# CONDICIONES DE TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CONLAS ADICCIONES:

PREVALENCIAS DE CONSUMO Y ACCIONES PREVENTIVAS EN EL ENTORNO LABORAL







# CONDICIONES DE TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CONLAS ADICCIONES:

PREVALENCIAS DE CONSUMO Y ACCIONES PREVENTIVAS EN EL ENTORNO LABORAL

## ÍNDICE

#### INTRODUCCIÓN. 13

- 1. AMBIVALENCIA DEL AMBIENTE LABORAL EN RELACIÓN A LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS. 16
- 2.LA PREVALENCIA DELAS ADICCIONES ENLOS ENTORNOS LABORALES: REALIDAD ESTADÍSTICA Y RAZONES PARA SU COMPRENSIÓN. 21
  - **2.1.** La prevalencia de los consumos problemáticos de sustancias adictivas en la población laboral: ¿Un dato de evidencia estadística con trascendencia suficiente? **21**
  - **2.2.** La mayor incidencia del consumo de drogas "legales" que de drogas "ilegales". **32** 
    - 2.2.1. Claves metodológicas de la ECML. 32
    - **2.2.2.** Análisis por el tipo de sustancias y consumos en la población laboral. **34**
    - **2.2.3.** El perfil del consumidor: Prevalencia según los factores socio-demográficos con especial incidencia socio-laboral (edad y sexo). **39**
    - **2.2.4.** El factor de riesgo-protección relativo a la situación laboral: interacciones entre el riesgo de estrés económico y el de consumo nocivo. **43**
    - **2.2.5.** Prevalencia de consumos problemáticos en atención al sector de actividad. **46**
    - **2.2.6.** Prevalencias de consumos nocivos de sustancias asociados al factor categoría ocupacional. **52**
    - **2.2.7.** Condiciones de trabajo, factores prevalentes de riesgo de consumos problemáticos de drogas. **55** 
      - **2.2.7.1.** Principales factores de riesgo laborales incidentes en el incremento -o reducción- del riesgo de consumos problemáticos en las empresas. **55**
      - **2.2.7.2.** El protagonismo de los factores de riesgo laboral psicosociales. **57**
      - **2.2.7.3.** Interacciones entre prevalencias adictivas y riesgo laboral. **59**
      - **2.2.7.4.** Desglose de la ECML en relación a los principales factores de riesgo laboral que favorecen el consumo de drogas y explicaciones a la diversidad de prevalencias. **62**



**2.3.** De las causas -factores de riesgo - a las consecuencias: trascendencia de los impactos -daños y costes - negativos del consumo de drogas en el trabajo. Revisión de evidencias científicas institucionalmente avaladas. **68** 

### 3. EL MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO DE LAS ADICCIONES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO. 73

- **3.1.** El desajuste entre los marcos de "planificación institucional" indicativa y el marco normativo laboral. **72**
- **3.2.** Predominio la "voluntariedad del compromiso" sobre la "exigibilidad del deber" en un sistema de regulación multinivel. **76** 
  - **3.2.1.** El paradigma de gestión integrada pero no vinculante de la OIT y su proyección internacional, comunitaria y nacional. **76**
  - **3.2.2.** El modelo "ecológico" de gestión de los consumos problemáticos como riesgo psicosocial causado por la interrelación de una triada de factores (sociales, personales y laborales) **81**
  - **3.2.3.** La gestión de consumos nocivos en el sistema normativo de PRL. **87**
- **3.3.** El deber-poder de vigilar la salud no da carta blanca para cualquier tipo de pruebas de detección de consumos. **90** 
  - **3.3.1.** El interés del empresario al reforzamiento del control: las razones en cifras. **90**
  - **3.3.2.** Límites de los test de despistaje: las razones de la persona del trabajador y el impacto de interés general. **93**
  - **3.3.3.** Las excepciones a la regla general de la voluntariedad de las pruebas de cribado: ¿límite u oportunidad de apertura? **95**
  - **3.3.4.** Especificidad de las pruebas de control de consumos de drogas atendiendo al factor de actividad laboral desempeñada. **96**

#### 4. EL ENFOQUE DE LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN LAS EXPERIENCIAS CONVENCIONALES Y DE RESPONSABILIDAD SOCIAL SOBRE GESTIÓN PRE-VENTIVA DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS. 103

- **4.1.** Qué hacer: desde la política de prevención de riesgos laborales a la promoción de la salud en el trabajo como bienestar integral. **103**
- **4.2.** ¿Prevención versus o favor promoción de la salud en el trabajo? **104**

- **4.2.1.** La escasa actividad práctica de evaluación de riesgos psicosociales en las empresas españolas. **106**
- **4.2.2.** La relación positiva entre la gestión de los consumos problemáticos de drogas y la evaluación de riesgos laborales. Perspectiva nacional y visión comparada europea. **108**
- **4.2.3.** La información-formación como acciones de prevención primaria: otro desajuste entre el deber y el ser en la gestión eficaz de los consumos nocivos. **110**
- **4.3.** Análisis de varias experiencias empresariales positivas en la gestión de los problemas de consumos nocivos: balance de factores de éxito y debilidades. **112**
- 5. CONCLUSIONES: BALANCE DE SÍNTESIS Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA UN MARCO INTEGRAL DE ACCIÓN EFICAZ CONTRA EL REISGO DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS POR LA POBLACIÓN TRABAJADORA. 127

ANEXO I. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA. 143

ANEXO II. LISTA DE VERIFICACIÓN SOBRE ACCIONES PARA LA GESTIÓN DEL ALCOHOL Y LAS DROGAS EN EL TRABAJO. PROGRAMA SOLVE. 147









# CONDICIONES DE TRABAJO Y RIESGOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CONLAS ADICCIONES:

PREVALENCIAS DE CONSUMO Y ACCIONES PREVENTIVAS EN EL ENTORNO LABORAL

# ESTUDIO

#### **Autores**

Cristóbal Molina Navarrete Universidad de Jaén Margarita Miñarro Yanini Universidad Jaume I Castellón María Dolores Escarabajal Arrieta Universidad de Jaén Miguel Ángel Gimeno Navarro Universidad Jaume I Castellón Estefanía González Cobaleda Universidad de Jaén

#### **Edita**

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

Depósito Legal M-22234-2016

Financiado por







#### **ABREVIATURAS**

Repertorio de recomendaciones prácticas relacionadas con la ADLT/1995 incidencia del alcohol y las drogas en los lugares de trabajo.

**AENC** Acuerdo para el empleo y la negociación colectiva.

Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito **ECML** laboral en España.

**EDADES** Encuesta sobre alcohol y drogas en España.

**ENCT** Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo.

**ENGE** Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas.

**ENSD** Estrategia Nacional Sobre Drogas.

ESENER-2 Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas.

ET Ley del Estatuto de los Trabajadores.

**EWCS** VI Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo.

FΔD Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

LPRL Ley 35/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

OIT Organización Internacional de Trabajadores.

OMS Organización Mundial de la Salud.

PNSD Plan Nacional sobre Drogas.





#### 1. INTRODUCCIÓN

Las empresas que invierten en protección -incluso en mejoras- de la seguridad y en la salud de sus trabajadores a través de políticas de prevención activas obtienen, según evidencia científica, resultados muy positivos que son perfectamente medibles. Esta visión, que relaciona positivamente la inversión e innovación en seguridad y salud con la consecución de mejoras competitivas, ha comenzado a desarrollarse, desde no hace demasiado tiempo, en relación al que sin duda hoy constituye uno de los más relevantes problemas de salud laboral: la prevención de los riesgos psicosociales (estrés, acoso, violencia en el trabajo...). Al respecto, aquélla misma evidencia científica confirme que, a medio y largo plazo, los problemas de salud psicosocial sostenidos en el tiempo no sólo contribuyen a la mala salud de los trabajadores. sino que representa costes muy elevados para las empresas y para la sociedad en general. Su incidencia será mayor, o existe una altísima probabilidad de que así sea, si el contexto social y económico es favorable a la incertidumbre sobre la propia situación de las personas sea en sus condiciones de empleo (estrés económico) sea en las condiciones de trabajo existentes, si mantiene el empleo (inseguridad en el trabajo).

A esta creciente problemática organizativa y de salud se le asocian, pues, una gran cantidad de efecto nocivos, en términos de riesgos, daños y costes, unos directos y otros indirectos; tanto dentro de la empresa como fuera, actuando los unos de forma bidireccional o interactiva con los otros. Entre esas consecuencias negativa, en este caso indirectas por la elevada cantidad de factores incidentes en su advenimiento concreto para unas personas y no otras, está la multiplicación de las probabilidades de incurrir en consumos abusivos de drogas, así como en conductas que hoy se catalogan de adicciones. Pues bien, si el estado actual de concienciación social sobre la trascendencia de los riesgos psicosociales y sus factores causantes, o prevalentes, asume plenamente la necesidad de incluirlos en las políticas preventivas (Vid. V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo/2015; ESENER-2), no sucede respecto de las adicciones, vistas todavía como "enfermedades voluntarias".

Y, sin embargo, desde hace largo tiempo también, la evidencia científica, y cada vez más el "discurso" público-institucional, si bien por lo general sólo en el plano de la planificación (Estrategias y Planes contra las Drogas internacionales, comunitarios y nacionales; también en las Estrategias y Planes de seguridad y salud en el trabajo, en los mismos ámbitos), reclama la atención sobre los altísimos costes que tiene la falta de políticas de prevención de las adicciones y, antes, de los usos o consumos nocivos o abusivos (comportamientos de riesgo, para la salud de las personas y para la seguridad de las empresas), que no tienen por qué ser expresión necesaria de adicciones (que es ya una enfermedad). Los costes para el trabajador individualmente considerado son muy elevados en términos de estigmatización, de desórdenes físicos y mentales, de incapacidad para trabajar, o de pérdidas de oportunidad, bien para encontrar empleo bien para conservarlo, multiplicación de conflictos relacionales en la familia... En las empresas, estas conductas multiplican el riesgo de siniestralidad laboral, incrementa el porcentaje de absentismo laboral, agrava la tasa, ya de por sí muy alta, de rotaciones...

Frente a esta constatación, de evidencia, se insiste, se mantiene el enfoque que o bien infravalora la asociación trabajo-consumos problemáticos-competitividad empresarial, o bien la relega a acciones disciplinarias. Y en aquellos, pocos, casos en los que se decide innovar en la gestión del problema, se apuesta por soluciones individualistas. Las instituciones internacionales más solventes vienen lamentando que la mayoría de las iniciativas siguen ancladas en una visión de tales problemas tan individualista-asistencial, dejando en un segundo plano aquéllos que, pese a lo que ha venido mostrando la literatura sociológica sobre "percepciones" en materia de drogas, resultan realmente relevantes, incluso prevalentes, como serían los "factores organizativos" y los de "relaciones laborales". Afortunadamente, en España contamos ya con un valioso instrumento de conocimiento estadístico, que a su vez permite un intenso análisis comprensivo y proactivo, en orden a identificar cuánto y cómo inciden tales factores en la prevalencia de consumos problemáticos de drogas: *Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (ECML, en adelante)*, del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

Ciertamente, la propia ECML advierte de la incorrección de hacer un análisis estrictamente en términos de relación de causalidad directa e inmediata entre los que evidencia como factores prevalentes socio-laborales y las conductas de consumo. Y ello porque constata, como se asume desde hace tiempo de forma unánime, que en ellas inciden otros muchos factores, que además actúan de forma interrelacionada. Y entre ellos los factores socio-demográficos. Claro está, también se advierte de que no debe asociarse el consumo de cada droga a un tipo determinado de consumidor, porque supondría una restricción que podría restar perspectiva a los Estudios y, por lo tanto, a las políticas propuestas a partir de los conocimientos que alumbra.

Ahora bien, como se verá, no puede tampoco negarse que algunos de los factores tenidos en cuenta se reafirman entre ellos apuntando hacia perfiles de carácter específico, no sólo individual, también grupal o colectivo, que es preciso sean tomados en cuenta a fin de diseñar las correspondientes estrategias de corrección y, en lo que aquí más importa,

de prevención. Asimismo, es necesario poner en relación los factores socio-demográficos con los factores socio-laborales, en la medida en que aquéllos explican importantes aspectos de éstos (variables de género y de edad), y éstos algunas claves fundamentales de aquellos (trabajo intensivo, estrés económico, trabajo a tiempo parcial, feminización de ciertos trabajos, segmentación sexista de los mercados de trabajo y del reparto de los tiempos de vida...). Sólo a partir de conocer de modo exhaustivo los datos estadísticos y sus explicaciones plausibles, será posible adoptar soluciones más eficaces que las actuales para evitar -según el principio preventivo que informa el paradigma más exitosas en la materia, a partir de la firme apuesta de la OIT (1996, 2002, 2012)- o, al menos, reducir, estos consumos, así como para que el trabajo, en lugar de favorecerlos (factores de riesgo prevalentes), sean fuente de protección e incluso promoción (factores de protección).

A nuestro juicio, y esta es la tesis clave de este Estudio, afirmada la prevalencia de los consumos en el ámbito laboral, sólo puede ser eficaz y eficiente una política de prevención cuando las medidas de promoción de la salud en el trabajo se integran de forma coherente en las políticas de seguridad y salud en el trabajo. Así lo acredita de forma fehaciente, como veremos, la Encuesta ESENER-2, que será objeto de detenido análisis en este Estudio respecto de los aspectos de la misma concomitantes con el consumo problemático de drogas y su interrelación con la gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo.

### 1. AMBIVALENCIA DEL AMBIENTE LABORAL EN RELACIÓN A LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS.

Los factores incidentes en el riesgo de consumos problemáticos o adictivos son todos aquellos elementos o condiciones, sean sociales, ambientales e individuales, que incrementan la probabilidad de que una persona consuma sustancias adictivas, legales e ilegales, al margen de la eventual relación de estricta causalidad -directa o indirecta- que pueda establecerse entre la actualización del riesgo y la persistencia del factor de riesgo. A efectos de facilitación del entendimiento de esta cuestión quizás sea útil establecer este cuadro a doble columna y triple fila que nos permiten hacer esa distinción entre "factores laborales" y "no laborales"<sup>1</sup>, sin perjuicio de la concepción interactiva y bidireccional aquí defendida, de conformidad con el modelo integrador de las interrelaciones promovido por la OIT.

Tabla 1. Multicausalidad de los consumos problemáticos.

FACTORES DE RIESGO					
NO LABORALES	LABORALES				
SOCIALES Actitudes tolerantes; disponibilidad; consumo entre amistades; nivel garantías	ORGANIZACIÓN DEL PROCESO				
FAMILIARES Conflictividad, actitudes positivas hacia el consumo, malas relaciones de pareja	PUESTO DE TRABAJO Y/O TAREAS				
PERSONALES Baja autoestima, baja dificultad para resolver problemas y tomar decisiones, falta de habilidades sociales, insatisfacción personal, actitudes favorables	AMBIENTE LABORAL				

Ciertamente, de todos es conocido (doble fuente de conocimiento: intuitivo y de experiencia), que la ausencia de trabajo remunerado (empleo), esto es, el paro, tiene una negativa repercusión no ya sólo para la subsistencia material de las personas -y de sus familias-, sino también para su salud, llegando, en hipótesis extremas, pero cada vez menos infrecuentes en el contexto actual de crisis profunda, hasta el suicidio. Qué duda cabe, que la ausencia de empleo puede -potencialmente- estar, y de hecho lo está -como nos confirman los datos, ahora sí científicos, estadísticos-, en la base de conductas de tipo adictivo, en especial de los consumos más problemáticos de drogas. Desde esta perspectiva se comprende mejor la prevalencia de consumos de alcohol en niveles de riesgo reconocida en quienes carecen de empleo, ya entre quienes lo han tenido previamente ya, sobre todo, entre quienes buscan su primer empleo, alcanzando estos últimos una diferencia estadística muy relevante: un porcentaje del 11.5% frente al 4.5% correspondiente a los empleados.

<sup>1</sup> EDIS-Instituto de la Mujer. El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. op. cit.; págs.-18-20.

Ahora bien, no menos cierto es que, la tenencia de un empleo no sólo no protege de una forma absoluta frente a este riesgo de consumos problemáticos de drogas, y de otras adicciones -como las ludopatías-, sino que incluso, según las condiciones y circunstancias en que se desempeñen (condiciones de empleo y de trabajo), puede ser un relevante factor que incremente el riesgo (probabilidad de incurrir en esos malos hábitos de conducta). Por lo tanto, no todo trabajo actúa de "factor protector", como no lo hace tampoco como "plus de riesgo", sino que lo hará en un sentido -positivo- u otro -negativo-, según resulte o no un "trabajo digno o decente", según el valor de la OIT - "empleo de calidad" ("job quality"²).

Desde esta perspectiva ambivalente, no es de extrañar -como veremos en el Capítulo 3-, que haya sido la OIT, la organización internacional que más ha avanzado en la gestión integrada del problema de los consumos nocivos de drogas en el sistema de seguridad, salud y bienestar en el trabajo. Desde un punto de vista preventivo, tales tipos de conducta constituyen un factor de riesgo laboral que puede enfocarse desde una perspectiva triple:

- 1) como factor de riesgo en sí mismo;
- 2) como factor potenciador de otros riesgos; y
- 3) como síntoma.

En primer lugar, estos consumos pueden tener un efecto directo sobre la salud biológica, psicológica y social del trabajador, afectando a diferentes esferas de su vida -entre ellas la laboral-. En segundo lugar, las conductas adictivas también pueden afectar a las competencias laborales (físicas, psíquicas y sociales) del trabajador, incidiendo en su desempeño, coadyuvando en la concreción de riesgos laborales, y aumentando la gravedad de sus consecuencias. Al igual que la fatiga -física, mental o emocional- produce en el trabajador una disminución en sus competencias físicas, psíquicas y sociales, el abuso de sustancias (aunque sea puntual) tiene un efecto similar. En tercer lugar, esas conductas de consumo puede ser un síntoma de otro tipo de factores de riesgo laboral más graves (clima organizativo tóxico, deficiente organización...).

Además, podemos hablar de al menos cuatro tipos de impacto derivados del consumo problemático de sustancias. El primer impacto, evidentemente, se produce sobre el sujeto que lleva a cabo dicha conducta, que es el principal afectado por la misma (sus competencias, su salud,...). Pero, esa conducta produce un segundo impacto sobre el conjunto de personas que forman parte de su círculo social y laboral (en forma de deterioro de las relaciones, de exposición innecesaria a factores de riesgo presentes en el contexto laboral, de exposición a nuevos riesgos derivados del consumo, ...).

El tercer impacto se produce sobre la propia organización en la que el trabajador desempeña sus tareas (pérdida de capital humano, deterioro del clima laboral, absentismo...). Y el cuarto impacto se produce por un efecto boomerang sobre el trabajador que realiza esos consumos, en forma de pérdida de apoyo social, estigmatización, despido, ... Así pues, aunque podamos entender que la prevalencia en los consumos no es excesiva, los efectos de dichas conductas no se reducen al trabajador que consume, sino que se extienden a su ambiente de trabajo y personal.

<sup>2</sup> Para un interesante análisis, desde un plano económico, de las relaciones entre "calidad del empleo" y "satisfacción laboral", atendiendo al hecho diferencial de la diversidad territorial española, vid. C. IGLESIAS FERNÁNDEZ et altri. "Calidad del empleo y satisfacción laboral en las regiones españolas. Un estudio con especial referencia a la Comunidad de Madrid". Revista Investigaciones Regionales, 19, 2009, págs. 25 y ss.

A nuestros efectos, la principal variable o asociación a tener en cuenta entre el factor trabajo y el factor riesgo de consumos problemáticos de drogas se centra en la capacidad de aquél de ofrecer una razonable estabilidad (seguridad), no sólo económica (dimensión mercantil del trabajo), sino también existencial, personal y familiar (dimensión extra-patrimonial del trabajo) al trabajador, haciendo real el valor de la salud como equilibrio o bienestar integral (OMS) o bien, al contrario, de su potencialidad para provocar lo contrario, una elevada inseguridad e insalubridad. Un "trabajo decente" -en el sentido técnico-jurídico y social dado por la OIT, se insiste- da tranquilidad a la persona por la estabilidad económica que normalmente implica y, asimismo, constituye un elemento ordenador de la vida, regulando tanto los horarios -no sólo laborales- y también los hábitos y estilos de vida. Asimismo, para muchas personas constituye -o puede constituir- una fuente de gratificación y satisfacción personal ("job satisfaction"), permitiendo, además, el desarrollo de relaciones humanas. Todos los datos estadísticos más solventes disponibles a día de hoy, así lo corroboran.

Sin embargo, ese efecto de ordenación -estructuración personal y social- positiva en la vida de la persona requiere que el trabajo remunerado, además de ser "decente" (sea objetivamente de calidad y produzca, subjetivamente, cierta satisfacción por la calidad de vida que propicia), permita compaginarse, de una manera razonable claro, con sus restantes facetas vitales, esto es, que resulte conciliable no sólo con su vida familiar (el tiempo de vida y de trabajo no productivo, sino reproductivo), sino personal.

En cambio, cuando los tiempos son muy apretados, los horarios asfixiantes y las condiciones generales producen insatisfacción y malestar en la persona, en un contexto, además, de "condiciones de empleo inseguras", por la precariedad del vínculo contractual contraído puede convertirse en "factor de riesgo" 3. Así sucedería cuando favorece que esa consciencia sobre su inseguridad laboral (condiciones de trabajo) y/u ocupacional (condiciones de empleo) lleve a refugiarse, para compensar la insatisfacción que se experimenta, a hábitos de vida no saludables, como el consumo de drogas. En consecuencia, el trabajo es una faceta esencial en la vida de las personas, y en atención a sus mejores o peores condiciones, puede generar bienestar en la persona o ser un foco de insatisfacción e incluso alentar hábitos de vida no saludables. En este último caso, puede fomentar el consumo de drogas, sea por la dificultad de la persona de gestionar de forma salubre específicas condiciones de trabajo (trabajo nocturno, con alto coste emocional, jornadas muy prolongadas...) o como vía de escape ante la sensación de insatisfacción laboral. Con todo, el trabajo no sólo no debería generar condiciones que favorezcan el consumo, sino que, bien gestionado, puede actuar como moderador de factores de riesgo de consumo no ocasionados en el propio ámbito laboral pero que, al incidir en población trabajadora, va a afectar negativamente a éste. Por lo tanto, si la actividad profesional desarrolla este papel benéfico, también puede redundar positivamente en la empresa, que contará con trabajadores más sanos, más satisfechos y más eficientes.

<sup>3</sup> Como se ha observado, "la relación entre estos dos tipos de factores RIESGO-PROTECCIÓN establece una dinámica en la cual los primeros están, en cierta medida, modulados por los segundos, de modo que la presencia de los factores de protección limitará o neutralizará los efectos de los factores de riesgo a los que está expuesta una persona". Vid. EDIS-Instituto de la Mujer. El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. op. cit. pág. 21.





## 2. PREVALENCIA DE LAS ADICCIONES EN LOS ENTORNOS LABORALES: REALIDAD ESTADÍSTICA Y RAZONES PARA SU COMPRENSIÓN.

### 2.1. Prevalencia de los consumos problemáticos de sustancias adictivas en la población laboral: ¿Un dato de evidencia estadística con trascendencia suficiente?

Acabamos de recordar que el consumo "problemático" -no cualquiera, sino sólo aquel generador de riesgos para la salud y para el mejor rendimiento productivo- de drogas en el contexto laboral constituye un importante factor de riesgo, tanto para el trabajador como para su entorno. Pese a ser una evidencia unánimemente asumida la que pone el acento en su carácter de fenómeno multicausal, confirmando la notable complejidad para comprenderlo y, sobre todo, solucionarlo eficazmente, así como la interacción recíproca de todos los factores que inciden en él, no la es menos la que constata una clara prevalencia del consumo problemático de drogas -y otras adicciones- entre la población laboral, respecto de la población en general. Así emerge de la Encuesta de Consumos en el Medio Laboral (ECML/2013), que muestra porcentajes diferenciales estadísticamente relevantes de incidencia más intensa entre quienes reconocen estar expuestos a ciertas condiciones de trabajo y de empleo (Conclusión página 48).

Vuelve al primer plano del debate y de la acción para gestionar este problema conforme a parámetros de salud (no sólo pública sino laboral), la estrecha asociación entre "el factor trabajo" y el "problema de consumo" de drogas, entendiéndose por tal situaciones que desbordan el relativo al estadio máximo de adicción. Existe un razonable consenso, científico e institucional, sobre la necesidad, no ya tan sólo la conveniencia, de promover un mayor conocimiento de esa interrelación y, a resultas de él, una acción más intensiva preventiva en el ámbito laboral, y atendiendo sobre todo en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo. La conclusión institucional de la ECML es clara, cuando atribuye a la información aportada la función proactiva de:

"...debe contribuir a diseñar, planificar y evaluar, sobre (su) base, políticas de seguridad y salud en el trabajo en relación con los consumos de drogas y, en último, término, ser útil para mejorar la salud de la población trabajadora" (página 49).

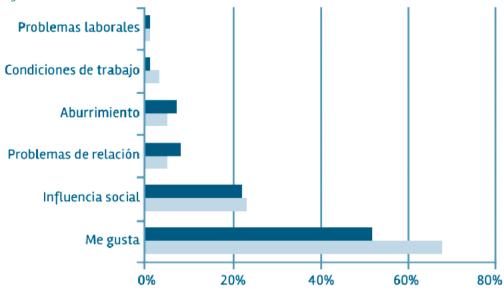
Ahora bien, si en la parte más solemne de este planteamiento no hay duda, y el consenso, es amplio, el problema comienza a la hora de precisar y profundizar en el "sentido concreto" que tiene esta conjugación o esta asociación o interrelación entre el "factor ambiente de trabajo" y el "consumo de drogas", porque a tal fin emergen las diferencias en relación a múltiples aspectos, dificultando no ya sólo un diagnóstico más certero sino la terapia más eficaz. Así, en primer lugar, los responsables institucionales de la ECML advierten de la imposibilidad de concluir de la prevalencia estadística de una "relación de causalidad directa y preferente", pues, entre las "limitaciones de la Encuesta" estaría ausencia de "relaciones causales" (pág.48). No obstante, en segundo lugar, no menos significativo es reparar la llamada que hace a no infravalorar tampoco esta relación entre el factor trabajo y la cuestión social de los consumos de drogas, porque no sólo permitiría, sino que, a nuestro juicio, exige: "...plantear hipótesis que podrían servir de ayuda, tras los análisis complementarios pertinentes, para orientar la implementación de las actuaciones más adecuadas" (página 48).

Esta convicción institucional sirve para evitar deslizarse por el lado opuesto, esto es, por el desarrollo de un enfoque que, con fundamento más aparente que real en estos datos, cuestionan la trascendencia real de ese vínculo, proponiendo incluso una reconsideración del enfoque moderno que tiende a reforzar esa conexión, tanto en negativo como en positivo. Este enfoque relativista y de subestimación de la citada conexión trabajoconsumo de drogas no es novedoso, sino que cuenta con dilatada tradición en el mundo anglosajón, de modo que ese debate sería más "interesado" que "interesante": "ha sido perpetrada por varios grupos con un interés especial que se benefician de la clasificación del alcoholismo como un desorden de origen laboral"<sup>4</sup>.

Pues bien, en nuestra experiencia, recientes Estudios han tratado también de desplazar el problema más a la esfera personal (características individuales y socio-familiares), relativizando su conexión con las socio-laborales. A tal fin, se pone énfasis en los factores subjetivos relativos a la "percepción" que las personas y empresas tienen de estos problemas, en especial del alcohol y del tabaco, que son las sustancias prevalentes entre la población laboral. Como veremos, atendiendo a diversos estudios basados en Encuestas de opinión y entrevistas, tanto a las personas consumidoras como a quienes tienen implicación en el ámbito de la gestión de estas cuestiones dentro de la empresa, los consumos de alcohol y tabaco -otra cosa es de sustancias como los hipnosedantes, por ejemplo-, obedecerían más al placer obtenido -"porque me gusta", o porque es un hábito social adquirido (enfoque hedonista)- por cada una de las personas consumidoras que a problemas socio-laborales (Figura 1).

<sup>4</sup> Cfr. FINGARETTE, H. Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease. Berkely. Universidad de California.1989, pág. 8.

Figura 1.



FUENTE: EDIS-FAD. La incidencia de las drogas en el mundo laboral, Fundación de Ayuda contra la Droquadicción. FAD. Madrid, 1996<sup>5</sup>.

En suma, los propios trabajadores no perciben la cuestión de los consumos como un problema asociado de forma relevante, mucho menos prevalente, al trabajo, sino a decisiones individuales y a factores socio-culturales, en consecuencia, bastante más al factor humano y al social. Pero es que también, como se decía, parece ser esa la convicción cuando se sondea la percepción grupos directivos y profesionales (como los de Recursos Humanos y Servicios de Prevención). Emerge también aquí una dimensión preeminentemente individual en las causas -satisfacciones, placeres consagrados en la cultura social, huida de problemas relacionales...-, y social en sus consecuencias, de ahí que lo configuren como un "hecho social"<sup>6</sup>, como un riesgo psicosocial si se quiere en sentido estricto,

<sup>5</sup> El mismo Equipo de Investigación, ampliamente experto en la materia, sin duda, ha venido realizando desde entonces numerosos Estudios enfocados por variables diversas, y en especial territorial. Como es natural, los resultados son análogos o similares a los hallados por otros Estudios relativos a diversas CCAA (Madrid, 1996; Galicia, 2004; Valencia, 2006; entre otros). Análogo Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación social. Los andaluces ante las drogas. X. Sevilla. 2007. pág.92-95. Las Ediciones posteriores disponibles -2009 y 2011- han eliminado, de una forma sorprendente esta información, exhaustivamente recogida, con la evolución correspondiente, en las anteriores. Pueden verse todas las ediciones de esta Encuesta, que cuenta con una dilatadísima trayectoria: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/drogodependencia/informacion/paginas/estudios-consumo.html">http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/drogodependencia/informacion/paginas/estudios-consumo.html</a>

<sup>6</sup> Otros Estudios confirman que "la principal motivación para el consumo de alcohol y/o drogas...es la búsqueda de placer y diversión. Así lo señala el 67 % de las consumidoras del conjunto del colectivo femenino y el 56.1 de las consumidoras escolares...". Muy atrás quedarían razones tales como la de escapar a problemas personales o familiares o la mejora de las relaciones sociales. Vid. EDIS (Dir.: J. NAVARRO BOTELLA). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe n. 98. Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007, págs. 18-19. Sin embargo, ponen de relieve también que, sin perjuicio de esta marcada dimensión personal de la decisión última de consumir, las drogas constituyen un "hecho social", primero porque sociales serían los principales "factores de riesgo" que conducen a esa decisión, segundo porque sociales serían también las consecuencias, al afectar al conjunto, y tercero porque, a los efectos de intervención, sociales son también los factores que influyen en la creación del tipo de opiniones y actitudes favorecedoras de un tipo de respuesta -juicio de reproche por conductas

pero no ligado de manera clara y directa al medio laboral, que a lo más sería un factor coadyuvante, de aumento del riesgo, o, contrariamente, como se ha visto, de protección, pero no determinante. Así, Estudios basados en entrevistas a tales colectivos concluyen que su "percepción-convicción" es:

"los factores que influyen en el proceso de la drogodependencia son, por este orden: la situación socio-familiar, la persona, la situación laboral y la sustancia".

Este enfoque individual-asistencialista será clave para comprender, como se verá, el "tipo prevalente de intervención" (enfoque reactivo) para abordar la conexión o la asociación trabajo-consumo problemático de drogas: la responsabilidad individual por conductas constatadas de consumos de riesgo con resultados lesivos para las empresas exige "control disciplinario" en la empresa, canalizándose la responsabilidad social hacia el sistema de servicios socio-sanitarios públicos (prestación asistencial). Sólo en contadas ocasiones habrá programas preventivos, y sólo como mero reflejo de programas de responsabilidad social empresarial, esto es, compromisos adquiridos libremente por las empresas (programas de promoción de la salud laboral).

Pero ya analizaremos la perspectiva de la acción. Ahora avancemos en la propia de los factores incidentes en el consumo de droga y en la deriva hacia adicciones en la población laboral. En efecto, frente a quienes enfatizan ese enfoque personalista, más atento a aquel "sesgo de percepción", son más los Estudios epidemiológicos que dejan en evidencia una relación mucho más intensa de la salud de las personas con las vivencias del ambiente laboral. Y si bien es cierto que no hay una "relación directa de causalidad" (causa-efecto), sí existe, con bastante frecuencia, una "relación indirecta" y, en todo caso, sí que existe una "relación de riesgo" entre el trabajo y los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Así, la relación de probabilidad -que esto es un riesgo- hacia tales consumos es mayor o menor según el tipo de trabajo realizado y las condiciones de empleo y trabajo en que se presten. Por lo tanto, como se indicó, el trabajo constituirá bien un "factor relevante de riesgo" de consumos problemáticos bien, al contrario, un "factor de protección". Como veremos en el punto 5, esta doble influencia está reconocida en el ordenamiento español, como pone de relieve la ENSD y el PNSD.

En todo caso, *conviene tener en cuenta que este desajuste* entre las razones del problema percibidas por los trabajadores y las verdaderas, las constatadas en un plano de investigación científica sobre factores objetivos, no es ninguna sorpresa, sino que sucede con frecuencia en el ámbito de la salud en general, y de la seguridad y la salud en el trabajo en particular.

que se tienen como viciosas- u otro -juicio de comprensión por lo que se tiene como problema de salud-. El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Op. cit. pág.13.

<sup>7</sup> Cfr. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M.J. et al. Percepción y actitud de las empresas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS. Madrid. 2006. PÁG. 258. En una dirección análoga, si bien con inclusión de otros factores, TEJERO ACEVEDO R. et alii. "Implicaciones psicolegales del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral". Psicopatología Clínica, Legal y Forense. Vol. 2, n. 2, 2002, págs. 68-69.

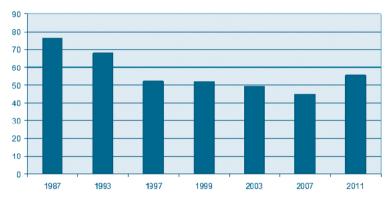
<sup>8</sup> Cfr. J.J. FERNÁNDEZ DOMINGUEZ. Informe Ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral. PRL-CEOE. PÁG. 12. Disponible online.

<sup>9</sup> Vid. BASTIDA, N. "Problemas laborales asociados al consumo de alcohol". En Adicciones, Vol. 14, 2002, pág. 242. También, si bien tangencialmente, pues su variable relevante es el factor sexo, EDIS-Instituto de la Mujer. El consumo de alcohol...op. cit. pág. 12.

Un ejemplo lo corroboraría, evitando precipitaciones analíticas. En efecto, si preguntamos a un empresario o a un trabajador cuál cree que es la principal causa de los accidentes de trabajo, la respuesta más frecuente confirma lo que, en el imaginario colectivo, constituye la versión más extendida sobre el problema: si bien ambos tienen intereses diversos, en la conclusión, los dos coinciden en señalar como causa más importante el factor humano, esto es, las "distracciones, descuidos, despistes y faltas de atención". Las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT) que ha realizado hasta ahora el INSHT son concluyentes respecto de la "percepción-opinión" de los trabajadores (Figura 2).

Figura 2. Fuente: elaboración de E. Castejón con datos de INSHT. Blog. "Entre sin llamar".

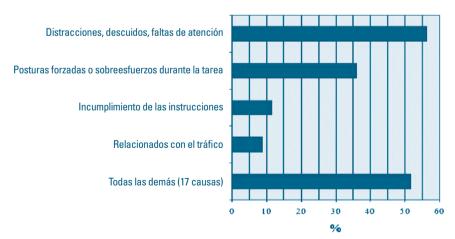
Porcentaje de trabajadores que señalan la causa de ries go de accidente
"Por exceso de confianza o costumbre" o bien
"Distracciones, descuidos, des pistes, falta de atención" (a partir de
2003) en las distintas ediciones de la ENCT



En relación a los empresarios, la Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE; INSHT/2009) es contundente -figura 3-:

Figuro 3.

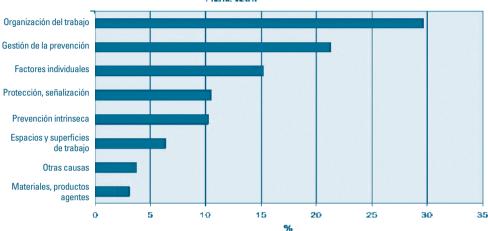
Principales caus as de los accidentes ocurridos en su
empresa en los dos últimos años



FUENTE: elaboración de E. Castejón con datos de INSHT. Blog. "Entre sin llamar".

Pasemos ahora desde las vidriosas "percepciones subjetivas" o "creencias" al más cierto de la investigación científica. La información científico-técnica institucional nos dice que el problema principal está en otro foco: organización laboral (figura 4).





En suma, el conocimiento científico demostraría que los "factores individuales" no son los más determinantes de los accidentes laborales -menos de las enfermedades profesionales-, sino que los más prevalentes están tanto (1) en el ámbito laboral -en la organización y condiciones de trabajo- cuanto en (2) la gestión que de las políticas de prevención de riesgos -no de reparación de daños- se haga¹º. Cabría preguntarse, pues no deja de ser útil para nuestro objeto de Estudio, ¿por qué esta radical diferencia entre lo que trabajadores y empresarios perciben como verdad (etiología de los daños de tipo profesional) y la que la ciencia evidencia o acredita?

Como se ha explicado bien¹¹, a la falta de una cultura preventiva en trabajadores y empresarios, hay que sumar la falta de experiencia al respecto, pues en la mayor parte de los casos, dado el tamaño de las empresas y la relativa muy escasa frecuencia de estos sucesos, no se tiene la debida comprensión de la realidad del problema. Ni empresarios ni trabajadores estén lo suficientemente familiarizados con ellos como para entender cuáles son sus verdaderos mecanismos de generación. En consecuencia, asocian a la causa más inmediata, la decisión personal o humana, en la que suele concurrir una distracción, aunque no sea la determinante del siniestro, pero sí es la más fácil de apreciar externamente. Sin embargo, para entender por qué ocurren verdaderamente los accidentes, atendiendo a toda su complejidad, es necesario adquirir experiencia estudiándolos en profundidad, pero para la inmensa mayoría de empresarios y trabajadores eso no es posible debido a la escasa frecuencia con la que se producen -afortunadamente, habría que decir-. Esta

<sup>10</sup> Vid. INSHT. Análisis de mortalidad del accidente de trabajo en España. INSHT. 2013. <a href="http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Analisis%20de%20la%20mortalidad/Analisis%20de%20la%20Mortalidad%20por%20Accidente%20de%20Trabajo%20en%20Espa%C3%B1a%202013.pdf">http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Analisis%20de%20la%20Mortalidad%20por%20Accidente%20de%20Trabajo%20en%20Espa%C3%B1a%202013.pdf</a>

<sup>11</sup> E. CASTEJÓN. Blog en <a href="http://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/entre-sin-llamar/2016/02/27/en-que-se-parece-accidente-trabajo-naranja">http://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/entre-sin-llamar/2016/02/27/en-que-se-parece-accidente-trabajo-naranja</a>

experiencia ilustra lo que sucede respecto de los consumos problemáticos de drogas en los entornos de trabajo, donde la experiencia de gestión preventiva está ausente.

Por eso, pese a la creciente convicción institucional de la utilidad de establecer esa asociación, a fin de promover una acción preventiva mucho más eficaz, adopte la forma que adopte, tal y como se recoge tanto en el ámbito estatal como en los planes autonómicos, incluso en ciertas Leyes específicas para este ámbito, así como a pesar de que los Estudios empíricos ponen de manifiesto la gran eficacia de los programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo<sup>12</sup>, lo verdaderamente cierto es que asistimos a un fracaso sin paliativos. Fuera de algunas experiencias de tipo convencional colectivo y empresarial, que analizaremos con algún detalle aquí, así es reconocido de forma abierta y sincera por la mayor parte de los planes autonómicos en materia de drogas y otras adicciones. Volveremos al respecto en el capítulo que se dedica a las acciones preventivas y su marco regulador-promotor.

La mayor conciencia sobre la gravedad del problema -factor de riesgo- no va seguida de una mayor visibilidad dentro de la empresa -factor de protección-.

Ahora retomemos el plano de la información estadística y la "medición" del grado de progreso que ha tenido en la conciencia social, si lo ha tenido, el problema de los consumos de drogas en el ámbito laboral. En este sentido, aunque hemos puesto de relieve las limitaciones de las "percepciones subjetivas" para utilizarlas como una variable determinante para la comprensión de un problema tan complejo, con una etiología poli-causal tan acusada, como es el relativo al consumo de drogas -y más si de otras adicciones se habla-, siempre constituye un dato relevante, sin duda<sup>13</sup>.

Desde esta perspectiva, mientras que una mayor "percepción" del problema de salud se tiende a considerar como un "factor de protección" frente a los consumos de riesgo, otra menor emergerá, en cambio, como "factor de riesgo". Por lo tanto, cómo se percibe la magnitud del riesgo de incurrir en tales consumos y de la gravedad de sus consecuencias se revela una variable relevante asociada a menores -o, al contrario- mayores consumos de sustancias<sup>14</sup>. Pues bien, la población activa española lleva años percibiendo -o al menos verbalizando (lo que no suele ser lo mismo en este delicado espacio)- la importancia de esta cuestión. Desde el año 2007, prácticamente 8 de cada 10 trabajadores considera que el consumo en el medio laboral es un problema grave. ¿Y por qué lo consideran tan relevante?

