

BUENAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN NEGOCIADAS

DROGODEPENDENCIAS
Y ADICCIONES EN
LOS AMBIENTES DE TRABAJO:

BUENAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN NEGOCIADAS

DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO:



Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS





DROGODEPENDENCIAS
Y ADICCIONES EN
LOS AMBIENTES DE TRABAJO:

BUENAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN NEGOCIADAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN: DESDE EL VIEJO “MODELO DISCIPLINARIO” DOMINANTE AL “MODELO PREVENTIVO” EMERGENTE.

2. COMPRENDER BIEN LOS CONCEPTOS BÁSICOS PARA ACTUAR MÁS Y MEJOR: ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO LO HACEMOS DE DROGODEPENDENCIAS EN EL TRABAJO?

2.1. Conceptos esenciales: Tipología de drogas, efectos e interacciones con las personas y los ambientes (también de trabajo).

2.2. Tipología de drogas: Especial atención, pero no sólo, a las adicciones con sustancias.

2.2.1. Sustancias adictivas: Multiplicidad de criterios de clasificación.

2.2.2. Adicciones conductuales o “sin sustancia”.

3. CIFRAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL: DATOS QUE EVIDENCIAN LA MAGNITUD DEL PROBLEMA Y QUE MUEVEN A LA ACCIÓN.

4. ¿CÓMO SE ABORDA EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL DESDE LAS INSTITUCIONES?: MARCO LEGISLATIVO Y ACCIÓN POLÍTICA.

4.1. Aproximación general: La identificación social del trato legal sobre las drogas desde un enfoque represivo -y moralizante-, sus aperturas y sus cierres.

4.2. Las drogodependencias en el ámbito laboral: Marco normativo y promocional en la comunidad internacional (OIT y Unión Europea).

4.3. El marco normativo sobre drogodependencias en el ámbito laboral en España: El binomio asistencia socio-sanitaria “externa” (pública), represión “interna” (laboral).

4.4. El marco de planificación político-institucional de intervención: Un nuevo modelo de respuesta preventiva integral de seguridad y salud laboral para España.

4.5. ¿Qué hacen en otros modelos jurídico-normativos y socio-culturales próximos?: La ejemplar experiencia del Convenio Colectivo Belga.

5. ORGANIZACIÓN, CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO ADICTIVO: LA AMBIVALENCIA DEL ENTORNO LABORAL.

6. LA REGULACIÓN COLECTIVA: ¿QUÉ ESPACIO DE MEJORA-INNOVACIÓN HAN RECORRIDO EMPRESARIOS Y REPRESENTANTES LABORALES?

6.1. El tratamiento convencional de las drogas en el ámbito laboral: Marco estatal.

6.2. Confirmación de la pauta de la lenta emergencia de la prevención en la negociación colectiva: Una experiencia autonómica.

6.3. ¿Qué papel de innovación y mejora en la prevención del consumo de riesgo puede desplegar los representantes de los trabajadores?

6.4. Del "nivel sectorial" al nivel de empresa: Un modelo práctico y practicable de "plan de acción" (procedimiento concreto) a implementar en la empresa.

7. ¿QUÉ HACEN LOS SECTORES Y LAS GRANDES EMPRESAS (ALGO) MÁS AVANZADOS?: EXPERIENCIAS DE GESTIÓN DEL RIESGO DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

7.1. Planteamiento general: La apuesta institucional por las grandes empresas como experiencias tractoras.

7.2. Más allá de la disciplina: Selección de buenas experiencias de gestión desde el punto de vista de la seguridad y salud en el trabajo.

7.2.1. Un marco sectorial de intervención integral: El ejemplo del convenio del sector de empresas de Acción Social (trabajo con colectivos vulnerables).

7.2.2. VI Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las personas dependientes: Una buena práctica en materia de atribución de competencias al CSST.

7.2.3. Automoción: Marco convencional y protocolo de una gran empresa (General Motors España).

7.2.4. RENFE (operadora y administradora de infraestructuras ferroviarias).

7.2.5. Servicios (contratas y subcontratas): Programa experimental e implantación progresiva de la empresa fomento de construcciones y contratas (FCC, S.A.).

7.2.6. Handling y autohandling en Aeropuertos españoles: Experiencia de la empresa Eas-yjetHandlingSpain.

7.2.7. Servicios Públicos: Cláusula obligacional en el Convenio Colectivo del Grupo CRTVE y Protocolo de acción.

8. REFLEXIÓN FINAL: LA EVALUACIÓN PERMANENTE COMO GARANTÍA DE QUE LAS "BUENAS PRÁCTICAS" SEAN UNA AUTÉNTICA VÍA DE MEJORA Y PROGRESO.

ANEXOS:

CONVENIOS COLECTIVOS ESTUDIADOS.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

DIRECCIONES DE INTERÉS.

WAGS

www.wags.com



DROGODEPENDENCIAS
Y ADICCIONES EN
LOS AMBIENTES DE TRABAJO:

BUENAS PRÁCTICAS DE REGULACIÓN Y GESTIÓN NEGOCIADAS

GUÍA

Autores

Cristóbal Molina Navarrete *Universidad de Jaén*
Margarita Miñarro Yanini *Universidad Jaume I Castellón*
Antonio Álvarez Montero *Universidad de Jaén*
Jesús García Cívico *Universidad Jaume I Castellón*
Estefanía González Cobaleda *Universidad de Jaén*

Edita

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

Deposito Legal

M-39734-2015

Financiado por



1.INTRODUCCIÓN: DESDE EL VIEJO “MODELO DISCIPLINARIO “DOMINANTE AL “MODELO PREVENTIVO” EMERGENTE

Drogodependencias y adicciones: un problema social cambiante a afrontar de forma realista y desde el consenso internacional

Frente a lo que puede pensarse en una primera y superficial lectura, la cuestión de los consumos de drogas -ilegales y legales- se presenta como un problema histórico-cultural y, por lo tanto, no se presenta del mismo modo hoy que hace unos años. En su día la “heroína”, e incluso, algo después, la “cocaína”, marcaron los tiempos del debate y de la acción, con sus graves secuelas de muerte, marginalidad, inseguridad ciudadana y deterioro físico de sus consumidores. De ahí, la gran alarma social y la construcción político-institucional de una “estructura de respuesta” -centrada claramente en la persecución de la oferta y la asistencia a los consumidores- que, pese a pervivir hoy, emerge claramente desfasada, habiéndose ahora ya movilizado una profunda renovación. Los protagonistas hoy son otras sustancias y los usos que se hacen de ellas. Los problemas derivados de los consumos actuales son muy distintos y se relacionan con cuestiones más generales que preocupan mucho a la sociedad, pero que, de forma paradójica, esta no suele identificar nítidamente con el problema de las drogas: fracaso escolar, violencias, accidentes de tráfico y/o laborales, sanitarios, etc. Nos encontramos pues ante una realidad distinta y más compleja, pero igualmente grave, que reclama una adecuada atención, debiéndose analizar y sobre la que urge un profundo debate institucional y social, en la línea de lo di-

señado, pero no suficientemente realizado, por la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (ENSD)* y el vigente *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 (PASD)*.

Junto a esta aproximación dinámica (evolutiva y cambiante), hay que evidenciar de inmediato otra de tipo realista (lógica posibilista o de lo razonablemente factible). Un balance desapasionado y desideologizado del recorrido histórico del problema y de lo realizado hasta ahora para abordarlo confirma que la cuestión social de las drogodependencias dista de estar resuelta y de que, quizás, no lo esté nunca de forma definitiva, entre otras cosas porque ese fenómeno forma parte, a su vez, de un conflicto social más global entre el respeto debido a las decisiones de “libertad/responsabilidad” individual y la debida garantía de “seguridad/control” colectivo. Las drogas son un problema permanente en toda sociedad, pero no por ello debe acogerse, con resignación, la idea de estar ante un “problema sin solución” definitiva. Eso sí, cambiadas las “preguntas” -las claves de comprensión del problema, según la evolución arriba recordada-, deben cambiar los modos de afrontarlas en cada tiempo histórico y social.

Entre otras razones porque, junto al consumo de las llamadas drogas ilegales, ha aparecido el fenómeno de la alteración de las pautas de consumo de las legales (sobre todo el alcohol) que, según todos los análisis, nada tienen que ver ni con la incidencia del narcotráfico ni con la tolerancia de su oferta pública, sino con contextos culturales determinados, con valores colectivos y comportamientos individuales que configuran la situación real de “salud pública” en cualquier país. Al respecto, sea cual sea la aproximación valorativa -moral o ética- de la que se parta, está claro que las vías de respuesta a las drogas no son nunca ni podrán ser únicas ni unívocas. Las “**Adicciones**” en general, y, dentro de ellas, las “**drogodependencias**” en particular, constituyen un **grave problema de salud** que desborda las fronteras del Estado, incluso las de la Unión Europea, para abarcar el contexto global o mundial (*Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga, 2013-2020; punto 5*).

