condiciones de trabajo, o bien por que 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/as. 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/as.
- Cuando se detecten daños a la salud de los trabajadores/as.
- 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/as.

Los riesgos del trabajo objeto de evaluación podemos clasificarlos en:

- Riesgos físicos: su origen se encuentra en las condiciones del entorno de trabajo (calor, frío, humedad, radiaciones, etc.)
- Riesgos químicos: su origen se encuentra en el manejo y tratamiento de sustancias químicas.
- Riesgos biológicos: su origen se encuentra en aquellos ambientes que sean susceptibles de provocar infecciones por parásitos, bacterias o virus.
- Riesgos mecánicos: su origen se encuentra en la utilización de máquinas y herramientas que pueden producir cortes, aplastamientos, enganches, etc.
- Riesgos eléctricos: su origen se encuentra en la utilización de máquinas y herramientas eléctricas y, en general, de la corriente eléctrica.
- Riesgos de incendios: Su origen se encuentra en la existencia de materiales inflamables.
- Riesgos espaciales: su origen se encuentra en el trabajo a distinto nivel del suelo, en andamios, escaleras, plataformas, etc.
- Riesgos de manutención: su origen se encuentra en el mantenimiento, desplazamiento o transporte de materiales, bien sea manual o mediante máquinas.

- Riesgos de carácter psicológico o social: son aquellos relacionados con la insatisfacción laboral, la monotonía, el estrés, el "burn-out", etc.

Otros riesgos: son aquellos 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/as a dicho riesgo.

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

Riesgos laborales y drogodependencias

La prevalencia de los consumos de alcohol y otras drogas en la población trabajadora es superior a la de la población general. Esto nos indica que determinadas características del ambiente laboral y de la organización de los procesos productivos pueden estar actuando como desencadenantes o reforzadores de consumos inadecuados de alcohol y otras drogas.

En el estudio *Factores de riesgo en el consumo de drogas en la población laboral* (José Navarro Botella, EDIS) se citan como factores laborales explicativos:





- Los trabajos en turnos rotativos y cambiantes.
- Los trabajos a destajo o que exijan un rendimiento muy alto.
- Las jornadas prolongadas o con escaso tiempo de descanso.
- El desajuste entre la preparación o formación del trabajador y el puesto de trabajo.
- El cansancio intenso o agotamiento posterior al trabajo.
- La tensión, el agobio o el estrés durante el trabajo.

Casi todos ellos están relacionados con la organización del proceso productivo, pero también podemos referirnos a factores relacionados con el puesto de trabajo y/ o la tarea

- Trabajos repetitivos y poco motivadores.
- Trabajo a la intemperie.
- Temperaturas extremas.
- Aislamiento.
- Traslados frecuentes.
- Desarraigo (dificultad para compaginar tu trabajo y tu vida social y personal).
- Control sobre la totalidad del proceso en el que se inserta la tarea.
- Alto índice de peligrosidad.
- Excesivo tiempo muerto.
- Excesiva responsabilidad.
- Ausencia de objetivos claros.

Asimismo podemos hablar de factores relacionados con el ambiente laboral

- Conflictividad laboral.
- Precariedad laboral.

- Gran competitividad.
- Presencia de consumos en el lugar de trabajo.

La intervención debe dirigirse a minimizar al máximo la presencia de estos factores de riesgo en el lugar de trabajo. 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 inadecuado.



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. Esto puede dar lugar a considerar el consumo como un factor de riesgo.

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 artículo 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 ser 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:

- Para detectar que un trabajador/a está enfermando y poder actuar cuanto antes.
- Para estudiar si las enfermedades de un colectivo de trabajadores/as tienen relación con el trabajo.
- 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:

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 desde el primer momento informaciones 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.

Una vez evaluados los riesgos, se deben seleccionar aquellas situaciones que deberían ser objeto de vigilancia sanitaria bien porque no se ha podido eliminar completa-

mente 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.

Determinar cómo se va a llevar a cabo la vigilancia, esto es, seleccionar los procedimientos diagnósticos y de seguimiento. Ya hemos dicho que no necesariamente deben ser exámenes médicos: una encuesta específica, o un estudio del absentismo por enfermedad pueden ser menos costosos y más útiles.

Fijar los criterios de actuación: cuándo se considerará que un hallazgo es relevante como indicador de riesgo y qué se hará en tal caso.

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 a 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 tratar de ser aliviadas mediante el consumo abusivo de alcohol y/o otras drogas.

Así pues, 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 al trabajador, eliminan-

do aquellos factores de riesgo que pudieron influir en el consumo problemático anterior del trabajador.

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

Asistencia

Intervenir en los aspectos preventivos no es la única tarea. Los trabajadores afectados reclaman el derecho a acogerse a un tratamiento con el objetivo final de su normalización laboral y social. Incluiremos, por tanto, como materia de negociación, tanto en el ámbito de empresa como de sector el compromiso de tratar estos problemas fuera de la esfera disciplinaria y fijaremos los aspectos concretos que esto conlleva:

No discriminación de aquellos trabajadores y trabajadoras que reclamen tratamiento voluntario.

Derecho a compatibilizar los procesos de recuperación con su trabajo ajustando su puesto y su horario al mismo. (esto deberemos priorizarlo, siempre que sea posible, pues el mantenimiento del puesto de trabajo, aún estando en tratamiento, actúa como elemento normalizador y ayuda al tratamiento).

En el caso de que tuvieran que ausentarse de su puesto de trabajo, durante un tiempo para incluirse en tratamiento, nunca deberá significar pérdida de la relación contractual. Defenderemos el derecho a la reserva





del puesto de trabajo que asiste a cualquier trabajador enfermo cuando está en situación de IT.

La planificación, dentro de un programa integral, de los aspectos relacionados con la atención al drogodependiente deberán reunir las siguientes características:

- Capacidad para evaluar el problema y ofertarle el tratamiento más adecuado, con las máximas garantías, para el trabajador, de confidencialidad.
- Realizar el seguimiento de forma coordinada con el dispositivo asistencial que está actuando.
- Intervenir con dos objetivos fundamentales; normalizar a la persona afectada y planificar su reinserción laboral.

Reinserción

Los aspectos relacionados con la reinserción de las personas afectadas deben asegurar el compromiso de un objetivo prioritario:

que el trabajador con problemas de alcohol y otras drogas pueda volver a normalizar su vida laboral;

en este sentido es necesario asegurar al trabajador que el someterse a tratamiento no comportará la pérdida de su puesto de trabajo con incorporación al mismo en cuanto sea posible, ya que, a veces, es posible iniciar la reinserción cuanto antes, aunque no haya terminado el tratamiento.

Dentro de este apartado debemos asegurar un trabajo previo de sensibilización con los compañeros y los jefes inmediatos, con el fin de evitar cualquier situación que entorpezca el proceso de adaptación.

¿Cómo acercarse a un trabajador con problemas?

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 juntos; si no es 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.

Es fundamental que la persona sepa que las soluciones las puede y las debe tomar él mismo, con nuestro apoyo, y que sus derechos van a estar protegidos en ese proceso que iniciaremos juntos.

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

Posteriormente iremos tomando decisiones respecto a qué cosas se pueden hacer:

- Acudir a un tratamiento que no implique modificación de su situación laboral.
- Entrar en un tratamiento que implique ausencia completa del puesto de trabajo.
- Entrar en un tratamiento que no implique ausencia 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, 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, es necesario que nosotros trabajemos los aspectos sindicales que acompañan al problema facilitando 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 así 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 acudir al tratamiento y a su puesto de trabajo con total normalidad.
- Para compaginar el tratamiento con su puesto de trabajo haya que negociar: flexibilidad horaria y ajustes o cambios en su trabajo.
- No se pueda compaginar el tratamiento con acudir a su puesto de trabajo, con lo cual tendremos que asegurarnos de que no se rompa 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.

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, alrededor del consumo abusivo, se van instalando, produciendo un deterioro de la salud.

Esta situación nos enfrenta a una “proliferación” de propuestas muy variopintas, desde la creación de carte-

les 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.

Básicamente las empresas a la hora de “atajar” estos problemas apuntan a los efectos estableciendo una relación entre 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 reduccionista 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 años, en el sentido de reconocer la importancia de intervenir en estos problemas, asistimos a unas prácticas empresariales caracterizadas por:

- Preocuparse exclusivamente, a la hora de intervenir, de la repercusión de la drogodependencia en el absentismo laboral y en la accidentalidad.
- Confundir los efectos del problema con el problema en sí.
- 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 a 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., mientras tanto 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 el prescindir del trabajador afectado.

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

La excedencia

Otra práctica empresarial es la de ofrecer la excedencia durante el tiempo que dure un 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.

Resulta evidente que la solución definitiva sería la modificación de la Ley de Seguridad Social en el sentido de recoger la drogodependencia como enfermedad, de modo que el afectado sea considerado como enfermo y pueda percibir las prestaciones correspondientes Incapacidad Transitoria [IT]). Mientras esto ocurre la práctica nos demuestra que es posible acudir al médico de Atención Primaria y obtener una baja por causas derivadas de

la dependencia (patologías orgánicas y psicológicas) que si están reconocidas como enfermedad común.

La sanción

También frecuente es 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 artículo 54.2.f del Estatuto de los Trabajadores considera al alcoholismo y la toxicomanía como causa de despido; y 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 de un 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 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.

Otra práctica muy usada para eliminar este problema es:

La detección médica

Para la detección precoz de trabajadores con problemas de alcoholismo se vienen utilizando en las empresas indicadores inespecíficos como el absentismo, capacidad física y psíquica del trabajador, rendimiento en el trabajo, relación con los compañeros, protagonizar pequeños accidentes de trabajo con relativa frecuencia, que puedan dar una indicación de la existencia de una drogodependencia.

También se usan parámetros biológicos: VCM, GGT, GPT, GOT, TG, FA, etc., que correctamente interpretados junto a una historia clínica sugerente de 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, en el caso de que existieran ayuda a superarlas, 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 plantillas.

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

En el caso de la aplicación 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, se deben exigir 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 contra terceros, investigación de las causas de un accidente de trabajo, 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 el primer control se utilizó el inmunoensayo, en el segundo se utilizará la cromatografía).





Haber descartado que el trabajador en el momento de la toma de la muestra esté usando un fármaco legal prescrito por su médico y 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.

Si se implanta en la empresa el control biológico de drogas, se garantizará la aplicación igualitaria a todas las categorías profesionales 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 un dato más dentro del protocolo diseñado para el diagnóstico de drogodependencias, teniendo en cuenta que los datos que aportan los análisis no son los más importantes sino, más bien, complementarios.

Propuestas para la negociación

Aunque no es frecuente, cada vez más empresas, particularmente las grandes, ponen en marcha programas de actuación que incluyen medidas de prevención, asistencia y reinserción. Salvo excepciones, en general estos programas suelen implantarse sin la participación de los

sindicatos, y con criterios rígidos, de tal manera que si no se obtiene éxito, lo más frecuente es recurrir al despido; los objetivos suelen ser específicos (reducir el consumo de alcohol y otras drogas) y no 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 estas propuestas necesitarán un acople por parte de nuestros delegados que tendrá en cuenta las características de nuestro centro de trabajo y nuestra implantación.

Aspectos básicos a la hora de intervenir en cualquier tipo de empresa:

- La representación sindical debe participar en el diseño, ejecución y evaluación del programa; 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.
- Es imprescindible valorar las condiciones de trabajo que pueden estar favoreciendo esta situación. Con el objetivo de mejorar la salud de los trabajadores.