<sup>12 &</sup>quot;Los representantes de los Servicios de Prevención insistieron en el tema de que los programas mejoraban la salud y…las relaciones laborales. Los resultados del estudio cuantitativo arrojan que el 53% de los trabajadores que han seguido programas de rehabilitación se encuentran rehabilitados y trabajando, el 46 por cien en los mismos puestos de trabajo". Vid. Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol... Op. cit. pág. 258

<sup>13</sup> Para un análisis de este desajuste entre "el consumo percibido" y el "consumo real", siendo mayor el primero que el segundo, aunque el desajuste es menor en relación a las "drogas legales" (infra-percibidas) respecto de las ilegales (sobreestimadas), vid. En este sentido, Vid. MEGÍAS, E.; COMAS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J. Y ROMANÍ, O.: La percepción social de los problemas de drogas en España. FAD, Madrid, 2004. PÁG. 80

<sup>14</sup> Vid. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. La población andaluza ante las drogas. XII. Consejería de Salud y Bienestar Social. Sevilla. 2012. pág. 104. Disponible<a href="http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencias">http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencias</a> LA POBLACION ANDALUZA XII 2011.pdf

Entre los motivos por los que la población trabajadora considera que el consumo de alcohol y otras drogas es un problema importante en el trabajo destacan, por encima de todos:

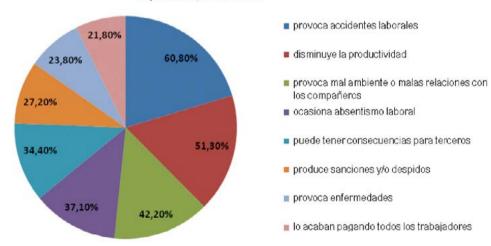
- a. Una suerte de "miedo al accidente de trabajo" que se considera asociado en mayor probabilidad a tales consumos (60,8%),
- b. Así como la preocupación por mantener el debido nivel de rendimiento empresarial o de productividad (para el 51,3% disminuye la productividad, para el 42,2 por cien provoca males relaciones en el trabajo y para el 37 por cien considera que está en la base de un mayor absentismo laboral).

Algunos de estos datos no dejan de ser sorprendentes y reveladores. Parece coherente que los trabajadores coloquen en el primer puesto de sus preocupaciones la asociación del consumo problemático de drogas con el mayor riesgo de accidentes.

Pero sorprende que la causa siguiente sea el efecto en la pérdida de productividad, quedando en un plano más secundario el relativo a las consecuencias negativas en su esfera de derechos. Pese a lo que podría pensarse, solo el 27,2% de los trabajadores considera la importancia del problema por la generación de sanciones (figura 5), siendo en 3 puntos inferior esta percepción respecto de 2007.

Figura 5.

Razones para considerar el consumo de alcohol y otras drogas como un problema importante, 2013-2014.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Encuesta ECML

Ciertamente, podría pensarse como hipótesis explicativa que los trabajadores han "superado" la tradicional dimensión moralizadora-represiva, vigente en el ET (art. 54.2 f) ET), para concienciarse del grave problema más allá de ese enfoque, asumiendo como prevalente tanto (1) la percepción del riesgo para su seguridad y para su salud, y la de sus compañeros, cuanto (2) su deber de cooperación con los objetivos económicos de la empresa, que se verían perjudicados con tales conductas. En cambio, los empresarios seguirían aferrados a esa reacción represiva, si atendemos al dato -poco preciso, por la falta de trasparencia- de que hasta el 40% de los expedientes disciplinarios podrían tener como causa más relevante, aunque no exclusiva, el uso de sustancias psicoactivas, con mayor o menor repercusión en el trabajo<sup>15</sup>.

Consecuentemente, habría una cierta disociación entre el imaginario colectivo empresarial respecto del problema del consumo de drogas y el de los trabajadores. Los primeros, se alejarían progresivamente, a lo que parece, de la vieja tolerancia social a ciertos consumos tanto por razones de salud y seguridad -propia y de compañeros-, así como de protección de la productividad empresarial, abriéndose a las intervenciones de sentido preventivo -de ahí, quizás, la creciente presión sindical para que se incluya como tema relevante de la negociación colectiva-. Por su parte, los empleadores, sin perjuicio de las escasas iniciativas dirigidas a ese enfoque desde el paradigma ético, por lo tanto voluntario, de la responsabilidad social empresarial, seguirían más anclados en el modelo reactivo-sancionador tradicional.

Más aún. Si ponemos en relación este dato de la creciente concienciación laboral sobre el problema del consumo de drogas con los motivos aducidos para ello, que ya fueron evidenciados ut supra, y adoptamos una perspectiva diacrónica o evolutiva, secuencial, vemos que *hay un incremento estadísticamente significativo de las razones asociadas a los "problemas socio-laborales"*. Consecuentemente, el año 2014 parece marcar una cierta inflexión. Así, si sigue existiendo coincidencia en la literatura científica sobre la "percepción social" de consumo de drogas, que se asocia sobre todo a pautas de conducta socio-personal (hedonismo) y a los imperativos de socialización en el tiempo libre (lugares de ocio), dejando en un plano más marginal la respuesta a los problemas existenciales -sean sociales, familiares o laborales-, el año 2014 nos revela ese aumento. En efecto, en este año se acredita un desplazamiento significativo, pasando de un porcentaje del 6,5 por cien en 2004 al 14 por cien diez años después (Tabla 2).

<sup>15</sup> Vid. CONTRERAS CASADO, D.: "Inteligencia emocional y consumo de drogas en el ámbito laboral", en Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, Vol. II, n. 12, 2011, pág. 27. Más recientemente, la AUME -Asociación Unificada de Militares Españoles- se ha quejado de que, pese a la escasa incidencia del consumo de drogas en los cuarteles -1200 positivos de 161.500 controles (0,74%)-, la política del Ministerio de Defensa se habría centrado en la disciplina -500 expulsiones en 10 años, si bien no se discrimina la causa concreta- en detrimento de la prevención, pese a la indicación de la ENSD. Vid. <a href="http://politica.elpais.com/politica/2016/05/01/actualidad/1462120969">https://politica.elpais.com/politica/2016/05/01/actualidad/1462120969</a> 585511.html

Tabla 2. Motivos para consumir drogas	AÑOS		
MOTIVOS PARA EL CONSUMO	2014	2004	1999
Para divertirse y pasarlo bien		59,2	
Por curiosidad		48,2	
deseo de sentir sensaciones nuevas	29,7		-
Por el gusto de hacer algo prohibido	19,3	37,9	
Por moda	16,3	46,6	
Por problemas laborales o sociales		6,5	
Para ser como los demás			
problemas con la familia o amigos			
problemas médicos ( calmar nervios o paliar sentimientos de inseguridad)			15,9

Fuente: FAD. La percepción social de los problemas de drogas en España. 2014. páq. 28.

Desde esta perspectiva, que replantea el clásico aspecto de los "discursos de la legitimación" de los consumos de sustancias psicoactivas, la identificación de éstos con decisiones autónomamente tomadas en la gran mayoría de los casos (defensa de un derecho de autonomía personal), postularía su aceptación mientras no se haga daño a terceros. De ahí, que se concentre la tolerancia en los espacios de ocio, por lo tanto, diferente, incluso opuesto, a los de trabajo. Así, el referido dato de la "percepción del consumo por placer" se complementaría con el de la necesidad de tolerarlo sólo si no se hace daño, bien a terceras personas -accidentes de trabajo de compañeros, o de uno mismo (auto-riesgo), bien a la propia empresa -en términos de productividad-. Por eso, incluso decrecerían -según un Estudio efectuado en 2004- las percepciones que asocian el consumo de drogas a realidades problemáticas, marcando una diferencia muy relevante respecto de 1999, según muestran diversos Estudios<sup>16</sup>.

Ahora bien, la época de referencia responde a una de bonanza económica y, por tanto, de cierta euforia social y mejores -relativamente al menos- condiciones de trabajo que hoy. Sin embargo, si analizamos de forma completa la secuencia evolutiva la cuestión cambia, pues la vinculación con "problemas socio-laborales" se dobla en un periodo claramente recesivo y de profundo deterioro de las condiciones de empleo y de trabajo. Un periodo en el que, como es bien sabido, se ha producido la gran crisis que ha sangrado el mercado de trabajo español. Ciertamente, el porcentaje no sólo no es superior, sino que se mantiene un poco por debajo, del evidenciado en 1999, una época también de salida de la crisis precedente (1993-1997). Consecuentemente, no parece inadecuado relacionar -aunque el dato no pueda ser determinante, sin duda- esa inflexión en la percepción social de las ra-

<sup>16</sup> Además del Estudio de la Tabla I, Vid. EDIS (Dir.: Eusebio Megías). La percepción social de los problemas... Op. cit. pág.291, que lo liga a "realidades ligadas a los espacios de ocio y al hedonismo..."

zones de los consumos con el contexto social-laboral crítico vivido. No obstante, conviene ponderar adecuadamente el dato de la "percepción subjetiva", insistiendo en la diferencia entre "lo percibido" y "lo real". Diversos Estudios constatan que los estereotipos siguen funcionando hoy como ayer.

Así, si el discurso formal y el enfoque de lo "políticamente correcto" lleva a asumir por la gran mayoría que los problemas de drogas son muy graves y que requieren de una acción más decidida, a menudo aparecería tal posición formal como "un paraguas conceptual que supone un pronunciamiento de tono casi moral, que se constituye como verdad oficial y que es susceptible de abrigar incongruencias y de aceptar elementos que lo contradicen" Precisamente, de forma paradójica, o acaso contradictoria, esta vivencia como una creciente alarma o situación de riesgo grave del consumo excesivo de drogas en el lugar del trabajo no va acompañada de un mayor conocimiento de consumos reales o concretos en sus entornos de trabajo. De modo que, según la Encuesta 2013-2014, el 78,7% de la población trabajadora niega saber si en su último trabajo algún compañero consumía sustancias adictivas en exceso, observándose un ligero descenso desde el año 2007 (75,8%).

De nuevo emergen diferentes hipótesis para explicar este dato, de modo que la verificación de la más correcta requiere de informaciones complementarias. Así, de un lado, pudiera pensarse que, a pesar del reconocimiento formal, oficial, de la gravedad del problema, persiste una cierta normalización en el lugar de trabajo de ciertas drogas, participando de la tolerancia social al consumo de las mismas, no obstante diferenciarse claramente el tiempo de ocio, donde crecen los consumos, del tiempo de trabajo. De otro, cabe confirmar en este dato *el problema de invisibilidad* que ha acompañado tradicionalmente a esta cuestión en el seno de las empresas, de modo que los consumos -no ya sólo las adicciones, nivel más gravoso para la persona y para la empresa-, permanecerían altamente ocultos, dadas las graves consecuencias que tiene para los trabajadores -sanciones- y para las empresas -convicción de que este tema se asociaría en el mercado con pérdida de reputación empresarial, de fiabilidad y difusión de imagen de una empresa conflictiva e insegura-.

Otros datos evidenciados por la Encuesta, como la menor actividad informativa al respecto llevada a cabo en estos últimos años, según veremos, podría confirmar la mayor corrección de esta segunda explicación. La ocultación que suelen exigir las empresas que adoptan medidas respecto del problema de las drogas en el trabajo, incluso aquellas que se comprometen a participar activamente en Estudios sobre la cuestión problemática, también corroboraría este sesgo de ocultación u opacidad que sigue pesando sobre la materia y que, desde luego, lastrará la posibilidad de apostar por introducir marcos de gestión integrales y orientados hacia la prevención. En todo caso, también este problema de falta de visibilidad es una característica que comparte el consumo de drogas y su gestión, aunque sea preventiva, con el resto de los riesgos psicosociales, ámbito al que pertenece, estén más o menos vinculados a los factores derivados de la organización y de las condiciones de empleo y de trabajo.

<sup>17</sup> Vid. MEGÍAS, E.; COMAS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J. Y ROMANÍ, O.: La percepción social de los problemas de drogas en España. Op. cit. páq.279.

#### 2.2. La mayor incidencia del consumo de drogas "legales" que de drogas "ilegales".

#### 2.2.1. Claves metodológicas de la ECML.

Probablemente, la mejor "radiografía" hoy disponible en España sobre el consumo de sustancias en el ámbito laboral la proporciona el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías a través de la tantas veces citada Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España (ECML). Dos son las realizadas hasta el momento. La primera en el periodo 2007-2008 y la segunda en el 2013-2014. La muestra es altamente representativa (más de 15.000 sujetos respondieron el módulo laboral, siendo el error muestral máximo del 0,8%), lo que da una particular fiabilidad a los resultados obtenidos. También por el método de recogida de información utilizado: la entrevista personal en el domicilio personal. A su dimensión cognitiva suma, como se dijo, la proactiva (social e institucional).

Vista la cuestión de la "percepción del riesgo" y la opinión social al respecto, son tres los grupos de cuestiones que merecen análisis para lograr, a partir de una lectura coherente de los datos estadísticos más señeros, una mejor comprensión de la relación que ofrece entre los consumos problemáticos y el entorno laboral. A saber:

- a) Tipo de sustancia y su consumo
- b) Perfil sociodemográfico del consumidor (edad, sexo ...)
- c) Contexto laboral (situación ocupacional, actividad, factores de riesgo)

La ECML presenta una ventaja y una limitación. La ventaja es que diferencia, con corrección, las diversas sustancias psicoactivas cuyo consumo percibido trata de estimar, evidenciando la diversidad de pautas de consumo, grados de tolerancia socio-cultural y efectos que tiene cada una de ellas.

En el lenguaje común se conoció la distinción -más social que médica¹³- entre "drogas blandas" (alcohol y tabaco) y "duras" (cannabis, cocaína, heroína y otras "sustancias estupefacientes y psicotrópicas"...). Qué duda cabe, que en función de esta distinción las percepciones, actitudes y pautas de conducta divergen de forma significativa, por lo que también la acción promocional para la corrección preventiva de los consumos problemáticos (de riesgo, abusivos) debe atender a esas diferencias. Recuérdese que las Estrategias y Políticas de la UE han cuidado siempre de distinguir el tratamiento del alcohol del "resto" de drogas. Tanto es así que refiere a ellas con el binomio "alcohol" y "drogas", para dejar bien claro el diferente trasfondo cultural de cada Estado al respecto -piénsese en Francia, España e Italia para el alcohol y su impacto económico-, así como, atendiendo a esa exigencia de salvaguarda de poderosos intereses, también de ciertas libertades, diferenciando entre:

"consumidores" (conducta personal socialmente condicionada)

"adictos" (enfermos sociales por su dependencia)

Asimismo, dentro de aquéllos, se introducen otras subcategorías que buscan fijar más pautas diferenciadoras de los tratamientos: "consumidores de ocasión", los "consumos

<sup>18</sup> Cfr. ROMERO RÓDENAS, M.J. Sida y toxicomanía. Un análisis jurídico-laboral y de Seguridad Social. Madrid. Ibidem. 1995. PÁG. 209.

de riesgo" y los "abusos" -aunque no sean adictos-. Y ello pese a que, como es sabido, la evidencia científica pone de relieve las dificultades para establecer una frontera clara entre los "consumos inicuos" (nocivos) y los "consumos inocuos" (sanos, incluso -como el vino en consumos moderados; o los usos terapéuticos del cannabis-). La distinción y subdivisión busca más proteger ciertas pautas sociales de consumo (por ejemplo el tabaco), así como potentes intereses económicos (alcohol), que como requerimiento científico y médico.

Así, por ejemplo, pese a que el tabaco aparece como "droga blanda" no sólo es una de las principales causas de muerte, sino que, tanto en los lugares de ocio -donde la pauta de consumos es muy superior- como en los lugares de trabajo, está prohibido su consumo por Ley-, salvo en los espacios abiertos¹9. En cambio, otras sustancias consideradas como "ilegales", tales como el cannabis (la de mayor consumo en España; debe tenerse en cuenta que lo que se prohíbe es la producción para el tráfico lucrativo, no para el autoconsumo personal si se hace en lugar privado, sí en lugar público), sin embargo, como evidencian todos los Estudios, se sitúa en una posición de sustancia legalizada de facto, punta de lanza del "cambio de la representación social sobre drogas"20, más permisiva. Tanto es así que la relativa flexibilidad que existe en la regulación -hasta la "Ley Mordaza"-, así como la mayor permisividad judicial, facilita tanto los usos terapéuticos y el crecimiento de los clubes sociales de cannabis (uso recreativo, símil o análogo a un coffeeshop)<sup>21</sup>.

Precisamente, en relación al alcohol el propio Parlamento Europeo, en fecha reciente -año 2015- ha llamado la atención sobre esta idea de conciliar la protección de la salud máxima con consumos responsables de sustancias que, si bien pueden resultar nocivas para la salud en ciertas circunstancias, también pueden tener efectos terapéuticos o saludables, como es consumir vino -de calidad, claro- en cantidades muy moderadas, distinguiéndose, pues (*Resolución del Parlamento Europeo sobre Estrategia en materia de alcohol*; 2015/2543):

- 1. consumo responsable -compatible con la salud-
- 2. consumo de **riesgo** -no se actualiza todavía en daños graves, pero, en ciertas circunstancias, puede tener efectos negativos, a evitar-
- 3. y el *nocivo* a corregir por inconciliable con la salud-

Esta referencia a la dilución de fronteras entre lo que se considera droga legal y droga ilegal en ciertos casos, en especial por sus efectos sobre la salud, nos condu-

<sup>19</sup> Se ha extendido una imagen del fumador activo -fuente de riesgo para el "fumador pasivo" - de persecución institucional y social, como si de "delincuentes" -socialmente proscritos - se tratara.

<sup>20</sup> Vid. AAVV. (Dir.: Megías, E.). La percepción social de los problemas de drogas en España. 2004. PÁG. 319.

<sup>21</sup> Muy interesante para conocer la situación, ciertamente compleja y confusa, de la regulación del cannabis en España y las diferentes tolerancias, incluso legales, atendiendo a la Comunidad Autónoma de referencia, puede verse en: <a href="https://sensiseeds.com/es/blog/situacion-actual-del-cannabis-en-espana-un-resumen/">https://sensiseeds.com/es/blog/situacion-actual-del-cannabis-en-espana-un-resumen/</a>. La presentación no es neutral, claro. Promueve una legalización controlada del uso del cánnabis no sólo médico, por supuesto, sino recreativo. De modo que concluye con el deseo de hallar "una evolución de España, en general, sea siempre mirando al frente y que, cualquier paso que se dé, esté siempre más cerca de la libertad -de consumo-"

ce de inmediato a otras de las virtudes que tiene el tratamiento diferenciado y con cierta, relativa claro, autonomía -pues es frecuente el "poli-consumo"- de cada sustancia, como es recoger de forma específica, como categoría propia, los "hipnosedantes", dadas sus peculiaridades. Al respecto, no sólo obedece a una secuencia o interacción entre adicción, tratamiento terapéutico y frecuencia del poli-consumo diverso, sino que presenta algunos elementos sugerentes de análisis para el estudio de sus asociaciones al factor trabajo, pues junto a (1) la mayor incidencia de los "factores psicosociales de origen laboral" hay que tener en cuenta (2) la prevalencia que presenta para las trabajadoras, con lo que el "factor trabajo" interactúa con el "factor sexo/género".

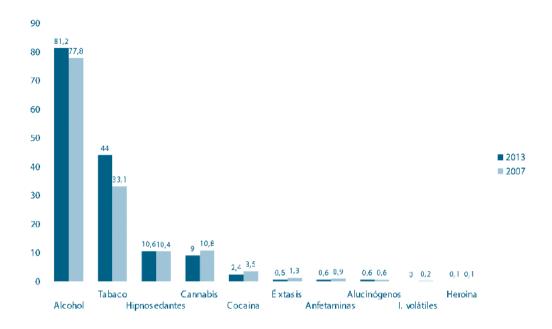
Decíamos que tiene virtudes, pero también *un límite*. El límite, que deriva del marco institucional al que obedece -Estrategia y Plan Nacional-, es que sólo incluye los consumos de sustancias, pero no el relativo a otras adicciones basadas en conductas y no en sustancias. Por tanto, y si bien aquí hacemos referencia a todas ellas, según una tendencia cada vez más institucionalizada, nos centraremos en las primeras.

#### 2.2.2. Análisis por el tipo de sustancias y consumos en la población laboral.

Hechas estas advertencias, la puesta en relación de los consumos propios de la población laboral en relación con los propios de la población en general no parece evidenciar diferencias estadísticamente significativas, si bien algunos datos resultan de mayor interés. En primer lugar, en relación a los aspectos de identidad o semejanza de consumos, hay que reseñar que al igual -efecto reflejo- que ocurre en la población global, en la población laboral las drogas más consumidas serían las referidas como "legales": alcohol y tabaco, por este orden (vid figura 6). Asimismo, como no podía ser de otro modo por lo dicho anteriormente, la droga "ilegal" de consumo prevalente en el ámbito laboral es el cannabis (muy de lejos seguida por la cocaína). La comparativa entre la primera y la segunda encuesta muestra un aumento sustancial en el consumo de drogas legales por parte de la población trabajadora; y una estabilización y descenso en el consumo de drogas ilegales (Figura 6).

Merece la pena destacar que, en la muestra general, los datos del 2013-14 indican que las personas que se inician en el consumo del cannabis ya supera a las que se inician en el consumo del tabaco. Aunque el consumo de hipnosedantes es mayor, y crece, en la población en general, no puede infravalorarse su prevalencia en el grupo de población femenina, como ya se apuntó

Figura 6. Porcentaje de población laboral que ha consumido diferentes sustancias en los últimos 12 meses. Comparativa EDADES 2007-2008 y 2013-2014.



FUENTE: Elaboración propia a partir de los Datos del OEDT.

No obstante, como analizaremos con algún detalle y hace notar la Encuesta que nos sirve de principal referencia analítica, en segundo lugar, hay que reseñar algunos datos relevantes. Por lo que concierne al **consumo de alcohol**, en la población general se ha mantenido estable entre 2007-08 y 2013-14, también en el "consumo de riesgo", si bien la *posible dependencia al alcohol* se ha duplicado entre ambos periodos (del 0,2% al 0,4%). En el caso del alcohol, y teniendo en cuenta los objetivos de la ECML, los datos obtenidos demuestran claramente *la escasa eficacia de las políticas llevadas a cabo para prevenir este tipo de consumos*, y la necesidad de reorientar las mismas (tanto en el contexto laboral como en la sociedad en su conjunto). Esta ineficacia se comprueba en la Figura 7, que muestra que las tendencias en el consumo de alcohol son elevadas y apenas se han modificado en los últimos 10 años, infravalorando los consumos de riesgo.

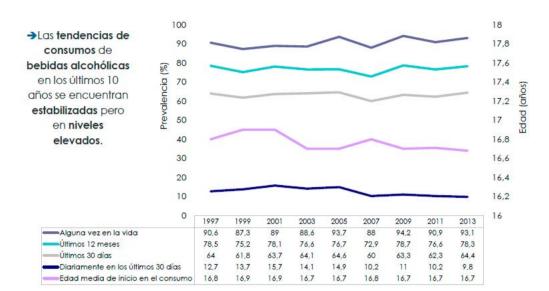


Figura 7. Tendencia en el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 10 años, en España.

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015).

En consecuencia, parece claro que sigue existiendo una significativa tolerancia social al consumo de alcohol en el ámbito laboral, infravalorando -como para el resto de la población- los denominados "consumos de riesgo" (5 por cien de la población laboral, según la escala AUDIT, para los consumos diarios, por tanto también en días laborables, aunque sea fuera de la jornada de trabajo propiamente; es la mitad que el porcentaje de consumo global de la población laboral, 11 por cien). Asimismo, es importante recordar que la prevalencia es notablemente mayor para los trabajadores expuestos a ciertos factores de riesgos laborales, lo sean de índole físico -seguridad- lo sean de carácter psicosocial -salubridad-, por lo que, al margen de las cuestiones causales, es importante, como se dijo, incluir en las políticas de seguridad y salud en el trabajo -planificación preventiva- este tipo de conductas de riesgo con incidencia laboral -causal y consecuencial-. Según vamos a ver de inmediato.

En relación con el **tabaco**, se observa un sorprendente aumento sustancial en su consumo por parte de la población laboral (casi la mitad de la misma ha fumado en los últimos 12 meses -44%-). Sin embargo, y aquí las políticas prohibitivas sí tienen un gran impacto, ha disminuido extraordinariamente el **tabaquismo pasivo**, pasando de un 26,3% (2007-08) a un 11,6% (2013-14). De este modo se confirma la visión de las normas prohibitivas en este ámbito como factor protector de la salud de un tercero frente al riesgo derivado de los consumos ajenos, incluyendo la protección de la salud de la población trabajadora, sin perjuicio de la existencia de espacios donde todavía se mantienen ("clubes de fumadores").

Precisamente, la incidencia del factor institucional -la prohibición de consumo como norma preventiva y factor de protección- se refleja también en otro interesante proceso: mientras que se ha reducido -poco, ciertamente- el porcentaje de los fumadores dentro del grupo de empleados (del 32,7 ha pasado al 31 por cien), se ha incrementado algo más significativamente -prácticamente 4 puntos porcentuales de aumento- en el de *fumadores parados* (de 35,2% pasa al 39%). De este modo, vemos cómo el "trabajo" y las "políticas" que respecto de la promoción del mismo se haga por los poderes públicos, pueden aparecer como un "factor de protección" frente al riesgo de consumo tabáquico, mientras que un marcado estresor socio-económico, según evidencia el "Programa SOLVE/2012" de la OIT -sobre el que volveremos en el capítulo 3 de Este Estudio-, como es el "paro", se convierte en un relevante "*factor de riesgo psicosocial*" *que incrementa la probabilidad de incurrir en consumos de droga*s como el tabaco.

Algo análogo cabe concluir respecto del **consumo de hipnosedantes** que también se ha incrementado entre la población laboral (tanto empleada como parada con trabajo previo en los últimos 30 días). El crecimiento es estadísticamente relevante a efectos de incidencia en el diseño de políticas preventivas de los riesgos que implica y promocionales de la salud que exige su difusión en los tiempos actuales, porque es de dos puntos porcentuales (5,3% en 2007-08 y 7,3% en 2013-14). Por lo tanto, parece que las políticas preventivas lejos de funcionar brillan por su ausencia.

Como, con acierto, advierte la Encuesta de Consumos en el Medio Laboral:

"Son múltiples los factores que pueden estar influyendo en este aumento, por lo que la realización de estudios complementarios y con un enfoque global sería de gran utilidad para determinar las posibles causas y orientar las actuaciones a realizar" (pág.47).

Al respecto, de gran interés nos parece atender a reciente estudios en EEUU que alertan sobre la alta probabilidad de transiciones entre el consumo de este tipo de sustancias, mayor para ciertos colectivos de población -por ejemplo los que carecen de un seguro médico, recibiendo el programa de asistencia sanitaria público- y otras más nocivas, como la heroína. Precisamente, entre los factores explicativos del incremento preocupante de consumidores de heroína en EUU en 2014 está, como muy relevante -en el 45 por cien de los casos se ha dado-, el acceso abusivo a ese tipo de fármacos. Aunque no podemos profundizar aquí en esta experiencia, sí resulta muy relevante para un análisis comprensivo del fenómeno del consumo de drogas y su conexión con otros factores diversos a los personales, como los sociales y los económico-laborales. En este sentido, junto al factor socio-institucional de la receta desmedida de fármacos analgésicos, también está influyendo -como hemos visto para el tabaco en España, pero aquí de modo mucho más grave- el denominado por la OIT "estrés económico" de la zona -desindustrializada a raíz de la crisis y proceso de globalización-, pues se habría convertido en el caldo de cultivo de la frustración social propiciadora de usos o consumos tan nocivos, incluso letales<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Vid. "La heroína golpea a los blancos de Estados Unidos". Cuidado reportaje periodístico

Sin embargo, en España, el consumo de sustancias ilegales entre la población laboral presenta una tendencia descendente, en general. Lo más llamativo es el caso del **cannabis**: el consumo en los últimos 30 días, desciende casi 1 punto (7,6% en 2007-08 y 6,7% en 2013-14); un 2% el consumo de riesgo. No obstante, conviene tener muy presente que los consumos son superiores a los de la UE (5,7%).

Lo mismo ocurre con la **cocaína**. En el caso de los consumos de **éxtasis, anfetaminas** y alucinógenos se consolida el descenso iniciado en 2001, que marcó la cifra de consumo más baja desde que se hacen este tipo de Encuestas. Mientras que en el caso de la heroína se mantienen - a diferencia de la experiencia señalada de EUU- los mismos niveles. En la ECML 2013-14 también aparece que un 3% de la población laboral ha probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, lo que, de momento, no resultaría de una gran relevancia estadística ni en términos de salud.

El descenso, leve, del consumo de cannabis entre la población trabajadora sorprende por darse en un tiempo en el que *crece de forma notable la permisividad social y legislativa con este tipo de sustancia*, incluso en su uso recreativo, y no sólo terapéutico, como se ha indicado ut supra. Consecuentemente, bien podría pensarse que, también aquí, el empleo es un factor protector frente a esta sustancia psicoactiva. Explicación plausible que vendría confortada por el dato relativo al elevado paro entre los más jóvenes que, como se sabe, son también los que tienen mayores consumos. Al respecto, sabido es que España se sitúa entre los países con más jóvenes consumidores de cannabis, pero el problema es mundial. Así, una vez más, en EEUU, a raíz de cambios de política reguladora favorables, en la línea de lo sucedido en diversas CCAA españolas -se ha legalizado el uso tanto recreativo como médico de la marihuana en diversos Estados-, se ha lanzado una alerta científica sobre las consecuencias nocivas que podría desencadenar en el sistema tanto socio-económico como socio-sanitario, por el riesgo que tiene de una futura mala salud mental (cognitiva) <sup>23</sup>.

De ahí, el interés de la llamada de atención que se realiza desde la ECML para mantenerse

"...vigilante ante el consumo de riesgo, ya que algunos estudios informan sobre el aumento de este patrón de consumo, especialmente entre los jóvenes. Sería recomendable sensibilizar [aún más, habría que apostillar] a la población laboral de los efectos y riesgos asociados al consumo de cannabis" (pág. 47).

# http://internacional.elpais.com/internacional/2016/04/28/estados\_unidos/1461795411\_137643.html

De ahí que se propongan en los Estudios medidas preventivas. Vid. "Predictors of transition to heroin use among initially non-opioid dependent illicit pharmaceutical opioid users: A natural history study". En Drug Alcohol Depend. 2016 Mar 1. La conclusión -la urgencia de elaborar programas de intervención preventiva sobre la base de los predictores de transiciones al consumo de heroína desde el uso de medicamentos. Está disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26785634

23 El prestigioso National Institute on Drug Abuse (NIDA) de EEEUU acaba de lanzar una alerta sobre los riesgos que el cannabis provoca en la salud mental de los adolescentes. Vid. AAVV. 'Effects of Cannabis Use on Human Behavior: Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review', Revista médica JAMA Psychiatry, 2016 (Archives of General Psychiatry 2016; 73 (3): 292-297). En el estudio se señala una disminución neuropsicológica que se agrava cuanto más temprana es la edad a la que se inicia el consumo. El objetivo del Estudio era el de informar al "discurso de legitimación política" con la evidencia científica en torno a lo que se conoce, o no, sobre los efectos de consumo de cannabis en el comportamiento humano -cognición, motivación, salud psíquica-, revisando la literatura científica al respecto, a fin de identificarlos con precisión.

Precisamente, en relación a la directa utilidad de este conocimiento científico para la mejora de las políticas preventivas de este tipo de sustancias formalmente "ilegales", pero sobre las que sigue existiendo un amplio discurso de "legitimación social"<sup>24</sup>, cabe señalar que su eficacia es muy relativa. Así, por ejemplo, el análisis de los consumos de cannabis nos muestra que, aunque se reduce de forma sostenida el porcentaje de personas que realizan un consumo esporádico, por tanto de bastante menor riesgo para la salud, tampoco a efectos de la relación laboral, *apenas desciende el número de personas que realizan un consumo diario*, por tanto, problemático. Llama la atención notablemente este desajuste entre prevención-normalización social del consumo de la sustancia más frecuente, cuando en el caso de la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas y los alucinógenos el descenso sí es sostenido en todos los tipos de consumos. La realidad estadística disponible parece confirmar igualmente la inocuidad de la actual política para reducir más el consumo de heroína, que tantas vidas se cobró hace unas décadas.

Por eso es relevante señalar que *la probabilidad de consumir cannabis se dobla entre la población desocupada respecto de la ocupada*, registrando las cifras más elevadas entre los parados que buscan su primer empleo. Analizaremos más abajo la relevancia de este potente factor de protección/riesgo que es el trabajo remunerado para los jóvenes, según se tenga o no.

# 2.2.3. El perfil del consumidor: Prevalencia según los factores socio-demográficos con especial incidencia socio-laboral (edad y sexo).

Como estamos viendo, la edad y el sexo-género son variables muy relevantes para comprender los patrones de consumo de drogas, dentro y fuera del ambiente de trabajo. De ahí, que la ECML se centre en este grupo de factores para presentarnos la fotografía de esta cuestión en el ámbito laboral respecto a la población en general. Desde esta perspectiva, las diversas variables sociodemográficas recogidas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, país de nacimiento) facilitan construir una suerte de perfil sociodemográfico del trabajador (especiales características personales, en línea con lo que establece el art. 25 LPRL para el principio ergonómico en materia de salud y seguridad en el trabajo) que, en conjunción con los factores socio-laborales de cada uno de ellos, serán determinantes a la hora de planificar y poner en práctica las acciones preventivas en la materia, también en el seno de las empresas, y no sólo en el ámbito de las políticas públicas de protección-promoción de la salud laboral ex art. 32 Ley General de Salud Pública, como también veremos en el capítulo 3.

En suma, al igual que no todos los trabajadores tienen el mismo índice de riesgo laboral en sentido estricto, tampoco todos los trabajadores tienen la misma probabilidad -riesgo-de incurrir en consumos problemáticos de sustancias. Los datos evidenciados científicamente ponen de manifiesto que *hay determinados colectivos más expuestos a realizar ciertos consumos problemáticos de sustancias que otros*, de modo que las variables socio-demográficas influyen en su patrón de consumo.

<sup>24</sup> Recuérdese que a cinco semanas de las elecciones generales de 20-D, "Podemos" y "Ciudadanos" reabrieron el debate al declarar su intención de legalizar la marihuana en España. Sus líderes, ante la presión social de ciertos medios, matizaron después que no se trataba de una "barra libre" de cannabis, sino una forma de control del consumo y evitar el mercado negro

Al respecto, y en una primera aproximación, se confirma que siguen siendo los hombres los que mayor consumo de drogas realizan, tanto legales como ilegales. Pero hay una excepción relevante: los **hipnosedantes.** Éstos, como muchas enfermedades del trabajo contemporáneas, tienen más rostro de mujer.

## ALCOHOL

Ciertamente, la sustancia más consumida, el **alcohol** (tanto diario y de riesgo) presentan mayor prevalencia si se trata de un sujeto varón y maduro. También, y se trata de un factor sociocultural importante, crece la prevalencia a menor es el nivel de estudios (de primaria o secundaria), lo que ayuda a comprender que la prevalencia resulta significativa en la población trabajadora manual -industrial- poco cualificada. Cabe señalar, de este modo, que el patrón de consumo se ve afectado por múltiples razones de estatus personal (estatuto civil de las personas). Así:

Por lo que concierne a la **edad**, los más jóvenes muestran mayor tendencia a un *consumo de riesgo* en los últimos 12 meses (10,6%; frente al 3,9 % para los mayores), mientras que los *consumos diarios* más elevados se dan en los grupos de de 55 a 64 años (16,6% para mayores de 45; 20% para mayores 55).

También las decisiones de vida en común de las personas, el tradicionalmente llamado "estado civil", influye en el patrón de consumo del alcohol, siendo los casados o los que viven en pareja los que menos consumo de riesgo efectúan. Parece, pues, que la estabilidad personal -emocional- es factor de protección.

En suma, los patrones de consumo difieren notablemente atendiendo a la edad y, en consecuencia, siguiendo el enfoque diferenciador de protecciones típico de las políticas de seguridad y salud en la materia atendiendo a la edad (en su día menores y jóvenes; hoy mayores, en el contexto del "envejecimiento activo"), habrá que tenerlo muy en cuenta para las políticas de información-formación en la materia. Así, los mayores tienen hábitos de consumo diarios, asociados a la alimentación, sostenidos pero más moderados, mientras que los jóvenes consumen binge drinking o "atracón etílico" (ingesta de grandes dosis de alcohol en muy corto espacio de tiempo).

Pero también tiene incidencia el factor **sexo-género**, aunque en los últimos años se aprecie una cierta evolución aproximativa. Al respecto, como se ha apuntado, los hombres registran porcentajes de consumo muy superiores a los correspondientes a mujeres, tanto en relación al consumo a diario en los últimos 30 días (casi cuatro veces superior, representando un 15.5% frente a 4.1%) como en el correspondiente a consumo de riesgo (cinco veces superior, suponiendo un 7.5% frente a 1.5%). Sin embargo, es necesario llamar la atención sobre el dato apenas apuntado, según el cual este perfil de clara preponderancia masculina está cambiando. La ECML no lo registra, cierto, pero habrá que analizar con más detenimiento sus conclusiones y metodología al respecto, pues crecientes Estudios ponen de manifiesto que se está produciendo un incremento de consumo entre las mujeres de generaciones más jóvenes<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas11/alcoholenmenoresnoesnormal/riesgoeneluso.html y lo cuantifica PIT-

Ciertamente, hay razones heterogéneas que explican la diferencia de género. Desde biológicas -peor metabolización del alcohol por la mujer-, a psíquicas<sup>26</sup> y, cómo no, sociales<sup>27</sup>. No obstante, una vez más llamando la atención sobre la necesidad de lecturas interactivas entre factores, la masculinización del consumo de alcohol no es ajena a factores laborales.

## TABACO, CANNABIS Y COCAINA: JOVEN, SOLTERO Y BAJO NIVEL FORMATIVO

En el caso del <u>tabaco</u>, el "perfil sociodemográfico" de mayor consumo nocivo sigue correspondiendo a un varón joven, con bajo nivel educativo y sin pareja estable (matrimonial o no). En los consumos problemáticos de <u>cannabis</u>, el perfil de mayor consumo es similar. Hay que destacar que en la Unión Europea (Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías, 2015), la prevalencia en el consumo entre los 16 y los 34 años es del 11,7%, mientras que en España –población laboral- asciende al 21,5%; y, en el colectivo entre los 16 y los 24 años el porcentaje en la UE es del 15,2% frente al 21% en España. También en el consumo de <u>cocaína</u> se observa un perfil parecido; en este caso, los porcentajes más elevados de consumo se dan en los varones, menores de 34 años, con una formación baja y solteros; la prevalencia entre la población laboral española es superior a la de la Unión Europea, entre el colectivo con edades comprendidas entre los 16 y los 34 años (3,8% frente a 1,9%).

## **HIPNOSEDANTES**

Pero donde hay un cambio brusco de perfil sociodemográfico del trabajador consumidor problemático es en relación a los <a href="https://hipnosedantes.">hipnosedantes.</a>. Como veremos, no es por casualidad, sino que los factores sociales y laborales, relativos a la distribución de los tiempos de trabajo -reproductivo y productivo- son determinantes. En efecto, como muestra palmariamente la ECML, la prevalencia se da en trabajadoras mayores de 45 años, con un nivel de formación bajo, y separadas, divorciadas o viudas. Se trata de la única droga que es más consumida por mujeres que por hombres, teniendo aquéllas más del doble (10.3%) de porcentaje de consumo que éstos (4.7%), que además se ha incrementado con la crisis económica (incidencia del factor de riesgo estrés económico, en la lógica de interacción factorial de gestión integrada propia del programa SOLVE de la OIT, que analizaremos en el capítulo 3). Aunque, por enésima vez cuando hay una "diferencia de género", se ha querido identificar la causa en un factor biológico (diferencia hormonal), lo cierto es que éstos pueden condicionar -estatuto biológico-, pero no determinan, en absoluto.

CNT/OIT en "Manual de formación de formadores en prevención laboral en drogodependencia": el 20% de mujeres mayores de 30 años se declara abstemia, las menores de esa edad sólo 10%. http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file\_publicacion/man\_drog.pdf. pág.17.

<sup>26</sup> En palabras de Luis Ferrer Balsebre, jefe de psiquiatría del Hospital Universitario de Santiago de Compostela: "la mujer es mucho más pragmática y busca remedio al malestar. Pide ayuda en Atención Primaria y allí se responde con las herramientas que tenemos: psicofármacos. El hombre es más reticente. Lo ahoga más en alcohol", recogidas por Faro de Vigo, 7 de febrero de 2013, http://www.farodevigo.es/vida-y-estilo/salud/2013/02/07/ferrer-rotura-arquitectura-sueno-biorritmos-exige-pildoras-dormir/753434.html

<sup>27</sup> Faltan estudios científicos serios sobre consumo en atención al género. Pero socialmente está más aceptado el consumo de alcohol en hombres, "Adicción y género", diario El Universal, 4 de noviembre de 2015, http://www.eluniversal.com/noticias/opinion/adiccion-genero\_15191

De este modo, son diversos e interactivos, los factores que ocasionan este mayor consumo femenino, no siendo de índole menor los factores socio-profesionales. Consecuentemente, la transformación de los "factores de riesgo" en "factores de protección", fuera, claro está, de las causas relativas a la estabilidad personal y familiar -por ejemplo las decisiones y situaciones relativas a la vida en pareja; corresponsabilidad de cuidar de ésta-, tiene que ver mucho con la seguridad en el plano laboral -mayor formación o cualificación; igualdad-.

Por lo que hace a la edad, los consumos son crecientes a mayor edad, con un incremento lineal desde los 37 años y elevándose hasta alcanzar el pico máximo en mayores de 55 años (ECML, pág. 30). Esta circunstancia puede deberse a agotamiento psicológico tras una vida dedicada al cuidado, unida a la falta de expectativa profesional -en buena medida, debida a que la jornada a tiempo parcial (factor socio-laboral) pudiera revelarse como un lastre para desarrollo profesional pleno-, y el consiguiente temor a la pérdida de trabajo -incrementada por las habituales políticas empresariales que, lejos de promover el "envejecimiento activo", suelen apartar anticipadamente a los trabajadores del mercado laboral antes de cumplir la edad de jubilación-. Es de destacar, en este mismo sentido, que los mayores porcentajes de consumo se registran entre los empleados insatisfechos con aspectos tan importantes del trabajo como son la escasa expectativa de promoción, el trato de los superiores, estrés, agotamiento, temor a perder el empleo o insatisfacción general con el trabajo, como se verá al analizar la interacción de esta prevalencia con los factores de riesgo psicosocial.