En consecuencia, el uso y/o abuso de drogas no son problemas aislados de concretas sociedades sino que, muy al contrario, tiene un carácter transnacional. De ahí, que requiera estrategias conjuntas tanto a nivel internacional como local, a partir del establecimiento y la puesta en práctica de compromisos que impliquen a todos los sujeto-agentes preventivos posibles para afrontarlo, entre ellos también los interlocutores sociales, dentro y fuera de los lugares o entornos de trabajo. Por lo tanto, sean los modos de abordarlo sean, sobre todo, los instrumentos de tratamiento deben ampararse en el mayor consenso, a fin de disponer de un “**marco común de intervención integral**” (*Plan Nacional de Acción sobre Drogas, 2013-2016; Prólogo, página 4*).

Al respecto, conocido es que los espacios o los foros internacionales más solventes científica, política y socialmente en esta materia vuelven a ser, de un lado, en el plano sanitario, el de la Organización Mundial de la Salud -OMS-. La OMS recomienda adoptar un enfoque de garantías de protección integral frente a lo que considera un problema de salud más, de modo que debe considerarse la “**drogadicción como una enfermedad normalizada**”, desacreditando el viejo modelo que la considera como una anomalía de la conducta urgida, tanto en su tratamiento como en su “prevención” (disuasión), de correc-

tivos disciplinarios. De otro lado, en el plano socio-laboral, la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, en plena coherencia con ese enfoque, recomienda una gestión compartida de este complejo problema social, que implica, en sus causas y efectos, no sólo (1) al “sujeto consumidor” y su conducta, sino también (2) al tipo de sustancia (legal o ilegal; socialmente aceptada o no...) y al contexto en que se desenvuelve, también el laboral. Por tanto, la **empresa aparece como “un ámbito apropiado”** para diseñar y practicar una política de gestión integral, **primando la prevención**-primaria, secundaria o terciario- **de las drogodependencias como riesgo psicosocial**

Una profunda y muy distorsionadora contradicción para empezar...

Ciertamente, a día de hoy, existe un amplio consenso institucional, científico y social en torno a este doble enfoque, configurándose como una acción ineludible en el plano del llamado “**paradigma de la empresa segura y saludable**”. Tanto la Estrategia Nacional (ENSD; pp. 3 y 60) como el Plan de Acción (PASD, p.5) lo reconocen abiertamente, sin limitaciones ni reservas. Un enfoque preventivo-integral que lejos de difuminarse en los entornos laborales se reafirmaría, en la medida en que la “población laboral” integra un amplio conjunto de grupos o de colectivos más organizados o “estructurados espacial, social y temporalmente”; de ahí que cuente con mayores “recursos” -personales, técnicos y económicos- y requiera “alternativas adecuadas a las sanciones” (suspensivas de medidas disciplinarias; asistenciales; reinserción o rehabilitación para el trabajo). En consecuencia:

“no sólo **favorecen la intervención preventiva** sino que, además, contribuyen de forma muy positiva a alcanzar objetivos preventivos, tanto en su propio medio como en el conjunto de la comunidad, **además de facilitar la integración social**” (ENSD, p. 63).

Pero, entonces *¿cómo explicar que España sigue anclada, desde hace décadas, en una visión legislativa exclusivamente disciplinaria o sancionadora, coercitiva y defensiva, en esta cuestión socio-sanitaria para el ámbito laboral?* Dejando a un lado fallidos intentos -a los que se recordará en el capítulo III de esta Guía- de derogación de esta regulación hace ahora ya más de década y media -año 2000-, la situación actual no sólo es la misma que en la versión original del Estatuto de los Trabajadores -ET/1980-, sino que incluso se remonta, con algunas variaciones de algún relieve práctico, a la posguerra española, al régimen franquista -1941- y su impronta “moralizadora”. Como se verá, brevemente, de inmediato, el panorama legislativo español, en el plano laboral, dista mucho del enfoque promovido -no vinculante, eso sí- por la OIT en su Guía o Recomendación en la materia¹. Aunque este inventario de “buenas prácticas” de gestión normalizada e integral de las drogodependencias y otras adicciones en el entorno laboral se remonta a la, ya lejana, fecha de 1996, es decir, cumple ahora 20 años, tan dilatado tiempo ni ha movido a cambios legales ni a una mayor receptividad empresarial. De ahí, pues la profunda contradicción entre el nuevo “**marco de planificación político-institucional**” y el viejo “**marco normativo laboral**”.

¹ OIT. Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra. 1996. En: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf

Ciertamente, como se expondrá en el Capítulo IV de la Guía, una presencia muy superior ha tenido en el plano socio-sanitario. Las sucesivas Leyes (1) de Acción Social -autonómicas- y (2) de Salud Pública -autonómicas y estatal- han incorporado una creciente atención a las drogodependencias y a las demás formas de adicciones -químicas (con consumo de sustancias) o de comportamiento (sin sustancias). Pero aquí la responsabilidad de acción es estrictamente pública y el tratamiento es indiferenciado, igual para la población laboral que para la no laboral.

El método de la promoción e intercambio de buenas prácticas como vía de progreso en el cambio (corrección y/o integración) del modelo legal...

Es oportuno reseñar que no existe un pleno consenso científico internacional en torno a las relaciones, si de estricta (a) complementariedad o, al contrario, de (b) antagonismo, entre el régimen estrictamente disciplinario -defensivo o reactivo- y el preventivo -proactivo o de anticipación-. La primera concepción -complementariedad- apunta hacia la “presión positiva” que puede tener para acudir a tratamientos de rehabilitación -sanitaria y social- el que la sanción pueda quedar, de algún modo, condicionada, hasta la exención, por la oportunidad de evitación que supone acudir voluntariamente al tratamiento. La segunda -antagonismo-, muy al contrario, considera que la continuidad del régimen disciplinario en la empresa constituye una permanente “Espada de Damocles” para la persona, que temerá siempre la “recaída” -algo natural en todo proceso de este tipo-, porque significará la imposición de sanciones que hasta pueden expulsarlo definitivamente de su empresa, con lo que perjudicaría tanto la visibilidad del problema -reconocimiento voluntario- cuanto, en su caso, la recuperación efectiva.

Es evidente que, como se dijo más arriba, debemos eludir tanto los planteamientos simplistas como las posiciones maximalistas, ambos dudosamente eficaces. Ni las respuestas pueden basarse sólo en la idea del control pleno -primado de la seguridad- ni tampoco en la máxima libertad de los consumos -primacía de la autonomía de decisión-. En todo caso, nadie duda hoy seriamente de la **centralidad del enfoque preventivo integral**:

1. primario (evitación de los factores de riesgo de consumos adictivos),
2. secundario (protección frente a los efectos de los consumos, a fin de reducirlos, con ventaja para la persona y la empresa)
3. terciario (rehabilitación socio-laboral, evitando la desvinculación de la empresa).

A falta de un proyecto de reforma legal al respecto, lo que sería de desear (en línea con las mejores experiencias europeas, como la de **Bélgica**, vid. capítulo III), es necesario dirigir la mirada hacia otras “vías de progreso” para la urgida corrección-integración del viejo modelo legal disciplinario frente a las adicciones en los ambientes de trabajo. Qué duda que una de ellas es, también aquí, el fomento del “**modelo de buenas prácticas**”, tanto en

la regulación -mediante “**Códigos de Conducta**” obedientes a un modelo de responsabilidad social colectivamente negociada, sectorial y/o empresarialmente- como en la gestión práctica de aquel marco regulador colectivo -**Procedimientos (Protocolos) de gestión integral** del riesgo de consumos adictivos en los ambientes de trabajo-. Precisamente, a esta metodología de autorregulación llama continuamente el sistema normativo en materia de promoción de la salud, requiriendo al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con la participación de las organizaciones sociales más representativas -en nuestro caso sindicatos y empresarios-, para que fije y actualice “*criterios de buenas prácticas para las actuaciones de promoción de la salud*”, así como de “reconocimiento de la calidad” de las mismas (art. 16.4 Ley 33/2011).