- La financiación de estos programas debe correr a cargo de la cuenta de beneficios de la empresa, y en algunos casos deben buscarse vías de financiación alternativas.
- Necesidad de evaluar los resultados del programa para incorporar cambios si es necesario.

Apoyaremos nuestro planteamiento con :

- ◆ Las recomendaciones, que desde los organismos internacionales vienen dadas en este tema (UE, OIT, OMS).
- ◆ 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" aprobada en el consejo de ministros el 17.12.1999, donde se recoge





la respuesta institucional que desde el gobierno pretenden dar al problema de las drogas. Dentro de las áreas específicas de intervención figura el ámbito laboral, introduciendo como aspecto importante "la necesidad de aplicar programas que cuenten con la participación de patronales, representantes sindicales y servicios de prevención", y que estos programas se incluyan en los programas de seguridad de las empresas.

- ♦ 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 esto incluye:

- ♦ 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 ingeridas en el lugar donde vamos a intervenir, estableciendo las relaciones oportunas con otras variables como la de pertenecer a un determinado sector de producción, últimos estudios demuestran que hay sectores con mayor incidencia más problemáticos que otros respecto al consumo de alcohol (EDIS, 1996), como por ejemplo: Construcción, Transportes, Comunicación y Minería.



Con estas premisas nuestra propuesta recogerá:

La necesidad de intervenir en los aspectos preventivos para lo cual 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.

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.

Aplicación de nuestro planteamiento en un 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 llamaremos un Plan de intervención.

Principios de aplicación del modelo:

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

La dependencia al alcohol y/o otras drogas constituye una enfermedad; y es bajo la perspectiva del cuidado de la salud como hay que enfocar este problema.

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, deben haber sido definidos 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).

Principios y metodología en la elaboración del Plan de intervención:

Análisis de la situación real del consumo de alcohol y otras drogas en la empresa.

Valoración de la actitud de la empresa y de los trabajadores en relación al problema.

Constitución de un equipo coordinador¹ formado por: representantes de la empresa, representantes de los trabajadores y un equipo asesor, multidisciplinar, en el que estarían los Servicios de Prevención, Mutuas, Departamento de Recursos Humanos. Este equipo definiría los siguientes elementos del plan:

- ♦ Objetivos y prioridades.
- ♦ Actividades necesarias.
- ♦ Mecanismos de coordinación.
- ♦ Evaluación continua de los resultados.

- ♦ Responsabilidades de los participantes.
- ♦ Calendario de cumplimiento de cada fase.
- ♦ Información periódica al Comité de Empresa de la marcha del programa.
- ♦ Estudio de la financiación del proyecto; es importante que el plan elaborado se ajuste a las posibilidades reales de gasto por parte de la empresa; un plan que sobrepase estas disponibilidades se verá abocado al fracaso.

Aspectos previos a la aplicación de un Plan: Motivación, favorecer la intervención, eliminar dificultades:

Para poder intervenir de forma organizada y dar respuesta a los problemas generados por los consumos de drogas, es necesario conocer los niveles de prevalencia de consumos abusivos en la empresa, para hacer un estudio o estimación fiable puede recurrirse a cuestionarios, datos analíticos o a los datos disponibles en los servicios de prevención sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores.

El estudio de las drogas ilegales puede entrañar mayores dificultades, ya que no es habitual que las empresas tengan establecidos sistemas de funcionamiento que permitan obtener esta información.

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: absentismo, conflictividad, accidentalidad, disminución del rendimiento, etc.,

¹ Si se considera conveniente, el Comité de Seguridad y Salud podría constituirse como equipo de coordinación.

El conocimiento de todos estos datos nos permitirá que las actividades del plan se orienten adecuadamente y den respuesta a las necesidades de cada empresa.

Otro de los aspectos que deben tenerse en cuenta en la 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 por que 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.



Motivación:

Uno de los problemas iniciales, y que mayores dificultades presentan 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 en el medio laboral unas características específicas que 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 y para ello será preciso considerar los aspectos que facilitan la intervención y también las dificultades que pueden presentarse en los momentos iniciales.

Favorecer la intervención:

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 pro-





blemas: 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.

Eliminar dificultades:

El hecho de que en la empresa concurren todas estas circunstancias, no quiere decir que sea fácil actuar y vencer al trabajador que tenga problemas para que inicie un tratamiento.

En ocasiones, la dificultad viene de la propia persona, bien sea por falta de conciencia sobre su problema, falta de motivación o miedo a las consecuencias laborales que puedan derivarse si su problema es conocido en la empresa. Por otra parte, la actitud social con respecto a las personas con problemas de alcohol y/o otras drogas no es por lo general muy positiva, y es frecuente que el comportamiento de los que le rodean sea de rechazo o inhibición, porque se considera que intervenir en estos problemas no forma parte de los cometidos o las responsabilidades del trabajo.

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 y que el programa de atención se haya difundido suficientemente.

Una campaña informativa, incluida dentro del programa preventivo en que se hable de forma realista y objetiva sobre las drogas y sus consecuencias y que explique los objetivos del programa, garantías laborales y modo de acceder al tratamiento, facilita la sensibilización y la participación y ayuda a que los problemas se canalicen de forma correcta.

En esta fase de la intervención deben funcionar todas las vías posibles que dentro de la empresa estén en condiciones de identificar problemas, pero las actuaciones no deben ser aisladas o contraproducentes. Es conveniente entrar en contacto con el equipo de coordinación para que éste oriente los pasos a seguir.

La primera decisión que hay que tomar, es quién o quiénes deben establecer contacto con el trabajador y el modo de hacerlo. Normalmente, la persona más adecuada es alguien del entorno que tenga la confianza del trabajador.

En la empresa hay determinados grupos que por su posición o cometido son elementos clave para realizar esta labor: los propios compañeros, el jefe o los representantes sindicales, pueden ser los más idóneos para un acercamiento inicial, ya que están próximos al trabajador.

El modo de acceder a la persona es otra de las cuestiones a tener en cuenta. Es posible que el trabajador con problemas no se muestre accesible, o incluso que evite la situación. Hay que elegir el momento adecuado y mantener una actitud abierta y receptiva que genere confianza y seguridad.

La decisión de poner en marcha un programa debe ir precedida de un conocimiento de la realidad de cada empresa sobre la extensión del problema de las drogodependencias y los efectos que de ésta se derivan. Posteriormente con estos datos definiremos su estructura y sus actividades.

Estructura y actividades del Plan:

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, la Mutua correspondiente, etc., así como profesionales expertos (Médicos, DUE's, 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 conformaran el plan de intervención.

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

Las actividades a desarrollar deben definirse en función de los objetivos que se hayan acordado en el proceso de negociación que genéricamente deben estar orientados a la prevención general y a la asistencia y reinserción de los trabajadores con problemas de alcohol y/o drogas. En consecuencia, las acciones que se realicen serán:

En relación al programa de prevención:

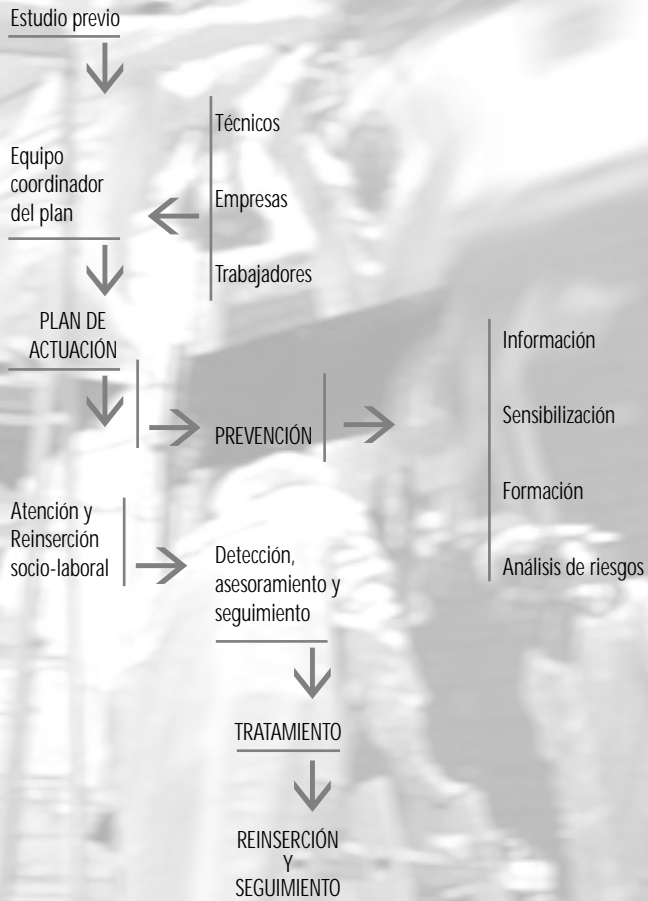
- ♦ Aplicar actividades formativas que desarrollen los aspectos relacionados con la Educación para la salud (EPS).
- ♦ Informar y sensibilizar a los trabajadores sobre hábitos saludables que actúan como protección frente al consumo inadecuado.
- ♦ Incluir en la evaluación de riesgos las condiciones que desde nuestro planteamiento inciden en el desarrollo del problema.
- ♦ Incluir indicadores en la vigilancia para la salud que nos aporten datos sobre problemas derivados del consumo inadecuado.

En relación al programa de intervención y reinserción:

- ♦ Fijar criterios de Identificación de trabajadores que presenten problemas de drogodependencia.
- ♦ Valoración, diagnóstico y orientación.
- ♦ Establecer criterios de seguimiento para las personas en tratamiento.
- ♦ Fijar criterios de reinserción laboral.



Esquema de la estructura y las actividades del Plan:



Programa de Asistencia y Reinserción socio-laboral:

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, lo que 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 que permita ir tomando decisiones sobre los pasos a seguir.

Tratamiento

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, también es el momento de resolver las dudas que pueda haber con respecto al tratamiento: en qué consiste, qué actividades se hacen, cuánto tiempo dura, etcétera.

Comenzar a intervenir en aquellos aspectos, laborales, sociales, etcétera, que requieran una intervención inmediata.

Decidir el tipo de recurso y la modalidad de tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades y 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 de 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 de-

bemos 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, que debe concretarse en una comunicación fluida y 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.

Reinserción laboral

Esta fase del Plan debe realizarse cuando el tratamiento terapéutico haya concluido o esté en los momentos finales. El objetivo en este momento es trabajar en aquellos aspectos laborales en los que hubiera un mayor deterioro como consecuencia del problema con el alcohol y/o otras drogas.

En muchos casos esta situación no se ha producido, o tiene poca relevancia, en estos casos lo normal es que el trabajador haya realizado el tratamiento compatibilizándolo con el trabajo y que no se hayan producido modificaciones sustanciales en su situación laboral.





Sin embargo, en las situaciones en que el problema haya tenido repercusiones importantes en el trabajo, o en aquellos casos en que el tratamiento se haya realizado en régimen de ingreso y, por tanto, alejado del medio de trabajo, es conveniente la realización de un programa de terapia ocupacional consistente en una actividad laboral integrada en los momentos finales del tratamiento.

Este proceso puede realizarse en el contexto del sindicato y en él se asignan tareas y condiciones de trabajo que, sin ser las del puesto habitual, facilitan una adaptación gradual y controlada de la situación laboral.

En esta fase, se procurará eliminar los factores de riesgo presentes que hubieran podido provocar o favorecer el anterior consumo. No se trata pues, de declarar la aptitud del trabajador para el trabajo, sino de adaptar el trabajo al trabajador.