En síntesis, el patrón de consumo problemático de drogas se ve condicionado de forma notable por los factores socio-demográficos como la edad y el sexo:

Los varones de menos de 35 años presentan una mayor probabilidad de realizar consumos de riesgo de cannabis y alcohol, y de consumir más cocaína que el resto.

Los varones de mayor edad tienen mayor probabilidad de consumir alcohol a diario. Las mujeres de mayor edad presentan mayor prevalencia de uso de hipnosedantes.

las personas sin pareja estable tienen más prevalencia (14,1%,) que las emparejadas 6,9%). La soledad y la inestabilidad emocional también inciden en estos consumos.

Esta conjunción de factores demográficos -y biológicos- y socio-laborales se da en hombres y mujeres -aunque estas soportan más, como se verá, la jornada a tiempo parcial, por ser una modalidad prevalente en el empleo femenino-. Pero hay otros factores socio-personales que, de nuevo, inciden más en las mujeres. Así, en la mayor incidencia de consumo en mujeres mayores de 55 años incidiría el "síndrome del nido vacío", o sensación de soledad y vacío derivada de la independización de los hijos.

Género, edad, y estado civil (más bien estabilidad emocional respecto a la vida en pareja), pues, se dan la mano para el colectivo de trabajadores que son más de la mitad de la población activa, las mujeres. Los dos primeros tienen una conexión muy estrecha con el mundo del trabajo y con las políticas sociales y de empleo, el tercero bastante menos, por supuesto. Aunque es evidente que también las actuales políticas de conciliación de la vida laboral y personal, no sólo familiar, pueden tener incidencia, como enseña el enfoque

integrador e interactivo de la OIT (programa SOLVE). Para ello es preciso que el trabajo sea un ámbito grato, aporte bienestar y compense así déficits relacionales. Además, si se vela por eliminar las relaciones conflictivas y se potencian los vínculos personales gratos, el trabajo puede ser no sólo un ámbito de integración laboral, sino también de integración social, de la persona.

En resumen, siguiendo la dimensión no lineal sino interactiva, no sumatoria o aditiva sino interrelacionada, que tienen todos y cada uno de los factores de riesgo psicosocial, comprobaremos cómo el perfil relativo al "estatus socio-demográfico" de cada personatrabajador influye notablemente en su "estatus socio-laboral", así como éste incide en aquél para explicar las prevalencia y los patrones de consumo problemáticos de drogas en los entornos laborales. Es el turno, pues, de analizar las variables socio-laborales que inciden de forma más relevante en el incremento del riesgo -relación de probabilidad, al margen de la cuestión propiamente de causalidad directa o preeminente- de incurrir en usos nocivos de sustancias.

# 2.2.4. El factor de riesgo-protección relativo a la situación laboral: interacciones entre el riesgo de estrés económico y el de consumo nocivo.

Las principales variables asociadas al ambiente laboral en la prevalencia de consumos problemáticos de drogas, influyendo de un modo relevante en cada patrón de uso nocivo al respecto, son, según el análisis de la ECML, las siguientes:

- a. Situación laboral (ocupado, ocupado pero ausente temporalmente, y parado). Factor que, en buena medida, puede relacionarse directamente con lo que, en el marco de la política de la OIT sobre integración de la gestión del problema de las drogas en las políticas de seguridad y salud en el trabajo, se llama "estrés económico" ("programa SOLVE"; lo analizamos en el capítulo 3)
- b. Sector de actividad económica en el que el trabajador desempeña sus servicios
- c. Categoría ocupacional o profesional
- d. Los factores de riesgo laboral, en especial los relativos a jornada de trabajo -que trata de forma diferenciada, por su centralidad, pero que no es sino una condición de trabajo incidente en los riesgos laborales-, pero que va más allá, para abarcar los factores ambientales y de seguridad física, los ergonómicos y, en especial, los "psicosociales".

## **ALCOHOL**

La OIT define el "estrés económico" como aquella forma de estrés asociada de una forma específica con el miedo a la inseguridad socio-económica que crea en cada persona su concreta situación laboral. Se vincula, pues, a factores de riesgo psicosocial relativos a la incertidumbre sobre su situación financiera: (1) pérdida o la inexistencia de empleo; (2) inseguridad en el trabajo y (3) subempleo. Desde esta perspectiva, si el "estrés económi-

co" -resultante de la conjunción de una diversa gama de factores de riesgo psicosocialaparece como problema de salud psicofísica de las personas, un trabajo decente actuaría, de forma opuesta, como "factor de protección".

Pues bien, considerando la concreta situación laboral del encuestado, la ECML no muestra, en relación a ciertos consumos de alcohol, como el diario, unas prevalencias claras atendiendo a la situación laboral, distinguiendo entre el grupo de trabajadores que tienen empleo del que no lo tienen. Así, el porcentaje de consumidores de alcohol diario es hoy algo mayor entre los empleados (10,5%), que entre los desempleados (9,8%). No obstante, si se atiende tanto a la diferencia global como al margen de error de la encuesta, es evidente que, a tenor de estos datos, no existiría una relevancia estadísticamente significativa en lo usos de alcohol diario entre un grupo de población laboral y otro. Tampoco son estadísticamente significativos las subidas y bajadas, respecto de 2007, en los diversos grupos: el consumo ha disminuido entre los empleados (de 11,2% en 2007-08 a 10,5% en 2013-14) y en parados que buscan su primer empleo (de 4,0% en 2007-08 a 3,2% en 2013-14). En consecuencia, hay una doble conclusión inicial:

Se mantiene una notable estabilidad en este patrón de consumos atendido el factor relativo a la situación laboral, lo que, bien mirado, significa que tampoco las políticas preventivas funcionan de una forma eficaz al respecto.

Un prevalente factor de estrés económico como es el desempleo no parece tener un efecto suficientemente relevante como "factor de riesgo" respecto del consumo diario, puesto que su incidencia es mayor en empleados que en parados; del mismo modo que el empleo tampoco tendría un efectos determinante como "factor de protección" frente a tales consumos, en la medida en que los "parados en busca de primer empleo" -los más jóvenes- tienen un consumo menor que los "empleados" y que, paradójicamente, los "parados con trabajo previo".

En cambio, respecto del considerado como "consumo de riesgo", sí es superior entre el colectivo de parados que en el de empleados. Destacando mucho, ahora sí, la mayor prevalencia entre el colectivo de parados que buscan su primer empleo. Como se sabe, es en este colectivo donde se engloban la mayoría de jóvenes -por lo general también sin responsabilidades familiares-.

## **TABACO**

Asimismo, en relación al consumo de tabaco, el factor de riesgo de estrés económico asociado al desempleo también constituye una situación laboral prevalente en la probabilidad de que aquél se produzca. Así, en 2013-14, la ECML constata una tasa o porcentaje de fumadores muy superior entre los parados (39 %) que entre los empleados (31%).

#### **HIPNOSEDANTES**

La situación laboral más incisiva en la probabilidad de consumir hipnosedantes es también la de los parados (8,9% frente al 6,2% de los empleados). Ahora bien, no deja de ser llamativo que entre los dos colectivos en los que hay un mayor porcentaje de consumidores, el de los empleados temporalmente ausentes -en cierto modo figura equivalente a otros factores del riesgo psicosocial estrés económico consistente en la inseguridad y en el subempleo- sea mayor (11,3%) que en el de los parados con trabajo previo (9,3%). En suma, para el consumo de hipnosedantes se confirmará, tras la necesaria regresión logística, que controla la incidencia de la doble variable edad y sexo, que el *empleo es un estimable "factor protector" frente a este tipo de riesgo psicosocial* -ECML, pág.31-. No obstante, hay algunas diferencias estadísticas respecto de aquel otro tipo de consumo que evidencia la necesidad de atender a otros factores -sociodemográficos- para entender la compleja causalidad del problema. En todo caso, no es menor la conveniencia de poner de manifiesto que, respecto del consumo de esta sustancia -legal, pues incluso se usan con receta médica, pero de frecuente abuso, más si no van con receta-, *se ha producido un notable crecimiento* respecto de 2007.

## **CANNABIS**

Pero, sin ninguna duda, **donde la situación laboral de desempleo tiene mayor prevalencia de consumos nocivos es en relación al cannabis**. Así, en 2013, el porcentaje de consumidores de cannabis en los últimos 30 días dentro de la población ocupada era del 5,3 %, mientras que para los "parados con trabajo previo" era del 9,8 %, elevándose hasta el 18,2% para los parados que están en busca de su primer empleo.

Es evidente que existe una diferencia estadística relevante o, incluso, muy significativa, en el porcentaje de consumidores de esta sustancia. Si en el colectivo laboral de parados con ocupación previa apenas se ha producido variación desde 2007, estimándose un descenso leve (se cifró en el 10,7 %), sí ha habido un movimiento a la baja, relativamente relevante -poco más de 2 puntos porcentuales-, en el colectivo de ocupados (se estimó en el 7,4 por cien). Pero lo que resulta estadísticamente demostrado con extrema claridad es que donde *el aumento de consumos de cannabis ha sido más intenso*, con una diferencia muy relevante, *es en el grupo socio-laboral integrado por las personas paradas que están en busca de su primer empleo*.

En 2007, el porcentaje de consumidores en este grupo de cannabis era de algo menos del 12 por cien, en 2013 ese porcentaje se eleva por encima del 18 por cien, esto es, nada menos que un 6 por cien más. Aquí, la crisis se deja sentir especialmente -ha crecido el porcentaje un 50 por cien-, sobre todo en nuestro mercado de trabajo -donde la población desocupada juvenil sin empleo bate récords-. En suma, ante estas contundentes cifras estadísticas, que acreditan, mediante la prueba Chi-cuadrado y la regresión logística (controla el efecto de la edad y el sexo), que la falta de ocupación -paro- es un factor de alto riesgo para consumos de cannabis, cabe dos conclusiones:

 El factor trabajo actuaría como "factor de protección" -aunque, como se verá, su intensidad depende de otras dos variables laborales (ocupación y sector de actividad)-.

## b. El paro juvenil, en cambio, es un potente factor de riesgo.

Ciertamente, podría pensarse que no es el paro en sí la principal causa -o factor prevalente- de consumo, sino la edad, como factor socio-demográfico. En efecto, dado que es dominante el consumo de cannabis entre la población juvenil, su concentración dentro del colectivo de parados sin empleo previo de los jóvenes haría que esta categoría socio-laboral se "contaminara" con un factor social (esta es la explicación que aduce la ECML, pág. 35).

Ahora bien, de un lado, esta aseveración exige matización, pues ¿"qué es primero el huevo o la gallina"?, esto es, ¿los jóvenes consumen más por jóvenes o lo hacen por estar más desempleados, esto es, por carecer de alternativas de integración adecuadas en el mercado de trabajo? De otro, no parece dudoso que la existencia de **oportunidades efectivas de empleo** constituya *un factor de protección* de los jóvenes frente a su mayor tasa de consumo real de cannabis.

## COCAINA Y OTROS PSICOTRÓPICOS

Los datos que nos ofrece la encuesta de 2013-14 muestra la probabilidad de consumir cocaína significativamente diferente según se esté en situación de empleo o no. Así, la probabilidad mayor de consumir esta sustancia se da entre los parados (3,4% frente al 2% en los empleados); siendo entre los parados que buscan su primer empleo donde la prevalencia es mayor (5,3%). No obstante, curiosamente, si bien el descenso de consumo, desde 2007, se da en toda la población laboral, resulta mucho más acusado entre los parados.

## 2.2.5. Prevalencia de consumos problemáticos en atención al sector de actividad.

Incluso quienes afirman que, con carácter general, no existe una relación muy significativa entre el factor trabajo y la conducta de consumo de drogas, primando el factor humano -decisión voluntaria derivada del sentido del placer-, la relación ha de invertirse en función del "sector de actividad" y tipo de "ocupación profesional". En estos casos, como también se desprende de la jurisprudencia y doctrina judicial en la materia, sí existirían más evidencias de relación, sino directa, sí indirecta, y en todo caso relevante, entre el trabajo y el consumo de drogas. Precisamente por ello, imputarían a la ECML un cierto déficit a la hora de fijar mayor evidencia estadística, y por tanto científica -una vez se pase del análisis estadístico o cuantitativo al cualitativo del modelo interpretativo de los resultados de la Encuesta-, de modo que: "habiendo detectado...mayor incidencia en ciertos sectores de la producción, resultaría de interés ampliar su muestra para obtener detalles que perfilarán aún más la dimensión real de aquélla, por ejemplo, introduciendo datos sobre la siniestralidad y su gravedad en esos ámbitos de producción..."<sup>28</sup>.

No cabe negar el interés que presenta complementar la ECML con la doble información que se sugiere. Más aún. Hoy sería relativamente fácil de realizar si se tiene en cuenta la existencia de Estudios oficiales -ya citados al inicio de este Estudio- no ya sólo sobre

<sup>28</sup> Cfr. J.J. FERNÁNDEZ DOMINGUEZ. Informe Ejecutivo...Op. cit. pág. 16.

la incidencia sectorial de los riesgos sino sobre las causas de los accidentes de trabajo segregados por sectores y profesiones. Ahora bien, a nuestro juicio, incluso sin esos convenientes estudios añadidos, existirían suficientes evidencias científicas acerca de que los trabajadores recurren al consumo de sustancias de forma diferenciada según sectores de actividad y profesiones, por lo que tales factores laborales tienen una relación significativa con los modos de hacer frente, en esos casos, a la prestación de trabajo, sobre todo si, además, concurren otras "situaciones laborales" -presión o exceso de responsabilidad, horarios demasiado largos, turnos con prevalencia nocturna...-.

Por lo que aquí ahora cuenta, *el tipo de actividad laboral desempeñada se revela estadísticamente muy significativa para un tipo de consumo problemático* -de riesgo y/o abusivo- *u otro*. Vamos a seguir el mismo esquema de exposición y análisis que en el factor de prevalencia de riesgo anterior, atendiendo diferenciadamente, sin perjuicio de la comparación entre todos ellos, a cada sustancia consumida.

## **ALCOHOL**

Lamentablemente, por su especial peligrosidad, aunque no sorprende -si se tiene en cuenta una ancestral tradición cultural en este sector-, *la actividad donde más prevalencia se da de trabajadores que consumen alcohol a diario* -por tanto también en días laborables, aunque no se pueda precisar si también dentro o próximo a la jornada laboral- es la construcción (prácticamente 1 de cada 5), seguido de la Agricultura, pesca, ganadería y extracción. En el lado contrario, los porcentajes más bajos se dan en las Actividades artísticas, recreativas y deportivas, y en las Actividades domésticas y servicios personales. Sí sorprende, ante la evolución que ha tenido las precedentes pautas socio-culturales en esta actividad, que en el sector del Transporte, almacenamiento y comunicaciones el porcentaje de consumo sea superior a la media (11,1%).

Valorado de forma global, de un lado, son claras las diferencias de consumo entre los diferentes sectores, por lo que estadísticamente se confirma el sector como un potente factor de riesgo para consumos problemáticos. De otro, ha habido cambios relevantes desde 2007, produciéndose notables descensos en unos sectores (pesca, agricultura, ganadería y extracción: 19,7% frente al 13,5 en 2013; en la industria manufacturera y suministros: 12,8% frente al 11,6 en 2013), y aumentos, ciertamente no demasiado significativos en otros (sectores de la Hostelería: 10% frente al 11,3% en 2013; y Actividades financieras: 9,6% frente al 10,5% en 2013).

El sector de actividad también se relaciona significativamente con el porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo. Así, de nuevo, encontramos los mayores porcentajes en la Construcción (9%), la Agricultura/ pesca/ganadería/extracción (7,6%) y la Hostelería (7%). Sin embargo, en estos casos, el efecto parece deberse más a las variables sociodemográficas (sexo y edad). En este patrón de consumo haya mayor estabilidad en el orden de prevalencias desde 2007-08, lo que pone de manifiesto que la política preventiva aquí sigue chocando fuertemente con las resistencias propias de una arraigada tradición cultural española.

Sin duda, resulta particularmente preocupante la referida mayor prevalencia de consumo de alcohol de riesgo en la construcción, actividad de particular peligrosidad que alcanza el mayor *índice de incidencia de accidentes de trabajo* (6,54%)<sup>29</sup>, a los que habría que sumar los accidentes *in itinere*. El elevado consumo de alcohol que se produce entre los trabajadores de este sector incrementa la peligrosidad de una actividad que objetivamente ya lo es, al adicionar un importante factor de riesgo subjetivo. Como se verá en el análisis de las consecuencias, *un problema muy relevante* se produce en la fatal asociación entre consumos y accidentes en misión, siendo éstos una de las principales causas de sinjestralidad laboral vial.

El 23% de los accidentes de tráfico se corresponden con accidentes en misión, y en buena parte de ellos, al margen de la siempre polémica cuestión de las relaciones entre consumos de sustancias y accidentes de trabajo, está por medio el consumo de alcohol. Consecuentemente, también aquí emerge la complejidad de hacer frente a la prevención de este tipo de siniestros, por cuanto combina la cuestión de la "cultura preventiva" con la "cultura de la seguridad vial", ambas brillando por su ausencia, aún hoy, en nuestro país.

Precisamente, en tiempos recientes la Asociación Profesional de Empresas Formadoras en Seguridad Vial (Formaster) señalaba la preocupante falta de "concienciación" sobre la problemática accidentes de tráfico que seguiría habiendo en España, tanto respecto a las negativas consecuencias que conlleva como al alto coste económico de las bajas laborales que tienen<sup>30</sup>. La citada entidad repartiría las responsabilidades a partes iguales entre empresas y trabajadores, si bien es conocido el importantísimo descenso que se ha producido en España de la siniestralidad vial y también la multiplicación de iniciativas de la denominada "seguridad laboral vial". Por eso, recomiendan para favorecer la prevención una adecuada conjunción entre políticas de responsabilidad social de las empresas (en relación tanto a la movilidad de sus trabajadores cuanto a la flexibilidad horaria, para quitar presión en los desplazamientos), cuanto de mayor "civismo" por parte de los trabajadores en la conducción, que, sin duda, incluye la convicción de que el alcohol no es buena "compañera de viaje".

## **CONSUMO DE TABACO**

También la probabilidad de ser fumador es significativamente diferente según el sector de actividad en el que se trabaje. Los porcentajes más elevados de fumadores se encuentran, una vez más, en los sectores de la construcción (43,4%) y la hostelería (42,6%). En cambio, los menores porcentajes se registran en Actividades domésticas y servicios personales (28,8%), de un lado, y en Administración pública, educación, sanidad y servicios sociales (25,8%), de otro.

<sup>29</sup> Fuente: Cifras de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo por sector y gravedad febrero 2015 - enero 2016) publicadas por el MEYSS-INSHT, en <a href="http://www.oect.es/Observatorio/1%20Inicio/Indice%20de%20incidencia%20de%20AATT%20Accidentes%20de%20trabajo/Por%20sector%20y%20gravedad/Sector\_gravedad\_TABLA\_feb15\_ene16.pdf">http://www.oect.es/Observatorio/1%20Inicio/Indice%20de%20incidencia%20de%20AATT%20Accidentes%20de%20trabajo/Por%20sector%20y%20gravedad/Sector\_gravedad\_TABLA\_feb15\_ene16.pdf</a>

<sup>30</sup> En torno a 1/3 de los fallecidos por un accidente laboral en España se deben a accidente de tráfico, convirtiéndose, por tanto, en uno de los mayores riesgos laborales del país. Las bajas laborales por accidentes de tráfico en España alcanzan una media de 38,71 días de convalecencia, lo que supone una pérdida de más de 2 de días de trabajo por bajas laborales relacionadas con el tráfico. Vid. http://noticiaslogisticaytransporte.com/transporte/16/03/2016/formaster-senala-falta-de-concienciacion-sobre-accidentes-detrafico-en-espana/74739.html

## **CONSUMO DE CANNABIS**

En relación al cannabis, el porcentaje de trabajadores consumidores también expresa una diferencia estadística significativa en relación los dos primeros sectores del ranking de consumos problemáticos anteriores -alcohol y tabaco-. Quizás pudiera ser comprensible, ante la interacción de este factor laboral con el factor de facilidad de oferta, para la **restauración** (10,9%), por ser superior la disponibilidad de sustancias y la normalización de consumos al tratarse del sector ocio. Pero, de nuevo, resultar muy preocupante respecto del sector de la **construcción**, por su mayor peligrosidad en relación a los accidentes de trabajo.

Por eso, que ocupe el puesto de "honor" en el ranking (11,7 por cien), seguido muy de cerca por la hostelería, así como por el sector de *actividades artísticas, recreativas y deportivas* (10,4%), hace que en este sector deban desplegarse políticas más eficaces de gestión del riesgo de consumos problemáticos. En cualquier caso, queda constada la marcada diferencia estadística en este tipo de consumos en función del sector laboral de que se trate, evidenciándose cómo *el trabajar en el empleo público también parece representar un factor de reducción de la probabilidad* de incurrir en consumos de este tipo, como acreditaría el que se sitúe por debajo del 4 por cien (3,6% para el sector de la Administración Pública, educación, sanidad y servicios sociales), según la ECML (página 36).

## **HIPNOSEDANTES**

Que entre los diferentes sectores de actividad se observan prevalencias muy diferentes, en relación a los patrones de consumo, lo pone de manifiesto el contrario patrón encontrado en relación a los usos nocivos de hipnosedantes. Pues si puede verse la realización de actividades domésticas y servicios personales reduce de manera relevante el consumo de tabaco (en torno al 4,3%, menos de la mitad de probabilidad que los sectores prevalentes, casi un tercio menos que respecto del sector de la construcción y la hostelería), respecto del consumo de hipnosedantes, actuaría como *un factor de notable incremento del riesgo*.

En este sector la prevalencia alcanza casi el 11 por cien (10,9%), situándose en el extremo el sector primario (4,1%). Por lo tanto, si con carácter general parece desenvolverse como un sector de actividad laboral en el que el índice global de consumo de sustancias adictivas es menor que otros -sector de la construcción, la hostelería-, en relación a este tipo de consumos la probabilidad de incurrir en ellos es notablemente mayor. El 2º puesto del ranking de prevalencias es para el sector de empleo público (con especial referencia al sector educativo, el sanitario y el de servicios sociales: 8,6%) y el tercero lo ocupa la hostelería (8,2 %), que se confirma como uno de los sectores de mayor prevalencia de consumos.

Desde una perspectiva diacrónica o histórica, el porcentaje de consumidores de hipnosedantes ha aumentado en todos los sectores salvo en el de Agricultura, pesca, ganadería y extracción. Ahora bien, este "efecto de prevalencia sectorial" ilustra bien, por enésima vez, lo inexorable que es en esta materia adoptar una comprensión no lineal o yuxtapuesta del conjunto de factores, sino de interacción entre ellos. Y ello es así porque, si bien estadísticamente, se debería más a la edad y el sexo del colectivo que trabaja mayoritariamente en el sector más prevalente: *mujeres adultas*. Así, aplicada la "regresión logística", a fin de ponderar adecuadamente los factores sociodemográficos de edad y sexo, según el uso metodológico constante para toda la Encuesta, esa significación estadística desaparecería.

"...al ajustar el modelo de regresión en función del sexo y de la edad, lo que permite afirmar que la edad y el sexo justifican las diferencias de consumo en todos los sectores (mayor consumo en mujeres de más de 45 años)" (pág.32)

Ahora bien, si pasamos del mero dato estadístico a la comprensión del mismo, atendiendo al factor de segmentación sexista del mercado de trabajo, conviene evitar una análoga asociación de la neutralización estadística con una eventual neutralización de la variable sector de actividad como un potente factor de riesgo. Para el análisis sociolaboral la diferencia estadística sí es muy significativa y relevante y no debería olvidarse para implementar políticas más eficaces de prevención.

En este momento, conviene llamar la atención sobre dos datos muy interesantes al respecto. El primero, y atendiendo a la ya reclamada interrelación entre los factores "sociodemográficos" y los "socio-laborales", es que este sector es de los más feminizados de todos. En consecuencia, el mayor consumo de mujeres de más de 45 años no puede dejar de relacionarse, de una forma significativa, con la propia composición o estructura poblacional de este sector de actividad, integrado prevalentemente por mujeres, cierto que no sólo de edad madura. En segundo lugar, el incremento más destacado de consumos se ha producido, precisamente, en las actividades domésticas/servicios personales, de modo que se ha pasado del 6,7% hasta el 10,9% (casi un 50%).

Asimismo, debe tenerse en cuenta la importante prevalencia en los sectores de empleo público donde hay una mayor carga emocional, como es el trabajo de cuidar o la prestación de servicios sanitarios y sociales. Sectores donde, además, también hay una alta feminización (ejemplo: en las actividades sanitarias y de servicios sociales el porcentaje de mujeres es 3.5 veces superior al de hombre -77.3% frente al 22.6%-; o el de educación, en el que el porcentaje de mujeres es el doble que el de hombres)<sup>31</sup>. En estas actividades se produce una especial incidencia de los factores de riesgo laboral de origen psicosocial, pues el nivel de responsabilidad es elevado y las exigencias son altas -alta demanda-, caracterizándose por quedar supeditado el bienestar propio al ajeno, lo que provoca una elevada *carga psicosocial de trabajo*. Por otra parte, se trata también de actividades en las que son frecuentes los conflictos relacionales con clientes, pacientes, alumnos, esto es, donde otro factor de riesgo psicosocial, como es la violencia de terceros, está muy presente, lo que favorece alteraciones emocionales, derivando en estrés y ansiedad, como se reconoce ya institucionalmente<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE correspondientes a 2015.

<sup>32</sup> El Tribunal Supremo y la doctrina judicial vienen reconociendo la violencia de terceros, el estrés y el síndrome de burn-out en estos sectores como enfermedades del trabajo derivadas de la falta de acciones preventivas eficaces al respecto. Vid. M.

Por tanto, y sin perjuicio de lo que se dirá luego en relación a la variable o factores de riesgo ligados a las condiciones de trabajo, es obligado traer a colación aquí la posición de las instituciones comunitarias competentes en seguridad y salud en el trabajo. *Conforme muestran las Estrategias Comunitarias al respecto*, este sector es considerado como uno de los que hay que tener en mayor cuenta para analizar los nuevos riesgos -ergonómicos y psicosociales-, pues las condiciones de trabajo a las que las personas ocupadas en este sector tienen que enfrentarse originan situaciones cada vez más complejas, incrementando la exposición a factores de riesgo psicosocial en general, y asociados al estrés (incluido el estrés de género) en particular<sup>33</sup>.

## **CANNABIS Y COCAÍNA**

En relación al consumo de **cannabis**, los mayores porcentajes de trabajadores vuelven a registrarse en la Construcción (11,7%) y Hostelería (10,9%)<sup>34</sup>; y los menores en la Administración pública, educación, sanidad y servicios sociales (3,6%) y en las Actividades domésticas y servicios personales (4,3%; curiosamente análogo al que se identificaba respecto del tabaco). En cambio, la prevalencia sectorial del consumo de **cocaína** se da en el sector de Actividades artísticas, recreativas y deportivas (5,6%), si bien seguido no muy de lejos, una vez más, por el de Hostelería (4%), también casi en empate técnico con la Construcción (3,9%). El último puesto del ranking lo ocupa, de nuevo, el sector de Actividades domésticas y servicios personales (1,2%).

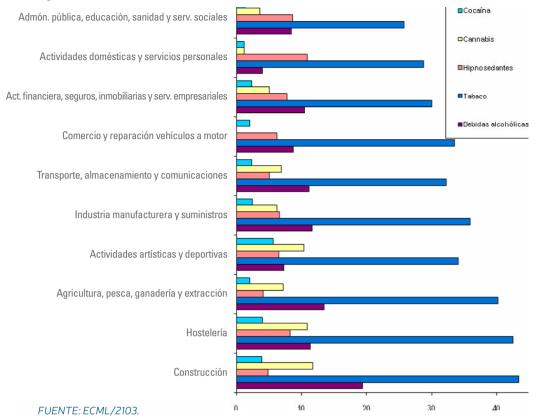
Desde 2007-08, se ha dado un descenso en casi todos los sectores. Esta reducción resulta significativa en la construcción, y en el transporte, almacenamiento y comunicación. Por eso, entendemos relevante llamar la atención sobre ello, dada la especial peligrosidad de esos sectores, en especial el de la construcción, si bien aquí el porcentaje de consumos es significativamente inferior, también a la población general.

GARCÍA JIMENEZ et altri. La regulación de los riesgos psicosociales. Bomarzo. 2011.

<sup>33</sup> La vigente Estrategia Comunitaria de Seguridad y Salud en el Trabajo considera como "particularmente peligroso" el sector de actividades domésticas y servicios personales.

<sup>34</sup> No sorprende que el I CC Estatal de Restauración haya incluido entre las competencias de la Comisión Sectorial Estatal de Seguridad y Salud en el Trabajo realizar Estudios sobre la incidencia del alcohol y las drogas en el sector

Figura 8.



Por tanto, y en relación con la figura 8, podemos considerar que, al *igual que en la creación de riesgos estrictamente laborales o profesionales influye de un modo significativo el sector de actividad* en que se presta servicios, pues no todos tienen el mismo índice de peligrosidad, *también para el riesgo de consumos problemáticos o adictivos en el seno de las empresas el sector de actividad es relevante*. No obstante, la evidencia científica reclama la atención sobre las condiciones de trabajo.

# 2.2.6. Prevalencias de consumos nocivos de sustancias asociados al factor categoría ocupacional.

Junto al factor sector de actividad laboral, la ECML muestra también que existe una notable diferencia estadística en función de la **profesión u** categoría ocupacional. Como para aquél, también para este factor de prevalencias en usos nocivos de drogas hay diferencias estadísticamente significativas según el tipo de sustancia.

# **ALCOHOL**

Extraordinariamente significativo -y muy preocupante- es el porcentaje de personas que consumen alcohol a diario entre los **trabajadores manuales cualificados** (17,6%)

(7 puntos por encima de la media -10,5%-) y que, además, ha aumentado casi el doble desde 2007 (10,9%). El menor porcentaje se da entre el personal del sector administrativo. Paradójicamente, se ha reducido muy significativamente, situándose incluso por debajo de la media poblacional el porcentaje de directivos y profesionales que consumen alcohol a diario (9,4% hoy, frente a 16% en 2007). Esta prevalencia se mantiene para los consumos de riesgo, si bien aquí las diferencias entre trabajadores manuales cualificados (6,7%) y no cualificados (5,6%) se acortan significativamente. De nuevo, el porcentaje más bajo se da también entre directivos y profesionales (3,1%), que, además, analizando el cambio de patrón de este tipo de consumo con perspectiva temporal, desde 2007, evidencian un descenso radical: pasan de ser el primer grupo ocupacional en consumo de alcohol de riesgo al último. Consecuentemente, parece claro que la mayor profesionalización de un trabajo y la asunción de responsabilidades de dirección actuarían como "factor de protección" frente al consumo de alcohol. En cambio, la cualificación profesional en los trabajos manuales (industria clásica) aquí no serviría de fuente de protección -como sí sucede en el consumo de otras sustancias-, sino como "fuente de riesgo".

## **TABACO**

Lamentablemente, esta categoría de trabajadores manuales cualificados tienen el "dudoso honor" de ocupar también la primera posición del ranking de prevalencias de consumos diarios de tabaco (40,6%), aunque igualmente seguidos muy de cerca por los trabajadores manuales no cualificados (36,3%), por lo que aquí las diferencias son poco significativas. El segundo grupo ocupacional más prevalente es el de servicios de restauración, personales, protección y vendedores (36,6%). Una vez más, el porcentaje menor de consumo se da entre los directivos y profesionales, aunque la incidencia de este consumo es muy notable (25,4%). Los trabajadores manuales -con cualificación o sin ella- son igualmente el grupo de población laboral con más fumadores pasivos.

## **HIPNOSEDANTES**

Habiendo aumentado, como se viene diciendo, en todos los sectores y en todas las categorías ocupacionales, el consumo de hipnosedantes, llama la atención respecto de este tipo de consumo, en comparación con las anteriores sustancias referidas, que la categoría profesional más prevalente sea la del **personal administrativo** (8,7%). No obstante, no anda lejos estadísticamente el personal de servicios de restauración, personales, protección y vendedores, para el que la prevalencia es análoga (8,3%). De este modo, comprobamos una vez más cómo las diversas personas que trabajan en el sector de restauración, e incluso en el de los servicios personales, representan unos grupos laborales de alto riesgo en los consumos de drogas.

En cambio, la actividad directiva y la actividad profesional siguen siendo importantes "factores de protección" (5,6%). Por supuesto, merece la pena comentar que, a diferencia de la alta prevalencia indicada para la mayor parte de los consumos problemáticos -alcohol, hipnosedantes, tabaco, cannabis...-, el "trabajador manual cualificado" no protagoniza especialmente este tipo de consumos (eje: del primer lugar de prevalencias para cannabis -como vamos a ver de inmediato- está en el cuarto y penúltimo lugar en hipnosedantes: 5,8 %).

## CANNABIS: LA ACTIVIDAD DIRECTIVA PROTEGE, LA CUALIFICACIÓN NO

Por enésima vez, el trabajo manual -industrial- cualificado se lleva la palma en este tipo de consumo -ECML, pág. 35-: (8,9%). Aunque los no cualificados no andan lejos (7,3%). Como prevalentes resultan también los profesionales de restauración, atención a personas. En cambio, el *personal administrativo presenta menor prevalencia* (4,4%). Sí, también la actividad directiva y la profesional propiamente dicha aparece como un cierto factor de protección, pues, pese a lo que pudiera pensar el imaginario colectivo -que identifica mayor responsabilidad con presión y ésta con mayor riesgo de caer en consumos problemáticos de este tipo de sustancias-, pues apena alcanza un 5 por cien (4,7%). Por tanto, tienen una prevalencia equivalente a la del personal administrativo.

# COCAÍNA: LA INDIFERENCIA DE LA CATEGORÍA OCUPACIONAL

En este caso, la categoría profesional no es una variable significativa, pues no existen diferencias significativas entre los consumidores de cocaína entre los diferentes niveles de la misma. Esto es, la probabilidad de consumir cocaína es similar entre todas las categorías profesionales. Desde 2007 se observa una tendencia descendente del consumo de cocaína en todas las categorías ocupacionales, si bien especialmente entre el personal administrativo.

## La necesidad de comprender las interacciones entre los diversos factores.

En suma, si a la vista de los resultados de la ECML se confirma que para todos los tipos de consumos el factor categoría profesional es relevante para determinar cuáles son los grupos laborales con consumos prevalentes de drogas, evidencia igualmente que la vulnerabilidad, o la atracción, es diferente según el tipo de sustancia de que se trate. También los factores sociodemográficos interactúan. En este sentido, de nuevo la EMCL llama la atención sobre el peso que tiene, en la diferencia estadística de prevalencia de consumos que presenta, el factor sexo.

Así, por ejemplo, en la categoría ocupacional con consumos más elevados, de nuevo la de "trabajadores manuales cualificados" -con una diferencia notable, mucho más que respecto del consumo de cannabis, con los no cualificados-, hay mayor presencia de hombres (9 de cada 10 trabajadores manuales cualificados son hombres). Sin embargo, en este caso, y a diferencia de la conclusión alcanzada respecto del factor sexo respecto del sector de actividad para el trabajo doméstico y de servicios a personas, donde sí neutralizará la diferencia estadística, la prueba Chi-cuadrado, aun ponderada con el análisis de regresión logística, confirma la prevalencia de consumos atendiendo al factor categoría profesional para el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas (a diario en los últimos 30 días).

Al respecto, dos observaciones merecen especial reseña a la hora de proyectar toda esta información al ámbito del conocimiento y la acción socio-laboral. De un lado, desde una perspectiva evolutiva, es llamativo el aumento sufrido por los trabajadores manuales cualificados desde 2007, esto es, en uno de los periodos más crítico de nuestro modelo de relaciones de trabajo. Es más sorprendente este crecimiento pues, para el mismo periodo, se habría reducido la prevalencia en todas las categorías, con un descenso muy acusado

en directivos/profesionales, que era el colectivo con mayor prevalencia antes de la crisis (del 16% en el año 2007 ha pasado al 9,4% en 2013, por debajo de la media global, que se sitúa en el 10,5 de la población ocupada) -ECML, pág.15-. Por lo tanto, parece que, al igual que vimos para la situación laboral asociada al desempleo, también ha habido conjunción nociva con el factor de riesgo "estrés económico" vinculado a la mayor "inseguridad laboral" (síndrome del superviviente laboral en los procesos de reajuste de plantillas). Conforme al paradigma de la OIT, no es irrazonable pensar que la crisis y su solución -reformas laborales- parecen haberse hecho notar en estos patrones de consumo opuestos: una mayor prevalencia en los trabajadores de la industria y el descenso en el grupo directivo. De otro, reclama la atención igualmente sobre los cambios en el porcentaje de trabajadores -a raíz de la crisis de empleo-, así como en las características sociodemográficas de los colectivos que integran tales categorías. Por lo tanto, se requeriría una interpretación ponderada.

# 2.2.7. Condiciones de trabajo, factores prevalentes de riesgo de consumos problemáticos de drogas.

# 2.2.7.1. Principales factores de riesgo laborales incidentes en el incremento -o reducción- del riesgo de consumos problemáticos en las empresas.

El tercer gran grupo de factores prevalentes, para nuestro Estudio también más relevante, a la hora de favorecer -u obstaculizar, si presentan un sentido o dirección opuesta- los consumos de drogas entre la población laboral, son los relativos a las "condiciones y organización de trabajo". Su posición principal es una evidencia para la literatura científica en relación a cualquier riesgo psicosocial. La ECML, con referencias terminológicas más ambiguas, a veces incluso en exceso confusas, incluye en este macro-grupo de factores de riesgo dos tipos de variables -"jornada de trabajo" y lo que llama "riesgos laborales" (satisfacción, riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo y daños iniciales para la salud)-. De este modo, y dada la clara especificidad de la Encuesta, sin perjuicio del reconocimiento de la incidencia de otros factores extra-laborales, con mayor o menor interrelación con los laborales -es el caso de los sociodemográficos, como la edad y el sexo-, se centrará en los laborales.

En todo caso, es manifiesto que en el origen de los consumos de tal tipo, hay una multiplicidad de factores extra-laborales (sociales y personales), pero también laborales. Consecuentemente, si no se duda de la especial importancia que tienen, para aumentar la probabilidad de consumos adictivos, los "factores psicosociales" extra-laborales, tampoco puede hacerse para los "factores psicosociales laborales", es decir, los asociados al entorno de trabajo, potencian situaciones de riesgo, como serían todas las condiciones de trabajo que conllevan peligrosidad, trabajos nocturnos, tareas rutinarias, estrés, insatisfacción laboral, precariedad e inseguridad. Por supuesto, una clave fundamental para comprender los factores incidentes en el incremento de la probabilidad de ser víctimas de consumos adictivos es la íntima, o muy estrecha, relación o interdependencia que existe, en ciertos supuestos, entre los factores psicosociales externos al trabajo y los internos o ambientales laborales.

Así, aun reconociendo, respecto del consumo de alcohol en el trabajo -pero es fácil hacerlo extensivo a otras sustancias psicoactivas-, que aún hoy "no está muy claro…por qué los problemas relacionados con el alcohol son distintos según los trabajos y las personas", sí entiende comúnmente **que hay evidencias científicas** -teóricas y experimentales- suficientes para concluir que

"la disponibilidad física y social de alcohol en el lugar de trabajo son dos factores que ayudarían a explicar estas diferencias"<sup>35</sup>.

Así, a título de ejemplo, se pone de manifiesto cómo en aquellas profesiones donde hay pautas del colectivo social que, desde tiempos inmemoriales, asumen con mayor frecuencia o normalización los consumos habrá un efecto contagio (es el caso de los ambientes artísticos, de las fuerzas armadas, de las gentes del mar...). Del mismo modo que las actividades donde sea más frecuente el contacto social, las relaciones de carácter público, también desarrollarán circunstancias ambientales del trabajo que, al incrementar la oferta y disponibilidad de sustancias psicoactivas -en especial el tabaco y, sobre todo, el alcohol, pero también, en menor medida, el cannabis- aparecerán como caldo de cultivo de riesgo. Qué decir de las personas que trabajan en el sector de hostelería, tal y como refleja puntualmente la ECML.

Situados estrictamente en los "factores de riesgo" que pueden tener mayor influencia en el riesgo de consumo problemáticos de drogas por parte de la población laboral, podría hacerse la siguiente tabla:

<sup>35</sup> Vid. BASTIDA, N. "Problemas laborales asociados al consumo de alcohol". Adicciones, vol. 14, 2002. pág. 244.

Tabla 3. FACTORES DE RIESGO LABORAL QUE FAVORECEN EL CONSUMO.

FACTORES DE RIESGO LABORALES QUE FAVORECE EL CONSUMO					
Organización del trabajo	Jornadas de trabajo prolongadas.				
	Rotación horaria.				
	Trabajo nocturno.				
	Ritmos de trabajo demasiado intensos.				
	Escasa posibilidad de promoción profesional.				
	Descansos durante la jornada laboral.				
Puesto de trabajo	Trabajos repetitivos y monótonos.				
	Condiciones climatológicas adversas.				
	Contaminación y toxicidad ambiental.				
	Trabajos aislados.				
	Traslados frecuentes de puesto de trabajo.				
	Disponibilidad de sustancias.				
	Cultura del puesto y/o profesión.				
Ambiente laboral	Competitividad/Conflictividad laboral.				
	Inestabilidad laboral.				
	Ambiente de gran competitividad.				
	Consumidores en el centro y tolerancia.				
	Accesibilidad general a ciertas sustancias.				