Recuérdese que la promoción de la salud forma parte de «d) *La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad...*» (Artículo 2, letra d) Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud). En la misma dirección se mueve, ya para la prevención del consumo de drogas en los ambientes de trabajo, tanto los “principios estratégicos” -liderazgo participativo; transparencia de gestión; factibilidad o concreción de las acciones, calidad y equidad de la acción- de la ENSD cuanto las acciones del PASD, en especial la “acción 36” del mismo, como también se verá con detalle. En realidad, todo el proceso de intervención está pensado sobre la perspectiva de la calidad:

“...el impulso a la calidad, mediante la evaluación y la selección de las mejores prácticas, redundará también en una mayor rentabilización de los recursos existentes”...

Precisamente, este es el enfoque privilegiado en esta Guía, y también su originalidad más destacable, en la medida en que los numerosos documentos de este tipo disponibles, sobre la materia adolecen todas ellas de un absoluto silencio sobre tales “buenas prácticas”. Se quedan en la “recomendación teórica”, como si la práctica fuera huera al respecto, limitándose a constatar las dificultades explicativas de tan baja tasa de actividad preventiva empresarial².

En cambio, nosotros nos centramos en la selección y, en cierto modo, promoción de las “buenas” y, en su caso, “mejores prácticas”. Para ello, se identificará y comentaremos las cláusulas convencionales, programas y protocolos que contienen indicadores de acción para verificar este progreso en la buena dirección o, en su caso, la desviación respecto de lo que serían las mejores medidas, siempre dentro de un marco de transparencia reguladora y de participación representativa de los trabajadores.

² Por ejemplo *El Alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad a afrontar*. Mutua Navarra. Colección Recomendaciones para una Empresa Saludable. 2011. *Se propone un Protocolo de intervención y prevención de las Drogodependencias y Adicciones en el ámbito laboral, la publicada por UGT-CEC, 2014. Aunque ha sido seguido, básicamente, por experiencias recientes -ejemplo Protocolo CRTVE-, como veremos, no contiene referencias a prácticas concretas. De ahí que esta Guía venga a complementar en tal sentido aquella, dándole mayor practicidad. Ambos documentos, muy interesantes -uno teórico, otro más operativo-, están disponibles online.*

2. COMPRENDER BIEN LOS CONCEPTOS BÁSICOS PARA ACTUAR MÁS Y MEJOR: ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO LO HACEMOS DE DROGODEPENDENCIAS EN EL TRABAJO?

2.1. Conceptos esenciales: tipología de drogas, efectos e interacciones con las personas y los ambientes (también de trabajo)

Previamente a identificar, exponer y comentar de forma práctica las experiencias más relevantes de empresas españolas en torno a la gestión de la relación entre las “drogas” y “demás adicciones” -con sustancias- con los entornos de trabajo, las complejas relaciones entre aquéllas y éstos, es necesario clarificar conceptos. De este modo, como requiere la ENSD, buscamos validar los planteamientos prácticos con anclajes robustos científicos (en la teoría), para que el enfoque global se vea acompañado de garantías de validez y fiabilidad³.

DROGAS:

De acuerdo con la OMS «droga» es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo -pensamiento y conducta-. Aquí tienen cabida el alcohol, el tabaco, las sustancias psicotrópicas, incluso los medicamentos, sino se consumen con prescripción médica. Por tanto, el campo de estudio es más amplio que el concepto «popular» o intuitivo de drogas, pues tienen cabida las “legales” -alcohol, tabaco, fármacos- como las ilegales -sustancias psicotrópicas-, pues el criterio legal pierde relevancia para el enfoque preventivo.

³ Vid. “Lexicon of Alcohol and Drug Terms” elaborada por la OMS en 1994 incorporando datos actuales (2014) relativos a la evolución y al desarrollo (2015) estadístico en lo que pueda interesar a las drogodependencias en el ámbito laboral.

Las teorías profesionales insisten en que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos. Las drogas lo son con independencia de la vía de administración. Por lo tanto, toda droga conlleva un riesgo en su consumo, pero varía atendiendo a diversos factores -tipo de sustancia, modo de consumo y personalidad-. Las alteraciones del Sistema Nervioso Central -SNC- pueden ser muy variadas: excitar (como lo hacen las drogas clasificadas como estimulantes); tranquilizar, eliminar el dolor o aplacar (como lo hacen las drogas clasificadas como depresoras); ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad (como las drogas denominadas alucinógenas). La etapa más problemática del consumo es la que crea una dependencia, psíquica o física, de tal sustancia. Esto nos permitirá una primera tipología relevante para esta Guía: el tipo de dependencia que pueden crear (física, psicológica o ambas).

ADICCIONES:

Se trata de toda alteración recurrente del cerebro que se caracteriza por provocar en la persona un patrón de *búsqueda patológica* -por eso es una enfermedad- de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia o una conducta, pese a sus efectos negativos. Por tanto, la «adicción» puede ser con consumo de sustancias o por realización de conductas, como usos excesivos de juegos (*ludopatías*), de las redes sociales («tecnostrés»), del sexo (la adicción al sexo), al trabajo (*workaholics*) etc. La neurociencia considera que una, la adicción a sustancias, y la otra, a comportamientos, comparten las mismas bases neurobiológicas.

DROGODEPENDENCIA (O ADICCIÓN A LAS DROGAS):

Se trata de un «consumo repetido» de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto -en la antigua Roma el «adicto» era el deudor que, por no poder pagar sus deudas, se entregaba en régimen de siervo o esclavo al acreedor-) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o sustancias), tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está «dominada» -carece de voluntad real- por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de uso perjudicial para la persona y para la sociedad -también para la empresa-.

En 1964, la OMS recomendó que dejaran de usarse ambos términos -adicción y habituación- a favor del de «**dependencia**», que puede tener varios grados de severidad. La dependencia, en sentido general, refiere un estado de necesitar algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado a nuestro objeto de estudio, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. La dependencia se define como un grupo de síntomas cogniti-

vos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos.

CONSUMO DE DROGAS

Refiere a toda relación de una persona con las drogas en la que, por su cantidad, modo de uso (frecuencia) y situación de quien las usa (situación, física y social, normal), no conlleva detección de consecuencias negativas inmediatas ni sobre el consumidor ni sobre su entorno. Se trata de un «*consumo ocasional*». Consecuentemente, lo determinante para la aparición de las drogas como problema no es tanto su uso -obediendo a una decisión de libertad individual y que pertenece a su esfera privada (artículo 18 CE)- como el «tipo o patrón de consumo», pues es en función de este factor sobre el que ha de fijarse la acción en la empresa: ni todo tipo de consumo genera el mismo riesgo ni, por lo tanto, requieren la misma estrategia de gestión (prevención y/o intervención). Veremos que en algunas experiencias seleccionadas el «patrón» de referencia asumido es el de «tolerancia 0» a las drogas o «**consumo 0,0**» (*Empresa FCC*).

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Los sucesivos Informes Mundiales sobre las Drogas (el último publicado es de 2014), de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en la línea de lo puesto de relieve por la OIT en su Repertorio de Recomendaciones de 1996, tratan de dejar bien clara la diferencia entre el «consumo de drogas» en una sociedad moderna, reflejo sino de un derecho individual en sentido estricto sí de una libertad, y el «consumo problemático» de drogas. En el primer caso, se pone énfasis, por respeto a la libertad individual, en la perspectiva de una acción orientada a «*la reducción de los daños relacionados con el consumo*», que pueden ser bien eliminados bien muy atenuados sin eliminar de raíz el consumo «deseado» y no dañoso⁴.

En el segundo, se prima el resultado de cierto tipo de consumos, de modo que la referencia a los «problemas relacionados» con el consumo identificaría los efectos perjudiciales del mismo, cualquiera que éste sea. El término «relacionado» no designaría una «relación de causalidad», sino tan sólo de «probabilidad» y englobaría los viejos patrones de «abuso», «habitación» y, cómo no, el de «dependencia», que sería el grado más severo. En suma, el consumo de drogas es un fenómeno-conflicto socio-personal complejo que presenta diversos *tipos de interacción* persona, tipo de sustancia y entorno -usos experimentales o recreativos, ocasionales, recurrentes, moderados, excesivos, dependencia...- y, en consecuencia, las acciones de gestión preventivo-asistencial deberían diferenciarse a ellos, admitiendo que no todos los usos tienen los mismos riesgos y efectos negativos -intoxicaciones, dependencias, costes...-. La necesidad de introducir diferencias está presente en la ENSD -p. 69-.

⁴ Cfr. MARKEZ, I. *Reducción de daños y riesgos en la época de la globalización*. Gara. Donostia. 2001.