El trabajo del equipo en esta fase final del Plan debe abordar los siguientes aspectos:

- ♦ 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, analizando situaciones de riesgo, actitudes de compañeros y 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 actuación:

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 Comi-



tés de Empresa tienen una tarea importante como agentes de prevención ofreciendo 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, ect.) 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 y debe constituirse en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores. Estará formado por

los delegados de prevención, de una parte, y por un número igual de representantes designados por el empresario, de la 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 especial cualificación o información respecto de cuestiones concretas que se debatan en ese órgano y 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 la creación de un comité intercentros 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 refe-





- rente 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.

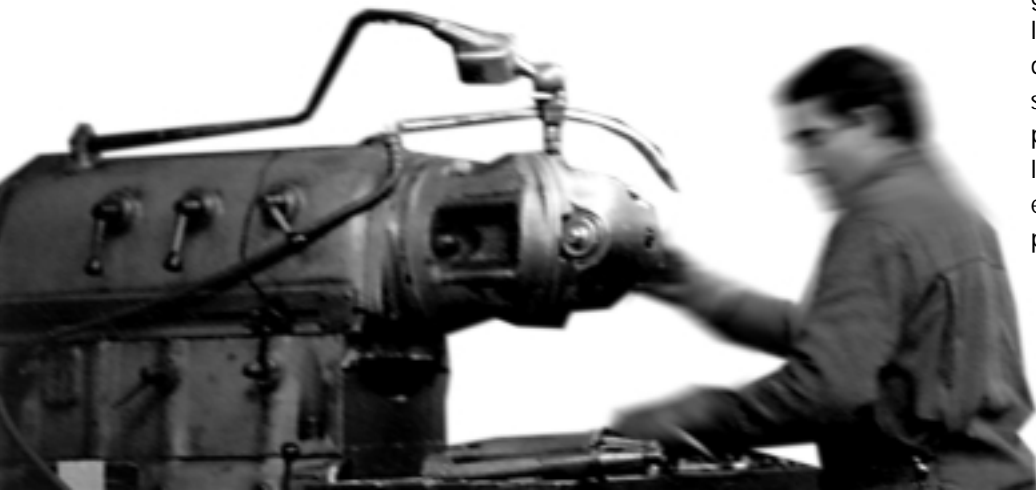
Servicios de Prevención

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/as.* La vigilancia de la salud debe ser un instrumento integrado en los planes de prevención. Lógicamente esta actividad corresponde a los profesionales sanitarios del Servicio de Prevención. Sin embargo, y salvando 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 del puesto de trabajo a las capacidades del trabajador/a es otro precepto preventivo y una de las tareas de prevención más concretas que debe abordar el Servicio de Prevención integrando 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.

Las Mutuas como Servicios de Prevención

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social pueden actuar como Servicios de Prevención para las empresas a ellas asociadas. Es evidente que entre la Mutua y la empresa a ella asociada existe una “vinculación” que pudiera afectar a la independencia del Servicio de Prevención, pero por otra parte, las mutuas están sometidas a un régimen de control institucional por parte del Ministerio de Trabajo y un cierto control social mediante las Comisiones de Control y Seguimiento.

Independientemente de si actúan como Servicio de Prevención o realizan la vigilancia de la salud de los trabajadores, las Mutuas pueden desempeñar un papel importante en los programas de actuación en materia de drogodependencias en las empresas asesorando a las partes intervinientes.

[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"/>
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"/>

	SI	NO
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?

	Casos		Relación con el trabajo			
	SI	NO	Provocados		Agravados	
			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. Bajos 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 en una empresa de implantación nacional como es RENFE.

Programa marco de intervención:

- 1.- Introducción
- 2.- Objetivos
- 3.- Características del programa
- 4.- Niveles de actuación
- 5.- Aplicación del programa
- 6.- Recursos
- 7.- Evaluación

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 situación 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 como a dichas conductas no escapa ningún sector de la población, ni ninguno de los ámbitos sociales en los que nos desenvolvemos. Efectivamente, y de acuerdo a determinados estudios, se constata que esta situación alcanza al ámbito laboral, manifestándose en él de una manera muy específica: absentismo, mayor accidentabilidad, 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, accidentes, 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 un mayor problema.

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

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

Objetivos

Objetivo general

- ♦ Mejorar la salud y calidad de vida de los trabajadores.
- ♦ Armonización de las relaciones laborales.

Objetivos específicos

- ♦ Prevenir conductas de consumo de drogas y alcohol.
- ♦ Reducción de la accidentabilidad laboral.
- ♦ Reducción del absentismo.
- ♦ Mejora de la productividad y calidad del trabajo.
- ♦ Disminución de los costes debidos a accidentes, lesiones e incapacidades laborales.

- ♦ Aplicar medidas de formación y sensibilización
- ♦ Analizar condiciones de trabajo con posible relación con los consumos inadecuados.

Características del Programa:

- ♦ Se basará en criterios no 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: preventivo, asistencial y reinserador.
- ♦ 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.

Niveles de actuación:

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.

Aplicación del Programa

Comisión de Seguimiento del Programa

Para la planificación, seguimiento y evaluación del programa, se establecerá una Comisión de Seguimiento, de carácter paritario, compuesta por:

- ♦ Representantes de la empresa / Servicios de Prevención
- ♦ Representantes de los trabajadores

También podrán formar parte de dicha comisión, en calidad de asesores, la mutua y la Unión Regional de CC.OO, así como otros que se considere oportuno.

Prevención

Se trata de lo que se conoce propiamente como prevención primaria. Se dirige a personas que aún no muestran ningún tipo de complicaciones. Incluye todas las medidas dirigidas a evitar la aparición del problema.

Los objetivos que se plantea la prevención primaria son:

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

Actividades:

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

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, videos 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

Formación

La formación deberá tener dos fases:

- ♦ Primera fase: se realizará un curso 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.
- ♦ 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.

Tendremos en cuenta las peculiaridades de los centros de trabajo en cuanto a la distribución de las jornadas e intentaremos que estos cursos alcancen a toda la plantilla.

Asistencia/Reinserción

En esta fase se encontrarían englobadas lo que se conoce generalmente como prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención secundaria se dirige a personas o grupos que consumen en suficiente cantidad, forma o situaciones que permiten su identificación como de alto riesgo. El tercer nivel de prevención, es decir, el abordaje del tratamiento y rehabilitación y inserción 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.

Objetivos

- ♦ 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 reinsertivo 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.

Actividades

La detección precoz y la evaluación de los casos se podrá realizar mediante la vigilancia de la salud que realice el servicio de prevención, o mediante otros indicadores inespecíficos como absentismo, rendimiento laboral, etc.

Una vez detectados los casos problema, la Comisión de Seguimiento 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 para su total adaptación. Se seguirá realizando un seguimiento laboral del trabajador para comprobar su total adaptación al puesto de trabajo.



Recursos

- ♦ Departamento de Recursos Humanos
- ♦ Servicio de Prevención
- ♦ Mutua
- ♦ Unión Regional de CC.OO.
- ♦ Sistema público de Salud
- ♦ Recursos públicos autonómicos y municipales

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:

- Individual.- Se referirá a los individuos que hayan entrado en el Programa de Atención y Reinserción social explicado en el presente documento. El programa se considerará positivo cuando la mayoría de los individuos que entre en él lo completen satisfactoriamente, lo cual supondría su reincorporación al mundo laboral.
- 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.

Plan de actuación en materia de drogodependencias negociado y aplicado en una gran empresa : RENFE

Se reproduce el texto íntegro a continuación:

Justificación del plan

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

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

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

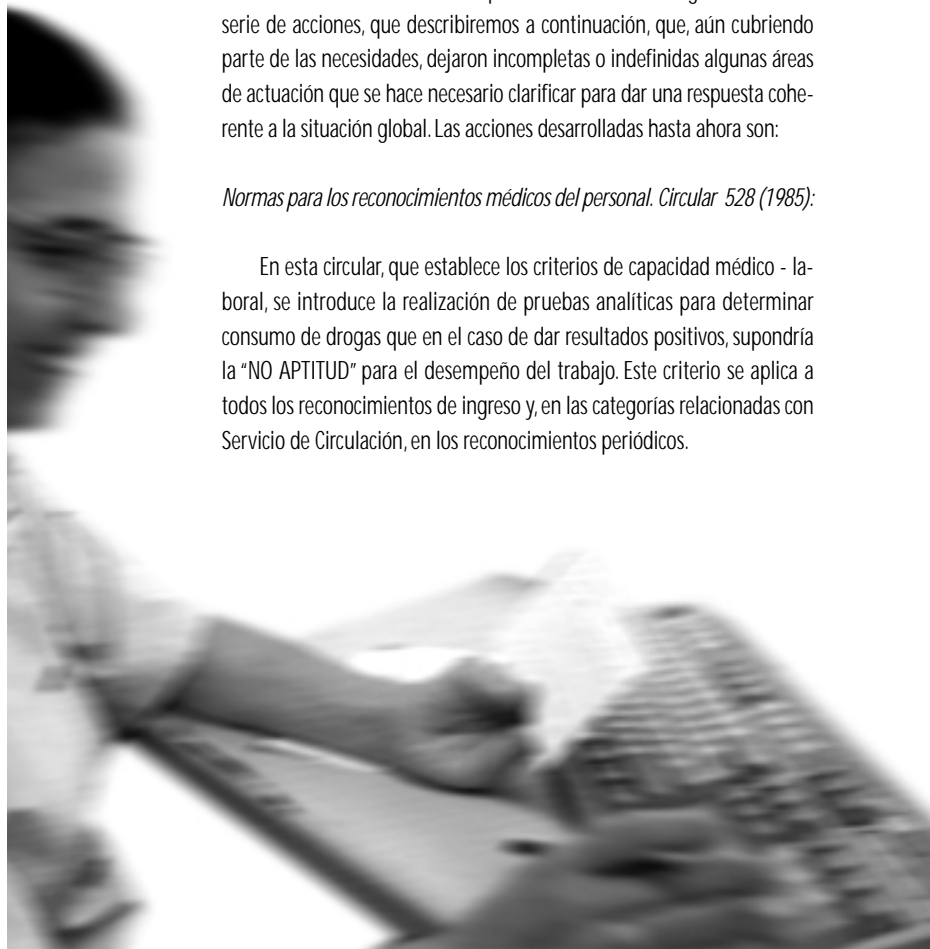
La necesidad de abordar esta problemática, que tiene tan amplias repercusiones en la actividad laboral, se alcanzaron en los distintos acuerdos alcanzados en el VII convenio colectivo, que en el art. 33 establece las vías para el desarrollo de un Plan de actuación en materia de Drogodependencias y Alcoholismo. Antecedentes.

En la actualidad es en el XII convenio colectivo donde se recogen las últimas pautas de actuación en estos temas.

La dirección de RENFE ha emprendido desde hace algunos años una serie de acciones, que describiremos a continuación, que, aún cubriendo parte de las necesidades, dejaron incompletas o indefinidas algunas áreas de actuación que se hace necesario clarificar para dar una respuesta coherente a la situación global. Las acciones desarrolladas hasta ahora son:

Normas para los reconocimientos médicos del personal. Circular 528 (1985):

En esta circular, que establece los criterios de capacidad médico - laboral, se introduce la realización de pruebas analíticas para determinar consumo de drogas que en el caso de dar resultados positivos, supondría la "NO APTITUD" para el desempeño del trabajo. Este criterio se aplica a todos los reconocimientos de ingreso y, en las categorías relacionadas con Servicio de Circulación, en los reconocimientos periódicos.