# 2.2.7.2. El protagonismo de los factores de riesgo laboral psicosociales.

Tanto si se tiene en cuenta los múltiples Estudios previos sobre la prevalencia de consumos de drogas<sup>36</sup>, cuanto si se analiza con detalle los factores laborales que ha tenido en cuenta principalmente la EMCL, queda claro que *los factores psicosociales de origen laboral están entre los más relevantes*, no los únicos -también los de tipo ergonómico, en especial las condiciones materiales y físicas del trabajo, como también muestra la EMCL-, para favorecer el

<sup>36</sup> Vid. BASTIDA, N. "Problemas laborales asociados al consumo de alcohol". Op.cit. págs. 242- 244. Para las mujeres se señalarán tanto la "insatisfacción en la función o el trato", cuanto la "inseguridad laboral", así como el desempeño laboral en medio de unas condiciones duras -intensivas- de trabajo, como los destajos, las jornadas prolongadas, los ritmos intensos, generadoras de presión y estrés. Estos factores propiciarían situaciones de mujeres con "consumos prevalentes" en alcohol abusivo, hipnosedantes, así como "sustancias del modelo de los psicoestimulantes". Vid. EDIS-Instituto de la Mujer. El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Op. cit. pág. 19. mujeres cuyos "consumos prevalente. También J. NAVARRO. Las drogas en el medio laboral. PNSD. Madrid. 2001.

consumo de drogas (programa SOLVE/2012 de la OIT; Pacto Europeo de Salud Mental/2008). Consecuentemente, una adecuada línea de investigación es la de poner en relación la incidencia de los factores de riesgo psicosocial que más perjudican la seguridad y salud de los trabajadores en España, con la incidencia de esos mismos factores en la prevalencia de consumos, a fin de tratar de establecer correlaciones entre aquéllos y éstos. Para ello, instrumentos de Encuesta recientes en la materia podrán ayudarnos. Al respecto, destaca la actividad de la Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) y su *VI Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo* (EWCS) en 2015, que, para trabajadores, está entre las más solventes<sup>37</sup>, o la Encuesta ESENER-2 (para empresas).

Al respecto, es importante recordar que los problemas de salud más relevantes para la población laboral se relacionan con posiciones dolorosas o agotadoras (incluido estar sentado durante mucho tiempo), presente en casi ocho de cada diez centros de trabajo. Aquí se trata más bien de riesgos ergonómicos, que, sin duda, también tienen, o pueden tener incidencia, en el consumo de ciertas sustancias dirigidas a amortiguar o neutralizar el dolor, pasando de alivio del dolor a un estado de consumo adictivo. En lo que concierne a los *riesgos psicosociales* los más incisivos serían:

La presión de tiempo de trabajo, que confirma el crecimiento del llamado "trabajo intensivo". Según la referida VI EWCS, un 36% de los trabajadores presta sus servicios siempre o casi siempre con plazos ajustados, mientras que el 33% lo hacen a gran velocidad.

Han crecido los trabajos con altas demandas emocionales, que incluyen la ocultación o represión de los sentimientos y estados, desembocando en un buen número de reacciones y estados de estrés. El 28% de hombres y el 35% de mujeres ocultarían sus sentimientos en el trabajo.

La incertidumbre en el empleo y la falta de seguridad en las condiciones de trabajo, siendo directamente proporcional la pérdida de seguridad al grado de cualificación del trabajo (VI Encuesta Europea de Condiciones Laborales).

La autonomía en el trabajo y el apoyo social dentro del trabajo no tienen la suficiente incidencia, no obstante crecer levemente, para compensar de un modo relevante la intensificación del trabajo.

Crecen las conductas sociales adversas en el lugar de trabajo -violencia en el lugar de trabajo-, de modo que en 2015, declararon haberlas sufrido un 17% de mujeres -aquí se incluyen abusos sexuales-, y un 15% de hombres.

Pese a la creciente evidencia de la centralidad de estos riesgos como principal problema de salud, sigue existiendo una elevada resistencia a su oficialización. La acción preventiva le sigue negando un estatus de normalización.

<sup>37</sup> La encuesta se dirige a trabajadores -43.000 en total- elegidos de manera aleatoria entre una muestra estadística, incluyendo diferentes grupos de la sociedad, que oscila entre 1000 y 3.300 personas por país. Un interesante resumen, donde se recogen variables coincidentes en parte con la ECML, en:

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\_publication/field\_ef\_document/ef1568es.pdf

Por lo tanto, no es posible disociar las fuertes resistencias al reconocimiento de la conexión de los consumos problemáticos de drogas con el ambiente laboral como una relación relevante, al margen de las conclusiones que se alcancen respecto de la compleja y muy polémica cuestión de la identificación de una relación de causalidad estricta o de naturaleza directa e inmediata, con la posición de resistencia análoga mostrada inicialmente por los empresarios hacia el reconocimiento como riesgo laboral de los factores de naturaleza psicosocial ligados a relacionados con el ambiente de trabajo. Resulta interesante conocer la concepción que tienen los empleadores en torno los factores psicosociales en general, y las drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo en particular. Al respecto, la muy interesante encuesta ESENER-2 poner de relieve cómo la ausencia de acción preventiva sobre los mismos se encuentra directamente relacionada con la falta de suficiente concienciación por parte del personal o por parte de la dirección, frente a lo que le suceden a los riesgos físicos.

Tabla 4

PERCEPCIÓN SOBRE LA EXPOSICIÓN A LOS RIESGOS FÍSICOS Y PSICOSOCIALES EN ESPAÑA.						
RIESGOS FÍSICOS	RIESGOS PSICOSOCIALES					
96,1%	70,4%					

FUENTE: Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESENER-2 — España, INSHT), Madrid, septiembre 2015, pág. 29.

Asimismo, un 11% de las empresas españolas dicen carecer de información o herramientas para afrontar los riesgos de carácter físico, sin embargo, para los riesgos psicosociales estos datos son más preocupantes, donde el porcentaje se duplica hasta alcanzar un 23% de centros de trabajo. De igual modo, hay que tener en cuenta que, de todos los riesgos psicosociales a los que puede estar expuesto el trabajador el consumo de sustancias es uno de los que presenta mayor invisibilidad, tal y como se señalábamos en un principio. En todo caso, el TS ha dejado claro -pero ha tenido que ser en febrero de 2016-que hay obligación de evaluar los riesgos psicosociales.

# 2.2.7.3. Interacciones entre prevalencias adictivas y riesgo laboral.

Como hemos podido comprobar, existen diferentes factores de riesgo de diversa índole que afectan y actúan sobre la conducta de consumo. A este respecto, en el origen y desarrollo de una conducta adictiva o de consumo problemático influyen múltiples factores. Sin embargo, es evidente que, el estudio de los factores de riego laboral y la correlación con la incidencia sobre consumos problemáticos pueden suponer el conocimiento para la evitación o minimización de dichas incidencias de los factores, resultando de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención y para la facilitación de la detección e intervención precoz de los problemas.

Tabla 5. Prevalencias más altas de adicciones entre la población laboral según su exposición a factores laborales.

	consumido- res de bebi- das alcohó- licas a diario (últimos 30 días)	fumadores diarios (últimos 30 días)	consumido- res de hipno- sedantes con o sin receta (últimos 30 días)	consumido- res de canna- bis (últimos 30 días)	consumido- res de cocaí- na (últimos 12 meses)				
SATISFACCIÓN									
Insatisfecho con el trabajo		X	Х	Х	Х				
RIESGOS PSICOSOCIALES									
Largos desplazamientos o ausencias de casa					Х				
Periodos con poco trabajo					X				
Escasa perspectiva de promoción									
Sentirse poco capacitado/a para el trabajo									
Insatisfecho/a con el trato de los compañeros			Х		Х				
Insatisfecho/a con el trato de los superiores					Х				
Trabajo por debajo de su preparación					X				
Tareas rutinarias o monótonas					X				
Jornadas con escaso tiempo de descanso					Х				
Jornadas prolongadas					X				
Trabajo que exige rendimiento muy alto					X				
RIESGOS DE SEGURIDAD									
Penosidad en el trabajo					Х				
Trabajo con calor o frío	Х	X	Х		Х				
Trabajo peligroso	Х	X	Х	Х	X				

CONDICIONES DE EMPLEO								
Sentirse mal pagado					X			
Inseguridad en el futuro laboral					X			
DAÑOS INICIALES PARA LA SALUD								
Sentir tensión o estrés durante el trabajo	X		X		X			
Sentir agotamiento tras el trabajo			X		X			

FUENTE: Elaboración propia a partir de la Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.

Cabe, así, deducir una importante correlación entre el porcentaje de personas consumidores de las diferentes drogas, legales como ilegales, y la exposición a ciertos riesgos laborales. Si bien es cierto que no son sólo los referidos factores psicosociales, sí son los más frecuentes. Entre los que se encuentran en todos los consumidores, podemos observar que son los trabajadores descontentos con los estilos de gestión o de dirección empresarial -"Insatisfecho/a con el trato de los superiores"-; con unas "Jornadas con escaso tiempo de descanso" y con un "Trabajo que exige rendimiento muy alto". Por el contrario, ningún trabajador determina su consumo de drogas por "Sentirse poco capacitado/a para el trabajo".

Específicamente, en lo que se refiere a la implementación de alguna medida para prevenir los riesgos psicosociales en las organizaciones empresariales españolas, según ESENER-2, solo el 55% de los centros de trabajo han aplicado alguna medida en los últimos tres años. Las más habituales son la reorganización del trabajo con un 40% (aspectos relacionados con los sistemas de producción, el diseño de las tareas, la comunicación, las relaciones entre compañeros y los niveles de apoyo social, estilos de mando, el contenido del trabajo, la capacidad de iniciativa y control, los niveles de carga y los ritmos, etc.) y el asesoramiento confidencial para trabajadores (31%). Por contra, la intervención en caso de demasiadas horas de trabajo u horario irregular, se aplican en menor medida (18%).

Esta interacción entre factores de riesgo laboral y consumos problemáticos, en general, puede presentarse representando los diferentes consumidores de sustancias adictivas entre los que afirman estar expuestos a factores de riesgo psicosocial, con la finalidad de delimitar el contexto en el que se instaura dichas drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo.

2.2.7.4. Desglose de la ECML en relación a los principales factores de riesgo laboral que favorecen el consumo de drogas y explicaciones a la diversidad de prevalencias.

## **BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

Ya hemos visto cómo, pese a los afanados esfuerzos institucionales y políticos por diferencia el alcohol de las drogas, científicamente es a todas luces una sustancia psicoactiva que causa dependencia<sup>38</sup>. En España su consumo es superior a la medida de la OCDE<sup>39</sup>.

Existen un conjunto de elementos y factores de riesgo laboral, que sin tener una relación directa causa-efecto, sí favorecen la probabilidad (relación factor agente-riesgo) de iniciar, mantener o agravar un consumo inadecuado de bebidas alcohólicas. De modo, con carácter general, el porcentaje de consumidores de alcohol es mayor entre los que afirman estar expuestos a determinados factores de riesgo laboral, se trate de riesgos físicos se trate fundamentalmente, como se ha dicho, de aquellos de naturaleza psicosocial. Como hemos visto a propósito de la VI Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, los factores de riesgos psicosocial están vinculados:

- a la forma de diseñar, organizar o gestionar el trabajo: exigencias elevadas de trabajo, intensidad del mismo, demandas emocionales o carga psicosocial, el grado de autonomía, tipo de liderazgo en la empresa.
- al contexto socio-económico (lo que el programa SOLVE de la OIT llama factores de estrés económico), con especial referencia a la inseguridad en el empleo y en trabajo.
- el clima relacional en la empresa: relaciones sociales en su seno.

Consecuentemente, el tipo de jornada laboral -duración y distribución- es un manifiesto factor de riesgo laboral, tanto para la seguridad física como más todavía para la salud psicosocial, que, en consecuencia, incide significativamente en la mayor probabilidad de consumir alcohol a diario -y de riesgo-. Como muestra la ECML, las mayores prevalencias se dan entre los trabajadores con jornada partida, jornada continua de noche y turnos rotatorios con el de noche. No es casualidad que entre los años 2007-08 y 2013-14, se observa una reducción del consumo de alcohol diario en todo tipo de jornadas, salvo en la "jornada continua de noche", en la que crece de un modo significativo (8,9% frente al 11,5% en 2013).

La exposición a otros factores de riesgo laboral, no sólo psicosociales, incide también en esta prevalencia. El tipo de factor de riesgo en el que existe mayor diferencia porcentual es en el de seguridad (más de 3 puntos). Particularmente:

<sup>38</sup> Nota descriptiva nº349 de la OMS, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/

<sup>39</sup> Vid. Informe OCDE referido a 2012, http://www.oecd.org/health/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm

Estrés térmico o el trabajo con frío y calor (el 15% de los que trabajan expuestos a este factor consumen alcohol a diario frente al 9% que lo hace entre los que informan que no trabajan expuestos a este riesgo).

El trabajo peligroso (13,7% frente a 10%), y la penosidad del trabajo (13,1% frente a 9,6%). Estos resultados van en la misma línea que los obtenidos para los sectores que implican ese tipo de condiciones de trabajo (construcción, agricultura, pesca, ganadería y extracción).

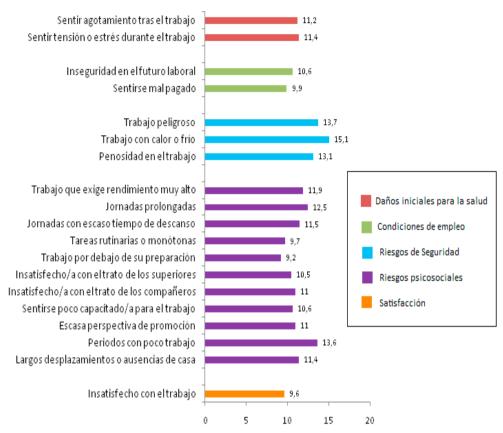
Entre los riesgos psicosociales, aquellos factores en los que mayores diferencias se dan son:

- disponer de periodos con poco trabajo (el 13,6% de los que trabajan expuestos a este factor consumen frente al 10,1% que declaran no trabajar expuestos a este riesgo y consumen), y
- las jornadas de trabajo prolongadas (12,5% frente a 9,9%) (diferencias porcentuales de más de 2 puntos).

Sin embargo, cuando la persona no percibe ningún riesgo se obtienen valores mayores para las *variables insatisfacción laboral* (10,6% vs. 9,6%), trabajo por debajo de su preparación (10,9% vs. 9,2%), realización de tareas rutinarias (11,3% vs. 9,7%), y sentirse mal pagado (10,7% vs. 9,9%). Debe recordare que uno de los modelos más relevantes para explicar el estrés laboral es el de desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa (SIEGRIST, 1996). Aunque podría pensarse que esos factores no son muy relevantes si se tiene en cuenta que la mayor parte de los consumidores diarios de alcohol están satisfechos con su trabajo, no podemos dejar de recordar, de un lado, que perciben al mismo tiempo daños para su salud psicosocial (estrés y agotamiento), y, de otro, que hay que valorar con cautela las percepciones. En este sentido, también en la EWCS se identifica un porcentaje alto de trabajadores satisfechos con su trabajo, e incluso una reducción del porcentaje de trabajadores que perciben el trabajo como un riesgo relevante para su seguridad y salud -ha pasado del 31 por cien en 2000 hasta el 23 por cien en 2015-, cuando la realidad científica e indicadores objetivos alertan de todo lo contrario.

Cuando del consumo de alcohol de riesgo hablamos emerge la misma mayor prevalencia de la jornada continuada de noche (7,7%), siendo menor para la continua de tarde -6,3%- y para los turnos rotatorios con el de noche -5%-. Pero el efecto parece deberse más a la edad y el sexo del colectivo que trabaja en esas jornadas (hombres jóvenes). Ahora bien, de nuevo hay que recordar la interrelación entre estos factores y los socio-laborales, en especial el diferente reparto del trabajo de cuidar no mercantil. Por eso para las mujeres los valores mayores son para la jornada continua de tarde (3,8%), continuo rotatorio de noche (3,2%), horario irregular (2,9%) y partida (mañana y tarde) (2,5%); obteniéndose los valores menores en continua de mañana y reducida (1,8%) junto con turnos rotatorios (excepto noche) (1,7%). Múltiples y variados son los factores de riesgo laboral se relacionan con la probabilidad de realizar este patrón de consumo. La visión de síntesis nos la ofrece el siguiente gráfico.

Figura 9.



#### **FUENTE: ECML**

De este análisis, reemerge también constante la imposibilidad de comprender el funcionamiento de los consumos problemáticos como riesgo psicosocial sino se tiene en cuenta la interacción entre todos los factores y su carácter bidireccional. Así sucedería, por ejemplo, con el factor nocturnidad laboriosa, uno de los más vinculados con el consumo de riesgo, lo que podría explicarse por su incidencia en la vida familiar y personal. Y en este punto pueden hacerse dos lecturas: la primera, que ese mayor consumo de riesgo se debe a la voluntaria adscripción al turno de noche de trabajadores que los prefieren por carecer o ser débiles sus vínculos familiares y relacionales; la segunda, que las dificultades que implica el trabajo nocturno para desarrollar la vida familiar y social predispone al trabajador a un mayor consumo para mitigar la carencia relacional y sensación de soledad que aquél puede provocar. Se producen ambas situaciones, incluso algunas se darán interrelacionadas, empezando como las segundas y terminando como las primeras. En cualquier caso lo que sí es seguro es que el alcohol incrementa los riesgos para la salud que, ya por sí, provoca al trabajador el desarrollo del trabajo nocturno (así lo reconoce el art. 36 ET, exigiendo un tratamiento preventivo y de vigilancia de la salud específico).

Asimismo, hay que llamar la atención sobre el alto porcentaje de trabajadores con jornada continuada de tarde que realizan consumo de riesgo (6.3%). En ello puede influir la "costumbre" asentada en algunos colectivos de socializarse con compañeros y relajarse tomando alcohol, eso sí, tras el trabajo, en los llamados *afterwork*<sup>40</sup>, mucho más frecuente tras jornadas de tarde. Pero también tiene una importante incidencia la jornada partida en el consumo de alcohol de riesgo (4.9%). ¿Por qué? En este supuesto, quizás se esté reflejando que, al interrumpirse por la hora de la comida del mediodía, éste se relaciona con pautas de consumo vinculado a la alimentación, que igualmente se proyecta y se concreta en mayor medida en el patrón de consumo por edad, como se ha visto, convergiendo, pues, los indicadores o factores socio-laborales con los socio-demográficos, todo ello en un determinado entorno socio-cultural.

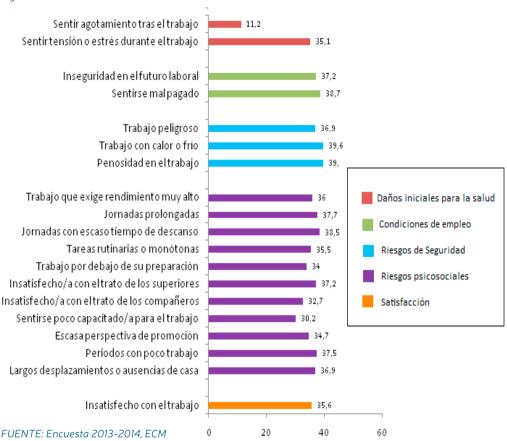
## **TABACO**

En cuanto al tabaco, a la prevalencia que tiene también la jornada continuada de noche en este consumo (casi el 50%; también para trabajadores fumadores pasivos -18,1%-), hay que sumar como principales factores de riesgo laborales que prevalecen en los fumadores los relacionados con las condiciones de trabajo del puesto de trabajo y la tarea (el 40% de los trabajadores fumadores declaran tener un trabajo con unas *condiciones climatológicas adversas*, seguido de un trabajo penoso -39%-). Fuera de la seguridad física, en lo que atañe a los riesgos psicosociales, el principal factor prevalente es, una vez más relacionado con la jornada de trabajo y su proyección en un trabajo intensivo, el relativo a "Jornadas con escaso tiempo de descanso" (38,5%), seguido por "jornadas de trabajo prolongadas" (37,7%). Además, son considerables las diferencias de prevalencia entre los trabajadores que declaran factores de riesgos en las condiciones de empleo, como son inseguridad en el futuro laboral e insatisfecho con su salario, así como los que tienen periodos con poco trabajo.

En suma, cuando las condiciones de empleo se tienen por insatisfactorias, o directamente deficientes (mala paga e inseguridad laboral) el porcentaje de fumadores es mayor, llegando las diferencias porcentuales a ser de más de 6 puntos. Por tanto, sin perjuicio de la importancia que en relación a este tipo de consumos tiene un tipo de acción netamente individual, orientada a cambiar los hábitos de vida, no cabe duda de que la intervención primaria organizativa, esto es, en las condiciones de trabajo, se convierte en una iniciativa de gran trascendencia para reducir la presión hacia este tipo de consumo.

<sup>40</sup> Significa "tras el trabajo" y designa bares en los que se toman copas al término de la jornada laboral, <a href="http://www.finanzas.com/estilo/20120504/afterwork-tomar-despues-trabajo-1348487.html">http://www.finanzas.com/estilo/20120504/afterwork-tomar-despues-trabajo-1348487.html</a>

## Figura10.



## **HIPNOSEDANTES**

Los llamados hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos) son, como venimos analizando en este Estudio, el tercer grupo de sustancias psicoactivas en nivel de consumo, por detrás del tabaco y por delante de todas las drogas ilegales. Las más consumidas son las benzodiacepinas, eficaces a corto plazo, sin efectos secundarios pero con elevado poder adictivo<sup>41</sup> y, en consumos por períodos prolongados-

Precisamente, son éstos los que más riesgo tienen de producir relevantes deterioros cognitivos y de salud física y mental<sup>42</sup>. El *consumo de hipnosedantes* ha ido en aumento en los últimos años (en 2013 el 7,3% de la población entre 16 y 64 años los había consumido en los últimos 30 días, frente al 5,3% en 2007), a diferencia de las restantes sustancias examinadas en este estudio, cuyo consumo ha descendido. En consecuencia, lejos de ser un hecho anecdótico, se trata de un importante problema de salud pública. Por lo demás,

<sup>41</sup> http://www.infosalus.com/farmacia/noticia-son-benzodiacepinas-20150119092332.html

<sup>42</sup> Vid. ASTON, H., "Las benzodiacepinas: cuál es su mecanismo de acción y cómo suspender su ingestión", capítulo I, 2002, un extracto en http://www.benzo.org.uk/espman/bzcha01.htm

es de destacar que la pauta de consumo de los hipnosedantes siempre es diaria y, salvo casos excepcionales, regular en su dosis, razón por la que sólo se recogen los datos correspondientes a los últimos 30 días y no se incluye la medición de consumos de riesgos.

Descendiendo a los datos estadísticos. El tipo de jornada laboral guarda una relación muy significativa con la probabilidad de consumir hipnosedantes, pues se detectan las mayores prevalencias entre los trabajadores con jornada reducida (11%) y los que trabajan en jornada continua de noche (9,7%). Si en este caso apenas tiene una significación relevante los factores de riesgo de seguridad -en coherencia también con el tipo de sector de actividad prevalente, ya indicado-, sí emergen los factores de riesgo psicosocial también comentados en otros patrones de consumos, especialmente entre quienes carecen de expectativas de promoción social y económica. No obstante, es llamativa también la prevalencia registrada entre quienes informan que no tienen factor de riesgo pero se ven sometidos a desplazamientos largos o ausencias de casa, y a la sensación de poco capacitado para realizar el trabajo.

Es manifiesta la coherencia entre los diferentes factores de riesgo. El que haya una prevalencia mayor en el trabajo a tiempo parcial no es ninguna casualidad, pues es bien sabido que esta modalidad de trabajo es la que desarrollan las mujeres que, a fin de poder continuar con el cuidado de familiares, se ven relegada a ella (3 de cada 4 personas en esta modalidad son mujeres). Como vimos, las mujeres son prevalentes en este patrón de consumo.

Pese a que, en una visión ciertamente superficial, podría pensarse que el tiempo parcial determinaría mayor relajo por la menor duración de la jornada; pero nada más alejado de la realidad, por varios motivos. Primero, porque esa modalidad de empleo no es elegida voluntariamente por la mayoría de las mujeres, aunque en ellas se dé una mayor aceptación de la misma que en los hombres, por tener que dedicarse al trabajo de cuidar. Por lo tanto, en el trabajo a tiempo parcial hay un importante componente de insatisfacción laboral, por no ser elegido libremente, como sí sucede en otros países de la UE, por lo que habría margen de acción institucional y socio-laboral relevante para mejorar este factor de riesgo. Segundo, precisamente en conexión con el primer argumento, porque en ellas esta jornada responde a la necesidad de una doble jornada de trabajo real, de modo que el tiempo que no ocupan productivamente responde a la obligación de tener que ocuparlo reproductivamente, atendiendo el trabajo doméstico-familiar, cuya menor satisfacción resulta manifiesta por la extremada infravaloración que sigue teniendo en nuestra sociedad, aunque ya si figure en el PIB, pero no tenga ninguna "recompensa" más allá de la puramente emocional, cuando la hay, y donde la haya.

En suma, factores sociales -distribución sexista del trabajo de cuidar- y factores institucionales -perpetuación de las diferencias de trato-, así como laborales - una abrumadora presencia de las mujeres en el empleo parcial (con salario parcial y con expectativas también parciales de promoción)-, hacen que las mujeres no sólo tengan mayores requerimientos -presión de demanda o carga de trabajo, sumando el reproductivo-, sino menor disponibilidad de tiempo para descanso y ocio. Sin estas "válvulas de escape", la presión hacia "compensadores" crece.

## **CANNABIS**

Como en el resto de consumos problemáticos, también para el cannabis la prevalencia mayor se da entre los *trabajadores de jornada continua de noche* (12,2%) y la menor entre los trabajadores de jornada continua de mañana (5,7%). Aunque los factores de riesgo seguridad parecen más relevantes, los psicosociales andan a la zaga.

Así, la percepción del desequilibrio entre el esfuerzo requerido y la retribución (compensación) obtenida tiene una prevalencia (9,4%) análoga a la propia del trabajo penoso, como parecida es la incidencia del factor psicosocial relativo a la insatisfacción en el trato con los superiores (8,9%). Es especialmente destacable el relativo cambio producido en este tiempo, desde la primera ECML, pues en 2007 la percepción de riesgo y mayor consumo de la sustancia estaba vinculado sobre todo con requerir de un alto rendimiento y la insatisfacción laboral, más que con la realización de trabajos peligrosos (en ambos sexos).

## **COCAINA**

Es especialmente llamativo, al menos desde un enfoque comparado respecto de los consumos de sustancias precedentes -cannabis, tabaco-, que, para el consumo de cocaína, la mayor prevalencia se dé en la jornada continua de tarde (3,6%), seguida a cierta distancia -un punto- por la jornada continua de noche (2,6%), y por los turnos rotatorios con el de noche (2,6%). También llama la atención, atendiendo al referido enfoque comparado, la escasa relevancia estadística que tienen factores de riesgo laboral tales como la 'escasa perspectiva de promoción' y 'sentirse poco capacitado para realizar el trabajo'. En cambio, factores de riesgo psicosocial como los relativos al "escaso tiempo de descanso" disponible -trabajo intenso- y el desequilibrio entre el esfuerzo y la retribución tienen una marcada incidencia (3,9%), como la tiene el factor de alta demanda -'la exigencia de alto rendimiento': (3,6%)-. En todo caso, se insiste, los datos son siempre más bajos que en 2007.

2.3. De las causas -factores de riesgo- a las consecuencias: trascendencia de los impactos -daños y costes- negativos del consumo de drogas en el trabajo. Revisión de evidencias científicas institucionalmente avaladas.

Más allá de la espinosa cuestión de las relaciones o asociaciones de *causalidad*, sean directas o indirectas, propiamente consecuenciales o de estricta *probabilidad* -riesgo-, queda claro que las consecuencias derivadas del consumo de drogas en toda la población trabajadora son de una extraordinaria importancia, pues los Estudios que se han realizado al respecto prueban sobradamente que un alto porcentaje -7 de cada 10- de personas que consumen drogas son trabajadores. Las consecuencias del consumo problemático de drogas tienen un gran impacto negativo tanto en la esfera personal y patrimonial de quienes consumen (costes personales), cuanto en las empresas (costes económicos) en la que prestan servicios y de la sociedad en su conjunto (costes sociales). Así lo reconocen de forma contundente, desde hace tiempo dilatado, la OIT<sup>43</sup>, y se recoge

<sup>43</sup> Un amplio catálogo de evidencias científicas, sobre Estudios solventes de autores de diversos países y a lo largo de varios años, en relación a estos costes aparecen sintetizados en el Documento relativo al PROGRAMA SOLVE de la OIT. De él damos

claramente en los Planes nacionales y autonómicos en esta materia. Incluso los empresarios alertan de esta problemática, diferenciando a tal fin, como se dijo, la cuestión de las causas de los efectos, de modo que se solicita mayor acción para evitar que los costes del problema recaigan en la empresa, aunque no haya el mismo compromiso a la hora de implicarse en la prevención de las causas.

Naturalmente, como se dijo respecto del mecanismo de interacción factores de riesgofactores de protección, también la extensión e intensidad de los efectos de la exposición a este tipo de problema -como sucede en general con el conjunto de los riesgos psicosociales, tengan o no un origen laboral en sentido estricto o prevalente- son diversos y se ven modulados por las características personales y por las redes de apoyo social. Con carácter general, es oportuno recordar algunos de los efectos más nocivos sobre el trabajador:

- Problemas y enfermedades cardiovasculares
- Depresión, ansiedad y otros trastornos de la salud mental.
- Marcados cambios de humor, ataques de ira y agresividad.
- Trastornos médicos de diverso tipo (respiratorios, efectos neurológicos o cardiovasculares, etc.)
- Conductas sociales y relacionadas con la salud (sedentarismo, falta de participación social, etc.).

Igualmente, los consumos problemáticos en materia de drogas dentro de los entornos de trabajo pueden generar efectos nocivos sobre la organización y sobre el rendimiento laboral:

Absentismo laboral
Bajas voluntarias
Descenso de la productividad
Deterioro de la calidad del trabajo prestado.
Disminución del ritmo de trabajo.
Incremento de la sinjestralidad.

Por lo tanto, si desde el lado de los factores de riesgo se pone de manifiesto la relación entre la prevalencia de los consumos adictivos o problemáticos de sustancias, lo que exigiría una acción concertada entre quienes asumen la responsabilidad de ello -de un lado, el empresario, como garante, y de otro los representantes de los trabajadores, como cooperadores necesarios-, queda igualmente claro que, desde el lado de los efectos de tales prevalencias de consumos problemáticos, también emerge potente esta necesaria correlación e implicación. Por ello, cuando existen indicadores en los que concurren condiciones de trabajo que pueden influir en los problemas de drogodependencias y adicciones, los empleadores, debería primarse la prevención.

En otro caso -que es lo que ahora sucede de forma generalizada-, el consumo problemático de drogas en los ambientes de trabajo tiene graves repercusiones para el sistema productivo y para la salud y bienestar de los trabajadores. La necesidad, no ya sólo la conveniencia, de actuar en el campo de las adicciones en los entornos laborales deriva también, pues, de los elevados costes -directos e indirectos- que el consumo de dichas sustancias provoca. Para ponerle algunas cifras concretas a esta catálogo cierto de efectos nocivos, los principales problema identificados con más frecuencia para considerar dichos consumos de alcohol y de sustancias psicoactivas problemáticos, son

Según Estudios avalados por la OIT, hasta el 54 % de los *incidentes en las empresas* se relacionan con el alcohol (accidentes, conflictos, delitos, absentismo laboral...). De acuerdo con la literatura científica asumida por la OIT -PROGRAMA SOLVE, pág. 18-, las personas afectadas por el alcohol toman 7 veces más bajas laborales que el resto.

La disminución de la productividad o rendimiento se asocia de una forma significativa al consumo de drogas, de modo que afectaría a 1 de cada 4 trabajadores en activo (25,5%). Según el Informe Mundial sobre las Drogas, realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en el año 2012, en los EEUU el consumo de drogas en el trabajo generó unas pérdidas de productividad equivalentes a casi el 1% PIB.

Es un clásico de los Estudios en esta materia, si bien siempre ha presentado algunas controversias la fijación de su porcentaje y la valoración de cómo ha de afrontarse, *la vinculación de los accidentes*, de trabajo y otros viales, al consumo de drogas, cifrándose en torno al 25 por cien en ciertos Informes recogidos por la OIT (1998). En España, se estima que el alcohol estaría presente en casi el 20 por cien de los accidentes de trabajo mortales<sup>44</sup>.

Precisamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre "La Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol", determina que el uso nocivo del alcohol causa cada año cerca de 2,5 millones de muertes, afectando una proporción considerable a jóvenes y en edad laboral. Otros estudios de la OMS estiman que el alcohol fue el causante de casi el 6% de fallecimientos en el mundo en 2012, estando su consumo asociado a más de 200 enfermedades y trastornos, además de agravar otras dolencias puesto que afecta al sistema inmune, aunque su incidencia mayor está en la nocividad para la salud mental<sup>45</sup>. Por tanto, el precio social y su impacto económico son muy elevados. Pese a los elevados riesgos relacionados con el alcohol, su consumo se viene manteniendo estable en el último período, pues es análogo al registrado en 2007, sin duda porque está socialmente integrado y aceptado, atribuyéndosele un sentido lúdico que hace que su ingesta se relacione con celebraciones y festejos.

<sup>44</sup> Vid. RODRIGUEZ-MARTOS, A.: Prevención de lesiones atribuibles al alcohol en el marco de una política de reducción de daños, en <a href="http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-prevencion-lesiones-atribuibles-al-alcohol-13030759">http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-prevencion-lesiones-atribuibles-al-alcohol-13030759</a>

<sup>45</sup> OMS, "Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2014", <a href="http://www.who.int/substance\_abuse/publications/global\_alcohol\_report/en/">http://www.who.int/substance\_abuse/publications/global\_alcohol\_report/en/</a>. Vid. CADAVEIRA, F. y CORRAL, M. "Alcohol y cerebro: efecto de los nuevos patrones de consumo". En AAVV "Adicción a drogas". NCEA. En: <a href="http://www.usc.es/necea/web/uploads/publicacions/arquivo/51e31307de83c-2005\_cadaveira\_etal.pdf">http://www.usc.es/necea/web/uploads/publicacions/arquivo/51e31307de83c-2005\_cadaveira\_etal.pdf</a>. pág.15 ss

La "percepción" de los trabajadores no es ajena a este cúmulo de importantes efectos, al margen de la relevancia del porcentaje para evaluar la magnitud real de estos problemas que, en todo caso, aconsejan el primado de la acción preventiva. Así, de los consumidores de alcohol en trabajadores ocupados determinan que:

- el 8.5% indica haber tenido algún problema de relación interpersonal.
- el 7,1% de los trabajadores en activo declara problemas de salud,
- el 3,1% de absentismo en relación con la bebida y
- el 2,8% consideran haber disminuido el rendimiento laboral.
- el 0,6% relata accidentes de trabajo y el 1,6 % accidentes de tráfico.



# 3. EL MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO DE LAS ADICCIONES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

### 3.1. El desajuste entre los marcos de "planificación institucional" indicativa y el marco normativo laboral.

En el "plano regulador" de la "cuestión social" relativa a las drogodependencias y demás adicciones en los entornos o ambientes de trabajo sucede algo parecido a lo que hemos visto en el "plano de la concienciación social" sobre tal problema: se produce un importante desajuste entre lo "verbalizado" -discurso oficial o políticamente correcto- y lo "hecho realmente" -praxis-. Así, mientras que en el "marco político-institucional" de la "planificación" (lo predicado) se sostiene un enfoque claramente orientado hacia la prevención de los consumos problemáticos y al diseño de un marco integral de acción en el ámbito de las empresas, considerado como entorno relacional privilegiado para una acción eficaz, en el marco de la regulación jurídico-normativa (lo practicado) se mantiene, casi inalterado desde hace casi 40 años, el primado del enfoque represivo-disciplinario (art. 54. 2 f) ET).

Fuera del marco estratégico genérico en materia de drogas, el específico relativo a la salud mental -Pacto Europeo para la Salud mental y el Bienestar, 2008-, ha reconocido, la conveniencia de elaborar políticas socialmente concertadas sobre la salud mental en el entorno laboral que incorporen, entre otras medidas, la evaluación y prevención de riesgos psicosociales, entre los que incluye los consumos nocivos de drogas o alcohol. Así aparece dentro de su área prioritaria 3 -la salud mental en el entorno laboral-, sobre un doble presupuesto. De un lado, que la salud como "bienestar psicofísico" de la persona es un "factor clave" tanto para la "salud" de las mismas como para la "productividad". De otro, que las actuales condiciones de desenvolvimiento de la producción y del trabajo ejercen una mayor presión negativa sobre la salud mental de los trabajadores.

En cambio, la normativa laboral sigue incidiendo en el ámbito disciplinario. Es evidente que esto ocasiona importantes distorsiones para avanzar en la actualización, para la vida ordinaria del mundo del trabajo y del día a día de empresas y personas que en ellas se desenvuelven una buena parte de su vida, de aquel enfoque promocional y de salud predicado:

Del lado empresarial, porque, sobre la base de la desconexión absoluta entre el trabajo y los consumos de drogas, se enfatiza su falta de responsabilidad, que ha de quedar sólo al mero compromiso voluntario, realizable en el marco de una "responsabilidad éticosocial de la empresa", por lo tanto no exigible.

Del lado de los trabajadores, porque se prefiere desplegar un tupido velo sobre el problema, en la medida en que su descubrimiento llevará aparejadas sanciones para los compañeros, resistiéndose, con razón, los sindicatos, a ir más allá en las políticas de gestión de las adicciones por el primado que adquieren las "acciones de policía", de modo que los "protocolos" tienden a facilitar el recurso a los más que temidos controles aleatorios, más punitivo-productivistas que preventivos.

Consecuentemente, para intentar establecer un puente entre esos dos ámbitos, entre esas dos visiones contrastantes, se apela a las técnicas de compromiso meramente voluntario y, a menudo, voluntarista. En suma, otro espacio para el despliegue de las más diversas formas de regulación "Soft Law", sin perjuicio de la posibilidad -muy poco explorada- de reglas más vinculantes propiciadas por la negociación colectiva, hasta ahora más preocupada por desarrollar la veste disciplinaria.

Figura 11



Aunque no tiene una dimensión jurídico-laboral, sino administrativa, nos parece interesante, a los efectos de atender a la percepción y tolerancia social respecto de ciertos consumos, al menos en el ámbito extra-laboral, de sustancias que aparecen también en el ámbito laboral, poner de relieve el efecto involutivo que ha supuesto, desde la intervención normativa, la nueva Ley para la Protección de la Seguridad Ciudadana -LO 4/2015-, que endure considerablemente las sanciones a los poseedores y consumidores de cannabis en la vía pública. Primero, porque posibilita -art. 36.18 en relación al art. 39.1 a)- castigar con multas muy elevadas -más de 30.000 euros- la plantación y cultivo de drogas «no constitutivas de delito». Es una auténtica novedad en la historia legislativa española calificar como infracción grave tener plantas de marihuana visibles desde la calle aunque sean para autoconsumo -que no está ni penado ni multado si no se hace en público-. El artículo 36 dice en su punto 18 que será infracción grave "la ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público". La norma antecesora -la Ley de Seguridad Ciudadana de 1992, conocida como ley Corcuera o de "la patada en la puerta"-, aunque multaba el consumo en público como la norma actual, no consideraba infracción el hecho de cultivar cannabis.

En segundo lugar, suprime, salvo para los casos en que los infractores resulten ser menores de edad -Disposición Adicional 5ª-, la posibilidad de sustituir las multas por un tratamiento de desintoxicación, o actividades de reeducación social. Esta técnica de garantía de suspensión de la medida sancionadora -no del procedimiento administrativo dirigido a su imposición-, que convertía aquella medida rehabilitadora como condición suspensiva de la sanción, aplicable sólo en caso de ser abandonado, se permitía antes de forma generalizada, no selectiva, como ahora (sólo menores). Para un cierto sector, científico, social e institucional, se trata de una medida que iría «...a contracorriente, volviendo a concepciones de hace 40 años que han sido superadas en todos los países civilizados. Eliminar la posibilidad de acogerse a programas de desintoxicación [para todas las personas, no sólo para los consumidores menores de edad] nos equipara con países como Rusia, donde solo se concibe el consumidor como un delincuente».

En suma, no sólo la posesión sino el consumo de drogas en lugares públicos, así como la tolerancia de los titulares de los mismos -art. 36.17-, si bien no son delito, han visto cómo se refuerza su sanción administrativa con la nueva Ley de protección de la Seguridad Ciudadana. Ciertamente, un nombre eufemístico para una Ley que más bien genera una extraordinaria incertidumbre e inseguridad en un buen número de grupos y personas. De nuevo, puede verse cómo la "ideología gubernamental" no es neutral en relación al tratamiento del hecho social del consumo personal o grupal de drogas<sup>46</sup>.

<sup>46</sup> Precisamente, sobre esta cuestión hay un marcado conflicto socio-político. Así, como ejemplo de "vanguardia social" ciertos sectores de opinión citan que el 29 de enero de 2015, la Comisión de Salud del Parlamento Catalán aprobó la regulación sanitaria de las "asociaciones cannábicas". Se fijan 17 "recomendaciones" dirigidas a los Ayuntamientos, de quienes dependerá, en última instancia, la regularización final de dichos clubes -más de 400 en Cataluña, que así ganan seguridad jurídica-, permitiendo a miles de consumidores de cannabis salir del "limbo jurídico" en el que se hallaban. Con esta normativa, elaborada bajo la supervisión de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT), lo que se pretende es, se dice: "proteger, promover y mejorar la salud de la ciudadanía mediante una política orientada a minimizar los daños del consumo de cannabis".

# 3.2. Predominio la "voluntariedad del compromiso" sobre la "exigibilidad del deber" en un sistema de regulación multinivel.

## 3.2.1. El paradigma de gestión integrada pero no vinculante de la OIT y su proyección internacional, comunitaria y nacional.