Según veremos, esta diversidad de umbrales o niveles de riesgo de los consumos está presente en la práctica convencional. Pero no reflejan esta diferencia entre uso problemático -relevante para la acción social y colectiva- y no problemático -propio de la esfera individual-, sino que obedece estrictamente a la teoría de la graduación de las sanciones disciplinarias. De este modo, los consumos con menor nivel de riesgo para la empresa -no para la salud-, por tanto poco lesivo para su interés a la seguridad productiva, se castigará con sanción menor, mientras que los de mayor riesgo para los intereses de las empresas, por afectar negativa y gravemente a su rentabilidad, merecerán sanción mayor, incluso la expulsión de la empresa -despido-. Sin embargo, los interlocutores sociales -por lo que aquí interesa- deberían intentar evitar tanto la “pasividad” respecto del “consumo problemático”, promoviendo una política preventiva del riesgo de dependencia (que es un proceso, con diversas fases), sobre la base de un derecho a la protección integral y eficaz, cuanto la “sobreactuación” sobre el “mero consumo” -ocasional-, individualmente libre y socialmente responsable.

TEST O PRUEBAS DE DETECCIÓN DE CONSUMOS DE RIESGO EN LA EMPRESA

Refiere a las diferentes técnicas para identificar “un consumo” de drogas, a través de la constatación de su presencia en el metabolismo de las personas, por lo que requiere, para que sea científicamente válida, analizar muestras biológicas (orina, sangre, saliva, sudor o cabello). No todas ellas tienen la misma fiabilidad. La tipología es muy amplia y admite una pluralidad de clasificaciones, entre otras por su estructura química, por su reflejo en la conducta, por su peligrosidad para la salud, etc. Necesita importantes garantías de fiabilidad y, en todo caso, han de respetar los derechos de la persona, resultando, además, relativamente costosos.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que *las pruebas de detección, de un lado, no detectan consumidores sino consumos* (puede ser meramente ocasional, e incluso realizado fuera del ámbito laboral), por lo que un resultado positivo no evidencia dependencia y, de otro, *no son una actividad de prevención en sí misma*, por lo que debe reconducirse hacia ese objetivo, a través de los correspondientes programas de gestión integral, descartando su instrumentación disciplinaria inmediata⁵.

VIGILANCIA DE LA SALUD (LABORAL)

Constituye una actividad preventiva orientada a la protección más precoz posible de la salud de las personas -en nuestro caso de los trabajadores-, a partir de la identificación de los eventuales síntomas o patologías mediante exámenes o reconocimientos médicos (art. 22 LPRL). Consecuentemente, además de exigir, con carácter general, el consentimiento de las personas, **no puede utilizarse esta vía para favorecer las acciones disciplinarias.**

⁵ No obstante, conviene recordar que la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos -TEDH- ha aceptado que se realizan pruebas de detección de drogas, cuando en juego esté la seguridad y libertad de los demás, en especial si se trata de actividades especialmente peligrosas. En estos casos, primaría el “espíritu de seguridad” sobre la “razón civil de la vida privada del trabajador” (art. 8 CEDH). Vid. SSTEDH 7 de noviembre de 2002 y 9 de marzo de 2004. Por su parte, la doctrina constitucional española -seguida por la doctrina judicial- señala que los reconocimientos médicos obligatorios son legales si concurre proporcionalidad al riesgo (STCO 196/2004).

Las pruebas sólo pueden utilizarse, sin perjuicio de la necesaria confidencialidad sobre los datos médicos, para el fin de protección-promoción de la salud de los trabajadores al que sirve. El interés de la empresa en conocer el estado psicofísico de sus trabajadores no está legitimado en el deber legal de vigilancia de la salud, ni puede conformar, de manera genérica o indiscriminada, una justificación suficiente para realizar pruebas de detección de consumos de drogas, pues con ello penetraría indebidamente en ámbitos de la esfera íntima de los trabajadores (STCO 196/2004; consideró nulo el despido de una administrativa de Iberia que dio positivo en un reconocimiento médico, si bien no se le informó del test de consumo de estupefacientes). Es evidente que para una “alerta temprana” o “precoz”, clave para el éxito preventivo, básico será mejorar la vigilancia de la salud en materia, pero si distorsionar esta dimensión saludable.

PLANES DE ACCIÓN/PROGRAMAS DE PROTECCIÓN/PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN

Por razones de eficacia, eficiencia, transparencia y equidad, la intervención frente al problema del consumo insalubre de drogas en el mundo laboral, que puede provocar riesgos de carácter adicional a los trabajadores, requiere de una adecuada planificación, como sucede con los riesgos laborales, de ahí que tanto la OMS como la OIT recomienden garantizar un “plan de acción integral” al respecto, normalizando y formalizando el tratamiento frente a los riesgos de consumos indebidos o problemáticos.

Ese carácter integral -coherente con el concepto de seguridad integral asumido por la OMS y recibido en la LPRL- se debería articular a través de la integración coherente, armonizada, de tres “programas de protección”, según el momento de intervención en los procesos de riesgo de drogodependencias⁶:

1.Programa de prevención, para evitar o minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, en relación a todos los agentes que inducen, mantienen o provocan recaídas a los trabajadores en riesgo de conductas adictivas

2.Programa de Asistencia, para facilitar la detección e intervención precoces de los problemas, canalizando adecuadamente, en su caso, a las personas hacia la red de centros especializados, públicos o privados

3.Programa de Rehabilitación, orientados a disponer recursos, propios y ajenos, para facilitar la desintoxicación, deshabitación y, sobre todo, la reinserción de la persona dependiente a su medio, incluido el laboral. Con ello se trata de facilitar su “normalización” frente a la “institucionalización” (internamiento continuo) y la “estigmatización” (exclusión, desvinculación, expulsión del entorno habitual)

⁶ Vid. UGT-CEC. *Protocolo de Intervención y prevención de las Drogodependencias y Adicciones en el ámbito laboral*. 2014

RECAIDAS versus REINCIDENCIAS

Al igual que la adicción no llega de golpe, sino a través de un proceso, más o menos largo según las circunstancias, también la recuperación es un proceso, de manera que el tránsito del dominio de la necesidad de consumo -uso- a la necesidad de control no está exento de “tropiezos”. Como afirma el PASD:

“Las recaídas en el consumo de drogas, una vez iniciado el proceso de tratamiento, forman parte del mismo y como tal han de abordarse, tanto por los profesionales como por el propio paciente y el entorno familiar y social que le rodea” (página 73).

Consecuentemente, la recaída no debe confundirse con una “reincidencia”, término más usado en el ámbito disciplinario. Ni tampoco debería identificarse con una “voluntaria” negativa a seguir con el tratamiento, de modo que esa “recaída” no debería suponer un levantamiento inmediato de la eventual suspensión del procedimiento disciplinario paralizado por el programa

2.2. Tipología de drogas: especial atención, pero no sólo, a las adicciones con sustancias

2.2.1. SUSTANCIAS ADICTIVAS: MULTIPLICIDAD DE CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

Como revelan tanto la ENSD y el PASD, si bien no son las únicas adicciones, puesto que cada vez más emergen las vinculadas a “patrones patológicos de conducta” sin sustancias, siguen siendo las adicciones con sustancia -drogodependencias- las que más incidencia tienen en la población, por tanto también en el ámbito laboral. Como se apuntó, son muchos los criterios de clasificación de esas sustancias, siendo en este espacio de estudio más relevantes aquellos que apunta a su nivel de riesgo y/o peligrosidad: el mayor peligro lo tienen las drogas que crean dependencia más rápido y las más tóxicas, y las de menor peligro las que crean dependencia menos rápido, las menos tóxicas y las que solo crean dependencia psicosocial; si bien esta clasificación requiere de numerosas matizaciones médicas y profesionales. Por eso, una especial fortuna viene teniendo, desde hace tiempo, la clasificación relativa a los efectos sobre el sistema nervioso central (SMC), una clasificación habitual distingue entre:

Depresores del SNC: alcohol, hipnosedantes, opiáceos (morfina, metadona, heroína, codeína)...

Estimulantes del SNC: cocaína, nicotina, anfetaminas...

Perturbadoras del SNC: alucinógenos (LSD, mescalina y psiocibina...), drogas de síntesis (éxtasis, eva...), derivados del cannabis (hachís, marihuana...)

ALCOHOLISMO Y ACTIVIDAD LABORAL

Es, de largo, la droga de consumo prevalente en nuestro país, asociándose con ciertos trabajos como parte de una cultura de la empresa. De hecho, según el último informe de la OMS, en España se consume una media de 11 litros de alcohol por persona al año lo que nos coloca ligeramente por encima de la media europea (10,9 litros al año) y muy por delante de las tasas mundiales, con 6,2 litros por persona y año. La OMS ha elaborado este informe alertada por las consecuencias del consumo de alcohol en todo el mundo, un hábito al que atribuye 3,3 millones de muertes en todo el mundo cada año. El alcohol no está sólo implicado en la cirrosis o en accidentes de tráfico, sino que se considera un factor clave en más de 200 enfermedades (entre ellas, un gran número de tumores o mayor susceptibilidad a infecciones como la tuberculosis y la neumonía) y tiene una gran relevancia en lo que constituirá el campo de nuestro estudio: el ámbito laboral.