Circular de Seguridad en la Circulación. Circular 567 (1990) y anteriormente Circular 507.

Esta circular en su Capítulo II, en el que establecen las condiciones físicas y psíquicas para prestar servicio relacionado con la circulación, hace referencia a este tema en:

- ♦ Apartado 5, referido al comportamiento durante el servicio y en el que se señala que “el personal debe abstenerse de tomar bebidas alcohólicas, drogas y otros productos perjudiciales...”
- ♦ Apartado 8, referido a la prohibición de prestar servicio bajo efectos de bebidas alcohólicas, drogas u otros estimulantes, desarrolla a lo largo de todos sus puntos, los procedimientos a seguir en el caso de que se detecten estas situaciones.

Las formas de detección pueden ser:

- ♦ Dudas razonables sobre la situación del agente, que deben ser puestas de forma inmediata en conocimiento del Puesto de Mando y que supondrán la no entrega o relevo del servicio.
- ♦ Accidentes o incidencias graves, en las que los agentes habrán de someterse a determinaciones de alcohol y drogas.
- ♦ Sondeos de alcoholemia entre el personal de circulación, que tendrán carácter indicativo y se harán definitivos mediante el análisis de sangre.

En cuanto a los procedimientos a seguir en el caso de que los resultados de las determinaciones efectuadas sean positivas, se señala:

- ♦ El relevo o la no entrega del servicio.
- ♦ Que todos los trámites y actuaciones relacionadas con estas normas, deben realizarse con la mayor discreción y tener el carácter de materia reservada.

El VII convenio colectivo aprueba una comisión de estudio sobre drogodependencias que genera 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 que forma parte de la normativa laboral de RENFE.

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 socio-laboral.
- ♦ Prevenir y reducir la accidentalidad laboral.
- ♦ Mejorar la productividad y la calidad del trabajo.
- ♦ Reducir el absentismo.
- ♦ Armonizar las relaciones laborales.

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

Art. 557.- Desarrollo del Plan de Acción

El desarrollo del Plan se llevará a cabo a través de los siguientes programas:

Programa de Prevención

Establecerá medidas tendentes a cambiar o mejorar la calidad de vida y la educación par para la salud, fomentando el autocontrol individual y colectivo ante le 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 ente 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 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 información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento que le facilite la ayuda necesaria para solucionar los





Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias

problemas relacionados con el consumo de drogas y/o alcohol y que en última instancia le facilite los apoyos necesarios para lograr un estado en 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 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 tendentes a un modelo personalizado y diversificado capaz de adecuarse a las características de la persona afectada.

En el desarrollo de la fase de atención se consideran de especial relevancia las vías de detección de consumo que existen actualmente, y que son los reconocimientos médicos y sondeos que se realizan al personal de circulación, que afectan a una gran parte de la plantilla, y en las que el componente de seguridad es muy importante para enfocar el tratamiento del tema, teniendo en cuenta que pudiera no existir una voluntariedad inicial hacia la oferta de tratamiento. En cambio, para el resto del personal sobre el que no se realiza 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:

1º.- 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, que efectua-





rá 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 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.

2º.- Resto del personal.

Siempre que el trabajador solicite voluntariamente tratamiento, sin que previamente hay 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 el derecho a la confidencialidad.



[Anexo] III

Instituciones sobre drogodependencias y recursos para el tratamiento de las mismas

Tiene especial relevancia para el mediador sindical, que actúa como agente social preventivo y dinamizador en drogodependencias en sus respectivas empresas, conocer los recursos existentes, fuera del ámbito laboral, en drogodependencias tanto sociocomunitarios como institucionales, puesto que se verá seguramente sometido a demandas puntuales de consumidores de alcohol y otras drogas que requerirán una respuesta adecuada, y a los que tendrá que acudir para poder hacer una derivación correcta y mantener la coordinación oportuna con los dispositivos creados al efecto.

Plan nacional sobre drogas

El PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNsD) es una iniciativa destinada a coordinar y potenciar las políticas que en materia de drogas se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales.

Las líneas de actuación del Plan son las siguientes:

- ♦ Promover una política de prevención que haga posible una disminución de la oferta y la demanda de drogas.
- ♦ Fortalecer una red de centros para la asistencia y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas, impulsando su incorporación a la vida social.

- ♦ Desarrollar las reformas legales necesarias para afrontar con éxito los problemas relacionados con el consumo y tráfico de drogas.
- ♦ Coordinar la actuación conjunta y eficaz de todos los organismos del Estado destinados al control de la oferta.
- ♦ Impulsar los programas y actividades que las distintas instituciones autonómicas, locales y organizaciones no gubernamentales realizan en este ámbito.
- ♦ Fomentar la responsabilidad y la participación de todos los ciudadanos.

La estructura organizativa se articula en torno a un Grupo Interministerial, presidido por el Ministro del Interior y del que forman parte:

- ♦ Ministro de Justicia.
- ♦ Ministro de Educación y Cultura.
- ♦ Ministro de Sanidad y Consumo.
- ♦ Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ♦ Secretario de Estado de Hacienda.
- ♦ Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes.

La Secretaría de este grupo Interministerial la ostenta el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

La relación entre la Administración Central y las CC.AA. se efectúa a través de dos órganos:

- ♦ *La Conferencia Sectorial* : presidida por el Ministro del Interior, órgano de decisión política, formado por los miembros del Grupo Interministerial y los Consejeros responsables de la política de drogodependencias en el ámbito autonómico.

- ♦ *La Comisión Interautonómica:* presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, de la que forman parte los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las 17 Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las directrices emanadas de la misma.

Planes regionales sobre drogas

Son estructuras institucionales que coordinan las intervenciones en drogodependencias de las distintas autonomías en sus aspectos preventivos, asistenciales y reinseritivos, con características propias en cada Comunidad Autónoma.

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 PRD, apoyado por un órgano compuesto en su mayoría por un equipo técnico.

Plantean básicamente los siguientes objetivos:

- ♦ Diseño y elaboración de Planes Autonómicos en materia de drogodependencias con el soporte legal correspondiente.
- ♦ Planificación, coordinación y desarrollo, en base a sus competencias, de un sistema público de asistencia a los drogodependientes, en el marco del Sistema Nacional de Salud.



- ♦ Puesta en marcha de mecanismos favorecedores de la integración social del drogodependiente, fundamentalmente en las áreas de formación profesional y ayudas al empleo.

Planes municipales

Un plan Municipal sobre Drogas tiene como finalidad lograr la coordinación de todas las actuaciones que se realizan a nivel local en relación con las drogas, tanto legales (alcohol y tabaco) como ilegales. Debe contar con la participación del mayor número de sectores y agentes sociales del municipio.

La estrategia Nacional sobre Drogas 200 – 2008 propone la impulsión de Planes Municipales en Ayuntamientos y Mancomunidades de más de 50.000 habitantes antes del 2003 y en los de más de 20.000 en el horizonte del 2008.

Plantean, básicamente los siguientes objetivos:

- ♦ Ofrecer un abordaje integral al problema del consumo y tráfico de drogas en el Municipio.
- ♦ Promover estilos de vida saludables a los habitantes del Municipio.
- ♦ Promover la participación de la familia, escuela y la comunidad en el desarrollo de planes de prevención.
- ♦ Fortalecer una red de asistencia para las personas con problemas derivados del consumo de drogas.

Actividades:

- ♦ Desarrollar programas y actividades en materia de prevención del consumo de drogas y desarrollo de habilidades para estilos de vida saludables en los distintos sectores del municipio.
- ♦ Mantener la sensibilización e información permanente sobre el tema del consumo de drogas y su prevención, mediante campañas 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.

Directorio de Planes Regionales sobre Drogas

ANDALUCÍA

Comisionado para la Droga . Consejería de Asuntos Sociales

C/ Héroes de Toledo, 14

Polígono Hytasa

41006 Sevilla

Tfno: 954 55 42 25 / 226

ARAGÓN

Unidad de Coordinación de Drogodependencias

Dirección General de Salud Pública

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo

Pº María Agustín, 36

50071 Zaragoza

Tfno: 976 71 43 14

ASTURIAS

Plan Regional sobre Drogas. Consejería de Servicios Sociales. Viceconsejería de Bienestar Social

C/ General Elorza, 35

33001 Oviedo (Principado de Asturias)

Tfno: 985 10 65 42 / 985 10 65 43

Servicio de Coordinación del Plan Regional sobre Drogas: Programas de prevención. Información y atención al drogodependiente. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

C/ General Elorza, 35

33001 OVIEDO

Tfno: 985 10 65 07 / 985 10 65 64

CANARIAS

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

Rambla General Franco, 53

38006 Santa Cruz de Tenerife

Tfno: 922 60 43 65

CANTABRIA

Dirección Del Plan Regional sobre Drogas

c/ Hernán Cortés, 9

39003 Santander

Tfno: 942 20 77 92 / 942 20 79 00

CATALUÑA

Órgano Técnico de Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

Trevessera de les Corts, 131-159

08028 Barcelona

Tfno: 932 27 29 00. Ext 1166





ISLAS BALEARES

Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Sanidad.

C/ Cecilio Metelo, 18
07003 Palma de Mallorca
Tfno: 971 71 68 88

CASTILLA LA MANCHA

Plan Regional de Drogas. Consejería de Sanidad

Avd. de Francia, 4
45005 Toledo
Telf: 925 26 72 67

CASTILLA LEÓN

Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Sanidad y Bienestar Social

C/ Padre Francisco Suárez, 2º Dcha.
47071 Valladolid
Telf.: 983 41 22 72 / 983 41 22 79

EXTREMADURA

Consejería de Bienestar Social. Secretaría Técnica para el Plan Integral sobre Drogas

Pº de Roma, s/n
06800 Mérida
Telf.: 924 38 53 77

GALICIA

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Edificio Administrativo San Cayetano - Bloque 2-2º
15771 Santiago de Compostela. La Coruña
Telf.: 981 54 18 59

Plan de Galicia sobre Drogas

Hosp. Psiquiátrico
Conxo. Plaza Martín Herrera, 2
15706 Santiago de Compostela (A Coruña)
Telf.: 981 54 18 57

MADRID

Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Plaza de Carlos Trías Bertran 7-7ª planta
28020 Madrid
Tfno.: 901 350 350 / 914.265.350

MURCIA

Comisionado para la Droga. Dirección General de Salud

Ronda de Levante, 11, 3º planta
30008 Murcia
Tfno.: 968 362 034

NAVARRA

Consejería de Salud CONSEJERÍA DE SALUD

C/ Amaya nº 2ª
31002 Pamplona
Tfno.: 948 421 440

EUSKADI

Secretaría de Drogodependencias. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social.

C/ Duque de Wellington, 2
01010 Victoria-Gasteiz
Telf.: 945 18 81 04

LA RIOJA

Plan Riojano de Drogodependencia. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.

c/ Villamediana, 17

26071 LOGROÑO

Telf.: 941 29 11 00

VALENCIA

Dirección General de Drogodependencias. Consejería de Bienestar Social.

Pº. Alameda, 16

Tfno.: 963 866 730

CEUTA

Plan sobre Drogas.

C/ Juan de Juanes, nº 4

51002 Ceuta

Tfno.: 956 50 33 59

Área de información del Centro de Atención a las Drogodependencias.

C/ Juan de Juanes, 4

51001CEUTA

Tfno.: 956 50.33.59

MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad.