El mejor ejemplo de esta opción, generalizada y persistente, favorable a la lógica de gestión voluntaria en el seno de las empresas de los diversos problemas derivados del consumo de drogas y otras adicciones por la población trabajadora, lo hallamos respecto de la institución internacional que más incidencia ha tenido en el cambio de enfoque: la OIT. Como es conocido, hace ahora ya más de 20 años (1995), la OIT fue pionera a la hora de alertar y alentar sobre la influencia extraordinariamente positiva que una buena gestión de tipo preventiva y promocional en las empresas tendría, no sólo para la reducción de los consumos de drogas sino también para la mejora de la productividad empresarial, típica visión transaccional de una organización tripartita. La novedad del enfoque, así como lo delicado de la cuestión y la complejidad de su puesta en práctica, llevaría, en ese tiempo, a asumir un marco regulador prudente, asentado sobre la "recomendación" y el "compromiso voluntario" y dejando fuera cualquier iniciativa vinculante. Esta opción de política reguladora de la OIT es propia de todos aquellos temas en los que no hay un consenso claro entre AAPP, empresarios y sindicatos en torno a cómo actuar, a fin de ir abriendo un camino de progreso tranquilo y reflexivo hacia un marco jurídico más homogéneo y vinculante.

Pues bien, dos décadas después, y a pesar del avance en el terreno político-institucional y de planificación, la referencia principal sigue siendo el "Repertorio de recomendaciones prácticas relacionadas con la incidencia del alcohol y las drogas en los lugares de trabajo" (ADLT/1995)-.

No es ocioso llamar la atención que la OIT ha adoptado aquí la misma óptica de regulación que para el conjunto de los "riesgos psicosociales", también de aquellos que tienen un marcado origen laboral, como el estrés y la violencia relacionada con el lugar de trabajo. También para estos, y poniendo de relieve su comprensión, que los integra a todos en un mismo "sistema de gestión" y "plan de acción", ha rechazado, hasta el momento, elaborar un marco normativo de carácter específico o diferenciado, para facilitar catálogos de buenas prácticas<sup>47</sup>.

Precisamente, muchos años más tarde (primero en 2002, y luego más renovada en 2012), en el mismo contexto de centralidad de los "riesgos psicosociales" en el mundo laboral, la OIT diseñará el llamado "**programa SOLVE**". Con esta herramienta de gestión, con una dimensión tanto cognitiva -informar y formar- como proactiva -estimular el trán-

<sup>47</sup> Repertorio de Recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirá (Octubre de 2003).Disponible online en:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms\_112578.pdf

sito desde la comprensión innovadora a una nueva praxis de gestión empresarial-, trata de facilitar ese doble cambio -tanto conceptual como práctico- enseñando cómo llevar a cabo una plena integración de la "promoción de la salud", ámbito propio de la gestión de los usos nocivos de drogas, en las más específicas "políticas de seguridad y salud en el trabajo" de las empresas, a fin de que asuman una dimensión integral, coherente con el concepto de salud que les sirve de referencia. El presupuesto del que parte es el de la existencia de suficiente: "...evidencia científica de que, a largo plazo, un estrés sostenido en el trabajo puede contribuir a una mala salud, incluyendo... indirectamente problemas dentro y fuera del lugar de trabajo, como violencia; abuso de drogas, tabaco y alcohol... Ello representa costos potencialmente enormes, tanto en términos de aflicciones humanas como de carga económica"48.

En la comprensión del problema y de su solución, la OIT, en estas dos largas décadas transcurridas desde su pionero enfoque promotor de una conexión más estrecha entre el trabajo y las adicciones, dentro de un concepto más amplio de salud psicosocial de las personas y de las organizaciones, se habrían acumulado evidencias científicas sobre la eficacia de esa interrelación. De ahí, la recomendación institucional inequívoca de integración de una gestión preventiva -la del consumo nocivo de drogas- en la otra -de todos los riesgos laborales, en especial los de naturaleza psicosocial-:



"Para la OIT, la promoción de la salud en el lugar de trabajo es eficaz (sólo) cuando complementa las medidas de seguridad y salud en el trabajo, integrándola a las prácticas de gestión de la SST para prevenir accidentes y enfermedades, y cuando contribuye a proteger y mejorar la salud y el bienestar...en el trabajo" (SOLVE, pág. 3).

En suma, con una "herramienta cognitiva y de acción práctica" para la política de la seguridad y salud en el trabajo, que presupone eficacia y validez del precedente sistema normativo genera, la OIT aboga por un sistema integral de gestión de la SST que incorpore la promoción de la salud dentro de aquella política de empresa, como la única forma de garantizar la eficacia de la gestión del consumo problemático de drogas entendido como el resto de los riesgos psicosociales en los ambientes de trabajo. Por lo tanto, precisa que también se incluyan en la evaluación y control de los riesgos de esta naturaleza, para prevenir adecuadamente su impacto, de la misma manera como se hace con otros peligros y riesgos en el trabajo.

Ahora bien, pese a la contundencia creciente de este modelo, que ha sido renovado

<sup>48</sup> Vid. OIT. Cuadernos de trabajo del participante: SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo. Ginebra. Segunda Edición. 2012. Página. 2. Disponible en: <a href="http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\_203380.pdf">http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\_203380.pdf</a>

continuamente desde 2002, se sigue excluyendo una acción más cierta y precisa en el ámbito normativo, que incluya expresamente este modelo de gestión "ecológico-social" de los consumos problemáticos de drogas y otras adicciones en el sistema normativo de seguridad y salud en el trabajo. Por lo tanto, debe desprenderse de las obligaciones generales (Convenio n. 155, y Convenio n. 161/1985, sobre los servicios de salud en el trabajo, por lo que aquí más interesa) y del nuevo marco promocional (Convenio OIT n. 187/2006 y Recomendación número 197).

Un modelo promocional que ha sido asumido también en el ámbito de la UE. Ésta, siempre sobre la base de la disociación entre los consumos de alcohol y los de las drogas "propiamente", mostrando más permisividad con aquél, por su trascendencia no sólo cultural sino económica que con éstas, sobre las que mantiene un mayor rechazo, orientándose a eliminar o reducir su consumo, también ha evitado una acción jurídica imperativa para integrar la prevención de la drogodependencia en el entorno laboral. De ahí, que aparezca recurrentemente en los diversos marcos de planificación institucional -indicativa, no vinculante-, como, en un plano general, la Estrategia sobre Drogas 2013-2020 y sus Planes de Acción (el próximo será 2017/2020), que incluye, dentro de su eje sobre "reducción de la demanda -consumo- de drogas", el fomento de acciones en el ámbito laboral. Un planteamiento análogo cabe encontrar en el "marco estratégico" comunitario específico -y por tanto nacional, si bien en el nuestro mucho más diluido, cuando no relegado- relativo a la seguridad y salud en el trabajo. De forma muy evidenciada en el precedente (2007-2012), continuado en el vigente (2014-2020), pero mucho más difusamente, cabe concluir una marcada convergencia de la UE con la OIT en este ámbito, de modo que la gestión de las drogas y demás adicciones en lugares de trabajo tiende a reconducirse a la integración en las políticas de seguridad y salud en el trabajo de la "promoción de la salud" -mental-.

También aquí hay un planteamiento dual, de modo que a la preocupación por la garantía de un derecho social fundamental -derecho humano- se suma la inquietud por asegurar la mejora de la productividad.

En este sentido, se llama la atención sobre que el conjunto de problemas asociados a la "mala salud mental" representaría más del 25 por cien de las bajas laborales, advirtiendo del riesgo que presenta el futuro -que sitúa en el 2020-, pues en él la mala salud mental aparece como la principal causa de incapacidad laboral. Por eso, termina configurando el ambiente de trabajo como "lugar privilegiado para la prevención de trastornos psicológicos" (entre los que destacan los usos nocivos) y "para la promoción de una mejor salud mental" 49.

Con la referencia estratégica del referido "Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar" (2008), que considera significativos "factores de riesgo de depresión" los consumos nocivos o excesivos de alcohol y drogas [área de acción prioritaria 1 -prevención

<sup>49</sup> Vid. Estrategia Comunitaria de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012, pág. 14 (punto 7.2. Promoción de la Salud Mental). Con este enfoque integrado, destaca el análisis de M.J. MARTÍN DÍEZ-M. ROBERTSON SANGRADOR. "Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. Promover la implantación de planes de prevención de drogodependencias en las empresas". En AAVV. La salud mental de los trabajadores. La Ley. Madrid. 2012. págs. 377 y ss.

de la depresión (incluido su efecto letal, el suicidio); y área prioritaria 3 -salud mental en el entorno laboral-], ha de destacarse la reactivación de la "Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo" (European Network for Workplace Health Promotion), también referida en el Programa SOLVE como un indicador relevante de la creciente interacción entre los diferentes riesgos psicosociales y sus técnicas de gestión más eficaz preventivo-promocional. Se trata de una plataforma para el intercambio de información y experiencias. Con lo que se sigue una línea análoga en el Plan de Acción Internacional sobre la Salud de los trabajadores 2008-2017 aprobado por la Organización Mundial de la Salud - OMS-. En definitiva, más de lo mismo -marco promocional, compromiso voluntario esperanzado en el aliento que debería recibir de los incentivos públicos (modelo cooperación público-privada)-. Pero, una vez más, el Pacto cuida de señalar quiénes son sus destinatarios básicos: los Estados (poderes públicos), que han de introducir en sus regulaciones y políticas este enfoque.

Ciertamente, tampoco los sujetos sociales, empresarios y sindicatos entre ellos, quedan huérfanos de referencia en él, pero de nuevo, como destinatarios y/o colaboradores de las "recomendaciones" sobre "buenas prácticas" y "planes de acción apropiados".

En este contexto, no es de extrañar que esta misma lógica promocional, esquiva a la jurídico-vinculante, se asuma, en el **plano nacional específico laboral**, a través de un *marco de compromisos pactados colectivamente* (entre interlocutores sociales) con un mero valor "obligacional", y "no normativo" propiamente, como es el **III Acuerdo de Empleo y Negociación Colectiva 2015-2017** (8 de junio de 2015).

En su punto 7, sobre "Seguridad y Salud en el Trabajo", considera que:

"...sería conveniente abordar la problemática que se deriva del consumo de alcohol, drogas y otras sustancias y establecer instrumentos para, en el marco de la prevención de accidentes de trabajo, identificar y buscar solución a las situaciones y riesgos derivados de dicho consumo".

Como es natural, el alcance de este compromiso de acción preventiva dependerá del poder de influencia que ambos contratantes ejerzan sobre los sujetos negociadores, a fin de convertir una recomendación en un mandato convencional de gestión a cargo de los empresarios con la colaboración de los representantes de los trabajadores, dado que se trata de una cuestión claramente de interés común. El problema está en que ese poder de influencia variará en función del propio grado de interiorización que cada parte haya realizado respecto al compromiso verbalizado y formalizado en el Acuerdo Colectivo. Y aquí es obligado poner de relieve ciertas diferencias de opinión y comprensión, pues si los sindicatos firmantes tienen bien claro que hay que seguir el camino de integración señalado por la OIT, incluyendo en la política de seguridad y salud en el trabajo un plan de acción integral para abordar el riesgo psicosocial de consumos problemáticos, con un marcado protagonismo de la prevención-rehabilitación, las dos patronales parecen tener un criterio dispar.

Así, en un reciente Informe-propuesta de la CEOE ante las elecciones generales -inicialmente de 20 de diciembre de 2015, pero entendemos que se reiterará para las de 26 de Junio de 2016-, en el que se incluyen "15 reformas" para la consolidación de la recuperación, se dedica atención al tema de la gestión de las drogas en el ámbito laboral. Pues bien, eso sí, dentro de las recomendaciones-propuesta para alcanzar un "Sistema de Prevención de Riesgos Laborales racional, coherente, eficaz y eficiente", propugna:

Con carácter general, una participación más activa tanto de los poderes públicos como de los trabajadores, que se concretaría, fundamentalmente, en términos de asunción de una mayor "responsabilidad" en la gestión de los factores de riesgo, de modo que, se infiere del conjunto del texto, los primeros asuman los costes de aquellas cuestiones de índole más social que laboral, y los segundos incrementen los deberes de conducta segura que le son propios -art. 29 LRPL-, más cuando se trata de actuaciones más dependientes de su voluntad -como los consumos- que de la organización y las condiciones de trabajo-.

De forma específica requiere que sea analizada "la problemática que se deriva del consumo de drogas, alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral". Ahora bien, en claro contraste con la propuesta de la OIT, pero en coherencia con la primera propuesta referida, que, como acaba de verse, llama al "desplazamiento-compartición" de la responsabilidad, la CEOE considera que deben distinguirse "entre la prevención del consumo", que no le competería, por ser cuestión de índole social y etiología voluntaria, y "los efectos y riesgos que de este se derivan…en el ámbito laboral", respecto de los que carecerían de "herramientas para poder actuar en esta materia" 50.

En consecuencia, la principal organización patronal española, no obstante lo que ha firmado en el III AENC, parece asumir el carácter externo que la gestión del riesgo de consumos problemáticos por la población trabajadora tendría, desplazándolo hacia la acción asistencial prestacional pública"51, de modo que en el ámbito interno quede sólo:

el ejercicio de la potestad disciplinaria ex art. 54 2 f) ET -y su refuerzo convencional, a través de los Códigos de Conducta Colectivos-, o,

en el caso de asumir una política de gestión de las drogas en el ámbito laboral, el incremento de las potestades de control de los eventuales consumos, aquí sí, lo más precozmente, incluso con controles aleatorios. Para ello sí se acepta recurrir a una intensificada potestad de vigilancia de la salud, ampliando colectivamente las situaciones en que los trabajadores han de prestar su consentimiento a los test y demás pruebas de detección ("despistaje" o "cribado"), so pena, si lo rechazan, de ser sancionados.

<sup>50</sup> Cfr. CEOE-CEPYME. 15 Reformas para consolidar la recuperación. Octubre de 2015. PAG. 26. Disponible online.

<sup>51</sup> Como prestación asistencial sanitaria de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud aparece (RD 1030/2006, de 15 de septiembre). No obstante, en el marco de acción político-estratégica constituido por la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016 la visión aparece, como se dijo, más integrada o cooperativa. Así, rechazando la imagen normalizada del consumo de drogas vinculado al ocio -por tanto a decisiones estrictamente voluntarias-, "se pronuncia por la... directa conexión con los servicios sociales y los laborales (así como), por la incorporación de la prevención de las drogodependencias a la agenda de salud (...).". ENSD: <a href="http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf">http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf</a>, pág.9.

O, de forma meramente voluntaria, el plan de acción que pueda establecerse, o en su caso convenirse colectivamente, al respecto dentro del paradigma estricto de la "responsabilidad (ética, no jurídica) social de la empresa" (RSE).

Sin entrar más en detalle de este conflicto de posiciones, y remitiendo a lo que más abajo se dirá en torno a ese "auténtico caballo de Troya" que son -o pueden llegar a serlos las pruebas o test de detección, aquí conviene dejar constancia de dos aspectos. Uno que, pese a la diferencia de comprensiones, todos, también la patronal, evidencia la necesidad de afrontar de modo específico la problemática laboral de las drogas. Otro que, pese a su conclusión sobre la inexistencia de "herramientas de actuación", ya se ha visto, y ahora conviene incidir un poco más, siquiera brevemente, que sí las hay y las ha definido muy claramente, atendiendo tanto al marco normativo vigente como a genuinas necesidades prácticas -también económicas (función productiva de mejora competitiva)-, la OIT y su "modelo eco-social" de gestión integral de los consumos nocivos dentro de las políticas de seguridad y salud en el trabajo.

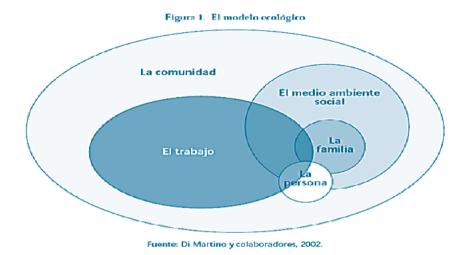
En todo caso, ya tuvimos ocasión de evidenciar cómo, a tenor de los resultados puestos en evidencia por la ESENER-2, es mucho más eficaz la reconducción de la promoción de la salud a través de las previas evaluaciones de riesgos laborales, como propone la OIT y su programa SOLVE (herramienta práctica de cognición-acción del marco legal ya existente, aunque indiferenciado para el conjunto de riesgos laborales, con inclusión de los riesgos psicosociales, entre los que incluye los consumos nocivos de drogas) que de una forma desconectada.

# 3.2.2. El modelo "ecológico" de gestión de los consumos problemáticos como riesgo psicosocial causado por la interrelación de una triada de factores (sociales, personales y laborales).

Reconocida la creciente gravedad del problema de la insalubridad psicosocial en el actual mundo laboral, incluyendo a la par del estrés y la violencia en el trabajo todos los consumos nocivos de drogas, y lo insostenible de los costes -sociales y económicos-asociados a él, la OIT critica el "enfoque individualista" preponderante en buena parte de las iniciativas de "promoción de la salud en el lugar de trabajo". Éste descarta atender a "factores organizacionales" y de "interrelaciones socio-laborales" que contribuyen y están en la base, directa o indirectamente, de aquél problema. Por eso, promoverá un enfoque innovador, que llama "ecológico-social".

En este enfoque integrador la salud de la persona, en su comprensión integral como el más alto nivel de bienestar físico, mental y social (Comité conjunto sobre Salud Ocupacional de la OIT/OMS; es asumido en el art. 32 de la Ley 33/2011, 4 de octubre, General de Sanidad Pública), se transforma en un factor clave para el desarrollo de la organización y la sostenibilidad económica, contribuyendo no ya sólo al bienestar de los trabajadores sino a la mejora de la economía global. Por eso, al igual que para el conjunto de riesgos psicosociales, también para el relativo a consumos o usos nocivos de sustancias -y de-

más adicciones en el trabajo-, enfatizará el concepto de "interacciones", bidireccionales e integrales, entre el conjunto de factores y riesgos de índole psicosocial y que, en síntesis, afectan a la persona (individual y familiar), el lugar de trabajo -ambiente social interno- y a la comunidad general -ambiente externo- (Figura 1 del Documento principal de formación en el programa SOLVE de la OIT).



Este modelo integral exige abordar en la gestión preventiva y promocional de la salud en el trabajo las siguientes áreas o espacios de interacción:

#### Salud psicosocial

- Estrés relacionado con el trabajo
- Violencia laboral
- Estrés económico

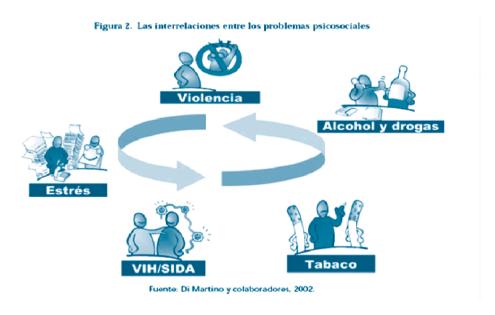
#### Factores potenciadores de conductas adictivas

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol y drogas
- Hábitos saludables de vida
- Nutrición
- Ejercicio físico
- Sueño saludable
- VIH y SIDA

De este modo, puede comprobarse que, si bien el modelo ecológico-social no ha experimentado cambio desde 2002 (modelo originario; figura 2) hasta 2012 (modelo renovado; figura 13), las áreas de factores de riesgo y acción interactiva sí aumentan, pasando de 5 originales hasta 9 -4 relativos a "hábitos de vida saludable"-. En cualquier caso, y al

margen de lo discutible que puede resultar esta ampliación para mantener una conexión significativa con la seguridad y salud en el trabajo, sin derivar de nuevo en el criticado "enfoque individualista" y "exterior" al ambiente laboral, aumentado también su complejidad de gestión -se trata claramente de temas propios de la promoción de la salud laboral pública-, es manifiesto que las cuestiones sobre los consumos nocivos de sustancias psicoactivas siempre han formado parte de ese modelo, evidenciando una más estrecha interrelación. Conviene advertir que esa visión no responde a una decisión arbitraria de la OIT, organismo tripartito, sino a la necesidad de adecuar los sistemas de gestión a los avances científicos -enfoque de evidencia- y a las "buenas prácticas" que se habrían desarrollado para afrontar los nuevos desafíos de un mundo laboral muy cambiante. Cualquier mutación, advierte la OIT, en la cultura y en la organización del trabajo requiere de la identificación y evaluación de todos los factores psicosociales, de ahí que también se tome en cuenta las situaciones que contribuyen al estrés económico -desempleo, subempleo e inseguridad en el trabajo-, factor prevalente en los consumos de ciertas drogas, como acredita la ECML 2013-2014.

Modelo de interrelaciones entre los problemas psicosociales 2002.





Fuente: SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo, OIT, Ginebra. Segunda Edición. 2012.

Como ya se apuntó, este enfoque "ecológico-social" basado en la prevalencia de las interrelaciones entre los diversos factores y riesgos psicosociales asociados, directa o indirectamente, al trabajo, aparece análogamente asumido en las políticas de gestión de salud mental en los ambientes laborales promovidas por el citado **Pacto Europeo** sobre la materia. A tal fin, se insta a los interlocutores sociales, con el apoyo de los Estados, por supuesto, a integrar en tales políticas los tres siguientes grupos de medidas, en gran parte convergentes con la triada de áreas recogidas por el programa SOLVE. A saber:

Acciones que mejoren las condiciones de trabajo, la cultura organizativa de la empresa y el bienestar mental en el trabajo, con especial atención a las políticas de conciliación de los tiempos de vida -laboral y extra-laboral o familiar-.

Desarrollo de programas de bienestar psicosocial que incluyan la evaluación y la prevención de riesgos para situaciones que tienen objetivamente la potencialidad de perjudicar la salud mental de los trabajadores, como son el estrés, la violencia y el consumo de drogas o alcohol. A tal fin, se deberá definir, concertadamente, patrones de intervención temprana en el trabajo.

Facilitar medidas para apoyar el acceso, el mantenimiento o la reinserción en el trabajo de las personas con cualesquiera problema de salud mental.

Es manifiesta la inspiración de este "marco estratégico de compromisos" a favor de la salud mental de las personas, en especial de los trabajadores en la acción 36 de la ENSD, que reclama una marco de intervención integral sobre el problema del consumo problemático de drogas en los entornos laborales.

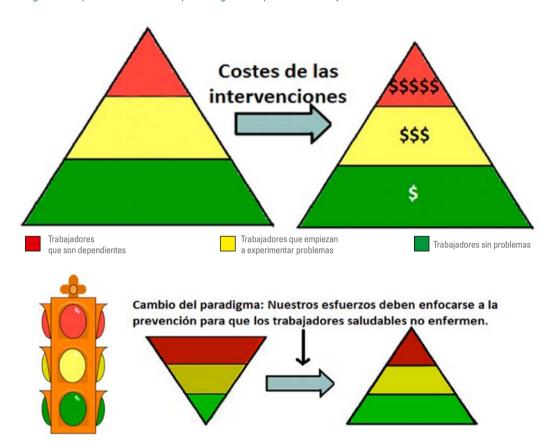
Al respecto, y para quienes vean en estos compromisos formalizados loables valores para la gestión ético-social de la actividad económica, pero muy poco operativas en un sistema basado en el primado de los costes y la escasa talla ocupacional de las empresas, conviene recordar que la propia OIT llama la atención sobre el carácter no sólo "adaptable" sino "auto-sostenible" de estas políticas que priman las razones de la prevención y de las personas.

Con ellas se buscarían "acciones sostenibles que puedan ser continuadas de manera fácil y económica en las empresas", que, a su vez, podrán ajustar, en cada caso, los programas a sus concretas necesidades y circunstancias (SOLVE, pág. 5). Precisamente, como se verá en el próximo apartado, lo más costoso de estas políticas suelen ser las complejas pruebas o laboriosos test de control de concretos consumos en la plantilla, precisamente el mayor empeño de los empresarios, cuando hay otras medidas más eficientes e incluso "disuasorias". En cualquier caso, este renovado enfoque de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, integradora de la prevención propiamente dicha con la promoción de la salud, asume dos cambios fundamentales:

El tránsito desde el "tratamiento" de las personas consumidoras de riesgo a la prevención del consumo, evitando que los trabajadores saludables enfermen

La protección debe dirigirse al conjunto de la población trabajadora -la plantilla entera para cada empresa- (acción universal), y no sólo centrarse en la atención a la persona o grupos problemáticos (acción selectiva o de cribado).





Fuente: SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo, OIT, Ginebra. Segunda Edición. 2012, pág. 94.

Se insiste, pues, en que el enfoque debe ser principalmente preventivo, centrado en la concienciación del conjunto de la plantilla de las bondades de consumos inocuos, con miras no sólo a promover cambios de actitud y conductas al respecto, sino incluso de mover a una mayor implicación con el doble objetivo de protección de su bienestar y de mejorar de la productividad. De ahí que, como para el resto de los factores de riesgo psicosocial, también se proponga para el propio de consumos problemáticos de drogas unos programas de gestión preventiva asentados en una triple área de acción:

#### **Medidas Organizativas**

- Horarios de trabajo flexibles
- Favorecer la participación de los trabajadores en la mejora del entorno laboral
- Ofrecer oportunidades de formación continuada y de promoción

#### Medidas ambientales

- condiciones de desarrollo de la prestación que facilite el bienestar, no sólo físico (razonable confort) sino también relacional (clima psicosocial)
- · Establecer prohibiciones absolutas de consumos de drogas -no sólo el tabaco-

#### Medidas individuales

- Ofrecer programas individuales para corregir eventuales conductas o estilos de vida no saludables (desde la desintoxicación hasta la mejora de la alimentación y actividad física...)
- Financiación, total o parcial, de servicios externos de apoyos y aprendizajes de mejorar del bienestar psicosocial

Fuente: Elaboración propia a partir del ejemplo del Programa SOLVE, pág. 34.

#### 3.2.3. La gestión de consumos nocivos en el sistema normativo de PRL.

Aunque se ha puesto de manifiesto el enfoque eminentemente promocional (por tanto basado en la decisión voluntaria empresarial consensuada o dialogada con la parte laboral) que asume esta política de gestión preventiva del riesgo de consumos nocivos como auténtico riesgo psicosocial en el ambiente laboral, resulta igualmente oportuno recordar que la OIT vincula su modelo a los principios y útiles presentes en el marco normativo de referencia para la seguridad y salud en el trabajo. De ahí, que el marco promocional favorecido no emerja desconectado del normativo sino que busca su integración en él.

Ese marco normativo está básicamente constituido por dos Convenios de la OIT y sus correlativas Recomendaciones: Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (n. 155/1981), y Recomendación 164/1981, de un lado, y el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (161/85), y su Recomendación n. 171/1985, de otro. Consecuentemente, cabe preguntarse, puesto que ese marco normativo internacional está plenamente recogido en nuestro sistema, si, más allá de la prevalente dimensión "público-asistencial" del tratamiento de las drogas (prestación del sistema nacional de salud) y de la "privado-disciplinaria" (conducta grave y culpable susceptible de máxima sanción, como el despido, según el art. 54 2. f) ET y la normativa convencional), es posible encontrar adecuados fundamentos legales para reconducir la gestión del riesgo de consumos nocivos de drogas -y otras adicciones- en el trabajo a través de los sistemas de gestión de la seguridad y salud ex LPRL.

La posición más ortodoxa tiende a rechazar cualquier conexión entre consumo o uso nocivo de drogas en el trabajo y riesgo laboral en sentido estricto. Sí se reconoce que se trata de un riesgo psicosocial que incide en el trabajo; pero no traería causa de él, sino de la interacción de otros factores, personales y sociales, por tanto, extra-laborales, salvo situaciones "excepcionales", en las que esa conducta -"enfermedad de etiología voluntaria", imputable a quien la padece- represente un factor causal prevalente del riesgo de accidente laboral<sup>52</sup>. La cuestión dista de ser (tan) clara.

<sup>52</sup> En este sentido, vid. CEOE -autor: FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J.- "Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral", 2015, págs. 19, 23-24; pág.60.

Cierto, no hay en la norma específica en el sistema normativo de prevención de riesgos laborales que atienda la cuestión del alcoholismo, las drogodependencias y, aún menos, las adicciones en general, pero ni siquiera las directamente vinculadas al trabajo (como el denominado "workaholic": dedicación excesiva al trabajo no por necesidades laborales objetivas, sino por necesidad psicológica de la persona afectada, pasando a ser "adictos" a la satisfacción, al control, incluso al poder que puede proporcionar el trabajo para determinadas personas).

Pero en realidad tal ausencia no significa exclusión alguna del sistema normativo preventivo necesariamente, del mismo modo que la ausencia de referencia al conjunto de los "riesgos psicosociales relacionados con el trabajo", hasta hace poco tiempo considerado como un elemento justificativo de su escaso desarrollo en las evaluaciones de riesgo, no justificaría su exclusión, como recientemente confirma la jurisprudencia (STS, 4ª, 16 de febrero de 2016, Rec. 250/2014). Como tampoco sirve la falta de inclusión de un riesgo psicosocial como la violencia externa o de terceros, es decir, la que procede de personas ajenas a la organización empresarial, en la legislación preventiva, ni su directa conexión con un factor social, por tanto extra-laboral, para que se excluya del sistema preventivo, como ilustra el que, sobre la base de la "teoría de la causalidad indirecta", la jurisprudencia social también haya confirmado que la violencia externa o social es un riesgo laboral cuando se asocia, indirectamente, al entorno de trabajo, es decir, "con ocasión" del mismo (STS, 4ª, 20 de noviembre de 2014, RCUD 2399/13, que consolida el criterio en tal sentido iniciado por la STS,4°, de 25 de junio de 2008, Rec. 70/2007, y luego seguido por otras varias).

En suma, ni la falta de referencia normativa específica ni la causalidad indirecta son argumentos solventes para excluir la gestión del riesgo de consumos nocivos en los entornos de trabajo del sistema de prevención de riesgos laborales al que, por cierto, lo liga la Estrategia Nacional Sobre Drogas -ENSD-. Naturalmente, no bastan las razones negativas para alcanzar una dimensión positiva en torno a esta integración preventiva, sino que hay que profundizar más en las piezas fundamentales de ese sistema que, a estos efectos, son básicamente cuatro:

- El concepto de riesgo laboral.
- Los principios de acción preventiva y el concepto de seguridad y salud integral.
- La amplitud de la evaluación de riesgos como técnica básica y su complemento de intervención a través del plan de acción -art. 16 LPRL-.
- La incidencia del deber-facultad de vigilancia de la salud de los trabajadores a cargo del empleador.

En relación al primero, "riesgo laboral" es cualquier "relación de posibilidad" -no sólo de "probabilidad" (que determinaría una mayor gravedad del riesgo)- de que "un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo" (art. 4), entendiendo como «daños derivados del trabajo» las enfermedades, patologías o lesiones sufridas no sólo "con motivo" -causalidad directa- sino también "con ocasión del trabajo" (causalidad indirecta). Aquí se ha tenido la oportunidad de evidenciar, y no volveremos sobre ello, cómo la evidencia científica pone de relieve que el "consumo de drogas" puede ser -una posibilidad basta, no se

exige causalidad inmediata, menos exclusiva- un factor incisivo, y en todo caso relevante o significativo, en la provocación de accidentes de trabajo, y, en cualquier caso, un factor de riesgo para la seguridad y salud de sus compañeros y de terceros.

Por lo que hace al concepto de seguridad y salud acogido por la LPRL, y, en una estricta conexión con él, a los principios de la acción preventiva, es inequívoco que se ha elegido una comprensión integral, en coherencia con el concepto de la OMS/OIT ya recordado.

Inequívocos al respecto -otra cosa será su complejidad aplicativa, claro, y lo escasamente seguido en la práctica (pero que no se cumpla no quiere decir que no se deba realizar)- son tres principios:

El **principio ergonómico** (art. 15.1 letra d) LPRL): "Adaptar el trabajo a la persona con miras a reducir los efectos del mismo en la salud". La ECML no has puesto de relieve cómo ciertos puestos de trabajo y algunas condiciones de trabajo tienen una mayor prevalencia en los consumos problemáticos, y, por tanto, tienen incidencia en su pérdida de salud psicosocial. Esta visión se corrobora con el deber de proteger a personas con "especial sensibilidad" (art. 25 LPRL), sin que pueda reducirse tan sólo a la "especial sensibilidad biológica" (seguridad física o higiene laboral), sino que también engloba la "especial sensibilidad (vulnerabilidad) psicosocial". Eso sí, han de ser "conocidos", claro.

No es dudoso que, siempre evitando que esa inclusión pueda ser un factor propio de estigmatización o discriminación, las personas con problemas de consumos de riesgo forman parte de esta amplísima categoría. De ahí, que deben primar las medidas de protección preventiva, incluida la adaptación de puestos de trabajo, sobre las "sancionadoras"<sup>53</sup>.

El principio de salubridad integral (art. 1.5.1 letra g) LPRL): "Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo". A nuestro juicio, este precepto deviene crucial para un enfoque innovador y preventivo del consumo nocivo de drogas en los entornos laborales, en la medida en que recoge, uno a uno, el conjunto de los principales factores de riesgo psicosocial vistos. Destaca su conexión con el referido art. 32 Ley 33/2011, de Sanidad Pública<sup>54</sup>.

El primado de la protección colectiva -conjunto- sobre la individual (art. 15.1.h).

Consecuentemente, sobre la base de estos principios de acción preventiva y la incidencia tanto de las condiciones de trabajo en la prevalencia del riesgo de consumo problemático de drogas como viceversa, de éste en aquéllas -también de sus colegas-, parece

<sup>53</sup> Vid. STSJ Madrid 11 de julio de 2001 y 13 de marzo de 2006. En doctrina A. MORENO SOLANA. La prevención de riesgos laborales de los trabajadores especialmente sensibles. Valencia. Tirant Lo Blanch. 2010. PÁG. 55.

<sup>54 &</sup>quot;La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo".

claro que lo coherente es incluir aquellos factores de riesgo en los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del plan de prevención de riesgos, que, como dice la LPRL, "podrán ser llevados a cabo por fases de forma programada" -esto permite adaptarlo a las necesidades de cada empresa y, por tanto, lo hace sostenible-, siendo: la evaluación de riesgos laborales y la planificación de la actividad preventiva.

Como también vimos al analizar las principales aportaciones al respecto de la ESE-NER-2, la conexión entre la evaluación de riesgos laborales y la política de gestión de consumos problemáticos pone de manifiesto la mayor eficacia de ambas, existiendo una relación sinérgica o positiva.

Finalmente, queda claro que en un renovado y completo concepto de vigilancia de la salud, no agotado en los reconocimientos médicos, el control de la incidencia de estas conductas abusivas o consumos problemáticos en la salud de los trabajadores debe formar parte, como la OIT ha entendido en aplicación del Convenio sobre servicios de salud en el trabajo, el control y seguimiento de este tipo de conductas. Claro está, eso es así siempre que se enmarque en la actividad de "vigilancia de la salud" para favorecer no ya solo la protección de la misma, sino su promoción, no si esconde una finalidad de carácter disciplinario-productivista.

Aunque no tenga un especial significado jurídico, por su dimensión, de nuevo, promocional, sí ilustra la corrección de la tendencia de política jurídico-práctica que da un mayor relieve a la gestión de los consumos problemáticos o nocivos de drogas en los lugares de trabajo como riesgo psicosocial a integrar en la política de seguridad y salud en el trabajo, la Ley 7/1993, de creación de OSALAN (Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales). Esta norma incluye entre las funciones de este organismo científico-técnico autonómico:

"vigilar el fenómeno de la drogodependencia en el ámbito laboral, elaborando estudios e informes sobre la incidencia en la seguridad y salud laborales de sustancias estupefacientes y de alcohol y el tabaco".

## 3.3. El deber-poder de vigilar la salud no da carta blanca para cualquier tipo de pruebas de detección de consumos.

#### 3.3.1. El interés del empresario al reforzamiento del control: las razones en cifras.

La evidencia científica, ya institucionalmente asumida de una forma inequívoca por la autoridad socio-laboral internacional más solvente, como es la OIT, de consuno con la OMS, alerta de los elevados costes económicos -no sólo sociales- que tiene la no prevención del consumo de drogas por la población trabajadora -el 70 por cien del total de la población consumidora-. Como se vio en el apartado dedicado en este Estudio a la realidad estadística, si hasta el 54 por cien de las diversas "incidencias" relacionadas con el alcohol (accidentes, conflictos, absentismo, delitos...) se atribuyen a bebedores de carácter ocasional, el 87 por cien del total se atribuye a bebedores usuales, aunque no lleguen a ser propiamente adictos al alcohol (BECKER, 2001). Asimismo, conforme a

esa evidencia científica institucionalmente reconocida, las personas que presenta algún grado de adicción al alcohol -o a otro tipo de drogas-, se toman 7 veces más permisos en el trabajo que el resto -un trabajador pro medio se tomaría unos 7 días de licencia por enfermedad cada año-.

En este mismo contexto, diferentes Estudios, ponen de relieve el gran retorno económico que representa para las empresas una gestión preventiva, hasta el punto de que algunas estimaciones, como en los Países Bajos, ponen de relieve que el coste de prevenir las enfermedades relacionadas con el trabajo se situaría en1368 euros al año, mientras que el coste de la prevención en 400 Euros. Asimismo, la no prevención de los factores de riesgo psicosocial en los entornos laborales, la OIT evidencia que mientras la reducción de uno de ellos puede representar una reducción de en torno a 150 dólares en costes de atención médica por trabajador, el incremento de uno de ellos aumenta el coste en 350 dólares. En consecuencia, los costes asociados con un incremento en los factores de riesgo para la salud -y los consumos nocivos de drogas están entre los más prevalentes-resultarían más del doble de la suma ahorrada al reducirse uno de los factores de riesgo (Programa SOLVE, pág.18-19).

Ante la contundencia de estas evidencias científicas sobre la gran magnitud del problema de los consumos problemáticos de drogas, en su comprensión integrada con el conjunto de riesgos psicosociales, no sorprende que los empresarios reivindiquen un cambio significativo de la regulación en materia de "vigilancia de la salud" (art. 14 de la Directiva 89/31/CE y art. 22 LPRL). A tal fin, en el referido Informe, la CEOE solicita al futuro Gobierno -sea del color que sea- dotar esta técnica de protección-promoción de "la necesaria coherencia y relevancia" (CEOE, 15 reformas..., pág. 26). Emerge una vez más, pues, la centralidad del sistema normativo de prevención de riesgos laborales para abordar la gestión de los consumos nocivos de drogas en los ambientes de trabajo, ahora desde el enfoque del control precoz, antes de que se produzca la afectación negativa al trabajo incluso, exigencia necesaria desde la preferente y tradicional óptica disciplinaria ex art. 52. F) ET. De este modo, si, como se dijo, el plano de la "gestión preventiva del riesgo de consumos nocivos", por ser una conducta personal debería de quedar, en su lógica, a la responsabilidad social -obligatoria para los poderes públicos (prestación de salud pública); voluntaria para las empresas (RSE)-, el plano de "prevención de sus efectos en la empresa", sí debe facilitarse en su seno, a fin de poder ejercer el poder de vigilancia y control empresarial antes de que se consumen los efectos, conforme al exigente, y difícilmente aplicable, art. 54.2 f) ET.

Aunque tampoco puede ser propósito de este Estudio entrar al detalle de tan vasta cuestión como es la "vigilancia de la salud", sin duda una de las asignaturas pendientes de nuestro sistema preventivo de riesgos profesionales, cuyas reformas han ido en sentido contrario al que exigiría su integración en las políticas de seguridad y salud en el trabajo por parte de las empresas, sí es necesario recordar que la regulación fija muy exigentes requisitos, tanto en "recursos humanos" como "medios materiales" para su realización por los servicios de prevención -una vez que los servicios médicos de la empresa han sido desplazados netamente del sistema tras la LPLR- (RD 843/2011, 17 de julio, recientemente reformado).

En todo caso, el art. 37.3, letra c) Reglamento de los Servicios de Prevención -RSP-, exige que la vigilancia de la salud esté "sometida a protocolos específicos u otros medios existentes con respecto a los factores de riesgo a los que esté expuesto el trabajador". Asimismo, se establecen especiales obligaciones -hoy poco cumplidas u observadas tras dos décadas de regulación- de colaboración de estos servicios con los sistemas de salud laboral públicos (arts. 10 LPRL; arts. 38 y 39 RSP)<sup>55</sup>. Es a partir de este entramado organizativo complejo sobre el que el art. 22 LPRL asienta la **obligación empresarial genérica** de examen periódico de la salud.

Una obligación genérica de vigilancia periódica de la salud laboral que se arma sobre tres ideas fundamentales. La primera, que, como regla general, y sin perjuicio de "tres excepciones", los exámenes son voluntarios (consentimiento de los trabajadores). La segunda que, en todo caso, las pruebas han de adaptarse a los riesgos inherentes a la actividad laboral de cada uno de los trabajadores. Será en atención a esta especificidad como deberá medirse el juicio de necesidad y adecuación de la prueba realizada. Y, finalmente, cualquier prueba realizada a tal fin debe respetar al máximo los derechos de los trabajadores, en especial los de privacidad (garantía de confidencialidad) y dignidad. El resultado es que, como regla general, las pruebas no pueden ser obligatorias.

Y, como es sabido, aquí nace la principal queja, y por tanto reivindicación empresarial, en la materia: si el control de los riesgos es una responsabilidad cada vez más exigente para el empresario (STS 2 de marzo de 2016, RCUD 3959/2014<sup>56</sup>), también debería tener un mayor poder para controlar todos los factores de riesgo, sin depender de la voluntad de los trabajadores, normalmente reacios a someterse a pruebas, más si se pretende utilizar en relación a un tema tan delicado y sensible como eventuales consumos de alcohol u otras drogas. Al respecto debe recordarse que sólo la imprudencia temeraria, no, por lo tanto, la imprudencia profesional, rompe la relación de causalidad con el accidente, sin que el incumplimiento de las normas administrativas sobre límites de consumo resulten, en todo caso, relevantes a efectos de fijar cuándo es temeraria y cuando profesional esa imprudencia (STS 31 de marzo de 1999, RCUD 2997/1998).