No obstante, esta asociación cultural, que ha llevado a una especial tolerancia socio-laboral, no impide comprobar que a menudo la elección del trabajo con especial riesgo de consumo alcohólico resulta ser más la causa que el efecto del problema de consumo. En todo caso, aquí es especialmente necesario atender a la diversidad de “tipos de consumo”, en la medida en que los realizados de forma moderada no puede tratarse como un problema de “ebriedad” o “embriaguez” habitual. Al respecto, ha de tenerse en cuenta igualmente que la existencia de concretos umbrales de consumo permitidos y prohibidos, en virtud de la normativa de seguridad vial, pueden ser orientativos en el ámbito laboral, máxime en el marco de las acciones o planes eventuales de seguridad laboral vial, pero conviene no mantener un tratamiento mimético o emulador.

TABACO Y TABAQUISMO, ACTIVO Y PASIVO

La nicotina es el alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Durante mucho tiempo el tabaco formaba parte de muchos entornos de trabajo y se consideró un tipo de elemento de sociabilidad muy cercano a las profesiones comerciales. Según los últimos datos que se conocen, en España el 24% de la población fuma de forma habitual, la cifra ha bajado desde la entrada en vigor de la Ley de 2005 (reformada en 2010), pero, de acuerdo el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, se está lejos de países como Suecia que tienen un 12%. La nicotina desarrolla problemas de tolerancia -ampliación del consumo- y dependencia -sentimiento de necesidad- muy considerables, de ahí que sea altamente tóxico y muy adictivo. El tabaquismo como adicción muestra un proceso crónico en el que resultan muy frecuentes las recaídas. Fumar perjudica gravemente la salud del que fuma (su consumo prolongado causa cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos). Y también de los que no lo hacemos, pero se relaciona con el entorno del fumador, que aspira involuntariamente ese humo contaminante -tabaquismo pasivo-.

Aunque es una droga y también ha sido objeto creciente de incorporación a la prác-

tica convencional, una vez más, desde una perspectiva disciplinaria, sobre todo por la existencia de un marco legal específico prohibitivo, dejando la acción preventiva para los programas de “promoción de la salud” (empresas libres de humo), aquí no le dedicaremos especial atención. Las experiencias analizadas se centran en el alcohol y en las demás sustancias psicoactivas, sin perjuicio de algunas referencias al tabaquismo.

CANNABIS

Es otra de las sustancias más consumidas, admitiendo una pluralidad de patrones de consumo -recreativo o social; compulsivo o crónico, poli-consumo (sobre todo con alcohol y cocaína)-. Procede de la planta Cannabis Sativa y admite diferentes derivados, con graduación creciente del principio activo THC -Marihuana, Hachís, Aceite de Hachís-. Admite consumos bajo diversos modos, si bien la más usual es la fumada, aumentando el volumen y frecuencia cardíaca, lo que puede presentar un riesgo agregado de enfermedades cardiovasculares. En función de las dosis puede tener efectos alucinógenos considerables, hasta llegar incluso a la llamada “psicosis por consumo”. Pasado el tiempo, los efectos serán los contrarios, con lo que provocará depresiones del sistema nervioso y, por lo tanto, mayor sueño, lo que, según el tipo de profesión -construcción, transporte por carretera...-, se revela altamente peligroso. En los trabajos intelectuales, al contrario de lo que pudiera parecer para el imaginario social, creará desorientación e incapacidad para la concentración, con lo que también se verán perjudicados.

COCAÍNA

Dada la envergadura que está alcanzando el consumo de cocaína en España y al tratarse de una droga asociada también al rendimiento, cabe alguna consideración especial sobre este estimulante cuyo narcotráfico es de hecho el negocio ilícito más lucrativo en todo el mundo: de acuerdo con el ranking de la ONU, genera más de 58.000 millones de euros al año. De acuerdo con los informes 2014 de la ONU, España es el país europeo, junto con Reino Unido, con más cocainómanos de Europa. Y, por extensión, donde más se consume cocaína del mundo. En concreto, más de dos de cada diez consumidores europeos (el 21 por ciento) son españoles⁷. Sólo Reino Unido supera a España, con el 23 por ciento de los consumidores europeos. Pero, si se tiene en cuenta que su población es mayor, se puede considerar que ambos países son los líderes mundiales en el abuso de esta sustancia. El informe destaca, además, que el continente europeo va camino de convertirse en el primer mercado de la cocaína en el mundo. En la actualidad, Norteamérica todavía supera a Europa. Pero, mientras que la demanda de cocaína en Estados Unidos no ha dejado de descender desde los años 80, en Europa ha aumentado de forma exponencial. La ONU subraya que «algunos países europeos, de forma individual (notablemente España), tienen prevalencias más altas de consumo que la de Estados Unidos». En concreto, el informe señala la tasa de 3,1 por ciento de consumo registrada en nuestro país entre los años 2007 y 2008

⁷ Vid. «La Globalización del Delito: una evaluación de la amenaza del delito organizado transfronterizo», elaborado por la Oficina de Naciones Unidas para la Droga

¿Qué es exactamente esta droga que tiene fama de estimular pero también de reducir el insomnio y aumentar la productividad laborales y las relaciones sociales asociadas a algunos perfiles laborales? La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloruro de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local, pero en lo que más nos interesa aquí la cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, «coca», suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo, a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales. El polvo se aspira (se esnifa) y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora. La cocaína también puede ingerirse por vía oral, frecuentemente junto con alcohol, y los consumidores de opiáceos y cocaína tienden a inyectársela por vía intravenosa.

2.2.2. ADICCIONES CONDUCTUALES O “SIN SUSTANCIA”

El PASD 2013-2016 reconoce que hay “conductas adictivas que no suponen el consumo de sustancias psicoactivas” y que esos comportamientos pueden conllevar graves daños para la salud y la calidad de vida de las personas, como sucedería con las ludopatías - juego patológico-, incluso con las adicciones a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación -p. 26-. Al respecto, conocido es que las personas que sufren esta tipología de adicciones tienen también más predisposición para padecer las del otro tipo -con sustancia-. No obstante, y aun constatando el notable crecimiento de las mismas en la sociedad actual, el PASD deja claro -p.27- que tales adicciones no se tratan en ese marco, como tampoco en el de la Estrategia Europea. Por eso se limita a las adicciones con sustancias, de comercio legal -tabaco, alcohol así como ciertos fármacos-, e ilegal -sustancias de tipo psicotrópico-. Aunque deja la puerta abierta a que las “adicciones sin sustancias” puedan englobarse, con la debida extensión, bajo este tipo de acciones, remite a “futuras estrategias”, de ahí que aquí no sean objeto de especial atención, aunque, como se verá, algunos convenios colectivos ya dan entrada a este tipo de adicciones, como la ludopatía.

3. CIFRAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL: DATOS QUE EVIDENCIAN LA MAGNITUD DEL PROBLEMA Y QUE MUEVEN A LA ACCIÓN

Trabajo, factor de riesgo: prevalencia del consumo de drogas en el ámbito laboral

Para actuar hay que tener conciencia del problema y, para ello, en la sociedad del cálculo de nuestros días, hay que medirlo. Por eso, parte, y concluye, la “Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral” (publicada en 2015), incluida en EDADES del mismo periodo, a cargo del Observatorio Español de Drogas y Toxicomanía, que el consumo en la “población laboral” es un estricto “reflejo de lo que sucede en la población general española”, siendo el (1) alcohol, (2) el tabaco, (3) el cannabis y (4) los “hipnosedantes”⁸ las drogas -legales e ilegales-, de lejos, más consumidas. Sin embargo, a tenor de esa misma Encuesta, la realidad es que no existe una exacta correspondencia entre ambos grupos de la muestra, sino que claramente la población laboral presenta “**mayores prevalencias**” del consumo de drogas (página 46), al menos de algunas, lo que evidencia científicamente que el “factor trabajo” -también el desempleo- tiene una notable incidencia como estimulante de consumos adictivos -con sustancias, los estimados en la Encuesta, y sin sustancia, no estimados (ludopatías)-. Así, en 2013:

- un 11 por cien de la población laboral consumía alcohol a diario, siendo de un 5 por cien la que realiza un consumo problemático (escala AUDIT).