Plaza de la Marina Española, s/n

52001 Melilla

Telf.: 952 67 97 90

Consejería de Bienestar Social y Sanidad Fundación de Asistencia al drogodependiente.

Avd. de la Marina Española nº 12

52001 Melilla

Tfno: 952699301 / 952699302 / 952699303

Teléfonos de información sobre drogas:

Línea telefónica gratuita de la Fundación de Ayuda para la Drogadicción

900 1615151

Línea telefónica gratuita del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía

900 200 514

Línea telefónica del Institut per la Promocio Social y de la Salut (IPPS)

93 41 20 412





Recursos especializados en el tratamiento y prevención de las drogodependencias

Cuadro de recursos

<u>Primer nivel de atención</u>	Centros de Salud (atención primaria)
	Planes Municipales de Drogodependencias
	Organizaciones apoyo o ayuda a las Drogodependencia
	Centros de Salud Mental
<u>Segundo Nivel de atención</u>	Centros ambulatorios de atención a las drogodependencias
	Programas de rehabilitación en régimen intermedio
	Pisos de acogida
	Talleres ocupacionales
<u>Tercer nivel de atención</u>	Programas de reducción del daño (metadona, etc.)
	Unidades de desintoxicación hospitalaria
	Comunidades terapéutica
	Pisos de reinserción
	Centros de reinserción laboral

Primer Nivel de atención

- ♦ Atención Primaria y sanitarios locales
- ♦ Programas municipales de drogodependencias (Centros de Atención Municipales).
- ♦ Asociaciones de apoyo o ayuda a los drogodependientes (ONGs).
- ♦ Sindicatos (Comités y delegados de Prevención y otros recursos sindicales como los Centros Sindicales de Atención Integral a las drogodependencias CAIDs).

Funciones:

- ♦ Información, orientación, motivación y educación sanitaria.
- ♦ Diagnóstico y detección precoz.
- ♦ Atención a su problemática social y a las enfermedades asociadas al consumo de drogas.
- ♦ Apoyo a su proceso de incorporación social.
- ♦ Apoyo a sus familias y entorno afectivo.
- ♦ Programas de desintoxicación y seguimiento sanitario.

Objetivos fundamentales:

- ♦ 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.

Segundo Nivel de atención

- ♦ 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 de este nivel:

- ♦ Desintoxicación, deshabitación y rehabilitación ambulatoria.
- ♦ Apoyo a los procesos de incorporación social.
- ♦ 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; las actividades impartidas dentro del centro son: evaluación biopsicosocial, desintoxicación, programas psicoterapéuticos, talleres prelaborales, aulas educativas, grupos de autoayuda y actividades de ocio.

El centro está integrado por un equipo multiprofesional, compuesto por médico, psicólogo, ATS, trabajador social, educador, etc.

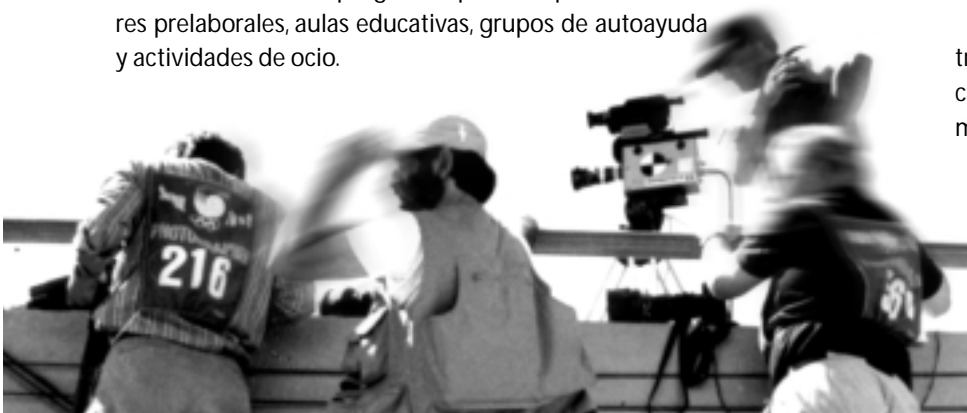
En estos centros se realiza una labor de coordinación con otros dispositivos sanitarios y sociales, situados en su ámbito de actuación y encaminan el acceso al resto de recursos y servicios de carácter público.

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.



Centros de dispensación de metadona

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 Consumo, 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 es oral, posee una vida media larga y requiere tratamiento ambulatorio, disminuyen las complicaciones orgánicas secundarias cuando se utiliza la vía endovenosa y permite mantener una estructura laboral y familiar estable.

Tercer Nivel de atención

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

- ♦ Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- ♦ Comunidades terapéuticas públicas o privadas.

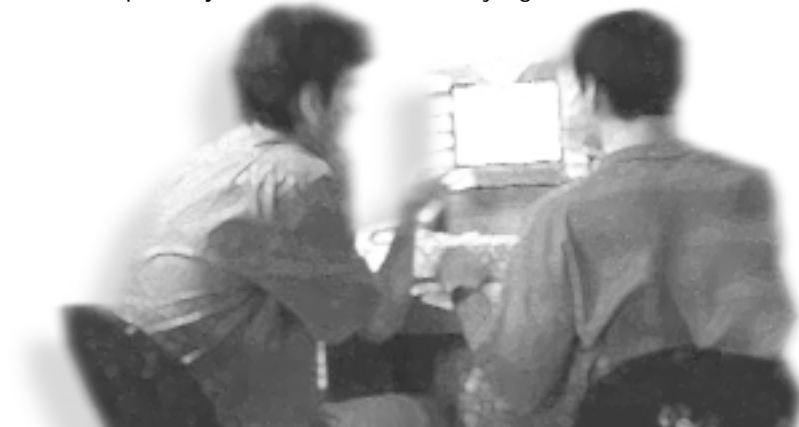
- ♦ Talleres o centros de reinserción laboral.
- ♦ Pisos de reinserción.

Unidades de desintoxicación

Se conciben como dispositivos asistenciales sanitarios de internamiento, normalmente ubicado dentro de un recinto hospitalario, con estancias breves (10-14 días), específicos para la desintoxicación de sustancias tóxicas generadoras de dependencia, mediante un equipo especializado, destinadas a sujetos con graves patologías orgánicas o drogodependientes embarazadas.

Constituyen eslabones de la cadena terapéutica de la red pública sociosanitaria, cuya especificidad permite resolver la desintoxicación física, fase previa a la rehabilitación.

El objetivo primordial de este dispositivo consiste en poder ejercer un estrecho control y vigilancia sanitarios.





El programa que se imparte en estas unidades lo realiza un equipo multidisciplinar compuesto por médico, ATS, 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, siendo aconsejable su separación temporal del medio social habitual.

Las principales características del tratamiento en una C.T. 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 afectados por el consumo, siendo aconsejable su separación temporal del medio social cotidiano y graves déficit en el comportamiento, vida personal y social. Los criterios de exclusión en estos dispositivos son 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 recursos de destino de drogodependientes sin una estructura social mínima que le permita su incorporación social sin el apoyo de estos pisos 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 carecen 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 realizan 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.

Urgencias hospitalarias generales

Atienden patologías que requieran un internamiento hospitalario normalizado como el de cualquier ciudadano con un problema sanitario enmarcado dentro del Sistema Nacional de Salud.





Centros Sindical de atención integral a drogodependencias *caid*

La atención de trabajadores/as con problemas de dependencia de alcohol u otras drogas habitualmente se produce en fases avanzadas, con el consiguiente agravamiento de los problemas de salud, familiares, laborales y sociales. La tardanza en la atención de los problemas puede responder a varios factores, entre ellos: legislación punitiva, falta de información y formación de los agentes presentes en el medio laboral, consideración de los problemas fuera del marco de la salud, falta de estructuras especializadas, ausencia de programas específicos de prevención y detección precoz.

Los C.A.I.D., que sólo se encuentran en 8 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 C.A.I.D.(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 (I.T.), 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.

[Anexo] IV

Convenios sobre prevención, estrategia nacional y legislación autonómica

Convenios sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral

Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las drogodependencias en el medio laboral.

Dar solución a los problemas de salud de los trabajadores dependientes a drogas y/o el alcohol es un compromiso sindical incuestionable. Tal compromiso se desarrolla como ejercicio de corresponsabilidad entre los agentes sociales, con la participación de las diferentes administraciones competentes en la materia (Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad). El presente Acuerdo, que más abajo se transcribe, posibilita los elementos necesarios para una intervención corresponsable en el entorno laboral. Pone las bases para el desarrollo del Informe aprobado por la Comisión Mixta para el estudio de la droga en la V Legislatura cuando éste se refiere a: "En el ámbito laboral, se propone fomentar un Plan Estratégico que integre programas de prevención desde la corres-

ponsabilidad entre los empresarios, trabajadores y representantes de trabajadores". Y participa asimismo de las Recomendaciones para el tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo de la OIT, aprobado por Consejo de Administración en 1995 cuando dice: "Promover la consulta y la cooperación entre los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y sus representantes, asesorados por el personal de salud del trabajo y los especialistas en problemas de alcohol y drogas".

Como refiere el propio Acuerdo las estrategias preventivas deben basarse en la motivación para la reducción de la demanda, pudiendo estar dirigidas tanto a la modificación de actitudes individuales como al contexto en el que los consumos se producen. Tal estrategia exige poner en marcha actuaciones formativas de promoción y favoreciendo hábitos saludables y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo.

La Ley de Prevención de Riesgos favorece la implementación de programas de prevención que han de alcanzar actuaciones concretas, tanto sobre las causas como sobre las consecuencias, en cuestión de drogodependencias.





La necesidad de realizar actuaciones preventivas viene determinada por criterios de salud, de seguridad, de armonización de las relaciones laborales, así como de mejora en la productividad y eficacia de las empresas. El carácter autonómico del Estado, que le confiere a todas las Comunidades Autónomas competencias plenas en materias de drogodependencias, debería concretarse en lo referente a la cuestión laboral, en la promoción y constitución de Comisiones Autonómicas.

Los agentes sociales a través de sus organizaciones territoriales, así como los distintos gobiernos autonómicos debieran, en aquellas comunidades donde aún no estén constituidas las correspondientes Comisiones Autonómicas, favorecer el desarrollo de las mismas. Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y a través de la Comisión Interautonómica se facilita la constitución de las referidas Comisiones (están constituidas Comisiones Autonómicas en: Andalucía, Asturias, Castilla - La Mancha, Castilla - León y Madrid), lo cual ha posibilitado la firma de Convenios Autonómicos, desde los cuales se hace viable la realización de actividades en el ámbito de las drogodependencias en el medio laboral.

Existen convenios Tripartitos entre la Administración Autonómica y las organizaciones sindicales y empresarios en Canarias Galicia y Cataluña; tripartitos de carácter general que incluyen acuerdos sobre drogodependencias en Navarra y Valencia y bipartitos en Baleares, Aragón, Cantabria, Extremadura y Murcia.

En paralelo al desarrollo autonómico de implantación de políticas de corresponsabilidad sobre drogodependencias en el medio laboral, se realiza un trabajo desde la Comisión Nacional con el fin de impulsar la realización de programas y actuaciones a nivel sectorial. La labor preventiva así se ve desarrollada con mayor eficacia si es vinculada a sectores productivos concretos por razón de homogeneidad tanto de sus circunstancias como de sus modelos organizativos y funcionales.