<sup>55</sup> No puede ignorarse que la protección-promoción de la "saluda laboral" forma parte, como se recordó ut supra, de las prestaciones de salud pública -diferenciada de la prestación de asistencia socio-sanitaria para las personas que sufren una enfermedad ya actualizada, como sería el caso de las personas dependientes-. Los arts. 21 y 22 de la LGS/1986, que así lo establecía con cierto detalle, fueron derogados por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Sanidad Pública -LGSP-, si bien su art. 12.2 4º asume igualmente el mandato -tan incumplido hoy como ayer- de incluir en la vigilancia de la salud pública "los riesgos relacionados con el trabajo y sus efectos en la salud", multiplicando los preceptos que permitirían -más bien exigirían-esa mayor integración entre la acción pública y la acción empresarial concertada socialmente -arts. 20.4, 21.1, 23, 32, 33 y 34-. El art. 20.4 LGSP admite que la normativa laboral pueda prever pruebas de cribado para detectar "estrictamente los riesgos específicos y enfermedades derivadas del trabajo, de conformidad con lo establecido en esta Ley". Vid. JÁUREGUI APELLANIZ, J.J. "Vigilancia de la salud. Precisiones y acotaciones en torno a su voluntariedad y otras consideraciones de interés". RGDTSS. N. 38. 2014, págs. 206 y ss. Y ARETA MARTINEZ, M. "La protección y promoción de la salud laboral". En AAVV. Reforma de la Salud Pública y asistencia sanitaria. Aranzadi. 2012.

<sup>56</sup> El caso es interesante para nuestro tema, pues la doctrina de suplicación de Asturias había considerado que en la dolencia -cáncer de pulmón- del trabajador pesó más su tabaquismo que la aspiración de polvo de amianto, con lo que excluyó la responsabilidad empresarial. El TS, sin embargo, entiende que, al margen de las dudas que pueda haber en torno a la relación de causalidad directa y principal en la enfermedad, el empresario es responsable de no haber introducido todas las medidas necesarias para que no se produjera el fatal desenlace, incluso más allá de lo que fuese exigible por la norma preventiva.

Consecuentemente, una finalidad muy presente en las políticas de empresa en esta materia es la de buscar el consentimiento colectivo a pruebas más exigentes, para alertar preventivamente de eventuales consumos nocivos. A tal fin, como se trasluce en la práctica totalidad de las experiencias de empresas con "protocolos específicos de gestión de los consumos de drogas en los lugares de trabajo", no obstante su carácter normalmente consensuado con los órganos de representación de los trabajadores, se promueve la incardinación de las pruebas de detección precoz de consumos dentro de la obligación empresarial de vigilancia de la salud para aumentar su potestad de control al respecto. Paradigmático, por citar uno relevante, el Protocolo de EUSKOTREN.

Éste, tras encuadrar los "controles toxicológicos" en el "marco de las medidas de vigilancia de la salud", no sólo contempla "controles programados" para el conjunto de los trabajadores, así como, específicos, para "los/as trabajadores/as implicados/as en accidentes/incidentes graves o muy graves", sino también "controles aleatorios", libremente decididos por el Servicio de Prevención, si bien siempre realizados por "personal sanitario externo", con un doble fin: reforzar la disuasión de consumir alcohol u otras drogas, de un lado, la prevención de accidentes -tanto laborales como de terceros (sobre todo viajeros o usuarios del tren)-, de otro. Precisamente, la extensión e intensidad de estos controles llevó a cierto rechazo sindical-.

Al margen de estas experiencias concretas, como también reconoce la OIT, este tema de las pruebas de cribado o test de consumos es especialmente delicado, por lo que exige una atención muy cuidadosa, dado que a las evidentes razones de empresa para la mejora de la eficacia del control hay que sumar otras, prevalentes en nuestro Derecho, de protección de derechos fundamentales de las personas trabajadoras. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta esta prioritaria protección para que las políticas de gestión de los consumos problemáticos en el seno de las empresas, sin duda loables, no corran el riesgo de embarrancar por las críticas de las representaciones sindicales, en defensa de los legítimos derechos e intereses de los trabajadores, y la judicialización de la defensa de tales derechos prevalentes por los trabajadores.

Las pruebas, de hacerse, si son necesarias, como veremos, deben respetar ciertos principios de acción -principio de calidad de la prueba, de consentimiento informado (trasparencia) y seguridad-.

# 3.3.2. Límites de los test de despistaje: las razones de la persona del trabajador y el impacto de interés general.

Por lo tanto, una vez más siguiente las pautas razonadas y aún más razonables de la OIT, resulta obligado "evaluar cuidadosamente" las graves implicaciones para la persona controlada "antes de decidir cuándo es justo y apropiado conducir dichas pruebas" (Cuaderno SOLVE, pág.108).

De ahí, que marque cuáles deben ser los criterios exigibles para aceptar la legitimidad de dichas pruebas. Aunque no podemos entrar en detalle sobre esta importante, pero compleja, cuestión, limitándonos a los aspectos clave del actual régimen jurídico que permitan comprender la relación entre esta técnica de la política de seguridad y salud en el trabajo y la gestión de los consumos problemáticos de drogas en las empresas, es útil al objetivo de este Estudio dejar constancia de las tres reglas básicas que informan este deber-potestad empresarial. A saber:

El necesario juicio de necesidad -art. 22 LPRL- de las pruebas o controles exigible atender a criterios selectivos, no indiscriminados, de modo que se *atiende a la naturale-*za del trabajo en cuestión, esto es, de las prevalencias de consumos problemáticos en atención al criterio de la actividad laboral concreta

De este modo, resulta muy útil para los empresarios, y sindicatos, también para todos los profesionales y sujetos implicados, los datos derivados de la ECML, pues en ella se identifican, como hemos visto, esas prevalencias, al menos, con solvencia digna de tenerse en cuenta. Consecuentemente, mientras que en ciertos trabajos ha de primar la protección del interés a la seguridad de las personas que interactúan con los trabajadores con consumos de riesgo, en otros, donde esa interacción sea menor, deberá primar la protección de la privacidad sobre la necesidad de las pruebas (Programa SOLVE, pág. 108).

En todo caso, las pruebas deben realizarse respetando los derechos básicos de las personas, de modo que no sólo se respete su dignidad y privacidad, sino que **han de tener la información necesaria a fin de que puedan decidir de forma fundada** (principio del consentimiento informado), en especial sobre si deben o no cumplir con el requerimiento de someterse a las pruebas médicas. Así lo ha asumido la STCO 196/2004.

De ahí, que, estas pruebas deben siempre enmarcase dentro de una "política escrita formal, que indique el propósito de las pruebas, las reglas, normas, derechos y responsabilidades de todas las partes involucradas" (Programa SOLVE, pág. 108). Esta exigencia aparece de una forma desigual en los diferentes Protocolos. El referido protocolo EUS-KOTREN sí lo tiene bien en cuenta, exigiendo además no sólo la competencia sanitaria de quien los realiza, que, además, debe ser personal sanitario externo, sino que la prueba debe tener la máxima fiabilidad, de ahí que exija para "todos los casos con resultados positivos obtenidos mediante técnicas "in situ", de valor presuntivo, la confirmación a través de técnicas analíticas "en laboratorio especializado", más precisas -análisis en sangre, para el alcohol, y muestras de orina para el resto de drogas-. Aunque, como también ilustran las experiencias existentes, esto encarece el proceso, son una exigencia para la seguridad de los trabajadores.

En el caso de trabajadores que den "positivo" el uso problemático de drogas, se ha de *garantizar un tratamiento asistencial-rehabilitador*, de modo que sólo su negativa a participar en un programa de autogestión asistida profesionalmente habilite la aplicación del régimen disciplinario.

Como comprobaremos, si bien ya son más los convenios colectivos que a la hora de establecer los Códigos de Conducta al respecto, así como los protocolos negociados para

la gestión de los consumos nocivos en las empresas, tienen en cuenta esta interconexión, de modo que priman la rehabilitación -servicio de atención a un sujeto necesitado- sobre la disciplina -control social moralizante y de rendimiento económico frente a un sujeto social y moralmente "desviado"-, aun no constituyen un porcentaje con la suficiente representación para promover un cambio de tendencia.

# 3.3.3. Las excepciones a la regla general de la voluntariedad de las pruebas de cribado: ¿límite u oportunidad de apertura?

Como puede comprobarse, en un plano de control general, dado el primado del principio legal de voluntariedad en la materia, el acento se pone en el alcance que han de tener las excepciones previstas en la Ley, así como a la posibilidad de que pudieran ser, sino ampliadas, sí moduladas en sentido expansivo por la negociación colectiva. Sin detenerse tampoco en exceso en esta cuestión, interesante pero que desborda el espacio y misión propios de este Estudio<sup>57</sup>, cabe recordar que el art. 22 LPRL parte del carácter tasado y no abierto del listado legal de excepciones a la exigencia de consentimiento por parte del trabajador para realizar exploraciones médicas. Este listado se "reduciría", en un plano estrictamente formal, pues su redacción es tan ambigua y genérica que impide una visión muy cerrada -así lo concluye, al final, la jurisprudencia (SSTS 10 de junio de 2015), a tres grupos de supuestos:

Que sea necesaria la prueba médica para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre los trabajadores.

Que resulte imprescindible la prueba para verificar si el "estado de salud" del trabajador puede constituir un factor de peligro -no sólo de riesgo abstracto-, ya lo sea para sí mismo, ya para terceros (los demás trabajadores o personas que se relacionen con la empresa, como clientes, proveedores...).

Que venga establecido en una disposición legal respecto de la protección de un riesgo específico y en actividades de especial peligrosidad.

Descartada la primera excepción legal por su vaguedad, que termina vaciando de sentido práctico el principio de voluntariedad (STCO 199/2004)<sup>58</sup>, para un uso más intensivo en relación a lo test o pruebas de control de alcohol y otras drogas ("pruebas de despistaje" o "cribado"), la mayor utilidad se concentra en el segundo y tercer tipo de excepción.

Aquí, y dado que esta cuestión no es nuclear para el Estudio, sólo se hará referirá, y brevemente, al último: las normas legales especiales que atienden a tipo de actividad profesional de los trabajadores para autorizar-exigir controles más exigentes y precoces sobre el consumo de drogas respecto de la vigilancia de la salud en general. De este

<sup>57</sup> Un análisis muy exhaustivo, con una importante documentación, normativa, jurisprudencia y práctica, si bien con algunos presupuestos y conclusiones que aquí no se comparten, por argumentos jurídicos y de eficacia práctica que han ido apareciendo a lo largo de este Estudio, en CEOE (a cargo de J.J. FERNÁNDEZ). Informe Ejecutivo...op. cit. págs. 98 y ss.

<sup>58</sup> Vid. C. SAN MARTÍN. "La vigilancia del estado de salud de los trabajadores: voluntariedad y periodicidad de los reconocimientos médicos". RMTAS, n. 53, 2004, pág. 190.

modo, relacionamos el factor legal con al factor de prevalencia establecido en la ECML cuyo análisis más profundo sí constituye el núcleo central del Estudio.

# 3.3.4. Especificidad de las pruebas de control de consumos de drogas atendiendo al factor de actividad laboral desempeñada.

Al respecto, conviene advertir de que el sistema normativo de la PRL plaga, más allá de la obligación general de exámenes periódicos de salud laboral ex art. 22 LPRL, de reconocimientos médicos específicos, atendiendo a muy diversos factores, que van desde el momento de contratación, inicial -este acto determina la legitimidad de un reconocimiento de aptitud (art. 37. 3 b) 1° RSP)- o post-ocupacional (art. 22.5 LPRL), hasta los exigidos para puestos con riesgos específicos, ya sea de accidente de trabajo (Anexo I RSP) ya respecto de enfermedades profesionales (art. 196 LGSS).

Asimismo, se prevén exámenes médicos específicos para ciertos colectivos, que pueden resultar significativos en relación a la gestión de los usos nocivos de drogas, pues atienden a factores tales como el sistema de trabajo desenvuelto (según se prevé para el trabajo nocturno ex art. 36.4 ET), factor prevalente en el uso de drogas, como evidencia la ECML, o, con carácter general, el estar incluido dentro de uno de los "colectivos de trabajadores especialmente vulnerables o sensibles" (art. 25 LPRL). Sin embargo, no son estas previsiones específicas las que queremos ahora recordar, sino todas aquellas en las que el legislador ha hecho uso -asistemático- de la habilitación hecha en la última de las excepciones y que suelen atender a un factor de prevalencia de consumos de drogas relevante de la ECML: el "tipo de actividad" y/o "categoría ocupacional".

En efecto, sin el enfoque sistemático y cuidado de otros modelos normativos -como es el caso del italiano-, en los que sí se ha llevado a cabo una delimitación precisa de las actividades y puestos de trabajo en los que resultaría obligatorio someterse al test de control de drogas, el marco regulador español también ofrece un amplio -y disperso- abanico de situaciones, además de la específica e intensa propia del control antidopaje en el deporte profesional (LO 3/2013, de 20 de junio)-, en las que, por la especificidad de la actividad laboral realizada (transporte de personas y de mercancías por carretera; la actividad de los trabajadores del mar, control de incendios forestales...) o por el tipo de funciones o tareas propias de la categoría profesional (buceo profesional; conducción de vehículos a motor...), se haría precisa una vigilancia más intensiva de los consumos no ya nocivos para la salud del trabajador sino peligrosos para la seguridad de los compañeros y de terceras personas (clientes, usuarios...). Como entendiera el TCO con carácter general, si es cierto que

"...el reconocimiento médico no es un instrumento del empresario para llevar un control dispositivo de la salud de los trabajadores, como tampoco es una facultad que se conceda para verificar la capacidad profesional o la aptitud psicofísica de sus empleados con un propósito de selección de personal o similar...".

No menos cierto es, se ve obligado a precisar, que eso es así:

"...salvo que el tipo de trabajo a realizar lo justifique, cabría precisar"59.

Así, sólo a título de ejemplo<sup>60</sup>:

**Sector de la Seguridad Privada** (art. 28.1 c) Ley 5/2014, de 4 de abril en relación al Anexo del RD 2487/1998, de 20 de noviembre). Se exige acreditar, tanto para la obtención como para la renovación de la habilitación de desempeño de la actividad de vigilancia privada, que no se tienen "trastornos por sustancias" psicoactivas (alcohol, drogas y medicamentos).

Sector de actividad de embarque en el mar (art. 5 en relación Anexos I.1 y I.2, así como Anexo II.2 RD 1696/2007). Para realizar esta actividad profesional se exige igualmente que los reconocimientos médicos resulten negativos en orden a eventuales "trastornos por consumo de sustancias... (abuso, dependencias y trastornos inducidos)". El eventual positivo en ellos representaría la calificación de "no apto" por problemas de salud mental salvo que, excepcionalmente, sea posible calificarlo de "apto con restricciones", para los casos en los que medie informe favorable de un especialista que pruebe un estado de abstinencia prolongada y ausencia de secuelas irreversibles que pudieran causar riesgo para las personas y las cosas, dada la peligrosidad de esta ocupación laboral. También se contempla la posibilidad de desempeño profesional con restricciones para los trabajadores sometidos a tratamientos sustitutivos, eso sí, siempre que se aporte informe en el que se especifique su observancia (apartado 2.5.2). Se trata de una regla específica que ameritaría generalizarse.

Personal del sector ferroviario empleado en típicas actividades relacionadas con la seguridad de la circulación a través de este medio de transporte (art. 60 de la Ley 39/2003, 17 de noviembre, del Sector Ferroviario en relación a la Orden FOM/2872/2010, de 5 de noviembre, por la que se determinan las condiciones para la obtención de los títulos habilitantes que permiten el ejercicio de las funciones del personal ferroviario relacionadas con la seguridad en la circulación, así como el régimen de los centros homologados de formación y de los de reconocimiento médico de dicho personal -ha sido modificada por Orden FOM 679/2015, 9 de abril-).

Como en los casos anteriores, la necesidad de una específica habilitación profesional para todas las categorías cuya actividad pueda conllevar un riesgo grave para la seguridad y la salud, propia y de terceros, exige una certificación formal de la capacidad-salud no sólo física sino mental que dé fe de la aptitud de tales trabajadores. Pues bien, tal certificación profesional está condicionada -en su otorgamiento, renovación o eficacia- al resultado -negativo o positivo- en los controles para la detección de consumos de drogas, así como a su actitud ante los mismos -la negativa a realizárselos conllevará la denegación

<sup>59</sup> En el fondo de este planteamiento subyace el modelo alemán, que admite de forma expresa realizar reconocimientos médicos de los trabajadores en el momento inicial de la contratación, incluyendo pruebas para la detección de consumos de drogas, pero con alcance excepcional, y siempre que el puesto de trabajo ocupado ofrezca requerimientos de salud especiales. VID. J. RIVERO LAMAS-A. DEL VAL. Artículo 22. Vigilancia de la salud. En AAVV. Comentarios a la LPRL. Comares. Granada. PÁG. 207.

<sup>60</sup> Para un análisis más extenso, si bien reconoce que es imposible registrar el cúmulo de regulaciones existentes, vid. CEOE (J.J. FERNANDEZ). Informe Ejecutivo... págs. 121 y ss.

o no renovación- (Vid. la regulación en la Disposición adicional sexta de la Orden referida -intitulado "Controles para detección de consumo de alcohol y de indicios analíticos de consumo de drogas de abuso y sustancias psicoactivas"-).

Para no resultar tediosos, hay que dejar constancia de que análogas reglas se prevén para otros sectores de actividad de transporte, donde la seguridad de terceros es, o debería ser prevalente, como es el caso de la aviación civil (RD 270/2000, de 25 de febrero y Órdenes de desarrollo). Por supuesto, no vamos a entrar aquí -pese a que es un caso interesante para nuestro tema- en las dudas surgidas al respecto en relación a la "tragedia del vuelo 9525" de la compañía alemana "Germanwings".

Como se sabe, este vuelo hacía el trayecto Barcelona-Düsseldorf cuando se estrelló contra el suelo en virtud de una decisión deliberada del copiloto, diagnosticado de trastornos mentales -se pudo constar que un médico privado recomendó internar en un psiquiátrico al copiloto dos semanas antes de que estrellara el Airbus 320-, no así empresarialmente -a lo visto-. Aquí bastará con dejar constancia de la reactivación, a partir de la alarma social y de las recomendaciones de la Comisión de Investigación, el debate en torno al funcionamiento de la vigilancia de la salud de ciertos profesionales, en especial de su salud psicosocial, cuando entra en juego la seguridad de los terceros, recomendándose una regulación más incisiva para facilitar la intervención preventivo-correctora de las compañías aéreas.

Precisamente, en este contexto, sí tiene mayor relevancia poner de relieve que el marco regulador no sólo es disperso (crítica por exceso), sino que se revela incompleto (crítica por defecto). En efecto, por lo que hace a esta segunda deficiencia de nuestro marco normativo en torno a las relaciones entre los consumos nocivos de drogas y la seguridad y salud, tanto de los trabajadores cuanto de terceros, cabe constatar que aún hoy otros sectores, como el *de transporte por carretera*, especialmente prevalente en nuestra economía, que carecen de regulación expresa y específica al respecto, fuera, claro está, de las reglas de seguridad vial respecto de las tasas máximas de alcoholemia y/o consumos de otras drogas y de las pruebas -aleatorias- de las fuerzas de seguridad. En este sentido, queda claro que adquiere un mayor sentido para tales casos -como se ha acreditado en la jurisprudencia y doctrina judicial mayoritaria al respecto, que hacen de esta actividad un espacio especialmente abierto a la intervención correctora a cargo del empresario, sin necesidad de constatar estados de embriaguez o toxicomanía habituales-, el carácter abierto que tiene la segunda excepción del art. 22 LPRL a la voluntariedad de los exámenes médicos.

A tal fin ha de tenerse en cuenta que la finalidad de estas pruebas no será la de verificar o no el consumo -conducta- ni su incidencia para la actividad laboral que le es propia -rendimiento-, sino para verificar si su estado constituye o no situación de riesgo para él y, sobre todo, para terceros. Así lo ha entendido la ITSS recientemente.

En efecto, la ITSS parece haber querido salir al paso de un prolongado y agrio conflicto de posiciones que existía al respecto en esta materia y sector -si bien resulta más genera-lizado-. Así, mientras que la parte sindical primaba el derecho individual a la privacidad del

trabajador, oponiéndose a controles en el sector del transporte salvo que hubiera constancia cierta de estados incompatibles con el desempeño laboral, la parte empresarial se desentendía por completo de su obligación de su obligación de control sobre una auténtica condición de trabajo incisiva en la salud -el derecho-deber de vigilar las condiciones de aptitud/salud de los trabajadores bajo su responsabilidad-.

En consecuencia, según una opción tradicional respecto del concepto de accidente laboral de tráfico (versión moderna del viejo concepto de "accidente in itinere" cuando se sufre con vehículo de motor), la comprensión del problema, y por tanto la solución, se tendía a abandonar la cuestión al control externo por parte de la policía -Ministerio Interior-. Pues bien, la ITSS habría querido reforzar de forma expresa su clásico criterio en orden a la exigencia de una intervención de vigilancia de la salud del empresario en este sector de transporte por carreteras con una estricta finalidad de protección de la seguridad y de la salud de las personas, tanto de los trabajadores como de la ciudadanía.

A tal fin, se prevén cuatro supuestos que, sin duda, abren notablemente las facultades de control por parte del empresario, siendo razonable el criterio de autoridad ahora propuesto por la que representa la "policía laboral" (ITSS), siempre que, claro está, la actividad a cargo de la empresa prime la finalidad preventiva y de protección de la seguridad y salud, frente a otros criterios, como la verificación de estados susceptibles de sanción, máxime si se tiene en cuenta que los convenios colectivos en este sector tienden a intensificar el control disciplinario<sup>61</sup>.

De este modo, también por tal vía se pone de relieve cómo, en un contexto de mayor sensibilidad social frente a este tipo de problemas, es necesario avanzar en la interrelación entre las normas orientadas a fomentar una auténtica "cultura de seguridad vial" y las que promueven una análoga "cultura de seguridad en el trabajo".

Otros varios casos podrían mencionarse y que se hayan en una situación media, de modo que, si bien cuentan con algún referente normativo, es tan vago e impreciso, que genera más problemas que ventajas el recurso a las pruebas de consumo de drogas en el ejercicio del derecho-deber empresarial de vigilar la salud de las personas a raíz de la actividad económica que desempeña. Sería el caso, por ejemplo, del sector energético y, más particularmente, del trabajo en las plantas de energía nuclear, para cuya mejora de la seguridad el Gobierno anterior habilitó -posibilita, pero no obliga, con el riesgo que puede tener de incurrir en responsabilidad in vigilando sino lo hace y acaece un accidente, o incidente relevante, como a veces sucede en este ámbito- la realización de controles preventivos

<sup>61</sup> Vid. R. MARTÍNEZ MESAS eta altri. Guía para las actuaciones de la ITSS en materia de seguridad vial de las empresas. Madrid. BOE. 2011. Págs.39 y 44-45. Los cuatro supuestos serían:

a) previsión convencional colectiva;

b) consentimiento del trabajador a una cláusula incluida en el contrato a fin de legitimar pruebas de este tipo;

c) cuando así se derive de la planificación preventiva en materia de vigilancia de la salud por derivar de evaluaciones previas o de otros indicadores objetivos sobre el peligro concreto;

d) que sea visible externamente un estado o situación, aunque sea transitorio, que pueda hacer sospechar de su incompatibilidad con una actividad segura. Este último caso es análogo al que permite controles específicos -programados ; distintos a los aleatorios- por parte de la policía pública de seguridad vial y el deber de las personas de someterse a ellos (art. 21 RD 1428/2003).

para detectar consumos de drogas a toda persona que acceda a la instalación, trabajadores o no, complementarios a los del art.22 LPRL. Sin embargo, el nuevo apartado 4 de la Disposición Final 2ª el RD 1836/1999, 3 de diciembre, incluido por el RD 1308/2011, de 26 de septiembre, reconoce una potestad empresarial tan vaga o genéricamente formulada, con una generalizad o ambigüedad superior a la del art. 22 LPRL, que apenas ofrece respuestas específicas y ciertas para su formalización, ni para los trabajadores que podrán verse sometidos a ellas ni para los empresarios que podrán hacerlas sin pautas seguras a cuándo y cómo practicarlas.

Consecuentemente, una vez más, y a falta de un convenio colectivo que incluya estos aspectos en su sistema de compromisos para la mejora de las políticas de fomento de la seguridad y salud en el trabajo, más allá de los mínimos legales, lo que no suele suceder, tampoco en este sector, se constata cómo bien el abstencionismo legislativo o sus deficiencias reguladoras, son fuente de un sinfín de problemas que merecerían un trato más adecuado, dada la complejidad y trascendencia de los intereses en juego. En tal sentido, el reconocimiento de mayores potestades de control debería acompañarse, en todos los casos, tanto de medios y guías protocolizadas de realización cierta como de garantías para los trabajadores de su orientación estrictamente preventiva, así como en relación a las consecuencias por la negativa a someterse a tales pruebas de detección o cribado (mejor que el neologismo "despistaje").

La realidad actual sigue evidenciando que la situación dista de ser ésta y, en consecuencia, el desfase entre la ENSD y lo que sucede en la realidad lejos de reducirse, se mantiene, e incluso amplia<sup>62</sup>.

<sup>62</sup> Recientemente, se denunciaba en el ámbito de las Fuerzas Armadas. Así, pese a la menor prevalencia del consumo de drogas en los cuarteles respecto de la población en general (el 0,74% -1207- de los 162.797 análisis de drogas realizados en 2014 dieron resultado positivo. Más del 93% lo fueron por cannabis -9,2 en la población general- o cocaína -2,2 población en general Según OEDT-), la Asociación Unificada de Militares Españoles (AUME) ha elaborado un informe en el que denuncia que la política de favor hacia la sanción en detrimento de la prevención, apartándose de la Estrategia Nacional Sobre Drogas (ENSD), con una vulneración constante del derecho a la intimidad de los militares. El Ministerio de Defensa, en cambio, que admite la necesidad de introducir ciertos cambios para el próximo Plan General de Prevención de Drogas en las FFAA (2017), considera que no se mantiene al margen ni de los programas preventivos (charlas, pruebas deportivas) ni de los planes de rehabilitación, pero considera que el mayor rigor responde a "las especiales características del medio militar, derivadas de la necesidad de garantizar la seguridad individual y colectiva", que justifican la adopción de medidas encaminadas a la erradicación del consumo de drogas en las Fuerzas Armadas. De interés también, no sólo la falta de un registro de cuántos expedientes disciplinarios responden a causas relacionadas con el consumo de drogas -se sabe que han sido en torno a 500 expulsiones en total en 10 años, pero sin referir a la causa concreta-, sino también las deficiencias de las pruebas de detección -en orina- respecto del alcohol, lo que explicaría el bajisimo índice de incidencia del consumo de alcohol, junto a su tolerancia. Un interesante reportaje de síntesis en http://politica.elpais.com/politica/2016/05/01/actualidad/1462120969 585511.html





# 4. EL ENFOQUE DE LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN LAS EXPERIENCIAS CONVENCIONALES Y DE RESPONSABILIDAD SOCIAL SOBRE GESTIÓN PREVENTIVA DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

4.1. Qué hacer: desde la política de prevención de riesgos laborales a la promoción de la salud en el trabajo como bienestar integral.

Por todo lo visto hasta ahora, existe un amplio consenso global o internacional, en todos los planos -institucional, científico, social- según el cual el consumo de sustancias adictivas por los trabajadores produce un gran impacto negativo, que se extiende tanto a las familias, como a la sociedad, compañeros de trabajo y a la propia empresa siendo afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral.

La OMS delimita, como es sabido, el concepto de salud de una forma extensiva, de modo que se tenga como referencia el más alto grado de bienestar tanto físico, como psíquico y social de todos los trabajadores en correlación con todas las características y riesgos emanados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, mediante la implementación de mecanismos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo (art.32 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública). De hecho, tanto la protección como la promoción de la salud en el trabajo en relación a la prevención de los consumos pretenden, por un lado, mejorar los conocimientos y las capacidades de los individuos con el fin de promover hábitos saludables, incrementar su sensibilidad hacia los problemas del consumo y potenciar una cultura de la salud dentro de la organización empresarial, sino también, por otro lado, modificar las condiciones laborales con el objetivo de prevenir aquellas consecuencias negativas que los factores ambientales laborales puedan tener al respecto.

Por tanto, sobre la necesidad y razones para actuar pocas dudas puede haber. El problema central es cómo hacerlo y así lo prueba el que las iniciativas preventivas en nuestra experiencia de relaciones laborales son muy reducidas, no inexistentes, crecientes si se quiere, pero, en todo caso, poco significativa en el plano cuantitativo, pues tan sólo afecta a un puñado de empresas y convenios colectivos. Pero es que, además, no hay tampoco un modelo único de acción, de manera que mientras unos se alinean con un enfoque amplio e integral de las políticas de seguridad y salud en el trabajo, en los términos de sistema normativo, institucional y técnico de la LPRL -incluida tanto la evaluación como la planificación preventiva-, otros prefieren apostar por el modelo, más voluntarista y ético-social, de la promoción de la salud de los trabajadores según el enfoque de la responsabilidad social y las empresas saludables, que enfatizan un enfoque individualista (mejora de los estilos de vida y hábitos saludables).

#### 4.2. ¿Prevención versus o favor promoción de la salud en el trabajo?

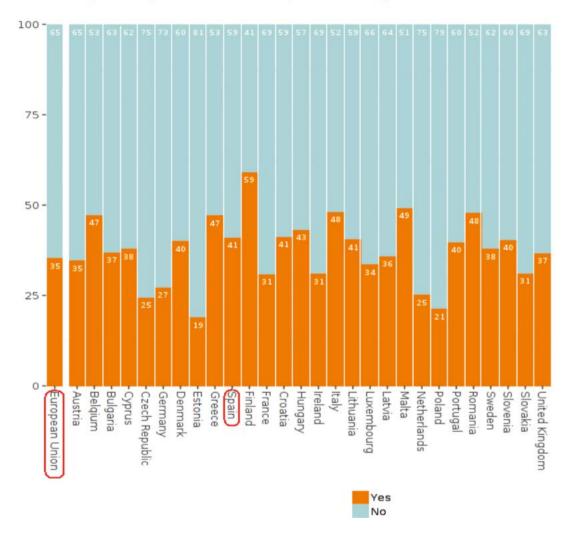
Ciertamente, este segundo paradigma, aun aceptando que no siempre hay fijada una frontera nítida -ni quizás es posible ante la dimensión integral de la política de seguridad en el trabajo como búsqueda de la salud igualmente integral-, resultaría hoy dominante en el mundo. En efecto, se trata de programas orientados a medidas de mejora de situación de los trabajadores víctimas de consumos problemáticos de drogas incidiendo más que en las condiciones de trabajo en los hábitos personales, fomentando más bien los cambios en relación a los estilos de vida y la sensibilización hacia la trascendencia de reducir los consumos dentro de la empresa. La **promoción de la salud de los trabajadores** en diferentes países, tanto en Europa como fuera (Estados Unidos, Australia y Canadá), manifiestan que los principales programas de este tipo centran sus iniciativas en ejercicios de espalda, estiramientos u otros ejercicios físicos en el trabajo (44,5%).

Como otros datos estadísticos -sea en prevención de riesgos laborales; sea en el de promoción de la salud frente a las adicciones en los entornos de trabajo-, sorprende *el desajuste que se produce entre lo limitado de las experiencias reales* -al menos conocidas- de gestión preventiva por las empresas del riesgo de consumos problemáticos en sus entornos y *la alta concienciación verbalizada* por las empresas ubicadas en España. Así, más del 40 % de las empresas -recuérdese que la muestra de las entrevistas está constituida por empresas de más de 5 trabajadores- dicen tomar alguna medida para la promoción de la salud respecto de los trabajadores consumidores de drogas, por encima de la media europea (35%).

Sin intención alguna de cuestionar aquí el sentido real de este llamativo dato, sí que permite realizar dos observaciones de gran interés para el Estudio. La primera, tiene que ver con *la persistente falta de trasparencia* de este tipo de acciones promocionales por parte de las empresas. Seguramente esta opacidad no responde a ningún intento de ocultación deliberada, sino al persistente temor a que su acceso o conocimiento público se identifique en el mercado como empresa problemática o conflictiva. De ahí que se suela rechaza que se den a conocer sus razones sociales, incluso aunque participen de forma activa en los Estudios con finalidad científica. La garantía de confidencialidad de la ESENER-2 garantizaría esa mayor colaboración.

La segunda, más preocupante, nos pone sobre la pista del desvelado de una dimensión más "cosmética" que efectiva de estas iniciativas, más una apariencia de acción que un compromiso real y serio con iniciativas efectivamente eficaces, fiables. Junto a otros datos relevantes, también la analizada ECML confirmaría esta crítica, evidenciando cierta contradicción de dato ESENER-2. En efecto, la ECML, al medir la percepción social -y la propia opinión- de los trabajadores en torno a la efectividad de la implantación de medidas que, a su juicio, resultarían muy importante para intervenir preventivamente desde la empresa frente a los consumos de riesgo, permite concluir un déficit de cobertura empresarial muy significativo y, en consecuencia, preocupante para la efectividad de las políticas a promover. Al respecto, la ECML pone de relieve cómo aquellas medidas que los trabajadores creen más relevantes y que son básicas para cualquier política de prevención

Tabla 6.
¿Su centro de trabajo tiene alguna medida para la promoción de la salud entre los empleados que consumantabaco, alcohol o droga?



FUENTE: ESENER-2, en https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/esener

primaria, como la información-formación, con un coste considerablemente bajo, apenas tienen luego implementación práctica.

Tabla 7

% POBLACIÓN LABORAL QUE CONSIDERA IMPORTANTE CADA ACTUACIÓN Y % QUE AFIRMA QUE SE HA REALIZADO EN SU EMPRESA. ESPAÑA 2013.		
	% que valora la importancia (1)	% que afirma que se ha realizado (2)
Información y formación	55,4	8,6
Orientar hacia centros especializados	34,8	3,0
Servicios de atención socio-sanitaria	27,9	2,3
Chequeos médicos a los trabajadores	22,8	4,0
Ayudas o asesoramiento a familias	21,8	2,1
Análisis para detectar drogas	17,1	4,0

4.2.1. La escasa actividad práctica de evaluación de riesgos psicosociales en las empresas españolas.

las dos más importantes y (2) las realizadas en su empresa durante los últimos 12 meses

De nuevo, para comprobar este exceso de formalismo o de "cultura cosmética", que prima la apariencia de realizar una actividad sobre la efectividad práctica de la misma, nos parece interesante contrastar, de un lado, el dato relativo a la promoción de la salud frente al riesgo de consumos problemáticos o abusivos de drogas en el lugar de trabajo con, de otro, el equivalente o próximo para la prevención de riesgos laborales. En este caso, en relación al porcentaje de actividad evaluadora de riesgos psicosociales de origen laboral que confiesan o verbalizan nuestras empresas.

Al respecto, comprobaremos que se produce un desajuste análogo entre "lo real" y "lo formal" o reconocido, reduciéndose a esa cultura de papel o cosmética indicada. De un lado, porque las evaluaciones de riesgos en España no conllevan una implicación muy directa de la empresa, dado que el porcentaje de evaluaciones realizadas con medios propios -11 por cien- está muy por debajo de la media europea -47 por cien- (Encuesta ESENER-2, España, 2015, pág. 50). De otro, lado, si bien es cierto que España -90%- está muy por encima de la media europea -76%- en evaluaciones de riesgos laborales (Gráfico 13, ESENER-2, España, pág.49), respecto de los factores de riesgos que incluye, está por

debajo de la media europea en la inclusión de aquellos que más directamente se relacionan con los riesgos psicosociales -y con los factores de prevalencia, dicho sea de paso, de consumos problemáticos-, como son los relativos a las jornadas laborales, sistemas de turnos y relaciones conflictivas, aunque sí atienda más a los factores de seguridad (gráfico 17, ESENER-2, España, pág. 52). Asimismo, cuando se trata de pasar de la evaluación a la acción, los planes de gestión frente al estrés laboral baja a sólo el 32,5 por cien (sólo 3 de cada 10 empresas de más de 20 trabajadores en España dicen o verbalizan tenerlo).

Todo esto explica que las empresas españolas ocupen, respecto de los riesgos de naturaleza psicosocial laboral el vigésimo tercer puesto en el ranking determinado en la Encuesta ESENER-2 de los veintiocho, frente al segundo puesto ocupado en el ranking referente a los riesgos físicos (ergonómicos, seguridad e higiene). Desde esta perspectiva de análisis cabe pensar que no se trata de una menor o mayor exposición a los riesgos laborales sino de un mayor o menor conocimiento y percepción de ellos.

De este modo, en términos relativos, mientras que en las empresas españolas hay una importante percepción del riesgo físico, no sucede igual con el psicosocial. Así la principal dificultad para afrontar los riesgos psicosociales en España sería la falta de concienciación sobre ellos (27%), mientras que en el conjunto de Europa (UE-28) se establece la reticencia -es interesante recordar que esta resistencia todavía es superior respecto del riesgo psicosocial relativo a los consumos problemáticos de drogas y otras adicciones- a hablar abiertamente sobre ello (29,9%). Curiosamente, no habría un gran problema de insuficiencia informativa -lo que si sucede respecto de los consumos problemáticos de drogas- para buena parte de las empresas españolas, que, junto con las de Dinamarca, Eslovenia, Rumanía e Italia, son los que menos problemas de información señalan tener para incluir los riesgos psicosociales en la evaluación.

Tabla 8. Dificultades para afrontar los riesgos de carácter psicosocial

	España	UE-28
Falta de concienciación del personal		25,6%
Falta de concienciación de la dirección	18,4%	17,1%
Falta de conocimiento técnico o apoyo especializado		22%
Reticencia a hablar abiertamente de estos temas.	25,6%	29,7%
Ninguno de los anteriores	55,6%	51%

FUENTE: ESENER-2, España, pág. 64.

En suma, estos datos dejan al descubierto la necesidad de ir más allá de las actividades formales para diseñar y poner en práctica herramientas que faciliten la aplicación real de la prevención de riesgos psicosociales en su conjunto. Entre otras cosas, para aprovechar esos dispositivos, legalmente obligatorios, al servicio de una prevención más eficaz del consumo nocivo de drogas

# 4.2.2. La relación positiva entre la gestión de los consumos problemáticos de drogas y la evaluación de riesgos laborales. Perspectiva nacional y visión comparada europea.

Precisamente, la Encuesta ESENER-2 nos revela que existe una relación positiva entre la herramienta básica sobre la que se construye el edificio preventivo de riesgos laborales, la Evaluación, y la acción promocional de la salud en relación a los consumos de riesgo respecto de drogas y demás adicciones. En suma, la implicación en la salud de sus trabajadores es mayor en los establecimientos que realizan evaluaciones de riesgos que en los que no las hacen.

Tabla 9. Medidas de promoción de la salud en función de la Evaluación o no

	Evaluación de Riesgos	Sin Evaluación de Riesgos
Concienciar sobre una nutrición saludable	36,6%	29,3%
Concienciar sobre la prevención de adicciones	42,6%	26,7%
Promover las actividades deportivas fuera de jornada	26,2%	19%
Promover los ejercicios de espalda	46,5%	27%

FUENTE: ESENER-2, España, pág. 72.

Una útil visión comparada europea de las relaciones que puede haber -como se puede ver no lineales, pero sí relevantes- en los diversos países europeos entre la acción preventiva de riesgos psicosociales y la promoción preventiva de la salud frente a consumos abusivos de drogas y otras adicciones, resulta del siguiente cuadro:

Tabla 10.	Aplicación de diferentes medidas para prevenir los riesgos psicosociales					Promo- ción de	
	sición a Riesgos Psicoso- cial.	Evalua- ción de Riesgos	Reorga- nización del tra- bajo	Aseso- ramiento confi- dencial	Proced. solución conflictos	Inter- vención en hora- rios	la Salud acerca del tabaco, alcohol u otras drogas
Alemania	83,5%	65,3%		46,4%	25,4%	39,4%	27%
Austria	77,9%	56,1%	41,2%	49,9%	27,9%	33,1%	
Bélgica	84,9%	66,2%	40,4%	45,9%	39,5%	22,9%	
Bulgaria	68,8%	90,4%	34,6%	17,6%	20,6%	12,5%	
Chipre	81,8%	52,1%	41,9%	46,2%	36,1%	20,8%	38%
Croacia	73,2%	78,8%	34,8%	22%	17,3%	15,3%	41%
Dinamarc.	90,3%	90,8%	52,4%	50,9%	31,8%	37,7%	40%
Eslovaq.	61%	59,3%	24,5%	19,2%	23,2%	12,6%	31%
Eslovenia	79,3%	93,9%	14,8%	15,2%	15,3%	7,2%	40%
España	70,4%	89,1%	39,9%	31,3%	27%	18,2%	41%
Estonia	85%	67,8%	43,3%	38,3%	16,5%	16%	19%
Finlandia	88,6%	73%	50,4%	64,5%	37,7%	35,3%	59%
Francia	81,5%	55,8%	35,5%	50,4%	36,7%	21%	31%
Grecia	76%	49,9%	41,7%	50,4%	43,5%	21,7%	
Hungría	67,1%	76,5%	31,8%	33,8%	24,5%	13,9%	43%
Irlanda	80,1%	71,9%	48,2%	24,2%	38%	34,7%	31%
Italia	59,3%	94,2%	40,1%	24,2%	26,6%	23%	48%
Letonia	80,4%	81,4%	37,1%	35,2%	21,9%	29,4%	36%
Lituania	56,5%	75,8%	27%	36,7%	25,4%	19,3%	41%
Luxemb.	79%	37,1%	42,9%	53,7%	28,1%	22,1%	34%
Malta	87,4%	65,3%	53,6%	65,2%	38,4%	36,8%	49%
Países Bajos	83,2%	72,7%	27,9%	33,3%	24,7%	16,5%	25%
Polonia	72,1%	77,2%	22,7%	17%	23,3%	16,2%	21%
Portugal	82,2%	77,4%	39%	23,5%	19,3%	15,4%	40%
Reino Unido	79,6%	91,5%	40,5%	27,5%	32%	26,3%	37%
República Checa	69,4%	76,7%	17,9%	12,6%	20,3%	20,3%	25%
Rumanía	76%	88,9%	39,3%	46,3%	43,6%	20,6%	48%
Suecia	89,4%	80%	42,9%	43,9%	41,7%	35,1%	38%
TOTAL UE-28	76,7%	76,4%	37,7%	35,9%	29,1%	25,6%	35%
_	ebajo de la ncima de la						

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de ESENER-2.