⁸ Es el término general que se emplea para referir a un grupo de psicofármacos depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), que producen sedación y, a dosis más elevadas, sueño. Incluye entre otros las benzodiazepinas -más modernos- y los barbitúricos -más antiguos-. Apelando a marcas conocidas: Orfidal, Tranxilium, Lexatin, Valium, Trankimazin, etc. <http://www.iqb.es/diccio/h/hi4.htm>

- el 34 por cien de los trabajadores consumen tabaco a diario -fumadores activos-, si bien los el tabaquismo pasivo se sitúa en el 12 por cien de los trabajadores -fumadores pasivos-, reduciéndose notablemente respecto de la Encuesta anterior -2007-

- el 7 por cien de la población laboral consume con frecuencia cannabis -la droga ilegal más extendida-, cifrándose en un 2 por cien la que lo realiza con riesgo o como consumo problemático (Escala CAST).

- Un porcentaje análogo (7 por cien) de la población laboral toma, con y sin receta médica, “hipnosedantes”, evidenciando un notable incremento en relación a 2007, sobre todo en mujeres mayores de 30 años⁹.

A mayor prevalencia, mayor percepción -consciencia- del problema, pero, paradójicamente, menor visibilidad en los entornos de trabajo

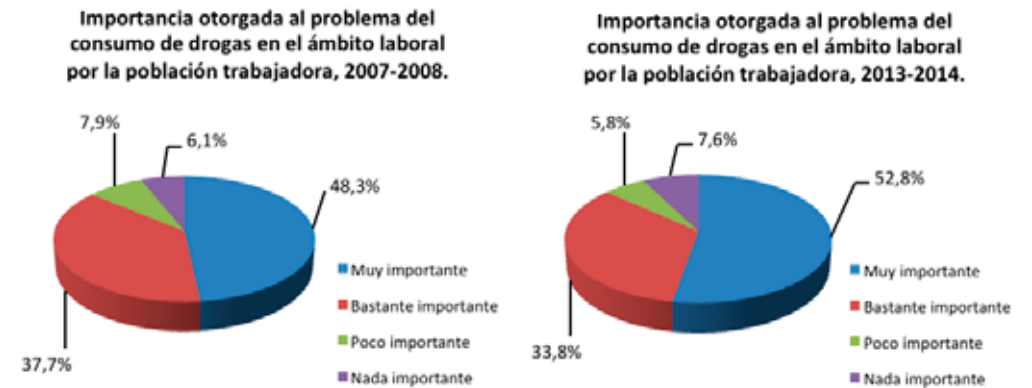
Si relevante para un cambio de marco de acción político-institucional es este dato de la mayor prevalencia de los consumos adictivos en los entornos laborales, debería ser todavía más significativo este otro: la estadística de 2013-2014 **revela un importante incremento de tales consumos desde 2007** -salvo en el tabaquismo pasivo, que se ha reducido desde el 27 por cien de 2007 al 12 por cien de 2013, por influencia de la prohibición legal de fumar (Ley 28/2005)-. Por lo tanto, y si bien es cierto que la Encuesta no permite evidenciar causalidades directas, parece razonable pensar que tanto la “crisis” económico-ocupacional como la solución institucional ideada para responder a ella -austeridad, devaluación salarial y de las demás condiciones de trabajo; intensificación del trabajo; mayor inseguridad en el empleo - han desplegado una influencia más que relevante en ese incremento. Paradójicamente, en esa misma Encuesta, se constata una relación inversamente proporcional entre la tasa de consumo y la de transparencia del mismo en los ambientes laborales: **a más se incrementa el consumo, más se reduce la visibilidad**. Consecuentemente, parece estar creándose un círculo vicioso en torno a las drogodependencias en el ámbito laboral: a más consumo, más silencio sobre él.

En efecto, según los resultados del módulo laboral de EDADES 2007-2008, el 48,3 por cien de la población laboral encuestada consideraba “muy importante” el problema relativo al consumo de drogas en las empresas, mientras que en la Encuesta 2013-2014 ese porcentaje sube casi hasta el 53 (52,8 por cien)¹⁰. En cambio, si en aquella casi el 8 por cien de la población encuestada lo consideraba “poco importante”, en la actualidad ese porcentaje se ha reducido en 2 puntos. Cierto, el resultado global apenas varía, en la medida en que la suma de quienes tenían una percepción de este problema como “bastante importante” (37,7 por cien) y quienes lo tenían por “muy importante” (48,3 por cien) da un porcentaje (86,0 por cien) análogo a la suma de hoy (86,6 por cien). Pero no es menos verdad que esa recomposición interna de la percepción de los trabajadores sí evidencia

⁹ La automedicación de este tipo de sustancias hipnosedantes benzodiazepinas- supone un doble grave riesgo para la salud: tolerancia y la posterior dependencia. Información disponible en <http://www.abc.es/especiales/rincon-prevencion/hipnosedantes-el-peligro-de-la-automedicacion/>

¹⁰ Disponible: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/noticiasEventos/dossier/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

que un importante porcentaje de los que pensaban que era preocupante, **ahora elevan esa preocupación, calificándolo con el grado máximo de importancia**, reduciéndose paralelamente, como es natural, el porcentaje de los trabajadores que lo tenían por “poco importante”. En los siguientes gráficos se puede ver de una forma más inmediata esta evolución negativa de la “realidad percibida” por los trabajadores respecto de la gravedad del problema en las empresas.



FUENTE: Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España 2007-2008 y 2013-2014, Observatorio Español de la droga y las toxicomanias

Sin embargo, pese a lo que podría pensarse lógicamente, el grado de visibilidad de ese problema en las empresas no discurre paralelo a tal incremento del grado de preocupación. Así lo acreditaría el que en 2013-2014 sólo el 21 % de los trabajadores afirmaba conocer por sí mismo el consumo problemático de drogas en algún compañero, mientras que en 2007-2008 era del 24,2 %, por tanto tres puntos menos. Quizás pueda parecer este dato poco relevante, como expresa la propia Encuesta, que concluye que se trata de una “cifra levemente inferior” a la obtenida en 2007 (p.49). Pero seguro que la visión es diferente si se pondera de forma adecuada, una vez más, la serie evolutiva global: en 1996 el porcentaje era del 41,6 por cien, mientras que cinco años después, en 2001, el porcentaje ya era sólo del 34,2 por cien. En consecuencia, en dos décadas, se ha reducido prácticamente a la mitad el índice o “la tasa de visibilidad” del problema -ha pasado de casi el 42% a prácticamente el 20%-, o dicho de otro modo, se ha elevado casi al doble la incidencia de la “ley del silencio sobre las drogas en las empresas” (“Omertá laboral”).

TRABAJADORES QUE AFIRMABAN CONOCER POR SÍ MISMO EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN ALGÚN COMPAÑERO

1996	2001	2007	2013
41,6%	34,2%	24,2%	21%

Por supuesto, esta nueva evolución negativa, y aparentemente contradictoria, incluso sinsentido, resulta plenamente coherente con el actual marco institucional regulador, basado en el enfoque represivo y defensivo, por tanto negativo, como anomalía de la conducta y no ya como una enfermedad más a tratar de forma integral -preventiva, asistencial, rehabilitadora-. En efecto, esta decreciente visibilidad del problema en el ámbito laboral es “reflejo del miedo” de los trabajadores, pero también de los empresarios. Los primeros temen tanto reconocerlo en sí mismo como “delatarlo” en otros, pues están seguros de que serán objeto de sanción, incluso de un más que probable despido. Los segundos tratan de ahuyentar, con el silencio, los efectos negativos que, para la productividad, la rentabilidad y la reputación de mercado, son asociados comúnmente al consumo de drogas en las empresas.

Para mayor sorpresa e inquietud, además, la Encuesta refleja una relevante **reducción del porcentaje de trabajadores que han recibido información** sobre el consumo adictivo de sustancias psicoactivas en los entornos laborales, siendo la información-formación la acción que la mayor parte de la población ocupada considera como central para progresar o avanzar en la solución del problema (prevención del consumo y reducción de sus efectos negativos). Desde esta perspectiva, si más del 55 % de la población laboral encuestada considera básica la información-formación, tan sólo el 8,6 por cien la ha recibido. Representa un porcentaje más reducido que en 2007, pues en aquella Encuesta el porcentaje que la había recibido era del 15,5 por cien. En otros términos, de nuevo, pese a que los trabajadores valoran la información -clave para la visibilidad y transparencia del problema, presupuesto a su vez, sin perjuicio de la confidencialidad para el caso individual, de una acción de gestión eficaz del problema- como una actuación relevante, más del 90 por cien de ellos no la recibe, un 5 por cien menos que en 2007. Y si, ciertamente, la información-formación, que debe llegar a toda la población laboral, tolera priorizaciones temporales en función de los grupos más vulnerables -atendiendo a las circunstancias personales, sociales, ocupacionales y laborales-, la propia Encuesta concluye:

“Al desagregar los datos por sector de actividad, categoría ocupacional y jornada de trabajo, **se observa que no siempre los grupos considerados como prioritarios son aquellos que han recibido más información.** Es deseable -nosotros diríamos que absolutamente necesario- que la formación llegue a la mayoría -lo que, como vemos, hoy no sucede, incluso va a menos respecto de la década anterior- de los trabajadores y pueda priorizarse hacia aquellos grupos más vulnerables -lo que tampoco se produce-” (p. 49).