Se reproduce el texto íntegro a continuación:

En Madrid, a 30 de julio de 1999

Reunidos

El Ilmo. Sr. D. Gonzalo Robles Orozco, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, D. Joaquín Nieto Sainz, Secretario Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CC.OO.), D.^a Almodena Fontecha López, Secretaria Confederal de Acción Social de la Unión General de Trabajadores (UGT), D. Juan Jiménez Aguilar, Secretario General de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE),

Manifiestan

Primero.—Que 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.

Segundo.—Que 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.

Tercero.—Que las partes reconocen la exigencia de colaborar en concordancia con lo anteriormente expuesto y de acuerdo con los siguientes.

Principios

Primero.—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.

Segundo.—La reducción de la demanda exige poner en marcha actuaciones informativas, formativas, de promoción y favorecimiento de hábitos saludables y de modificación de las actitudes, comportamientos y factores de riesgo. Todo ello en el espacio laboral y con la participación de los agentes sociales que integran dicho ámbito.

Tercero.—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 Organos de las Comunidades Autónomas con competencia en esta materia).

Cuarto.—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.

Quinto.—Las maniobras diagnósticas deben tener como fin primordial el apoyo terapéutico precoz a las personas que lo necesitan. Deben ser conocidas y aceptadas voluntariamente por los usuarios, deben respetar las exigencias de confidencialidad y de





ben estar provistas de todas las cautelas y previsiones técnicas y procesales necesarias.

Sexto.—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 los principios enunciados, las partes intervinientes en este acto, en virtud de la representación que ostentan,

ACUERDAN

Primero.—Constituir la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ambito 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.

Segundo.—La Comisión, que será presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, estará 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 Asuntos Sociales y otro representante del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tercero.—La Comisión podrá recabar en función de sus necesidades el asesoramiento de los técnicos, expertos y organismos que considere convenientes.

Cuarto.—La Comisión orientará los programas y actuaciones de acuerdo a las estrategias y criterios de intervención que se establecen a continuación.

4.1. Las intervenciones informativas/preventivas estarán 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 desarrollarán 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.

4.2. Los objetivos asistenciales, fijados por la necesidad de apoyar la atención y la corrección de los problemas asociados a los consumos, se buscarán a través de las estrategias que siguen:

Favorecimiento de la colaboración y comunicación entre los instrumentos asistenciales de las empresas y las estructuras comunitarias de tratamiento.

Diseño de protocolos de intervención para mejorar la capacidad diagnóstica y de actuación de los servicios médicos de empresa.

Formación de los profesionales para posibilitar y completar la estrategia anterior.

4.3. Todas las actuaciones, de acuerdo con los principios explicitados, se harán consensuadamente y buscando la implicación corresponsable de los agentes sociales de la empresa y de los recursos comunitarios.

Quinto.—Las estrategias y criterios enunciados en el punto cuarto serán llevados 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 tendrá responsabilidades o competencias de gestión de los programas.

Sexto.—Las partes colaborarán 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.

Séptimo.—La participación en los programas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se ejercerá 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.

Octavo.—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, promoverá la apertura de una línea de financiación para apoyo de los programas autonómicos que se realicen en el ámbito del Convenio.

Noveno.—Este Convenio tendrá una duración de dos años. Se podrá prorrogar, si las partes lo consideran oportuno, por el tiempo que se determine en su momento. Para ello, deberán fijar tres meses antes de su extinción las condiciones de su prórroga. Asimismo, podrá ser rescindido, si alguna de las partes lo solicita, comunicándolo con un período de antelación de un mes como mínimo. En tal caso, y salvo acuerdo en contrario, las partes deberán realizar las prestaciones necesarias para la finalización de las acciones concretas ya iniciadas, aunque tales prestaciones se realicen terminado el período de vigencia.

Décimo.—Este Convenio de colaboración entrará en vigor el mismo día de su firma.

En prueba de lo cual firman el presente convenio, en cuadruplicado ejemplar, a idénticos efectos, en el lugar y fecha indicados.

Ilmo. Sr. D. Gonzalo Robles Orozco
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
D. Joaquín Nieto Sainz
Secretario Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de CC.OO.
D.^a Almudena Fontecha López
Secretaria Confederal de Acción Social de UGT
D. Juan Jiménez Aguilar
Secretario General de la CEOE





Estrategia Nacional sobre Drogodependencias 2000 – 2008

La Estrategia Nacional fue aprobada por Consejo de Ministros, mediante Real Decreto en diciembre de 1999. Por un lado, era necesaria la puesta al día del Plan Nacional sobre Drogas aprobado en 1985, y por otra, de esta manera se cumplían los compromisos internacionales adquiridos por España sobre la elaboración de estrategias nacionales para conseguir una serie de objetivos centrados en dos fechas: los años 2003 y 2008.

La Estrategia Nacional tiene unas características que se pueden resumir en diez puntos:

- Está abierto a la participación de las Administraciones Públicas, instituciones y sectores de la sociedad interesados por los problemas de las drogas.
- Incorpora todas las sustancias que puedan ser objeto de uso y abuso, con especial atención al alcohol y al tabaco.
- Establece la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse al problema de las drogas. Propugna una generalización de los programas preventivos a toda la población escolar.
- Promueve el establecimiento de acuerdos de colaboración entre los Planes Autonómicos sobre Drogas y las organizaciones sindicales y empresariales, dirigidos a promover la prevención de drogodependencias en el ámbito laboral.

- Pretende normalizar las redes asistenciales a drogodependientes integrándolas de forma coordinada en los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales.
- Garantiza la asistencia ambulatoria a los drogodependientes en el ámbito de su Comunidad o Ciudad Autónoma y dentro del área de salud de su residencia.
- Propone medidas para facilitar a las personas con problemas por el uso de drogas su incorporación a la sociedad, mediante programas de formación y empleo normalizados o específicos para drogodependientes.
- Promociona la investigación y formación en materia de drogodependencias mediante el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas.
- Impulsa nuevos sistemas de información y evaluación mediante el Observatorio Español sobre Drogas.
- Potencia el control de la oferta ilícita de drogas.

En relación al ámbito laboral

“Teniendo en cuenta que los estudios epidemiológicos sitúan el nivel de consumo de alcohol y tabaco entre los trabajadores por encima de la media de consumo de la población general, se estructurarán intervenciones y programas preventivos en el medio laboral que se dirijan prioritariamente a la prevención de las sustancias institucionalizadas, sin olvidar otras sustancias, en el contexto y metodología del Plan Nacional.

Las actividades de prevención deberán priorizar sectores de producción y colectivos de trabajador es en situación de alto riesgo y también a aquellos cuyo desempeño laboral pueda suponer un riesgo para terceros, como por ejemplo conductores de vehículos de servicios públicos, sanitarios, profesionales de la seguridad, etc.

Se considera necesario que estos programas cuenten con la participación de patronales, representantes sindicales y servicios de prevención. De igual modo, dichos programas deben estar incluidos en los programas de seguridad e higiene de las empresas.

Entre las actividades que deberán contener dichos programas se encuentran las siguientes: información, sensibilización y orientación, facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas trabajando desde un contexto de prevención de riesgos laborales y no desde una perspectiva sancionadora, formación y capacitación de mandos y cuadros con asesoramiento especializado.

Otro de los puntos, en cuanto al ámbito laboral, que se tocan en la estrategia es estimular e implementar estrategias preventivas que incluyan actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo en la población laboral.

En el año 2003, el 100% de los Planes Autonómicos sobre Drogas habrán establecido acuerdos de colabora-





ción con las organizaciones sindicales y empresariales a fin de promover la prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral.

En el año 2003, se habrán identificado los sectores de población más vulnerables en el ámbito laboral y se habrán diseñado instrumentos de prevención adecuados a estos grupos destinatarios.”



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.

Aragón

Ley 3/2001 de 4 de Abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

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 y León

Ley 3/1994, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla 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.

Extremadura

Ley 1/1999 de 29 de Marzo, de prevención, asistencia y reinserción de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Galicia

Ley 2/1996 de 8 de Mayo, de Galicia sobre drogas.

La Rioja

Ley 5/2000, de 17 de Octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.

Murcia

Ley 6/1997, de 22 de Octubre, sobre drogas para la prevención, asistencia e integración social.

Euskadi

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

Valencia

Ley 3/1997, de 16 de Junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Actualmente están en preparación las de Madrid y Castilla – La Mancha.





[Anexo] V

Resumen del documento: 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 trabajadores, así como su intimidad y su dignidad;
- g) promover la consulta y la cooperación entre los gobiernos, los empleadores, los trabajadores y sus representantes, asesorados por el personal de seguridad, el personal de salud del trabajo y los especialistas en problemas de alcohol y drogas.

1.2. Aplicación y usos

1.2.1. El repertorio se aplica a todos los tipos de empleos públicos y privados.

1.2.2. Las disposiciones de este repertorio deberían considerarse como recomendaciones básicas y orientaciones prácticas para prevenir, reducir y tratar los problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Sin embargo, conviene que tanto las normas o reglamentos nacionales e internacionales como los convenios colectivos que ofrezcan una mayor protección tengan preferencia sobre las disposiciones de este repertorio.

2. Obligaciones, Derechos y Responsabilidades generales

2.1. Obligaciones generales de las autoridades competentes

2.1.1. La legislación y la política nacionales relativas a la prevención, la reducción y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo deberían establecerse tras consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas y con expertos.

2.1.2. La autoridad competente debería acopiar, mantener al día y publicar estadísticas de los accidentes en los que se haya determinado que el consumo de alcohol o de drogas ha sido uno de los factores.

2.1.3. Basándose en las conclusiones de las investigaciones y en los datos estadísticos sobre los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, la autoridad competente debería adoptar las medidas siguientes para prevenir, reducir y tratar más eficazmente estos problemas en el futuro:

- a) formular recomendaciones apropiadas para introducir cambios en la estructura normativa;
- b) ofrecer información y asesoramiento técnico a las diversas empresas sobre la manera de tratar estos problemas;

c) preparar monografías y otras publicaciones sobre la manera de prevenir los accidentes relacionados con el consumo de alcohol o de drogas lícitas o ilícitas en las diversas industrias, ramas de actividad, estructuras de producción y categorías de ocupaciones expuestas particularmente a este riesgo.

2.1.4. En los reglamentos y las leyes elaborados por las autoridades competentes los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas deberían considerarse como problemas de salud y, por consiguiente, tratarse, sin discriminación alguna, como cualquier otro problema de salud en el trabajo y quedar dentro del alcance de los servicios de salud (públicos o privados), según corresponda y sea factible. Los servicios de asistencia, tratamiento y rehabilitación constituyen elementos importantes en este ámbito.

2.1.5. La autoridad competente debería velar por que se cumplan la legislación y los reglamentos aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo por medio, por ejemplo, de inspecciones en el mismo, y adoptar medidas apropiadas para cerciorarse de que se apliquen esas leyes y reglamentos.

2.1.6. La autoridad competente debería facilitar información y asesoramiento técnicos a los empleadores y a los trabajadores respecto de los medios más eficaces para cumplir con las leyes y reglamentos aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.





2.2. Obligaciones y derechos generales de los empleadores

2.2.1. De conformidad con la legislación y los reglamentos en vigor, los empleadores deberían garantizar buenas condiciones de seguridad y de salud en el lugar de trabajo y adoptar medidas apropiadas, incluida una política global en materia de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, para prevenir los accidentes y proteger la salud de los trabajadores.

2.2.2. Los empleadores también deberían respetar estrictamente las leyes y reglamentos, además de los relativos a la seguridad y salud en el trabajo, aplicables al consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo.