Finalmente, al igual que se indicó respecto de la mejora de la información en relación a la prevalencia de los consumos de drogas según sectores de actividad, no deja de ser igualmente relevante poner en relación este mismo factor de prevalencia sectorial en relación a la promoción de la salud. Al respecto, podemos comprobar cómo *algunos de los sectores de mayor prevalencia de consumos de drogas resultarían también los de mayor prevalencia de medidas de promoción de la salud*, aunque no haya una relación clara. En efecto, sectores de relativa menor incidencia del riesgo de consumos problemáticos, como el empleo público, aparecen de forma destacada entre los prevalentes para programas de salud y, en cambio, algunos de extraordinaria prevalencia de consumos adictivos, ocupan un lugar muy residual (actividades domésticas/servicios personales).

Otros sectores, en cambio, como la construcción, sí que evidenciarían una relación más positiva entre ambos factores de acción a favor de la mejora de la salud psicosocial en los ambientes de trabajo. Convendría indagar mucho más al respecto para poder alcanzar algunas interpretaciones útiles que orienten o reorienten la acción al respecto para conseguir tal sinergia, aquí propuesta, entre la acción preventiva de los factores de riesgo psicosocial -obligatoria en todos los casos-, y la intervención preventiva de los consumos de riesgo en materia de drogas y otras adicciones -obligatoria sólo en ciertos casos, conveniente, por coherente, saludable y eficiente, en todos los casos-.

Tabla 11. Medidas de promoción de la prevención de adicciones adoptadas en España, por sector de actividad

	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	Construcción, Gestión residuos,	Industria manufact.	Comercio, transporte, hoselería y activ. artísticas	Información, finanzas, act. inmobil., científicas, técnicas y admin.	Admón. pública	Sanidad, educación y serv. Soci.	ТОТАL
Preven- ción de adicciones	30,6	43,8	39,8	42,7	35,5	49,3	45,8	40,9

Fuente. ESENER-2, pág. 72.

4.2.3. La información-formación como acciones de prevención primaria: otro desajuste entre el deber y el ser en la gestión eficaz de los consumos nocivos.

A la luz de los datos estadísticos expuestos, haciendo interactuar sobre todo la ECML (estimación de consumos de drogas en los entornos laborales- con la ESENER-2 (interrelaciones entre la prevención de riesgos laborales, sobre todo psicosociales, con referencia explícita a la técnica de evaluación y su práctica concreta en las empresas, y la

promoción de la salud laboral en su aspecto de acciones para prevenir el consumo de drogas como riesgo psicosocial en general, al margen de su eventual dimensión con el trabajo), parece claro el efecto positivo, sinérgico, por tanto no sólo eficaz sino eficiente, de la instrumentalización -mejor del aprovechamiento- de los recursos preventivos laborales al servicio de un compromiso social empresarial con las intervenciones igualmente preventivas frente al consumo de drogas, cuestión social de primera magnitud.

Un enfoque recogido de forma muy clara no sólo en la Estrategia y el Plan Nacionales, sino también en otros autonómicos contemporáneos<sup>63</sup>. Por tanto, y al margen de la cuestión -siempre vidriosa- de la naturaleza jurídica a atribuir a cada una de ellas -sobre cuya conformación no hay pleno acuerdo, ni doctrinal ni mucho menos social-, tres son las principales formas de intervención empresarial:

Las acciones enmarcadas en las políticas de seguridad y salud en el trabajo en sentido estricto, dirigidas no ya sólo a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sino también de los riesgos profesionales, entre ellos los de origen psicosocial, a su vez prevalentes factores de riesgo de consumos problemáticos de drogas en las empresas.

Las acciones de información-formación de la empresa a sus trabajadores en relación a riesgos y daños derivados de los consumos de drogas y de otras adicciones, haciendo de la empresa un centro paradigmático y emblemático de responsabilidad social.

El diseño y puesta en práctica de programas individuales de ayuda -típicos del modelo anglosajón e incorporados en el marco, normalmente, de las políticas de promoción de la salud laboral y de empresas saludables- para los trabajadores con problemas de adicciones, a fin de favorecer acciones de reeducación, readaptación y reinserción.

Sin embargo, tal y como evidencian de forma convergente ambas Encuestas aquí interrelacionadas (ECML y ESENER-2), tanto en España como en el resto de Europa este tipo de experiencias, salvo en ciertas empresas de grandes dimensiones, distan de estar implantadas de forma general en buena parte del tejido empresarial. Así, hemos visto cómo, pese a lo difundido de la actividad formativa -otra cosa será su calidad- sobre riesgos en general, la formación menos habitual está relacionada con la prevención de riesgos psicosociales, donde cuatro de cada diez centros de trabajo no han aplicado, en los últimos tres años, ninguna medida preventiva en materia de riesgos psicosociales. "Casualidad" o no, "causalidad o no", hemos comprobado que, a tenor de la ECML, también se produce en estos años una notable reducción de las acciones informativo-formativas sobre drogas. Así, tan sólo I 8,9% de los trabajadores en el año 2013 afirman que han recibido información o formación por la empresa sobre riesgos o prevención del consumo de sustancias psicoactivas, esto es, 9 de cada 10 trabajadores afirman no haber recibido información en los últimos 12 meses sobre dicha materia. La reducción respecto del año 2007 es estadísticamente muy relevante, tanto como socialmente preocupante, pues en aquel año se cifraba en el 15,5%.

<sup>63</sup> Paradigmático el enfoque que asume el Plan sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016 de Aragón.

Si buscamos, como creemos útil, alguna interrelación con cuestiones relativas a la cultura de las empresas españolas sobre gestión de los programas de ayuda a los empleados por razones de salud, veremos que poco más de la mitad de los centros de trabajo disponen de un procedimiento para ayudar a los trabajadores que se reincorporan al trabajo después de una larga ausencia por enfermedad (53,5%). Se trata de una cifra significativamente inferior al dato global europeo (67,1%) y muy distante de Reino Unido (96,8%) o de Suecia (93,1%). Consecuentemente, no extraña que no estén suficientemente desarrollados en nuestro país esos Programas de Ayuda Individual a Empleados, salvo en determinadas, y excepcionales, experiencias, como se ha indicado y en general por tratarse de filiales de empresas norteamericanas o inglesas.

Por tanto, queda lejano el referente a la concienciación y de implementación de medidas sobre la prevención de adicciones de las empresas ubicadas en España, estableciéndose una fuerte incertidumbre y desconocimiento que limita el afrontamiento adecuado directamente del problema. Y lo cierto es que en la práctica laboral, la principal actuación empresarial es la disciplinaria contra el trabajador drogodependiente o con adicciones, que generalmente implican la pérdida de empleo y sueldo, tanto de manera temporal como permanente [art. 54 f) ET; art. 54.2 d) ET]. La prevención brilla por su ausencia. Dicha realidad se constata doblemente. Primero, en el reducido número de empresas que han implantado un protocolo de actuación concreto ante dicha problemática o de inclusión en la negociación colectiva. Segundo, por lo general, se enmarca no en una política de protección de la seguridad y la salud en el trabajo sino de promoción de la salud -voluntaria y basada en la responsabilidad individual de gestionar el riesgo psicosocial "extra-laboral" de consumos abusivos o nocivos, dejando a un lado la intervención directa en las condiciones de trabajo y en la organización -factores de riesgo de consumos nocivos-.

Pero tampoco la realidad del lado de la concienciación de los trabajadores, al margen de la verbalizada conciencia social sobre el problema, va por mucho mejor camino. Así, como puede comprobarse, en el año 2013 sólo uno de cada cuatro reconoce como pre-ocupación que el consumo sea causa de enfermedades, por tanto, se ha instaurado la percepción de normalidad del consumo y también, aunque parezca paradójico, su invisibilidad, de modo que sería más una cuestión personal y social, que laboral: el 78,7% de la población laboral niega conocer algún compañero que consumiese drogas o sustancias en el lugar del trabajo.

# 4.3. Análisis de varias experiencias empresariales positivas en la gestión de los problemas de consumos nocivos: balance de factores de éxito y debilidades.

Hemos reconfirmado en el Estudio el gran desfase existente entre, de una parte, la convicción institucional -ENSD, en el ámbito nacional; Programa SOLVE de la OIT; Pacto Europeo de Salud Mental; OMS -, y la abrumadora evidencia científica sobre las bondades -en términos de equidad y de eficiencia- del enfoque preventivo en materia de gestión de los consumos problemáticos de drogas en el ámbito laboral, y, de otra, las resistencias a su desarrollo en la vida práctica de las empresas. Ahora bien, que el rasgo señero de nuestra experiencia más común de gestión de la seguridad y salud en el trabajo sea la ausencia

generalizada de atención a aquél riesgo psicosocial, no quiere decir que no haya un muestrario significativo, y creciente, de empresas que vienen afrontando, en ocasiones desde hace años, este desafío. Precisamente, los más que positivos resultados globales, sin perjuicio de algunos elementos de desajuste que convendría corregir en sucesivos procesos de evaluación de su eficacia -hoy también ausente en la práctica totalidad-, confirman la absoluta corrección de aquella evidencia científica y del discurso político-institucional que la ha asumido y la promueve.

No pretendemos un análisis pormenorizado de esta dimensión, muy relevante y que exige profundización<sup>64</sup>. No obstante, sí es oportuno ofrecer algunos balances sobre la eficacia de algunas experiencias que *han decidido afrontar ese proceso de integraci*ón, más o menos coherente e integral, *de la promoción de la salud en el trabajo en sus políticas de seguridad y salud en el trabajo*, con especial referencia a la gestión de los consumos problemáticos de drogas. Precisamente, este proceso integrador -conforme al paradigma de la OIT- es el que estaría en la razón de ser de la Acción 36 del PNSD 2013-2016.

Se trata, por tanto, de ilustrar no sólo la posibilidad sino la existencia de una serie de experiencias en la que la estrategia de "competitividad" se combina ahora con la de "empresa saludable", de modo que la primera no puede desarrollarse en contra de la segunda, ni ésta puede ignorar aquélla, exigiendo una actuación innovadora. Si bien hemos seleccionado un puñado de ejemplos tanto de la gestión pública como de la gestión privada, que responden a lógicas parcialmente diferentes, en todas ellas hay un hilo común: en virtud de una necesidad de mejora detectada en la organización del trabajo, la dirección, a través de un proceso de negociación con la representación de los trabajadores, llega a la convicción de que necesita renovar los procesos de gestión preventiva habituales, integrando el precedente sistema con nuevos modos de actuar que interviene de manera preventiva en la solución de ciertos riesgos psicosociales, y en particular del relativo a los consumo problemáticos en el ámbito de trabajo. En vista de ello, pasamos al análisis de las experiencias que generan un valor añadido a este trabajo de investigación.

<sup>64</sup> Vid. UGT-CEC. (C. Molina- M. Miñarro-. A. Álvarez- J. García Cívico-E. González Cobaleda). Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas. UGT. (Financiación por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). 2015.

# LOS ÍNDICES DE ABSENTISMO Y ACCIDENTALIDAD COMO INDICADORES DE CONSUMOS: "BUENA PRÁCTICA" DE HIJOS DE JUAN DE GARAY, S.A.

Una primera experiencia interesante es la que ofrece la empresa *Hijos de Juan de Garay, S.A.* dedicada a tres áreas de negocio principalmente, como son a la fabricación de tubos de acero soldado de precisión, a los componentes tubulares para automoción y a la fabricación de barras y perfiles de latón. Cuenta con plantas de producción en Oñate (España) y Bratislava (Eslovaquia), además de con agentes comerciales en Francia, Alemania, Portugal, y Sudáfrica.

La empresa organiza la actividad preventiva a través de la concertación de la misma con un Servicio de Prevención Ajeno, para las especialidades de seguridad en el Trabajo, higiene Industrial y ergonomía y Psicosociología, así **como mediante los trabajadores designados para el ámbito de la medicina del trabajo.** En este contexto, puede evidenciarse varios aspectos:

Se ideó una acción concreta acerca de las situaciones de los trabajadores que se encuentra bajo los efectos del alcohol o de cualquier otra sustancia en el lugar de trabajo. El detonante de este nuevo enfoque de gestión se había producido por la detección *en el año 2009, de un incremento del índice de absentismo como el de accidentes de trabajo.* No obstante, hasta el año 2012 no se instauró el programa, siendo **consensuado** con la representación de los trabajadores, el Comité de Seguridad y Salud y la dirección empresarial<sup>65</sup>.

Este Protocolo de actuación, integrado dentro del marco de la vigilancia de la salud, parte de una política interna de empresa de la no tolerancia de dichos consumos y la constitución de un problema para la salud, además de su origen multicausal, por tanto, se ha de aplicar a todos los trabajadores. Sin embargo, no se especifica el análisis de las condiciones laborales que evidencien e instauren mecanismos de prevención de consumos problemáticos, sino más bien, se encuentra orientada a controles médicos y de la vigilancia de la salud sin tener en cuenta la evaluación de riesgos laborales.

Por otro lado, en el plano de la acción asistencial, sí genera confianza el Protocolo, estableciendo acertadamente la **participación voluntaria para el programa de rehabilitación**, sin que este afecte a la estabilidad en el puesto de trabajo. Los trabajadores consumidores pueden ser sometidos a **disposiciones disciplinarias** si no aceptan la cooperación para el acceso al tratamiento, donde la empresa adoptará las medidas necesarias para evitarlo (cláusula 36 Convenio colectivo -Boletín Oficial de Guipúzcoa, de 6 de noviembre de 2015-).

<sup>65</sup> Esta experiencia ha sido estudiada a partir de Jornada Técnica organizada por OSALAN, el 17 de octubre de 2014 en Bilbao, cuyo título fue "Guía para la implantación de planes de prevención de adicciones en las empresas". Para más información visitar el siguiente enlace <a href="http://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/nota\_prensa/ponencias\_it141017/es\_nota1/adjuntos/ponencia\_carmen\_sacrsitan.pdf">http://www.osalan.euskadi.eus/contenidos/nota\_prensa/ponencias\_it141017/es\_nota1/adjuntos/ponencia\_carmen\_sacrsitan.pdf</a>

Tabla 12. Ficha técnica del modelo de gestión de consumos de drogas en Hijos de Juan de Garay, S.A.

HIJOS DE JUAN DE GARAY, S.A.					
PROTO Y 01	COLO DE ACTUACIÓN FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL FRAS SUSTANCIAS INDEBIDAS EN EL MEDIO LABORAL				
Iniciativa	Protocolo consensuado con la representación de los trabajadores, el Comité de Seguridad y Salud y la dirección empresarial bajo la solicitud del Servicio Médico y el visto bueno del Departamento de Recursos Humanos.				
	DISPOSICIONES				
Acción preventiva	Actividades informativas y de sensibilización dirigidas a todos los trabajadores para la identificación del consumo de riesgo, sobre los daños y consecuencias relacionadas con el consumo de drogas y de los medios que existen para obtener ayuda. Acciones formativas en materia de consumos de riesgo. Difusión del Programa específico y la política interna. Orientación a los trabajadores y a sus familias.				
Acción Asistencial	Detección de los trabajadores con consumos problemáticos Creación de grupos de apoyo. Motivar y animar a los trabajadores en tratamiento. Mostrar itinerarios de salud y acompañar. Establecer mecanismos de contacto, con el consentimiento del trabajador, con familiares, Psicólogos, Atención primaria				
Acción de reinserción sociolaboral	Instauración de la confidencialidad con el objetivo de facilitar la reincorporación al puesto si la rehabilitación es exitosa Mantener el puesto de trabajo con las mismas condiciones Crear un entorno laboral favorable a las personas afectadas. Seguimiento y apoyo a la reincorporación laboral. Readaptación del puesto de trabajo.				
Acción sancionadora	Embriaguez o consumo de drogas, habitual o no, si repercute negativamente en el trabajo o constituyen un perjuicio o peligro en el nivel de protección de la seguridad y salud de los/as trabajadores/as en el trabajo. Sanción por la negativa a someterse a los controles de alcoholemia o drogadicción. La reincidencia en falta grave.				
	VALORACIÓN				
Aspectos positivos como factores de éxito	Creación de un Programa específico mediante un acuerdo participado. Apoyo y compromiso de los trabajadores y sus representantes para el desarrollo del protocolo. Colaboración con entidades externas especializadas. Cambio en la cultura y la sensibilización sobre el tema. Posibilidad de contacto y apoyo de trabajadores voluntarios que anteriormente han sido tratados sobre adicciones y consumos.				
Aspectos negativos que se han de mejorar	No establecer unos límites claros a los consumos que generan confusión. Hubiera sido importante una conexión entre la evaluación de los riesgos laborales y las medidas preventivas determinadas en este Protocolo. Asegurar la reincorporación del trabajador al puesto de trabajo incluso antes de concluir el tratamiento, si fuera conveniente.				

# UN PLAN INTEGRAL DE ACCIÓN FRENTE AL ALCOHOL Y OTRAS DROGODE-PENDENCIAS: EL CASO DE EUSKOTREN.

Euskotren es el operador de transportes en Euskadi que ofrece un servicio público de tren y funicular en Larreineta, tranvía en Bilbao y Vitoria-Gasteiz, transporte por carretera a través de una flota de autobuses y el transporte de mercancías. Este grupo empresarial se caracteriza por una gestión de aquellos consumos de riesgo de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Para ello, en el Boletín Oficial del País Vasco, núm. 44, de 5 de marzo de 2015, donde se publicó *el Convenio Colectivo de la Sociedad Pública Eusko Trenbideak* / Ferrocarriles Vascos S.A., se realizan algunas menciones acerca de la alcoholemia y el consumo de drogas de abuso en su apartado *referente a la Seguridad y Salud Laboral* y, más concretamente, en su art. 89.3 acerca de la *vigilancia de la salud*.

Al respecto, si ciertamente parece ponerse el acento más en la realización de exámenes médicos o pruebas de detección precoz, con las cuestiones delicadas que ya se han analizado, no puede infravalorarse el art. 92 del Convenio, donde se expone que el Equipo de Riesgos Psicosociales: "analizará cada uno de los puestos evaluados, para establecer las medidas preventivas a aplicar con el fin de corregir los factores que han salido con riesgos elevados, así como hacer propuestas de mejora para aquellos factores que se han establecido como mejorables". Como hemos venido evidenciando, los consumo problemáticos de drogas, legales e ilegales, no ha dejado de considerarse un riesgo psicosocial que repercute negativamente en el trabajo. Por ello, existe una conexión entre el tratamiento del consumo de drogas en el ámbito laboral y con la Evaluación de riesgos de carácter psicosocial, pues estos tienen un mayor impacto para la facilitación o, al contrario, para la corrección, de hábitos y riesgos de consumo. Ciertamente, su contenido sigue siendo algo ambiguo, a pesar de que, desde el año 2011, la empresa ha venido desarrollando evaluaciones de riesgos psicosociales con la finalidad de identificar y evaluar aquellas posibles situaciones y que pueden afectar tanto al bienestar como a la salud del personal, como al desarrollo del trabajo66. En efecto, la dimensión preventiva buscada respecto del riesgo de consumir drogas no entronca directamente con la política de prevención de riesgos laborales en sentido estricto ex art. 14 LPRL, sino que el "Plan de acción específico" se asociaría al también ya analizado de la "promoción de la salud en el trabajo", e incluso a la misma "seguridad de la empresa", mediante la adición de controles toxicológicos aleatorios a los programados. En suma, más que a la evaluación de riesgos, la gestión se liga al deber de protocolizar toda cuestión de vigilancia de la salud, y es en esa exigencia, legal y profesional, donde puede encuadrarse mejor el Protocolo denominado "Plan de acción frente a la alcohol y otras drogodependencias en Euskotren" y que exponemos a continuación, una vez valorado -también sintéticamente- su marco convencional.

<sup>66</sup> Memoria Anual 2011 de Euskotren, pág. 58.

Tabla 13. Ficha técnica del modelo de gestión del consumo de drogas en EUSKOTREN

	EUSKOTREN						
Descripción de la organización empresarial	Operador de transportes en Euskadi que ofrece un servicio público de tren y funicular en Larreineta, tranvía en Bilbao y Vitoria-Gasteiz, transporte por carretera y el transporte de mercancías.						
Marco Regulador	Convenio Colectivo de la Sociedad Pública Eusko Trenbideak / Ferrocarriles Vascos S.A. (Boletín Oficial del País Vasco, núm. 44, de 5 d marzo de 2015).						
	CLÁUSULAS						
Contenido en el	Falta grave: la intoxicación por cualquier tipo de droga o embriaguez no habituales dentro del servicio, siempre que no se trate de puestos relacionados con la circulación, y no se afecte a la seguridad o regularidad del servicio. Faltas muy graves: el consumo de drogas o embriaguez no habituales dentro del servicio, cuando se trate de puestos de trabajo relacionados con la circulación, o se afecte a la regularidad o seguridad del servicio.						
ámbito Sancionador	Las sanciones pueden generar la suspensión de empleo y sueldo y/o asistencia a cursos de formación, reciclaje, sensibilización, fuera de la jornada de trabajo, e incluso la pérdida temporal de la categoría profesional.  Asimismo, para las faltas muy graves, además de lo anterior, pueden ocasionar el traslado de residencia temporal o definitiva y el despido del trabajador.						
Contenido en el ámbito Asistencial	Podrán llevarse a cabo exámenes de salud preventivos, con especial control de alcoholemia y drogas de abuso que podrán realizarse discrecionalmente.						
	VALORACIÓN						
Aspectos positivos como factores de éxito	Se determina de manera indirecta, la relación entre los riesgos psicosociales y el consumo de drogas, legales e ilegales, a través del art. 92 del Convenio Colectivo, expresando que se evaluarán los puestos de trabajo y se establecerán las medidas preventivas oportunas con la finalidad de corregir los factores con riesgo elevados.						
Aspectos negativos que se han de mejorar	Prima el enfoque sancionador frente al preventivo e incluso el asistencial. No se incluye en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. No existe la exención o suspensión cautelar de la vía disciplinaria por conductas derivadas del consumo						

Junto a este convenio colectivo hallamos, según anticipábamos ut supra, con el "Plan de acción frente a la alcohol y otras drogodependencias" (2009-2010), que con carácter general, en algunos aspectos mejora y clarifica el enfoque preventivo para el consumo de las drogas en el ámbito de la empresa iniciado en aquél periodo. Más allá de la crítica sindical al exceso de controles toxicológicos, que desvía innecesariamente y complica el modelo de gestión preventivo-promocional, según la OIT, por lo que una evaluación correcta del mismo debería llevar a reconducir ese tema por una senda más coherente con el objetivo preventivo primario, merece la pena subrayar aquí que tiene un conjunto de acciones concretas y programadas en el tiempo, donde el compromiso no queda en el aire, o como mera declaración, sino que se precisa cuáles son las actividades a realizar, cómo y cuándo se desarrollarán. Consecuentemente, ofrece una cierta garantía de fiabilidad y de seriedad de su compromiso, creando un "Equipo de Drogodependencia Cero" encargado del seguimiento, control y mejora continua de los programas preventivos implantados y una Guía para la asistencia a las personas afectadas, siendo un equipo multidisciplinar, como corresponde al modelo integrador: Dirección, representación de los trabajadores, Servicio de Prevención y responsables de las áreas operativas.

Por lo que aquí más interesa, otro indudable factor de éxito de este Plan está en la mejora-corrección del ámbito disciplinario, de modo que si ciertamente el art. 126 del Convenio Colectivo responde a esa lógica sancionadora más frecuente en este ámbito -también acorde con la especial peligrosidad de este sector de actividad-, la nueva normativa interna que genera este Protocolo de gestión específica profundiza en una perspectiva asistencial y de favor por la inserción laboral. En efecto, se considera la posibilidad de compatibilizar la actividad laboral de la persona que, voluntariamente y bajo iniciativa propia, se incorpore al Tratamiento especializado o Programa Asistencial, pudiendo llegar a un acuerdo para adoptar las medidas que sean necesarias para facilitar la asistencia al mismo (flexibilidad horaria, cambio de turno, centro de trabajo, entre otras). El trabajo, pues, emerge como factor de protección.

También se prevén tratamientos más benévolos en determinadas situaciones de consumos especialmente problemáticos. De modo que:

"A aquellos trabajadores que, declarados no aptos y que, sin haber estado implicados en accidentes graves o muy graves, completen el programa de tratamiento, readaptándose a su vida laboral, se les archivará el expediente informativo, y, en su caso, disciplinario, sin más actuaciones".

Tabla 14. Plan de Acción Frente a las Drogodependencias de EUSKOTREN.

	EUSKOTREN				
	PLAN DE ACCIÓN FRENTE A LA ALCOHOL Y OTRAS DROGODEPENDENCIAS EN EUSKOTREN				
Marco Regulador	Plan específico de actuación elaborado por la Dirección empresarial.				
	DISPOSICIONES				
Acción preventiva	Política de Tolerancia Cero de la empresa frente a las drogas, legales e ilegales. Difusión del Plan de acción frente a la alcohol y otras drogodependencias en Euskotren" y de la Política de Tolerancia Cero. Informar y sensibilizar sobre los riesgos y daños del consumo del alcohol y otras drogas (carteles, distribución de trípticos o folletos, charlas, conferencias y jornadas educativas). Programa de Formación en prevención de drogodependencias para los agentes sociales. Puesta en marcha de un Servicio de Orientación y Asistencia sobre drogas para los empleados de Euskotren o sus familiares directos para formular cuantas dudas o problemas tengas en relación al uso y consumo de drogas. Elaboración de Guía para la prevención del alcohol y otras drogas.				
Acción Asistencial	Detección precoz del problema mediante parámetros directos (marcadores biológicos ) en el ámbito de la Vigilancia de la Salud. Intervenciones breves a todos los trabajadores que presenten consumos de riesgo o problemas de abuso o dependencias. Solicitud del tratamiento o puesta en marcha del Programa Asistencial llevadas a cabo por el servicio de vigilancia de la salud, o bien, por iniciativa propia o de otras personas. Derivación a servicios externos de tratamiento especializado.				
Acción de reinserción sociolaboral	Crear un entorno laboral favorable a las personas afectadas. Seguimiento y apoyo a la reincorporación laboral. Readaptación del puesto de trabajo. Apoyo para la mejora de las relaciones familiares y sociales.				
	VALORACIÓN				
Aspectos positivos como factores de éxito	Instauración de una política de Tolerancia ceros y de un "Equipo de Drogodependencia Cero" encargado del seguimiento, control y mejora de los programas preventivos implantados y una guía para la asistencia a las personas afectadas, siendo un equipo multidisciplinar. Colaboración con entidades externas especializadas. Se establece una mejora en el ámbito disciplinario respecto al propio Convenio Colectivo. Determinación de un programa específico temporal de cada una de las acciones a realizar e información del mismo al Comité de Seguridad y Salud.				
Aspectos negativos que se han de mejorar	A pesar de considerar que el consumo de drogas, legales e ilegales, es un factor de riesgo psicosocial y la pretensión de crear un ambiente de trabajo seguro y saludable y exento de factores de riesgo, sigue sin existir conexión entre la evaluación de los riesgos psicosociales y las medidas preventivas determinadas en este Plan.  La inclusión no consensuada sindicalmente de los controles				

# PRIMACÍA DEL ENFOQUE PREVENTIVO FRENTE AL REPRESIVO: EL AYUNTA-MIENTO DE MADRID Y SUS ORGANISMOS AUTÓNOMOS.

El Ayuntamiento de Madrid y sus organismos autónomos cuenta con un Plan específico de drogodependencias para su plantilla. Aparece recogido en la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adjetivos, de la Comunidad de Madrid en sus arts.6 y 7.1 y en el propio Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016 (Acuerdo Pleno Ayto., de 17 marzo 2011), en concordancia con la ENSD. Para comprender adecuadamente el "Programa de prevención de adicciones en el ámbito laboral del Ayuntamiento de Madrid y sus Organismos Autónomos" debemos de analizar las características del mismo.

Para ello, partimos de su **carácter consensuado** por parte de los Servicios de Salud del Ayuntamiento de Madrid y de los representantes sindicales.

es un Programa específico integrador, incluyendo actuaciones preventivas y de sensibilización junto con otras de carácter asistencial y rehabilitador, creando una Comisión Técnica para la definición de las acciones a desarrollar, la evaluación y seguimiento del Programa específico<sup>67</sup>.

En el ámbito preventivo se priorizan las medidas sensibilizadoras, informativas y formativas dirigidas a toda la organización, con el objetivo de motivar la reducción del consumo de drogas y promocionar hábitos saludables. Sin embargo, a pesar de considerar que el origen del consumo de drogas, legales e ilegales, es multicausal y el carácter multidimensional y la necesidad de actuar desde un punto preventivo, cae en el exceso individualista cuestionado por la OIT. Así, no existe conexión entre la evaluación de los riesgos establecido en el art. 39.1 del Acuerdo-Convenio (BOAM núm. 6587, de 5 de enero de 2012) y el propio Programa de prevención de adicciones, sin la determinación expresa de la evaluación y análisis de las condiciones de trabajo o factores de riesgo que puedan incidir en los consumos problemáticos.

De otro lado, debemos de resaltar positivamente el **carácter no sancionador** del programa. Al respecto, el ejercicio de la potestad disciplinaria se condiciona a la acogida voluntaria en un programa de rehabilitación.

<sup>67</sup> Otro ejemplo de creación adecuada de Comisión Mixta de Trabajo para la prevención del alcoholismo y la drogodependencia es la creada por el Grupo CRTVE en su "Procedimiento específico para la prevención y tratamiento del alcoholismo y la drogodependencia: Plan de Acción". Este órgano deberá de desarrollar y controlar las acciones de los Programas de prevención, atención y reinserción laboral, así como el Plan de acción anual. Este aspecto ha sido analizado en las experiencias de gestión del riesgo de consumo problemático en UGT-CEC (AAVV). Drogodependencias y Adicciones en los ambientes de trabajo: Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas. Op. cit. pág. 104.

Tabla 15. Plan de Prevención de Adicciones en el ámbito laboral del Ayuntamiento de Madrid y sus organismos autónomos.

AYUN	TAMIENTO DE MADRID Y SUS ORGANISMOS AUTÓNOMOS
PROGRAMA	A DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL DEL TAMIENTO DE MADRID Y SUS ORGANISMOS AUTÓNOMOS
Marco Regulador	Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adjetivos, de la Comunidad de Madrid y en el propio Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016.
	DISPOSICIONES
Acción preventiva	Acciones Informativas dirigidas a los trabajadores sobre los daños y consecuencias relacionadas con el consumo de drogas. Acciones formativas en materia de adicciones Difusión del Programa específico entre los trabajadores. Promoción de actividades lúdico-recreativas orientadas a la promoción de la salud y a la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables incompatibles con las adicciones. Orientación y asesoramiento a los trabajadores y a sus familias.
Acción Asistencial	Detección y atención precoz de los trabajadores que presenten un problema de abuso o dependencia de sustancias, o de aquellos otros que puedan desarrollarlos en un futuro, con carácter voluntario y no sancionador de acceso al tratamiento. Realización de un tratamiento integral de las personas que lo precisen (programa personalizado de intervención). Difusión y facilitación de acceso al programa "Dejar de fumar".
Acción de reinserción sociolaboral	Intervención de situaciones de conflicto a nivel laboral relacionadas con problemas de adicción y la adaptación del puesto de trabajo, contribuyendo así a armonizar las relaciones laborales.
	VALORACIÓN
Aspectos positivos como factores de éxito	Creación de este Plan específico mediante un acuerdo participado entre los Servicios de Salud y la representación de los trabajadores. Consideración del origen multicausal y multidimensional del consumo de drogas. Colaboración con entidades externas especializadas. Prima el enfoque preventivo frente al represivo o sancionar, declinando el aspecto punitivo. Determinación de una Comisión Técnica específica para el desarrollo, en la materia programa, de cada una de las acciones a realizar e información de las mismas al Comité de Seguridad y Salud.
Aspectos negativos que se han de mejorar	A pesar de considerar que el consumo de drogas, legales e ilegales, tiene un origen multicausal y con carácter multidimensional con la necesidad de un abordaje interdisciplinar, no existe conexión entre la evaluación de los riesgos laborales y las medidas preventivas.

# UNA CAMPAÑA CONSOLIDADA DE ÉXITO: LA EXPERIENCIA DE LA AUTORIDAD PORTUARIA DE BARCELONA.

La estructura y organización del Puerto de Barcelona es compleja. De hecho, debemos de diferenciar dos cuerpos, por un lado, el Puerto de Barcelona que en el año 2001 generó entorno a unos 32.100 puestos de trabajo y, por otro lado, la Autoridad Portuaria de Barcelona que es el órgano de gobierno responsable de la gestión del puerto de Barcelona y que en el año 2001 contaba con 555 empleados. La Autoridad Portuaria de Barcelona cuenta con un Servicio de Prevención Propio que abarca todas las Especialidades de Seguridad y Salud en el Trabajo. Es directamente responsable de la Seguridad y Salud de sus trabajadores llevando a cabo actividades de promoción de la seguridad y salud en el trabajo, la prevención de riesgos laborales y la vigilancia de la salud, así como la formación e información en materia de prevención de riesgos.

Pues bien, en el año 2001, mediante el **acuerdo participativo** entre la Comisión de Seguridad y Salud, la representación de los trabajadores y de la empresa, se propuso realizar un Programa específico acerca del consumo problemático de tabaco, alcohol y otras drogas a partir del incremento de los accidentes de trabajo relacionados con el consumo de alcohol, constituyéndose un problema de salud generalizado no sólo en el puerto y, especialmente, entre las generaciones mayores<sup>68</sup>. Se determinan convenientemente los **objetivos y acciones concretas** marcadas en este Plan específico, donde el compromiso no queda como mera declaración, sino que se programan las actividades a realizar. En primer lugar, se implementó una campaña de fuerte sensibilización informativa, contando con la cooperación pública<sup>69</sup>.

Con ella, se pretendía mejorar la salud y calidad de vida de los trabajadores del puerto mediante la promoción de estilos de vida saludables, concienciar sobre los riesgos de consumir y de asistir al trabajo bajo sus efectos, disminuir el número de personas con un alto consumo de riesgo, instaurar una nueva cultura preventiva donde trabajar bajo los efectos del alcohol o de otras drogas no es socialmente aceptado, así como mejorar el clima de trabajo. Al respecto, se trata, en primer lugar, de identificar y, con posterioridad, modificar aquellos factores ambientales laborales que puedan incidir en el consumo problemático de drogas. De hecho, podemos observar una **política integral de la Prevención** frente a consumos de riesgo en la organización empresarial, como fue mediante una información general a todos los trabajadores acerca del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, así como mecanismos para identificar el consumo de riesgo y los medios establecidos para obtener ayuda de manera confidencial. Además, de la creación de unos grupos de

<sup>68</sup> Vid. Estudios aportados por The European Workplace and Alcohol project (EWA). Para más información <a href="http://eurocare.org/eu\_projects/ewa">http://eurocare.org/eu\_projects/ewa</a>

<sup>69</sup> Este programa ha sido premiado con el "Premio Atlante 2001". Mediante esta campaña de sensibilización participaron más de 25.000 trabajadores de la comunidad logística portuaria, integrada por unas 1.040 pymes. La Generalitat de Cataluña promovió iniciativas de este tipo a través de la firma de compromisos socio-políticos de fomento, que responde a la modalidad de concertación social autonómica. La experiencia exitosa más conocida es la de la empresa Fomento de Construcción y Contratas (FCC, S.A.), que estableció una acción con la autoridad pública a partir del "Acuerdo de Concertación Social catalán para materias concretas de 2002, relativo a la prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral" (4 de marzo de 2002). Vid. Drogodependencias y Adicciones en los ambientes de trabajo: Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas, editado por la UGT-CEC, 2015, pág. 94.

apoyo, la derivación a un tratamiento terapéutico salvaguardando la confidencialidad del trabajador con el objetivo final de facilitar la reincorporación al puesto de trabajo una vez que se hubiera producido la rehabilitación con éxito del trabajador.

No obstante, hay que tener en cuenta que, en la gran mayoría de los casos, la detección de consumos y aplicación de la política y el programa no era responsabilidad única de la Autoridad Portuaria de Barcelona, sino que también intervenía en esta campaña múltiples empresas del Puerto. Había, por lo tanto, una gran disparidad con respecto a la aplicación del programa y de la **aplicación diversa de medidas disciplinarias**. Aunque no se estableció ningún proceso formal para el seguimiento y evaluación final de la campaña -debilidad de la experiencia-, sus beneficios son claros.

- Los éxitos del programa han sido evidentes a través de una serie de indicadores que pueden ser de utilidad en relación con el alcohol, como fueron:
- El número total de pruebas positivas al consumo de alcohol disminuyó de un 5-10% a un 0.5%.
- Los accidentes de tráfico han disminuido, así como la reducción de los accidentes de los trabajadores portuarios en número y severidad.
- Se ha producido un cambio en la cultura de la empresa, donde los trabajadores son ahora más conscientes de los riesgos de trabajar bajo la influencia del alcohol y la cultura permisiva anterior ha mejorado.
- Mejora de la imagen corporativa.

Tabla 16. Programa de Prevención de las Drogas en la organización Autoridad Portuaria de Barcelona.

Tabla 16. Programa c	de Prevención de las Drogas en la organización Autoridad Portuaria de Barcelona.
	AUTORIDAD PORTUARIA DE BARCELONA
	PROGRAMA DE PREVENCIÓN TAC&CIA
Marco generador	Propuesta del Servicio de Prevención Propio de la Autoridad Portuaria de Barcelona a partir de una fuerte campaña de sensibilización y el concierto con la Administración autonómica.
	DISPOSICIONES
Acción preventiva	Actividades informativas y de sensibilización dirigidas a los trabajadores para la identificación del consumo de riesgo, sobre las consecuencias relacionadas con el consumo y ayudas. Acciones formativas en materia de consumos de riesgo. Difusión del Programa específico y la política interna. Orientación a los trabajadores y a sus familias.
Acción Asistencial	Detección de los trabajadores con problema de consumo de riesgo. Planificación un tratamiento integral para cada persona afectada. Creación de grupos de apoyo.
Acción de reinserción sociolaboral	Creación de grupos de apoyo y la instauración de la confidencialidad con la finalidad de facilitar la reincorporación al puesto de trabajo tras el tratamiento exitoso de rehabilitación. Involucración de los amigos y familiares, otros profesionales de la salud y servicios sociales y la facilitación al acceso a ayudas sociales.
Acción sancionadora	Embriaguez o consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como la negativa a someterse a los controles de alcoholemia o drogadicción.
	VALORACIÓN
Aspectos positivos como factores de éxito	Creación de un Programa específico mediante un acuerdo participado entre la Comisión de Seguridad y Salud, la representación de los trabajadores y de la empresa.  Apoyo y compromiso de los trabajadores y sus representantes, así como de la organización empresarial.  Colaboración con entidades externas especializadas y el apoyo institucional del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.  Reducción de accidentabilidad laboral.  Cambio en la cultura y la sensibilización sobre el tema.  Mejora de la imagen pública del Puerto de Barcelona como un ambiente de trabajo saludable y que se preocupa por la seguridad de sus trabajadores.
Aspectos negativos que se han de mejorar	El proceso de detección de consumos es complejo, aunque se ha implementado un Anexo específico para su facilitación en el Convenio colectivo de trabajo del sector portuario de la provincia de Barcelona (BOPB núm. 08012095012001, de 11 de julio de 2013) en el que se determina el procedimiento del control de alcoholemia y drogodependencia en la operativa portuaria. Hubiera sido importante una conexión entre la evaluación de los riesgos laborales y las medidas preventivas determinadas en este Programa. No se estableció ningún proceso formal para el seguimiento y evaluación final de la campaña.





# 5. CONCLUSIONES: BALANCE DE SÍNTESIS Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA UN MARCO INTEGRAL DE ACCIÓN EFICAZ CONTRA EL RIESGO DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS POR LA POBLACIÓN TRABAJADORA.

1. La realidad estadística evidencia una significativa prevalencia en la población laboral de las drogas más consumidas, verificando que el trabajo es -o puede ser- un relevante factor de riesgo-protección.

Hemos comprobado, a partir del desglose exhaustivo de la ECML, puesta en relación con otros Estudios relativos a los factores analizados en ella que, de un lado, existen ciertos perfiles sociodemográficos más expuestos al consumo de determinados tipos de sustancias. Igualmente, hay ciertos elementos del contexto laboral y de las condiciones de trabajo (sector, ocupación, jornada, factores de riesgo) que aumentan la prevalencia de cierto tipo de consumos. De esto se deriva que la combinación de determinados factores individuales, organizativos y sociolaborales expone a un mayor riesgo de consumos problemáticos a una parte de la población laboral (ver página 84, capítulo 3).

Según este enfoque, en primer lugar, las organizaciones de trabajo, tanto públicas como privadas, deberían hacer un análisis general del perfil sociodemográfico de sus trabajadores y de su propio perfil organizativo. Cuanto mayor sea el ajuste con los perfiles estadísticos vistos anteriormente mayor priorización debería darse a las actuaciones preventivas frente al consumo problemático de sustancias. Por lo tanto, se evidencia la necesidad de que ni todas las empresas adopten los mismos enfoques, ni tampoco pueden hacerse las mismas cosas para todo trabajador, en la medida en que son múltiples los factores diferenciales, atendiendo a sector de actividad, ocupación concreta, condiciones de trabajo. En suma, se hace especialmente necesario integrar el principio de adaptación o ergonómico típico del moderno sistema preventivo de riesgos laborales. A continuación

ofrecemos una precisa síntesis estadística sobre las diferentes prevalencias, a fin de ofrecer una imagen más nítida para el análisis.