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN LABORAL QUE CONSIDERA IMPORTANTE CADA ACTUACIÓN Y PORCENTAJE QUE AFIRMA QUE SE HA REALIZADO EN SU EMPRESA. ESPAÑA 2013.

	% que considera importante cada actuación (1)	% que afirma que se ha realizado cada actuación (2)
Información y formación de los trabajadores sobre las drogas	55,4	8,6
Orientar a los trabajadores con problemas de uso de alcohol o drogas hacia centros especializados	34,8	3,0
Servicios de atención socio-sanitaria a consumidores de drogas	27,9	2,3
Chequeos médicos a los trabajadores con problemas de alcohol o drogas	22,8	4,0
Ayudas o asesoramiento a familias de consumidores de drogas	21,8	2,1
Análisis para detectar drogas en aire espirado, sangre, cabello u otra muestra orgánica	17,1	4,0

Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.

Pregunta: De las siguientes actuaciones en las empresas frente al abuso de alcohol u otras drogas señale:

(1) las dos que le parecen más importantes;

(2) las que se han realizado en su empresa durante los últimos 12 meses.

FUENTE: 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, pág. 45.

En suma, como sucede de un modo general con todo lo que preferimos desconocer por miedo, solemos creer -erróneamente-, y las empresas no son ninguna excepción, más en un contexto de fuerte incertidumbre competitiva como la actual, que a más lo silenciemos, a más lo callamos, a más lo ocultemos, menos existencia -ni percibida ni “real”- tendrá aquello que “nos asusta” o nos puede “angustiar” y, por tanto, menos daño nos podrá hacer. Según veremos en un próximo apartado de la Guía, también la propia “función representativa” de los trabajadores se vería atrapada en este “círculo vicioso” de

la “ley del silencio” sobre las drogas en los ambientes de trabajo, en la medida en que su defensa primaria de los intereses de sus compañeros hará que huyan también de afrontar directamente el problema desde unas bases diferentes, más racionales para todos, sabedores de aquel predominio del enfoque del control represivo o sancionador del que sigue adoleciendo nuestro sistema¹¹. Veremos cómo es posible la ruptura de este círculo vicioso, convirtiéndolo en algo más virtuoso, para lo que se expondrá un catálogo de “pioneras” (1998) y “nuevas” experiencias de acción colectiva o participada -de representación y/o de negociación colectiva- que se orientan en una dirección más innovadora y pro-activa.

Las “razones” de la mayor preocupación que explican el miedo, la creciente ocultación y la debilidad del modelo dominante represivo

Hemos comprobado como la “realidad percibida” por los trabajadores concuerda de forma plena con la “realidad descrita” por los estudios, lo que también desde esta estimación estadística confirma la necesidad de corregir el rumbo actual. Una necesidad, incluso urgencia, de revisión que también hallaría base científico-social si se analizan con detalle las razones por las cuales los trabajadores justifican el incremento de su preocupación por el problema, si bien al mismo tiempo se silencia cada vez más. Al respecto, la citada Encuesta sobre Consumos de sustancias psicoactivas -drogas legales e ilegales- en el ambiente laboral ofrece información muy relevante también, ordenando por importancia -prevalencia-, tales razones.

De entre ellas, destacan las tres siguientes

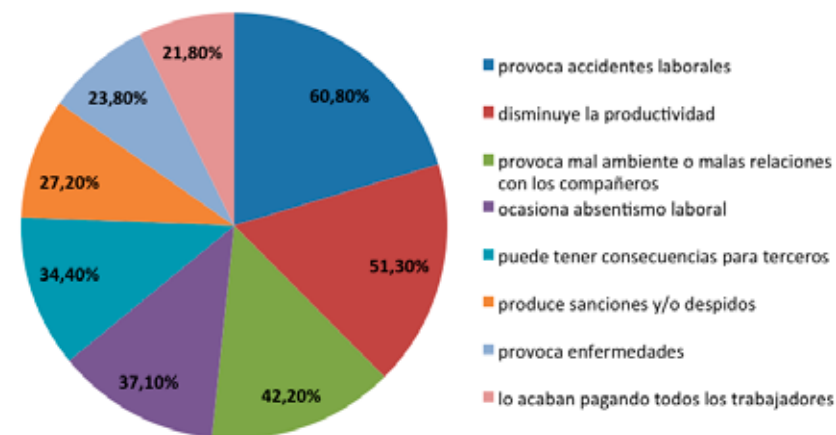
- Incrementa el peligro de tener un accidente laboral (60 por cien)
- Incide negativamente en la productividad (51 por cien)
- Causa mal ambiente o malas relaciones con los compañeros (41 por cien).

Como puede comprobarse, la clara conexión entre el consumo de drogas y la tasa de accidentes de trabajo -la OIT ofrece estudios que vienen cifrando en una tasa de incidencia tres veces superior¹²-, pondría de manifiesto que estamos ante una “empresa insegura”, sea en el plano de la protección de la salud de las personas como incluso en la fiabilidad que ofrece al mercado. Al tiempo, la asociación inmediata del consumo de drogas en el ambiente laboral con la disminución de la productividad agravaría esa imagen de empresa menos fiable para los clientes. Si a ello se añade que un alto porcentaje de trabajadores -37 por cien- lo conecta, con razón, con el “absentismo laboral”, reincidiendo, por lo tanto, en las cuestiones de pérdida de ventajas competitivas de las empresas, se comprenderá -aunque no se justifique- que todo ello redunde en un silencio generalizado y

¹¹Vid. *Manual sobre Drogodependencias y Adicciones. Prevención en el ámbito laboral*, UGT-CEC, 2012, página 39.

¹² En algunos estudios promovidos por sindicatos, como en México, incluso se ha llegado a afirmar -sondeo o encuesta realizada por la Confederación de Trabajadores de México- que de los 1000 empleados de la industria manufacturera encuestados, el 60% evidenciaba consumos, si bien no se precisa el porcentaje de consumos problemáticos. Al margen de la fiabilidad científica de estos datos, que no hemos podido comprobar para este trabajo -se conoce a través de la información periodística suministrada por Grupo Multisistemas de Seguridad Industrial (GMSI)-, sí da idea la magnitud global del problema. Vid. <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2010/11/22/empresa-accidente-trabajo-drogas-consumo>

Motivos por los que la población laboral opina que el consumo de alcohol y otras drogas es un problema bastante/muy importante, 2013-2014.



FUENTE: 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, pág. 42.

que, cuando se actúe, se haga, confirmando el viejo -aunque obsoleto- modelo represivo: no importaría tanto la salud de las personas -sólo uno de cada cuatro reconoce como preocupación que el consumo sea causa de enfermedades-, incluso de la organización, sino su rendimiento, precisamente la razón que, en última instancia, habría legitimado, junto con la función moralizadora, la inclusión, ya desde la primera versión del ET -1980-, del art. 54 f) ET.

Cierto, no deja de ser significativo que sólo prácticamente -27 por cien- uno de cada cuatro trabajadores sitúe la causa de su preocupación por el problema en la amenaza de la sanción. Esto nos pone de manifiesto que el referido incremento de la invisibilidad de este problema no encuentra como motivo único, exclusivo y excluyente, (1) el miedo a la sanción. Es claro, pues, que inciden otros factores, como (2) la *tolerancia social* a ciertos consumos de drogas legales, como ha ocurrido, hasta hace bien poco, con el alcohol -su consumo es una cuestión cultural en España, incluso si se trata de sectores de actividad peligrosos-, o (3) la *dificultad técnica* -y por lo tanto normativa- de fijar “umbrales” (“niveles de exposición” o “toxicidad” se diría en términos preventivos) razonablemente ciertos científicamente, a partir de los cuales identificar un problema socio-sanitario de adicción. Con todo y con ello, es más que evidente que sigue siendo la contumaz resistencia del viejo modelo de regulación primariamente represivo la que favorece, de forma significativa, la persistencia del problema y sus efectos negativos, dificultando estrategias de afrontamiento mucho más eficaces -en términos de salud de las personas ocupadas y de rentabilidad para la empresa-en orden a la reducción de aquél y, por tanto, de estos -impactos negativos-.