2.2.3. Los empleadores deberían proceder de acuerdo con buenas prácticas administrativas, adoptar prácticas de empleo equitativas, organizar el trabajo de manera satisfactoria y obrar constantemente para crear un medio ambiente de trabajo que no cause estrés, ni exija esfuerzos físicos o mentales excesivos.

2.2.4. Los empleadores deberían adoptar medidas como, por ejemplo, la difusión de información, la enseñanza, la formación y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, para eliminar los problemas vinculados al consumo de alcohol o de drogas en el lugar de trabajo.

2.2.5. Los empleadores deberían tener el derecho de adoptar medidas apropiadas respecto de los trabajado-

res 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 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 elabora-



ción 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 la 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 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 practicas satisfactorias de empleo

4.1. *Identificación de los problemas que plantea el medio ambiente de trabajo*

4.1.1. Cuando haya indicaciones de que existen condiciones de trabajo que pueden influir en los problemas de alcohol o de drogas, los empleadores, en colaboración con los trabajadores y sus representantes, deberían adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar y adoptar medidas de prevención o corrección.

4.2. *Prácticas empresariales*

4.2.1. Los empleadores no deberían prestar ningún respaldo, ni oficial ni oficioso, a los comportamientos que inciten, fomenten o faciliten de alguna manera el consumo excesivo de alcohol y el abuso de drogas dentro del establecimiento.

4.2.2. Los trabajadores y sus representantes no deberían prestar ningún respaldo, ni oficial ni oficioso, a los comportamientos que inciten, fomenten o faciliten de alguna manera el consumo excesivo de alcohol y el abuso de drogas dentro del establecimiento.

4.3. *Colocación de los trabajadores rehabilitados*

4.3.1. Cuando un trabajador dé a conocer voluntariamente al empleador los problemas que tuvo en relación con el alcohol o las drogas, este último debería abstenerse, en la medida de lo posible, de exponer a la persona rehabilitada a situaciones de trabajo análogas a las pudieron haber motivado, en el pasado, esos problemas.

5. Restricciones en materia de alcohol y de drogas licitas o ilícitas en el lugar de trabajo

5.1. *Alcohol*

5.1.1. Después de haber consultado con los trabajadores y sus representantes, el empleador o las personas responsables deberían examinar la conveniencia de limitar o prohibir la posesión, el consumo o la venta de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo, incluso en la cantina, la cafetería o el comedor de la empresa.

5.1.2. Después de haber consultado con los trabajadores y sus representantes, el empleador debería examinar la conveniencia de suprimir el alcohol

como partida de gastos reembolsables o de limitar este gasto para situaciones bien definidas y dentro de estrictos límites de consumo.

5.1.3. Para evitar toda ambigüedad e incertidumbre en su política, el empleador debería aplicar idénticas restricciones o prohibiciones en materia de alcohol tanto al personal de dirección como a los trabajadores.

Las restricciones y prohibiciones a las que se hace referencia en el párrafo anterior pueden presentar amplias variaciones según la índole del trabajo y las circunstancias nacionales, culturales y sociales.

5.2. Disponibilidad de bebidas sin alcohol

5.2.1. El empleador debería velar por que haya bebidas sin alcohol incluida el agua, en los lugares de la empresa en que se autoriza el consumo de alcohol.

5.3. Drogas lícitas

5.3.1. Cuando el uso de medicamentos pueda llevar aparejado un importante menoscabo de las capacidades, el interesado debería consultar a un especialista en medicina del trabajo y avisar a sus superiores con la suficiente antelación, de conformidad con los procedimientos normales de ausencias por enfermedad. Corresponde a un especialista en medicina del trabajo evaluar entonces la aptitud del trabajador para desempeñar su trabajo y definir las restricciones que se hagan necesarias.

5.3.2. En los países en que determinadas sustancias hayan sido declaradas lícitas, su consumo por lo que se refiere al lugar de trabajo se regirá por la legislación y las normas del país.

5.4. Drogas ilícitas

5.4.1. En los países en que determinadas sustancias hayan sido declaradas ilícitas, su consumo por lo que se refiere al lugar de trabajo se regirá por la legislación y las normas del país.

5.5. Remuneración en especie

5.5.1. Debería prohibirse al empleador que remunere a los trabajadores con bebidas alcohólicas o con drogas.

6. prevención mediante programas de información, instrucción y capacitación

6.1. Efectos del alcohol y de las drogas

6.1.1. Para fomentar la seguridad y salud en el lugar de trabajo, los empleadores, aisladamente o en colaboración con los trabajadores y con los representantes de éstos, o bien las solas organizaciones de trabajadores, deberían llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas. Tales programas deberían estar destinados a todos los trabajadores y contener informaciones sobre los efectos físicos y psicológicos del consumo de alcohol y de drogas (véase el anexo III).





6.2. Informaciones sobre el medio ambiente de trabajo

6.2.1. Los programas de información, instrucción y capacitación sobre el consumo de alcohol y de drogas deberían contener las informaciones siguientes respecto del medio ambiente de trabajo y estar destinados a todos los trabajadores:

- a) leyes y reglamentos que se refieran al alcohol y las drogas, de aplicación general, o de aplicación específica al lugar de trabajo;
- b) informaciones sobre problemas relacionados con el alcohol y las drogas, con la condición, sin embargo, de que se respete la confidencialidad;



- c) las medidas propuestas para prevenir esos problemas;
- d) los servicios disponibles para ayudar a los trabajadores con problemas de alcohol o de drogas, tanto en el establecimiento como fuera de él, en particular los servicios de evaluación y orientación, los programas de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación, y la indicación de la cobertura eventual de tales servicios por el seguro de enfermedad.

6.3. Formación para mandos intermedios y de dirección

6.3.1. Además de participar en los programas de información, instrucción y capacitación destinados a todos los trabajadores, los mandos intermedios y de dirección deberían recibir una formación complementaria con miras a:

- a) identificar los cambios de rendimientos y de comportamientos en el lugar de trabajo que pueden indicar la utilidad de recurrir a los servicios de un PAE o de un profesional de la salud y dar informaciones sobre estos servicios a los trabajadores;
- b) explicar la política de la empresa en materia de alcohol y de drogas, y contestar las preguntas sobre esa política;
- c) atender las necesidades del trabajador que está rehabilitándose y supervisar su comportamiento cuando se reintegra en el trabajo;

d) evaluar el medio ambiente de trabajo e identificar los métodos y las condiciones de trabajo que podrían modificarse o mejorarse para prevenir, reducir o mejorar el tratamiento de los problemas vinculados al alcohol y las drogas.

6.4. Formación para los representantes de los trabajadores

6.4.1. Además de conocer los programas de información, instrucción y capacitación destinados a todos los trabajadores, los representantes de los mismos deberían recibir una formación complementaria o se les debería facilitar la posibilidad de recibirla con miras a:

- a) remitir a los trabajadores que necesiten ayuda a un especialista de asistencia, que pueda identificar los indicios y síntomas de problemas relacionados con el alcohol y las drogas;
- b) evaluar el medio ambiente de trabajo e identificar los métodos o condiciones de trabajo que podrían modificarse o mejorarse para prevenir, reducir o mejorar el tratamiento de los problemas vinculados al alcohol y las drogas;
- c) explicar la política de la empresa en materia de alcohol y de drogas, y contestar las preguntas sobre esa política;
- d) atender las necesidades del trabajador que está rehabilitándose, cuando se reintegra en el trabajo.

6.5. Integración de programas

6.5.1. En la medida de lo posible, los programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas deberían integrarse en programas de salud más amplios (véase el anexo IV).

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 necesarios.

8.3. Coordinación de la asistencia a los trabajadores

8.3.1. La coordinación de la asistencia que presten los empleadores a los trabajadores que experimentan problemas relacionados con el alcohol o las drogas variará según el tamaño y la índole de la empresa, la legislación y los sistemas de asistencia médica y seguridad social del país.

8.3.2. Cuando se trate de empresas pequeñas, muchas de las cuales no cuentan con una unidad espe-

cial 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 re-

currir 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 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 posinstitucional 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 ofrecerse a éste, en la medida de lo posible, la oportunidad de ser trasladado o de recibir una readaptación profesional cuando no corresponda que regrese al puesto que ocupaba anteriormente.

8.4.3. Durante el período de reintegración de un trabajador, recomendado por el personal de los servicios de salud, el empleador debería ayudar al trabajador a readaptarse a su medio de trabajo.

8.5. Negociación colectiva para el tratamiento y la rehabilitación

8.5.1. En la medida en que la asistencia de salud financiada por el Estado no costea el tratamiento de problemas de alcohol o de drogas, ni tampoco lo hacen el seguro de enfermedad pagado con contribuciones del empleador, ni los pagos directos que abona el empleador, convendría que los trabajadores y sus representantes previeran negociaciones acerca de las prestaciones relativas a los tratamientos y la rehabilitación.

8.6. Cuestiones relativas a la intimidad y la confidencialidad

8.6.1. El personal de los servicios de salud de la empresa debería respetar el carácter confidencial que deben tener todas las informaciones médicas, psicológicas y de asesoramiento de los trabajadores, y no comunicar al empleador ningún dato concerniente al estado de salud, el diagnóstico o el tratamiento de las personas que recurren a sus servicios. No obstante, dicho personal debería estar autorizado a comunicar al empleador si un trabajador está en condiciones o no de desempeñar su trabajo, o si tiene limitaciones al respecto, así como la duración de un eventual período de incapacidad por motivos de salud que afecten la aptitud del trabajador para desempeñar sus tareas.

8.6.2. Cualquier dato o informe relativos a problemas relacionados con el alcohol o las drogas que el trabajador interesado proporcione voluntariamente al empleador deberían ser tratados por este último como cualquier otra información confidencial concerniente a la salud del trabajador. Esos datos no deben incluirse en el expediente personal del trabajador y deben archivarlos por separado.

8.6.3. Por razones prácticas, puede ser conveniente que el trabajador informe a su superior inmediato cuando tenga que someterse a un tratamiento que requiere hospitalización o a un tratamiento ambulatorio. En esos casos, el conocimiento de la situación



por parte del superior debería facilitar su comprensión de las razones que motivan la ausencia del trabajador y debería tenerlo en cuenta y ayudarlo durante su reintegración.

9. Intervención y medidas disciplinarias

9.1. Preferencia por el tratamiento en vez de las medidas disciplinarias

9.1.1. El empleador debería considerar los problemas de alcohol o de drogas como un problema de salud. En tales casos, el empleador debería normalmente ofrecer servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación a los trabajadores, antes de considerar la aplicación de medidas disciplinarias.

9.2. Papel del empleador en relación con la aplicación de medidas disciplinarias

9.2.1. Debería reconocerse que el empleador tiene autoridad para sancionar a los trabajadores cuya 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.