Tabla 18. CUADRO-RESUMEN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS POR LA POBLACIÓN LA-BORAL ATENDIENDO EL FACTOR DE ACTIVIDAD ECONÓMICA.

Por debajo de la Media Por encima de la Media	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína
Construcción	19,4	43,4	4,8	11,7	3,9
Hostelería	11,3	42,6	8,2	10,9	4
Agricultura, pesca, ganadería y extracción	13,5	40,2	4,1	7,2	2
Actividades artísticas, recreativas y deportivas		34,1	6,5	10,4	5,6
Industria manufacturera y suministros	11,6	36	6,6	6,2	2,4
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	11,1	32,3	5	6,9	2,3
Comercio y reparación vehículos a motor	8,7	33,5	6,2	6,6	2
Act. financiera, seguros, inmobiliarias y serv. Empresariales	10,5	30	7,8	5	2,3
Actividades domésticas y servicios personales		28,8	10,9		1,2
AAAPP (educación, sanidad)	8,4	25,8	8,6	3,6	1,3
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4

Tabla 19. CUADRO-RESUMEN PREVALENCIAS DE CONSUMOS DE DROGAS ATENDIENDO AL FACTOR CATEGORÍA OCUPACIONAL.

Por debajo de la Media Por encima de la Media	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína
Trabajador manual cualificado	17,6	40,6	5,8	8,9	2,7
Trabajador manual no cualificado	10,7	36,3	7,5	7,3	2,4
Directivos y profesionales	9,4		5,6		2,2
Serv. restauración, personales, protección y vendedores	8,6	36,6	8,3	7,6	2,6
Personal administrativo	6,9	29,3	8,7	4,4	1,8
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4

Tabla 20. CUADRO-RESUMEN DE PREVALENCIAS DE CONSUMOS POR LA POBLACIÓN LABORAL EN FUNCIÓN DE LA JORNADA DE TRABAJO.

Por debajo de la Media Por encima de la Media	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína
Jornada partida (mañana y tarde)	12	35,2	6,6	6,8	2,4
Jornada continua de noche	11,5	49,1	9,7	12,2	2,6
Turnos rotatorios con el de noche		31	8,4	6,5	2,6
Jornada continua de mañana	9,4	31,8	7,3		1,7
Turnos rotatorios excepto el de noche	8,4	32	8,8	5,9	
Jornada continua de tarde		31,7		7,4	3,6
Jornada reducida	3,6	31	11	6,2	0,9
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4

Tabla 21. CUADRO-RESUMEN DE PREVALENCIAS EN FUNCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO LABORAL DIFERENTES AL TIPO DE JORNADA.

Por debajo de la Media Por encima de la Media	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína			
RIESGOS PSICOSOCIALES								
Largos desplazamientos o ausencias de casa	11,4	36,9	5,4	8,6	3,8			
Periodos con poco trabajo	13,6	37,5	6,5	7,1	2,8			
Escasa perspectiva de promoción		34,7	8,3	6,8	2,3			
Sentirse poco capacitado/a para el trabajo	10,6		3,9		0,9			
Insatisfecho/a con el trato de los compañeros				7,2	2,9			
Insatisfecho/a con el trato de los superiores		37,2	9,9	8,9	3,4			
Trabajo por debajo de su preparación	9,2	34	7,2	7,5	3			
Tareas rutinarias o monótonas	9,7	35,5	8,8	7,4	2,7			
Jornadas con escaso tiempo de descanso	11,5	38,5	7,5	8,2	3,9			
Jornadas prolongadas	12,5	37,7	7	8,5	3,5			
Trabajo que exige rendimiento muy alto	11,9	36	7,7	8,1	3,6			
RIESGOS DE SEGURIDAD								
Penosidad en el trabajo	13,1	39,7	8,1	9,4	3,2			
Trabajo con calor o frío	15,1	39,6	7,8	9,6	3,8			
Trabajo peligroso	13,7	36,9	7,5	8,6	3,3			
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4			

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos aportados en la Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, Observatorio Español de la droga y las toxicomanías, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. La evidencia acumulada por la literatura científica desde hace más de dos décadas (1996), así como por la experiencia, confirma los altos beneficios sociales y económicos de primar el enfoque preventivo.

Desde esta perspectiva, el consumo problemático de drogas por la población laboral es un riesgo psicosocial y su gestión no sólo eficaz sino eficiente pasaría, según el paradigma más solvente, el de la OIT, por una gestión integrada de todos los factores de riesgo psicosocial en el marco de las políticas de seguridad y salud en el trabajo, como recomienda la ENSD.

3. Sin embargo, sigue existiendo en nuestro sistema regulador y, lo que es peor, en nuestra experiencia más generalizada, una profunda fractura entre esa evidencia y la asunción institucionalizada de la misma, de un lado, con la realidad práctica, en la que hay una notabilísima ausencia de ese enfoque.

Las razones de este decepcionante balance son múltiples, pero suelen señalarse los tres siguientes:

- a) La extendida cultura de tolerancia social existente en España respecto de ciertos consumos, en especial como el tabaco y el alcohol.
- b) El profundo desacuerdo acerca de la responsabilidad de gestión de este tema, de modo que los empresarios temerían afrontarlo para evitar que se genere un efecto boomerang y se le responsabilice de forma obligatoria de una gestión preventiva no sólo compleja, sino costosa.
- c) El coste económico de estas medidas, especialmente de las pruebas de detección de consumos (cribado o "despistaje").
- 4. A pesar de ello, hoy son más las razones que animan a superar el prevalente paradigma disciplinario en el ámbito jurídico-laboral en favor del preventivo integral -primaria, secundaria y terciaria-

Del análisis aquí efectuado derivaría las múltiples y constatables bondades -sean sociales, sean económicas- de una óptica preventiva respecto del consumo de drogas y de otras adicciones en los ambientes de trabajo, primando su comprensión conceptual y operativa como un genuino riesgo psicosocial asociado a los ambientes de trabajo en el caso -70 por cien- de tratarse de consumidor trabajador. Esta conclusión se alcanza al margen de la cuestión, jurídico-normativa, muy delicada por su complejidad y más aún por el radical conflicto de posiciones entre los sujetos de las relaciones de trabajo, relativa a su calificación como un riesgo jurídico-laboral o no en sentido propio. Es inadecuado de seguir manteniendo una solución tan simplificada como irreal que la reconduce, casi

a modo de "juicio salomónico", al viejo código binario de la "regla general" [el consumo problemático es un riesgo psicosocial de origen, y por lo tanto, solución, extramuros de la empresa y de sus responsabilidad de gestión, sin perjuicio de la asunción voluntaria de la misma en el marco de la RSE]- /"excepción" [sería un riesgo psicosocial con prevalente origen, y por tanto, solución laboral, tan sólo en casos concretos].

En cualquier caso, no parece dudoso, a la vista tanto del discurso institucional hoy dominante, refrendado con una creciente evidencia científica, cuanto de los datos de que se dispone sobre prevalencias de consumos de sustancias nocivas en el ámbito o entorno laboral, asumir que ha llegado el momento de pasar de la comprensión oficial de la empresa como ámbito privilegiado de acción preventiva, equitativa y eficiente en la materia a una experimentación significativa de la misma en el mundo laboral, a partir de la integración del problema en los actuales sistemas y políticas de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo. Las razones que avalan este tránsito serían básicamente las siguientes, más allá de ser un compromiso internacional:

Se trata de una cuestión social que, en consecuencia, exige un adecuado reparto de responsabilidades, sin que pueda quedarse relegado en la esfera personal y familiar ni pueda externalizarse (socializarse) sólo en políticas y servicios de naturaleza pública, cuando los factores organizativos y socio-laborales resultarán claves en las interacciones que llevan a, o hacen más probable los, consumos.

El prevalente enfoque disciplinario se ha revelado no sólo incoherente para el orden jurídico global, que asume públicamente que las adicciones obedecen a un problema de salud mental pero autoriza que se afronten con disciplina, sino que es ya disfuncional para los empresarios, que ven notabilísimas dificultades para poder aplicar el precepto, por las barreras creadas en sede jurisprudencial. De ahí, que haya tenido que canalizarse por otra vía, que deja de lado la conducta y atiende a los resultados nocivos para la empresa.

Pero, precisamente por esta necesidad de que se concrete en resultados, aparece ahora ya manifiesto que el enfoque disciplinario resulta mucho más ineficiente que el preventivo, por cuanto que el ejercicio del poder sancionador no evitará el que la empresa -junto a la sociedad-tenga que afrontar elevadísimos costes, sean directos sean indirectos. Consecuentemente, el enfoque preventivo, según ilustra la OIT, no sólo resulta más justo -valor de la equidad- sino más eficiente desde la prevalente óptica económica actual -valor de la eficiencia-, por cuanto ahorra costes importantes no sólo al sistema de servicios socio-sanitarios públicos y al sistema productivo en general, sino también, y lo que resulta más tangible, a la empresa, mejorando netamente además, según confirman las experiencias aquí analizadas, la productividad<sup>70</sup>.

<sup>70</sup> Vid. E. RIBAS e altri. "Los costes derivados del consumo de alcohol para el sistema productivo en España". Adicciones, Vol. 11, n. 1, 1999, págs.33-36; FORTUNY, R. "Evaluación de resultados y rentabilidad". Mapfre Medicina, vol. 4, n.3, 1993, págs.34-38. Igualmente puede decirse de los numerosos estudios incluidos en el Cuaderno de Formación del PROGRAMA SOLVE, de la OIT. Fuera de nuestra experiencia, para evaluar las mejoras de productividad de los célebres "programa de asistencia al empleados" -EAP, en inglés; PAE en castellano-, confirmando que son superiores el ahorro de costes que los gastos que tiene de implantación OSILLA, Karen Chan et altri. "Exploring productivity outcomes from a brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program". Addictive Behaviors. Vol. 35, n. 3, 2010, págs. 154 y ss. Está disponible online

5. En el ámbito legislativo sería una buena oportunidad, a fin de introducir mayor coherencia entre el "marco de planificación político-institucional" (compromiso no vinculante con el enfoque promocional de la salud y la preferencia de la prevención) y el "marco jurídico-laboral" (habilitación de facultades disciplinarias, hasta el máximo nivel -despido-), retomar la "Proposición de Ley" del 2 de octubre de 2000 (Boletín Oficial de las Cortes Generales -Congreso de los Diputados- de 6 de octubre de 2000), a cargo del Grupo Parlamentario Popular, que suprimía la letra f) del art. 54.2 f) ET.

Los razonamientos que la avalaban no sólo se confirman hoy, sino que alcanzan una mayor consistencia, viéndose reforzados, como vimos, con otros de eficiencia. Así, no sólo ha sido desplazado ya por la doctrina judicial mayoritaria, que reconduce estos problemas a la sanción de los efectos concretos y mediante el supuesto de la letra d) -vulneración de la buena fe contractual-, sino que es disfuncional, por los múltiples problemas que presenta para su ejercicio a los empresarios. Asimismo, y por el cúmulo de datos evidenciados sobre los costes -sociales y económicos- de la no prevención de esta tipología de riesgos psicosociales, de etiología multicausal, pero con efectos muy graves en las empresas, resulta notablemente más eficiente una política preventiva en el seno de las empresa, sin perjuicio de la necesaria y conveniente cooperación pública en su puesta en práctica y sostenimiento, que la disciplinaria. Al respecto, iniciativas como las del PROGRAMA SOLVE de la OIT evidencian que esta dimensión preventiva no tiene por qué ser ni rígida, ni exclusiva de las grandes empresas ni insostenible en el plano económico, máxime si se aprovechan los recursos ya existentes en el marco de las políticas de seguridad y salud en el trabajo.

6. Pero promover una dimensión preventiva e integrarla dentro de la política de seguridad y salud en el trabajo, como auspicia la OIT (programa SOLVE), no significa integrar en la "vigilancia de la salud" ex art. 22 LPRL la dimensión disciplinaria. De ahí, la necesidad de clarificación del sentido y alcance de la vigilancia de la salud laboral, a través de una regulación unitaria y coordinada entre la actividad pública y la actividad empresarial.

En efecto, según la doctrina constitucional, que se hace eco de la posición de la OIT al respecto<sup>71</sup>, la obligatoriedad no puede imponerse si únicamente está en juego la salud del propio trabajador, sin el añadido de un riesgo o peligro cierto objetivable, pues aquél es libre para disponer de la vigilancia de su salud sometiéndose o no a los reconocimientos en atención a las circunstancias y valoraciones que estime pertinentes para la decisión. En suma, parece necesario avanzar en una reforma legislativa que precise dos aspectos clave en la materia:

Una delimitación más precisa y cierta del tipo de actividades desempeñadas por el trabajador y las condiciones de prestación que presentan realmente un peligro cierto para

<sup>71</sup> OIT. "Estar limpio: controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de Trabajo". Revista Trabajo OIT N.57, Sep. 2006. En<a href="http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/WCMS\_082286/lang--es/index.htm">http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/WCMS\_082286/lang--es/index.htm</a>

la seguridad de terceros, a fin de incluir las pruebas de control como obligatorias. A tal fin, debe hacerse una llamada legal expresa a la fijación en la negociación colectiva, que tampoco podrá ser ilimitada.

Una expresa garantía finalista, de modo que se preserve, en todo caso, la íntima vinculación de la potestad de control a la protección de la salud, esto es, a una política preventiva dirigida a tal fin, desprovista, en consecuencia, de dimensión sancionadora.

7.-. Los datos disponibles a partir de la Encuesta ESENER-2 muestra con claridad que existe una relación positiva entre los programas de promoción de la salud que contemplan gestión de consumos problemáticos y las evaluaciones de riesgos que incluyen los factores de riesgo psicosocial. Por lo tanto, la evidencia experimental coincide con la científico-analítica a la hora de primar el enfoque objetivo-organizativo sobre el individual-asistencial.

De este modo, sin perjuicio del papel que los modelos promocionales en sentido puro pueden tener para la mejora de estos problemas, dentro del doble paradigma de "responsabilidad social empresarial" (RSC) y el paralelo y específico de "empresa saludable", ambos de carácter voluntario y ético-social, parece ahora ya manifiesto que la mejor opción, por razones de eficacia -social- y de eficiencia -reducción de costes económicos-, para la empresa y también para el conjunto del sistema, es la de integración de esos programas dentro de las políticas de seguridad y salud en el trabajo. Más particularmente, a través de la inclusión, conforme a las previsiones del art. 15 LPRL, en el sistema de PRL del conjunto de factores de riesgo psicosocial, dada la interrelación existente entre todos ellos, en especial entre los socio-demográficos y los laborales.

8.- El consumo de sustancias adictivas, como riesgo socio-laboral de naturaleza multicausal y multinivel, debe afrontarse de forma sistémica e integral, a partir del concepto de salud que proporciona la OMS/OIT.

Desde esta perspectiva, hemos visto en las páginas anteriores cómo toda propuesta o programa orientado a articular una planificación preventiva eficaz, planta su carácter integral. Por lo tanto, ha de incluir de forma coherente los subsistemas que lo conforman. Grosso modo, se han destacado tres, siguiendo estrictamente el enfoque de la OIT para la gestión de las interrelaciones de los factores psicosociales:

La persona que realiza la conducta de consumo. La misma precisa de una serie de competencias mínimas (habilidades, conocimientos, destrezas, actitudes y motivaciones) para desempeñar correctamente su puesto. El consumo de sustancias puede afectar a dichas competencias, dañar a la salud del trabajador, y, como consecuencia, hacer que se incremente el riesgo de exposición del trabajador y de sus compañeros a otros factores de riesgo.

Las condiciones de trabajo. La ECML muestra claramente que cierto tipo de características de la tarea y de la propia organización (diseño deficiente, complejidad excesiva, so-

brecarga, relaciones complejas o inexistentes, pérdida de derechos, valores organizativos tóxicos, etc.) inciden sobre la conducta de consumo, actuando como factores de riesgo, aumentando los riesgos -esto es la probabilidad- existentes en el contexto laboral.

El contexto social y laboral. El entorno externo -especialmente el social y el normativo- puede ejercer una influencia sobre las conductas de consumo de sustancias de los trabajadores. El subsistema de relaciones sociales en los que se encuentra el trabajador puede favorecer o inhibir ciertos tipos de consumos.

Entre los tres subsistemas (que dan lugar al modelo ecológico-social de la OIT) se da un proceso de interdependencia mutua, característico de los sistemas abiertos. Por lo tanto, no son lineales ni sumatorios, sino interactivos y bidireccionales.

Es por ello que, frente a una realidad preventiva tan compleja, las propuestas preventivas deben barajar intervenciones multiniveles integrales. En este sentido, resulta oportuno combinar actuaciones que atiendan a los 4 niveles de prevención (se muestra en la Tabla 8):

- **primaria**, se lleva a cabo antes de que se produzca el consumo problemático y aparezca la adicción, cualquiera que sea. Se centrará, pues, tanto en eliminar los factores incidentes en una mayor probabilidad -riesgo- de incurrir en consumos nocivos cuanto en promover los factores de protección (enfoque proactivo).
- **secundaria**, se lleva a cabo al detectar -mediante diferentes vías, no únicamente pruebas de despistaje o cribado, más si son aleatorias- los primeros síntomas de que se existe un consumo problemático. Se centra en desarrollar acciones que impidan la proliferación de dichos síntomas.
- <u>terciaria</u>, se centra en actuar cuando ya existe la adicción; e intenta evitar que la misma empeore. Aquí tienen ya especial sentido los célebres "programas de asistencia al empleado" (PAE, o EPA), de origen norteamericano. Aunque aquí se ha considerado la necesidad de transitar del enfoque individualista -que es el que adopta la práctica totalidad de las experiencias españolas de gestión de este tipo, salvo contadas excepciones, lagunas de las cuales se han evaluado en este Estudio-, es evidente que no desaparece su necesidad, una vez que no ha tenido efecto, en el caso concreto, singular, la prevención primaria y la secundaria.



- <u>cuaternaria</u>, hace referencia a las actividades sanitarias que permiten evitar que el trabajador que sufre adicción se vea expuesto a intervenciones innecesarias o excesivas por parte de la organización, o de sus diferentes servicios (por ejemplo, preventivo, médico, o de gestión de Recursos Humanos). Busca lograr que las intervenciones sean éticamente aceptables.

Tabla 22. Tipos de prevención.

Tipos de prevención		Visión del médico Enfermedad			
		Visión del paciente	Enfermar	ausente	Prevención primaria (enfermar ausente enfermedad ausente)
presente	Prevención cuaternaria (enfermar presente enfermedad ausente)			Prevención terciaria (enfermar presente enfermedad presente)	

Fuente: Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. PrimaryCare. 2010; 10(18):350-4.

En este sentido, una de las primeras líneas de trabajo es la potenciación de las actividades preventivas **primarias**, por ejemplo a través de campañas de información y formación, o a través de la declaración de ciertos principios organizativos. Ahora bien, que una empresa esté más o menos ajustada al perfil estadístico sólo implica un aumento o reducción en la probabilidad del riesgo. Es por ello que las actuaciones preventivas han de contemplar también el resto de niveles. Posiblemente sea en la prevención **secundaria** donde mayor cantidad de acciones preventivas se den. En este nivel hay que tener presente que se han de implementar tanto acciones directas como indirectas:

- Las acciones preventivas directas se dirigen hacia la detección de posibles consumos problemáticos de sustancias (por ejemplo, evaluación de potenciales comportamientos adictivos, vigilancia de la salud,...).
- Las actuaciones preventivas indirectas se centran en: a) minimizar o eliminar los posibles factores de riesgo que existen en la organización y que pueden estar coadyuvando en ese consumo (por ejemplo, a través de la evaluación general de riesgos, de actuaciones de prevención sobre riesgos específicos); b) controlar los riesgos laborales que pueden verse afectados por este consumo y que pueden entrañar un riesgo para la salud y la seguridad de otros trabajadores.

Además, las empresas tienen la responsabilidad para con sus empleados (máxime si quieren ser empresas socialmente responsables):

- De ofrecerles su apoyo cuando ya se ha confirmado su adicción (por ejemplo, a través de programas de ayuda y asesoramiento, de servicios de atención, ) -nivel preventivo **terciario**-.
- De evitar su estigmatización y aislamiento, favoreciendo su reintegración en la organización -nivel preventivo **cuaternario**-.
- 9. La complejidad de la acción preventiva no debe de disuadir de integrar este enfoque en la gestión de las empresas, por una pretendida dificultad extrema y altos costes, en particular para empresas de menor tamaño, incluso empresas medianas. A día de hoy, disponemos, ya con una acreditada solvencia, científica y experimental, en el seno de la OIT, de herramientas de gestión que garantizan que la prevención no sólo es adaptable a cada tipo de organización empresarial, sino que es sostenible financieramente a lo largo del tiempo.

A la vista de las experiencias prácticas existentes, algunas de las cuales han sido aquí sumariamente expuestas, tiende a identificarse esta cuestión como sólo propia de las grandes empresas. Éstas, además, priman enfoques individuales a los organizativos. Sin embargo, la OIT alerta del error que supone una imagen sesgada de este tipo y dispone herramientas cognitivo-operativas útiles para todas las empresas, como el PROGRAMA SOLVE/2012.

Así, hemos visto que la OIT enfatiza la necesidad de que el plan de acción, desde su lógica integradora en el sistema normativo de Seguridad y Salud en el Trabajo, sea:

Enfocado a las personas, en cuanto que su bienestar es esencial para el nuevo paradigma de empresa flexible, orientada hacia la calidad, basada en el conocimiento, saludable y competitiva.

Es preventivo, en la medida en que, en términos de costos y de éxito, la prevención es una manera mucho más eficiente de emprender acciones en relación a los consumos problemáticos de drogas, como riesgo psicosocial que es y sus interrelaciones con los demás.

Incorpora tanto la dimensión de género como la de la edad, de modo que exige prestarse especial atención a la -diversa- manera en que el riesgo de consumo problemático de sustancias afectan a hombres y mujeres, de un lado, y a jóvenes y maduros, de otro. Esto último tiene mucho que ver tanto con el problema actual del desempleo juvenil cuanto con el envejecimiento activo de la población laboral.

Se orienta hacia los resultados. El éxito únicamente puede medirse con los resultados en el lugar de trabajo. La práctica de acciones concretas para promover los cambios en el lugar de trabajo debe ser la clave básica. De ahí que las experiencias aquí recordadas sigan este enfoque.

Es adaptable. Las situaciones complejas exigen soluciones complejas, de modo que no cabe un único enfoque para un problema, pues lo que sirve para unos ambientes de trabajo y culturas sociales y laborales no sirve para otros. Pero el sistema permite, y facilita, esa adaptación.

Es sostenible por sí mismo, también financieramente. La complejidad no debe identificarse con costes elevados. El programa facilita acciones lo más sostenibles posible, que puedan ser continuadas de manera fácil y económica en las empresas.

# 10.- Lista de verificación sobre acciones para la gestión de los consumos problemáticos de drogas en el trabajo.

A modo de ejemplo, el programa SOLVE presenta la siguiente herramienta, que nos parece especialmente útil como referencia -para la visión completa en ANEXO-.

## Política y participación:

- Se adopta un enfoque integral.
- Se crea y determinan las funciones del Comité Mixto formado por representantes de los trabajadores y de la empresa, además de unidades de seguridad y salud del trabajo, así como la inclusión de técnicos especialistas.
- Existe una declaración de principios en búsqueda del bienestar y la productividad de los trabajadores en relación a la prevención de consumos problemáticos.
- Se garantiza la normativa vigente.
- Se establecen Buenas Prácticas que sirvan como guía.
- Se desarrolla una la política y programa preventivo consensuado.
- Se diseña e implementa un Programa concreto de acción.
- •
- Existe el compromiso de una comunicación bidireccional y un liderazgo centrado en la valorización de las personas.
- Se garantiza la confidencialidad de los datos aportados en la vigilancia de la salud.
- Se establece que todos los programas tengan un enfoque de género y respeto a la diversidad étnica y de orientación sexual.
- Se proporcionan o mejoran zonas de esparcimiento.
- •
- Existe un trato a los trabajadores de manera equitativa y no discriminatoria, independientemente de si tienen consumos problemáticos.

## Formación, educación, información y comunicación:

 Se informan y forman a los trabajadores sobre los factores de riesgo psicosocial y del abuso de las drogas, además de sus consecuencias para la salud y la productividad.

- Se difunde ampliamente la política y el plan de acción.
- Se divulga información y asesoría sobre el abuso del alcohol y las drogas.
- Se garantizan la transparencia y la justicia en los procedimientos.
- Se informan sobre los riesgos y efectos del trabajo relacionados con el consumo y el tratamiento legal del uso ilícito de drogas.
- Se distribuyen quías de autoevaluación a todos los trabajadores.
- Se asesoran a los trabajadores con consumos problemáticos.
- Se informa sobre los servicios y programas disponibles fuera del lugar trabajo.
- Se garantiza el acceso a tratamiento y rehabilitación con el consentimiento de los trabajadores afectados.
- Se promueve la salud, ofreciendo asesoría y asistencia, mediante los servicios de salud u otros servicios médicos.

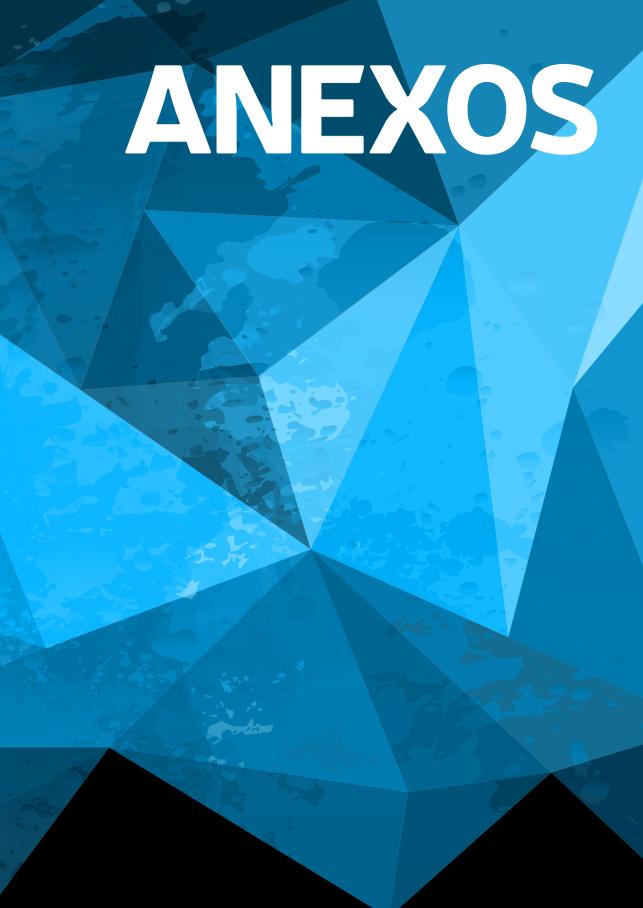
## Organización, carga, diseño y contenido del trabajo:

- Se proveen recursos y personal adecuados.
- Se garantiza que las tareas estén claramente definidas.
- Se comprometen a ofrecer oportunidades de desarrollo laboral a todos los trabajadores.
- Se establecen relaciones de apoyo entre los supervisores, los gerentes y los trabajadores.
- Se reduce la disponibilidad de alcohol y drogas en el lugar de trabajo.
- Se fomenta el contacto social entre los trabajadores.
- Se proporciona una remuneración adecuada al trabajo desempeñado.
- Se fortalece la motivación subrayando los aspectos positivos del trabajo.
- Se promueve a los trabajadores a plantear problemas para la conciliación de la vida laboral y familiar, en búsqueda de encontrar soluciones con la dirección.
- Se garantiza que los trabajadores con antecedentes de consumos problemáticos que no estén expuestos a condiciones del trabajo que hayan influido en dichos problemas en el pasado.
- Se promueve un ambiente de trabajo seguro y saludable.

## Medidas complementarias:

- Se observa una política escrita formal referente a los procedimientos de pruebas de detección mediante el establecimiento de su propósito, las reglas, normativa, derechos y responsabilidades de todas las partes implicadas.
- Se aporta una ayuda adecuada, orientación y apoyo psicológico, así como referencia a un tratamiento, si fuera necesario.
- Se realizan exámenes médicos a todos los trabajadores que incluyen recomendaciones de cómo evitar los consumos problemáticos de las drogas.
- Se ofrecen instalaciones adecuadas a las necesidades de los trabajadores para preparar alimentos y comer.







## 6. ANEXO I. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

AA.VV.: Análisis de mortalidad del accidente de trabajo en España. INSHT. 2013.

AA.VV.: Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido del alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral, Confederación Empresarial Vasca (CONFEBASK), 2005.

AA.VV.: Cuadernos de trabajo del participante: SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de seguridad y salud en el trabajo, OIT, Ginebra, Segunda Edición. 2012.

AA.VV.: Drugs and Alcohol in the Workplace, TUC, 2010.

AA.VV.: El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar, Mutua Navarra, 2011.

AA.VV.: El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares, EDIS, Instituto de la Mujer (MTAS), 2007.

AA.VV.: Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, observatorio español de la droga y las toxicomanías, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

AA.VV.: Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, observatorio español de la droga y las toxicomanías, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

AA.VV.: Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas, INSHT, 2009.

AA.VV.: Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas. ESEN-ER-2 – España, INSHT, Madrid, septiembre 2015.

AA.VV.: Estar limpio: controles de consumo de drogas y alcohol en el lugar de Trabajo, en Revista Trabajo OIT, núm. 57, Sep. 2006.

AA.VV.: Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa, Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN), 2014.

AA.VV.: Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2014, OMS, Suiza, 2014.

AA.VV.: La incidencia de las drogas en el mundo laboral, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid, 1996.

AA.VV.: La percepción social de los problemas de drogas en España, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid, 2014.

AA.VV.: La población andaluza ante las drogas. XII. Consejería de Salud y Bienestar Social. Sevilla. 2012.

AA.VV.: Los andaluces ante las drogas. X, Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación social, Sevilla, 2007.

AA.VV.: Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2014.

ARETA MARTINEZ, M.: "La protección y promoción de la salud laboral". En AAVV. Reforma de la Salud Pública y asistencia sanitaria, Aranzadi, 2012.

ASTON, H.: Las benzodiacepinas: cuál es su mecanismo de acción y cómo suspender su ingestión, 2002.

BASTIDA, N. "Problemas laborales asociados al consumo de alcohol". En *Adicciones*, Vol. 14, 2002, págs. 239-249.

CARLSON, R.G.; NAHHAS, R.W.; MARTINS, S.S. & DANIULAITYTE, R.: "Predictors of transition to heroin use among initially non-opioid dependent illicit pharmaceutical opioid users: A natural history study", En *Drug Alcohol Depend.* 2016 Mar 1, num. 160, pages, 127-134.

CONTRERAS CASADO, D.: "Inteligencia emocional y consumo de drogas en el ámbito laboral", en *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, Vol. II, n. 12, 2011, págs. 27-29.

FERNÁNDEZ DOMINGUEZ, J.J.: Informe Ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral. PRL-CEOE, 2015.

FINGARETTE, H.: Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease. Berkely. Universidad de California, 1989.

FORTUNY, R. "Evaluación de resultados y rentabilidad", en *Mapfre Medicina*, vol. 4, n.3, 1993, págs.34-38.

FRANCOLINO, C Y MILLER, C.: Manual de formación de formadores en prevención laboral en drogodependencia, PIT-CNT/OIT, Montevideo, 2008.

GARCÍA JIMÉNEZ, M.; DE LA CASA QUESADA, S.; y MOLINA NAVARRETE, C.: Regulación de los riesgos psicosociales en los ambientes de trabajo: Panorama comparado de modelos y experiencias en Europa y América, Editorial Bomarzo, Albacete, 2011.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M.J.; GARCÍA MOLTÓ, A. y RODRÍGUEZ VALDÉS; J.L.: Percepción y actitud de las empresas ante el alcohol y otras drogas. ISTAS, Madrid, 2006.

IGLESIAS FERNÁNDEZ, C.; LLORENTE HERAS, R. Y DUEÑAS FERNÁNDEZ, D. "Calidad del empleo y satisfacción laboral en las regiones españolas. Un estudio con especial referencia a la Comunidad de Madrid", en *Revista Investigaciones Regionales*, Asociación Española de Ciencia Regional Madrid, núm. 19, 2011, págs. 25-49.

JÁUREGUI APELLANIZ, J.J.: "Vigilancia de la salud. Precisiones y acotaciones en torno a su voluntariedad y otras consideraciones de interés", en *RGDTSS*. N. 38. 2014.

KUEHLEIN, T; SGHEDONI, D; VISENTIN, G; GÉRVAS, J. y JAMOULE, M: "Prevención cuaternaria, actividad del médico general", en PrimaryCare, vol. 10 (núm.18), 2010.

MARTÍN DÍEZ, M.j. y ROBERTSON SANGRADOR, M.: "Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. Promover la implantación de planes de prevención de drogodependencias en las empresas". En AA.VV. VELÁZQUEZ, M (dir.): *La salud mental de las y los trabajadores*, La Ley, Madrid, 2012, págs. 377-393.

MARTÍNEZ MESAS, R.; GONZÁLEZ GUILLEM, J.A. y TOLEDO CASTILLO, F.: Guía para las actuaciones de la ITSS en materia de seguridad vial de las empresas, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011.

MEGÍAS, E.; COMAS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J. Y ROMANÍ, O.: La percepción social de los problemas de drogas en España, FAD, Madrid, 2001.

MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO, YANINI, M.; ÁLVAREZ MONTERO, A.; GAR-CÍA CÍVICO, J. y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: *Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas*, UGT-CEC, (Financiación por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), 2015.

MORENO SOLANA, A.: La prevención de riesgos laborales de los trabajadores especialmente sensibles, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2010.

NAVARRO, J.: Las drogas en el medio laboral. PNSD. Madrid. 2001.

NORA D. VOLKOW; JAMES M. SWANSON; A. EDEN EVINS; LYNN E. DELISI; MADE-LINE H. MEIER; RAUL GONZALEZ; MICHAEL A. P. BLOOMFIELD; H. VALERIE CURRAN; RUBEN BALER.: "Effects of Cannabis Use on Human Behavior: Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review", en *JAMA Psychiatry*, 2016 (Archives of General Psychiatry 2016; 73 (3): 292-297).

OSILLA, K.C.; DE LA CRUZ, E; MILES, J.N.; ZELLMER, S; WATKINS, K; LARIMER, M.E; y MARLATT, G.A.: "Exploring productivity outcomes from a brief intervention for atrisk drinking in an employee assistance program", en *Addictive Behaviors*, Vol. 35, n. 3, 2010, págs. 194 -200.

OTERO DORREGO, C.: "Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo", en *Medicina, Seguridad y Trabajo*, Vol.57, supl.1, 2011.

RIBAS, E; PORTELLA, E.; RIDAO,M.; CARRILO, E. y CAMACHO, C.: "Los costes derivados del consumo de alcohol para el sistema productivo en España", en *Adicciones*, Vol. 11, n. 1, 1999, págs.33-36.

RIVERO LAMAS, J.; DEL VAL, A.: "Artículo 22. Vigilancia de la salud", en AA.VV. MO-NEREO PÉREZ, J.L.; MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M.N. (drs.): Comentario a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y sus desarrollos Reglamentarios, Comares, Granada, 2004.

RODRIGUEZ-MARTOS, A.: "Prevención de lesiones atribuibles al alcohol en el marco de una política de reducción de daños", en *Trastornos Adictivos*; vol. 4 (núm.2), 2002, págs. 95-108.

ROMERO RÓDENAS, M.J. Sida y toxicomanía. Un análisis jurídico-laboral y de Seguridad Social, IBIDEM, Madrid, 1995.

SAN MARTÍN, C.: "La vigilancia del estado de salud de los trabajadores: voluntariedad y periodicidad de los reconocimientos médicos", en *RMTAS*, n. 53, 2004, págs. 181-202. TEJERO ACEVEDO R.; FERNÁNDEZ-ALBA LUENGO, A.; GRAÑA GÓMEZ, J.L. y PEÑA FERNÁNDEZ, M.P.: "Implicaciones psicolegales del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral", en *Psicopatología Clínica, Legal y Forense.* Vol. 2, n. 2, 2002, págs. 63-92.



## 7. ANEXO II. LISTA DE VERIFICACIÓN SOBRE ACCIONES PARA LA GESTIÓN DEL ALCOHOL Y LAS DROGAS EN EL TRABAJO. PROGRAMA SOLVE.

1. Política y participación.				
1.1 Se adopta un enfoque integral para abordar el alcohol y las drogas en el trabajo.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.2 Se establece y funciona un comité que aborda la integración de la promoción de la salud a la política de seguridad y salud. Incluye representantes de la alta gerencia, supervisores, trabajadores, sindicatos, el departamento de recursos humanos y las unidades de seguridad y de salud en el trabajo. Al abordar el alcohol y las drogas se incluye a personas con experiencia en dichos problemas, si están de acuerdo.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.3 A nivel de políticas, existe una declaración de intenciones clara, que reconoce la importancia de prevenir el abuso del alcohol y las drogas para el bienestar y la productividad de los trabajadores.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.4 Está garantizada la consideración de los requerimientos establecidos por las leyes y reglamentos sobre el tema vigentes en el país.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.5 Se toman en cuenta políticas y prácticas exitosas en lugares de trabajo similares, que sirvan de guía.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.6 Se involucra a todas las partes (incluyendo a los trabajadores y a los gerentes) en el desarrollo de la política y del programa preventivo.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.7 Se diseña y ejecuta un plan de acción para incorporar al programa de promoción de la salud: la evaluación y gestión de los riesgos psicosociales, y la prevención del alcohol y las drogas en el trabajo; con un cronograma y líneas de responsabilidad.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			

1.8 Se garantiza la existencia de una comunicación bidireccional y un liderazgo centrado en la valorización de las personas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.9 Se garantiza que toda la información médica sea absolutamente confidencial.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.10 Se garantiza que todos los programas tengan un enfoque de género y respeto a la diversidad étnica y de orientación sexual; y que estén dirigidos explícitamente a mujeres y hombres, reconociendo los distintos tipos de riesgos para los hombres y para las mujeres.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.11 Se proporcionan o mejoran las instalaciones recreativas y/o deportivas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
1.12 Se garantiza que la organización trate a todos los trabajadores de manera equitativa y no discriminatoria, independientemente de si tienen problemas con el alcohol o las drogas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2. Formación, educación, información y co	omunicación.			
2.1 Se garantiza información, educación y formación para concientizar, aumentar el conocimiento y la comprensión de los factores de riesgo psicosocial y del abuso del alcohol y las drogas, y su impacto sobre la salud y la productividad.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.2 Se difunde ampliamente la política y el plan de acción por todos los medios posibles, tales como: tableros de avisos, correo, inserciones en los talonarios de pago, reuniones especiales, cursos de inducción y sesiones de formación.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.3 Se difunde información y asesoría sobre el abuso del alcohol y las drogas, incluyendo información sobre dónde encontrar apoyo disponible fuera del lugar de trabajo.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			

2.4 Se garantizan la transparencia y la justicia en los procedimientos para atender reclamos.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.5 Se informa y guía a los trabajadores sobre los riesgos del trabajo relacionados con el alcohol y las drogas, los efectos que sobre el trabajo tienen los medicamentos prescritos, las implicaciones legales del uso ilícito de drogas y la interacción de distintas sustancias.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.6 Se distribuyen guías de autoevaluación a todos los trabajadores.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.7 Se prestan servicios de asesoría a los trabajadores que tienen problemas de drogas y alcohol.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.8 Se informa a los trabajadores sobre los servicios y programas disponibles fuera del lugar trabajo, de orientación y apoyo psicológico (counselling) y tratamiento con respecto al uso de alcohol y drogas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.9 Se garantiza el acceso a tratamiento y rehabilitación únicamente tras una evaluación apropiada, y después de consultar y obtener el consentimiento de los trabajadores afectados.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
2.10 Se promueve la salud de los trabajadores y se ofrece asesoría y asistencia, mediante los servicios de salud en el trabajo u otros servicios médicos.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
3. Organización, carga, diseño y contenido del trabajo.				
3.1 Se proveen recursos y personal adecuados.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
3.2 Se garantiza que las tareas estén claramente definidas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			

3.3 Se garantizan oportunidades de desarrollo laboral a todos los trabajadores.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.4 Se garantizan relaciones de apoyo entre los supervisores, los gerentes y los trabajadores.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.5 Se reduce la disponibilidad de alcohol y drogas dentro y se controla alrededor del centro de trabajo, limitando la venta de alcohol, ofreciendo bebidas no alcohólicas en la empresa y asegurándose de que los distribuidores de drogas no tengan acceso a las instalaciones.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.6 Se promueve el contacto social entre los trabajadores.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.7 Se retribuye el trabajo desempeñado con una remuneración adecuada.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.8 Se fortalece la motivación destacando los aspectos positivos y útiles del trabajo.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.9 Se invita a los trabajadores a plantear problemas para conciliar las exigencias del trabajo con las responsabilidades familiares y a encontrar soluciones en conjunto con la gerencia.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.10 Se garantiza que los trabajadores con antecedentes de problemas de alcohol y drogas no estén expuestos a situaciones de trabajo que hayan influido en dichos problemas en el pasado.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:
3.11 Se ofrece un ambiente de trabajo seguro y saludable (con medidas de seguridad, de higiene, de vigilancia de la salud y ergonómicas).	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:

4. Medidas complementarias.				
4.1 Si se contempla aplicar un programa de pruebas de detección, se establece una política escrita formal, indicando el propósito de las pruebas, las reglas, normativa, derechos y responsabilidades de todas las partes involucradas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
4.2 Se ofrece ayuda adecuada, orientación y apoyo psicológico, así como referencia a tratamiento, según corresponda, para las personas que muestren síntomas físicos o psicológicos de abuso de drogas o alcohol.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
4.3 Se realizan exámenes médicos a todos los trabajadores, que incluyen recomendaciones de cómo evitar el abuso del alcohol y las drogas.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			
4.4 Se ofrecen instalaciones para consumo y preparación de alimentos, adecuadas a las necesidades de los trabajadores.	¿Se requieren acciones?  Si No Comentarios:			