- ♦ ARANZADI-JURISPRUDENCIA. (2000)
- ♦ BANDRES MOYA, F. y GONZALEZ GUTIERREZ, R. (1993) *Análisis de drogas de abuso en orina. Aspectos socio-laborales*. Madrid: Grupo INI.
- ♦ BECOÑA IGLESIAS, E. (1999) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. PNsD. Ministerio del Interior.
- ♦ BOIX, P.Y COL. (2000) *Guía del delegado y la delegada de prevención*. CC.OO.
- ♦ BOIX, P. y VOGEL, L. (2000) *Evaluación de Riesgos en los lugares de Trabajo*. ISTAS y BTS.
- ♦ BOIX, P. y MORENO, N.(2000) *Vigilancia de la salud de los trabajadores/as*. CC.OO.
- ♦ BORRÁS, T. (2000) *Asociaciones de usuarios de drogas y afines* Madrid: CREFAT.
- ♦ CALERA ALFONSO, A. y COL.(2001) *La prevención de riesgos en los lugares de trabajo*. CC.OO. ISTAS.
- ♦ CAMI, J. (1995) *Farmacología y toxicidad de la MDMA*. Barcelona. Neurociencias.
- ♦ COMISIÓN NAL. DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL, (2000) *Campañas Preventivas: "El alcohol y el Transporte Urbano" y "El alcohol y el Mar"*. Madrid. PNsD.
- ♦ CONDE, F. (1999) *Los hijos de la des-regulación, jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas* Madrid: CREFAT.
- ♦ CONFEDERACION DE CC.OO. (1991) *La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas*. Madrid.
- ♦ CONFEDERACION DE CC.OO. (1998) *Orientaciones sobre la intervención sindical en drogodependencias*. Madrid.
- ♦ CONFEDERACION DE CC.OO. (1995) *II Jornadas Internacionales. Alcoholismo y Drogodependencias en el mundo laboral de la Unión Europea*. Madrid.
- ♦ CONFEDERACION DE CC.OO. (1997) *Material básico para la formación de mediadores sindicales en drogodependencias*. Madrid.
- ♦ CONFEDERACION DE CC.OO. (1997) *Alcohol y drogas en el lugar de trabajo*. Madrid
- ♦ CONFEDERACION DE CC.OO. (2001) *Paso a Paso: estrategias de acercamiento en drogodependencias*. Madrid.
- ♦ CONSTITUCION ESPAÑOLA (1978)
- ♦ COSTA, M. Y LOPEZ, E. (1986) *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez y Roca
- ♦ COSTA, M. y LOPEZ, E. (1996) *Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- ♦ COSTA, M. y LOPEZ, E. (1990) *Salud Comunitaria: Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- ♦ CREFAT,(1996) *Programas comunitarios de prevención de drogodependencias*. Madrid.
- ♦ DE ANDRES, M. y HERNANDEZ, T. (1998) *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas*. Madrid: CREFAT.
- ♦ DELGADO, S. Y COL. (2001) *Medicina legal en drogodependencias*. Madrid. Agencia Antidroga.
- ♦ DSM-IV (1997) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- ♦ EUSKO JAURLARITZA/GOBIERNO VASCO (1996) *Prevención de las drogodependencias en el mundo laboral*. Vitoria-Gasteiz.
- ♦ FAD, (1996) *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid.
- ♦ FUNDACION 1º DE MAYO (1996) *El impacto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales*. Ponencias-Jornadas. Madrid.
- ♦ GUAL, A. (2002) *Monografía Alcohol*. Revista adicciones Vol. 14 suplemento 1.





- ♦ HARRISON, (1998) *Principios de Medicina Interna*. 14/a edic. MC. Graw-hill/Interamericana.
- ♦ KRAMER, J. F. Y CAMERON, A. C. (1975) *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra OMS.
- ♦ 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* (1997).
- ♦ MEGIAS VALENZUELA, E. Y COL. (2000) *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid. FAD.
- ♦ MARTIN GONZALEZ, A. Y COL. (1988) *Psicología Comunitaria*. Visor.
- ♦ MARCHIONI, M. (1997) *De Política (el abece de la democracia)* De. Benchono.
- ♦ MIRANDA, M. (2002) - compilación - *Monografía sobre drogodependencias*. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud.
- ♦ MELERO, J.C. Edex (1999) *Las drogas en la Prevención de Riesgos Laborales* Eusko Jaurlaritza/Gobierno Vasco.
- ♦ NAVARRO, N. (1983) *Farmacodependencia. Terapéutica farmacológica* Ed. García Carrión. Madrid.
- ♦ OIT. (1987) *Alcohol y drogas, programa de asistencia a los trabajadores*. Ginebra.
- ♦ OIT. (1987) *Medios contra el consumo de drogas y alcohol en el trabajo*. Ginebra.
- ♦ OIT. (1987) *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.
- ♦ OIT. (1996) *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra.
- ♦ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, (1997) *Prevención de las Drogodependencias. análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior.
- ♦ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, (1998) *Catálogo de Centros de Asistencia a drogodependientes* Madrid: Ministerio del Interior.
- ♦ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (2000) *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior
- ♦ PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, (2001) *Drogas + Información - Riesgos* Madrid : Ministerio del Interior.
- ♦ PONS DIEZ, J. Y BERJANO PEIRATS, E. (1999) *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social*. Madrid: PNsD. Ministerio del Interior.
- ♦ SANCHEZ PARDO, L (1994) *Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa*. Madrid: Editorial Mafre.

[Direcciones]

Confederación Sindical de Comisiones Obreras
Fernández de la Hoz, 12 • 28010 - Madrid
Teléf.: 91 702 80 00 / Fax: 91 310 48 04

Federación de Servicios y Administraciones Públicas
Cardenal Cisneros, nº 65 - 1ª pl. • 28010 - Madrid
Teléf.: 91 593 88 88 / Fax: 91 593 40 22

Federación Estatal de Sanidad
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 4ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 85 / 91 547 60 41

Federación Agroalimentaria
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 3ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 66 - 18 / Fax: 91 548 33 04

Federación Estatal de Actividades Diversas
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 1ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 30 / Fax: 91 547 17 11

Federación Estatal de Comercio, Hostelería y Turismo (FECOHT)
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 3ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 21 / Fax: 91 559 71 96

Federación de Comunicación y Transporte
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 6ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 95 / Fax: 91 548 16 13

Federación Estatal de Construcción, Madera y Afines (FECOMA)
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 4ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 16 / Fax: 91 548 18 90

Federación de Servicios Financieros y Administrativos (COMFIA)
Plaza de Cristino Martos, nº 7 - 7ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 82 / Fax: 91 548 28 10

Federación de Enseñanza
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 4ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 03 / Fax: 91 548 03 20

Federación Minerometalúrgica
Fernández de la Hoz, nº 12 - 2ª pl. • 28010 - Madrid
Teléf.: 91 319 19 44 - 91 308 11 81 / Fax: 91 308 59 91

Federación Estatal de Pensionistas y Jubilados
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 1ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 540 92 02 / Fax: 91 541 04 26

Federación de la Industria Textil-piel, Químicas y Afines (FITEQA)
Plaza de Cristino Martos, nº 4 - 5ª pl. • 28015 - Madrid
Teléf.: 91 92 40 / 91 547 42 02

Comisión Obrera de Andalucía
C / Trajano, nº 1 • 41002 - Sevilla
Tfno.: 954 22 29 93 - 954 22 29 94 / Fax: 954 21 06 16
e-mail: info.an@and.ccoo.es

Unión Regional de Canarias
C / Primero de Mayo, nº 21 - 4ª pl.
35002 - Las Palmas de Gran Canaria
Teléf.: 928 44 5 00 / Fax: 928 44 75 58
e-mail: canarias@canarias.ccoo.es

Comisiones Obreras de Cantabria
Santa Clara, nº 5 • 39001 - Santander
Teléf.: 942 22 77 04 / Fax: 942 22 59 21
e-mail: sinform.cn@cantabria.ccoo.es

Unión Regional de Castilla - La Mancha
Plaza Horno de la Magdalena, 1 - 1º • 45001 - Toledo
Teléf.: 925 25 51 00 / Fax: 925 25 57 52
e-mail: urcm1@insetel.es

Unión Regional de Castilla y León
Plaza Madrid, nº 4 - 7ª pl. • 47001 - Valladolid
Teléf.: 983 39 15 16 - 39 33 55 / Fax: 983 20 32 56
e-mail: prensacleon@cleon.ccoo.es

CC.OO Comisión Obrera Nacional de Cataluña
Via Laietana, nº 16 - 5ª pl. • 08003 - Barcelona
Teléf.: 93 481 27 00 - 481 28 00 / Fax: 93 315 17 24
e-mail: conc@conc.es

Unión Provincial de Ceuta
Alcalde Fructuoso Miaja, nº 1 • 11701 - Ceuta
Teléf.: 956 51 62 43 / Fax: 956 51 9 91
e-mail: ccoocee@ceuta.ccoo.es

Confederación Sindical de Euskadi
Uribitarte, nº 4 • 48001 - Bilbao
Teléf.: 94 424 34 24 / Fax: 94 424 38 98
e-mail: biltzar@euskadi.ccoo.es

Unión Regional de Extremadura
San Salvador, nº 9 - 2ª pl. • 06800 - Mérida
Teléf.: 924 31 99 61 / Fax: 924 30 19 25
e-mail: femerida@cco.es

Sindicato Nacional de Galicia
General Pardiñas, nº 26 - 2ª pl.
15701 - Santiago de Compostela
Teléf.: 981 57 44 00 / Fax: 981 56 28 46
e-mail: cvazquez@galicia.ccoo.es

Confederación sindical de Les Illes
Francisco de Borja y Moll, nº 3 • 07003 - Palma de Mallorca
Teléf.: 971 72 60 60-61 / Fax: 971 71 96 14
e-mail: prensa@cco.illes.balears.net

Unión Sindical de Madrid Región
Lope de Vega, nº 38 • 28014 - Madrid
Teléf.: 91 536 53 15 / Fax: 91 536 52 98
e-mail: pblanco@usmr.ccoo.es

Unión Provincial de Melilla
Plaza 1º de Mayo, s/n - 3ª pl. • 29803 - Melilla
Teléf.: 952 67 65 35-67 44 83 / Fax: 952 67 25 71
e-mail: orga.melilla@melilla.ccoo.es
e-mail: orga.melilla@melilla.ccoo.es

Región de Murcia
Corbalán, nº 4 • 30002 - Murcia
Teléf.: 968 35 52 00 / Fax: 968 22 18 67
e-mail: ccoomurcia@murcia.ccoo.es

Confederación Sindical del País Valencia
Plaza de Nápoles y Sicilia, nº 5 - 3ª pl. • 46003 - Valencia
Teléf.: 96 388 21 00 / Fax: 96 388 21 07
e-mail: ccoopv@pv.ccoo.es

Unión Regional de La Rioja
Milicias, nº 1 • 26003 Logroño
Teléf.: 941 23 81 44-24 42 22 / Fax: 941 25 71 71
e-mail: rioja@rioja.ccoo.es

Servicios

FOREM
C/ Longares 6 y 8 • 28022 Madrid
Teléf.: 91 313 59 15

Escuela Sindical "Juan Muñoz Zapico"
C/ Longares 6 y 8 • 28022 Madrid
Teléf.: 91 313 59 10 / Fax: 91 324 00 24

Escuela de Relaciones Laborales
c/ San Bernado nº 49 • 28015 Madrid
Teléf.: 91 394 66 25 / Fax: 91 394 66 26

Fundación 1º de mayo
Arenal, 11 1º • 28013 Madrid
Teléf.: 91 364 06 01

Instituto sindical de trabajo, Ambiente y Salud (Istas)
Almirante, 3 • 46003 Valencia
Teléf.: 96 391 14 21

Fundación Paz y Solidaridad "Serafin Aliaga"
Fernández de la Hoz, 12 • 28010 Madrid
Teléf.: 91 308 36 70

Centro de información para trabajadores/as inmigrantes (CITE)
Lope de Vega, 38 • 28014 Madrid
Teléf.: 91 536 53 20

Vitra (Sociedad cooperativa de viviendas promovida por CC.OO.)
Avd. de la albufera, 153, 6ª dcha • 28038 Madrid
Teléf.: 91 322 31 51