La propia formulación del texto legal, como veremos, induce a confusiones, cuando

precisa que la “embriaguez habitual”-por tanto no los consumos de alcohol esporádicos, incluso dentro de la empresa- o “toxicomanía” -dependencia de sustancias psicoactivas- sólo será relevante a los efectos de un incumplimiento grave, susceptible de ser sancionado hasta con el despido, sólo si “repercuten negativamente en el trabajo”, por lo tanto ¿acaso está pensando el legislador que puede haber “repercusiones positivas “? Veamos cómo se abordan estos problemas, con estas magnitudes en el plano político-institucional y normativo, no sólo en nuestro país, sino en el marco de la Comunidad Internacional -OIT y OMS-, la Unión Europea y en algunas de las más significativas experiencias europeas, a fin de poder situar a España, con más conocimiento, en una suerte de “mapa” de las “buenas prácticas de regulación” del consumo -ocasional y/o problemático- de sustancias adictivas, e incluso de adicciones sin sustancia, en el ámbito laboral. Para ello, diferenciaremos entre el (1) *marco normativo* propiamente (vinculante, pero bastante más tradicionalista) y (2) el *marco de planificación político-institucional* (bastante más innovador, pero no vinculante).

4. ¿CÓMO SE ABORDA EL PROBLEMA DE LAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL DESDE LAS INSTITUCIONES?: MARCO LEGISLATIVO Y ACCIÓN POLÍTICA

4.1. Aproximación general: la identificación social del trato legal sobre las drogas desde un enfoque represivo -y moralizante-, sus aperturas y sus cierres

Fuera del estricto ámbito laboral, la cuestión de las drogas ha tendido a identificarse con un problema de “penalización” versus “legalización” -“despenalización”-, entendiendo por esta última la revocación de leyes o normas que definen como delictivo un comportamiento, un producto o un estado, en nuestro caso, el tráfico de las drogas ilegales -incluso con el delito de embriaguez pública en algunos países-. Se trata con ello de actuar del lado de la reducción de la oferta, acompañada a menudo por un esfuerzo del gobierno para controlar o influir en el mercado del producto o sobre el comportamiento afectado. A veces, también en este estricto ámbito de “lo represivo”, se procede a una reducción de la gravedad de un delito o de las penas que conlleva, por ejemplo, cuando se rebaja la sanción por posesión de marihuana, que pasa de ser un delito castigado con la detención y penas de cárcel, a una infracción castigada con una amonestación o una multa. De este modo, se daría a entender que no todo tipo de relación con las drogas merece castigo y que, en todo caso, el estar bajo su influencia merece, en ciertas circunstancias, análisis moduladores de la responsabilidad.

Precisamente, se constataría hoy que son menos dañinos los sistemas en los que existe una cierta liberalización —España, Holanda, Portugal y Suiza— que los que quieren aplicar la represión más amplia. Además, existe una permisividad, fáctica primero, y ahora jurídica, en ciertas CCAA, respecto de ciertos consumos (clubes sociales cannábicos y *coffee shops*), a fin de garantizar un “consumo seguro” y res-

petuoso con los derechos de los no consumidores. Naturalmente no se regula la producción ni el suministro de sustancia a los clubes porque eso contraviene los Tratados, pero se acepta que es mejor controlar que prohibir, incluso en el actual marco internacional de prohibición. Parece una regla de experiencia que el modelo formalmente prohibitivo-represivo hace que el Estado renuncie a controlar la disponibilidad y la pureza de la sustancia, a diferencia de lo que ya ha sucedido con el alcohol y el tabaco, de modo que la represión genera más problemas que beneficios. En este sentido, existe una convicción internacional sobre la necesidad de modificar la prohibición de todas las drogas, especialmente de la marihuana, lo que parece se hará valer en la ONU en 2016 con motivo de la Asamblea General de Drogas: *o se modifican los Tratados o se flexibilizan para el cannabis*.

Paradójicamente, también aquí la llamada “Ley mordaza” -la nueva Ley de Seguridad Ciudadana (LO 4/2015)- irrumpe bruscamente, pues incrementa el número de conductas prohibidas y dificulta la normalización del “cannabis”. No solo se sanciona lo mismo que la anterior ley (consumo y tenencia en lugares públicos, tolerancia de ese consumo y abandono de útiles para el consumo en esos mismos lugares), sino que se aplican sanciones más graves y se introduce alguna nueva infracción: la facilitación del consumo dando transporte y el cultivo en lugares visibles al público, todo ello, aunque la conducta no sea delito. Es decir, que el cultivo para el autoconsumo —que no es delito— será sancionable si se realiza en el jardín de casa o en la terraza si se puede ver desde fuera, sea consumo recreativo o terapéutico¹³

Una análoga tensión entre “libertad-responsabilidad individual” y “seguridad-control-sanción” aparece respecto a las “*políticas de detección de drogas*” con carácter general. Al igual que para otros ámbitos, se multiplican las innovaciones en las pruebas que, so pena de una mayor eficacia, también someten a una mayor invasión la esfera privada de la persona, con el continuo y creciente análisis de los fluidos corporales (sangre, orina o saliva), del cabello o de otros tejidos para detectar la presencia de una o varias sustancias psicoactivas. Se utiliza para vigilar la abstinencia en personas que siguen programas de rehabilitación, para controlar el consumo clandestino de drogas entre los pacientes en tratamiento de mantenimiento o cuando las condiciones para obtener un empleo dependen de la abstinencia de sustancias.

Una política de detección invasiva biológicamente, y en general personalmente, de este tipo de sustancias que encuentra su máxima intensidad -carné biológico, pruebas a todas horas de los deportistas de élite...- en un ámbito profesional concreto: la lucha contra el dopaje en el deporte profesional. Término definido por el Comité Olímpico Internacional y la Federación Internacional de Atletismo como el consumo o la distribución de sustancias que podrían mejorar artificialmente el estado físico o mental de un deportista y, por tanto, su rendimiento deportivo. Precisamente, bajo el pretexto de primar la protección de la salud de los deportistas sobre las exigencias

¹³ Vid. la crítica de la profesora MANJÓN-CABEZA OLMEDA, A. “*Drogas: España contra corriente*”. Tribuna de Opinión en El País. http://elpais.com/elpais/2015/04/02/opinion/1427979961_521804.html

actuales de un mayor rendimiento deportivo, se han ido sucediendo reformas orientadas a favorecer la detección de consumos de sustancias, usada realmente como instrumento para garantizar la limpieza de las competiciones y, por lo tanto, para disciplinar de forma severa tales consumos (LO 3/2013, de 20 de junio, de protección de la salud del deportista y lucha contra el dopaje en la actividad deportiva). Todo ello, a instancia siempre del creciente control impuesto por las instituciones internacionales, como la AMA (Agencia Mundial Antidopaje) y su Código Internacional (Código Mundial Antidopaje, 2015), aprobado bajo el auspicio de normas internacionales -Convención de la UNESCO contra el Dopaje en el Deporte (2005)-, pero asentado fundamentalmente sobre pautas más flexibles, como los llamados “estándares internacionales” y “buenas prácticas” -nivel 3-; estas últimas tienen la particularidad de ofrecer diversas opciones de gestión a elegir por los destinatarios, adaptándolos a sus exigencias y circunstancias, siempre que aseguren, claro, el cumplimiento de las reglas del Código y los Estándares Internacionales.

4.2.Las drogodependencias en el ámbito laboral: marco normativo y promocional en la Comunidad Internacional (OIT y Unión Europea)

OIT (Repertorio específico de Recomendaciones Prácticas)

Justamente, también en el ámbito del abordaje de los consumos problemáticos de drogas en el ámbito laboral contamos con un marco de acción internacional de análogo relieve y comparable naturaleza, sin embargo ha tenido bastante menor proyección nacional. Así ha sucedido con el “marco de acción promocional” en la materia auspiciado por la OIT. Hace 20 años elaboró un **Repertorio de recomendaciones prácticas relacionadas con la incidencia del alcohol y las drogas en los lugares de trabajo** (ADLT), en el que evidenció, de un lado, la primacía de la gestión preventiva sobre cualquier otra, en especial la disciplinaria, y, de otro, la configuración de la empresa como un ámbito muy apropiado para diseñar y poner en práctica políticas de esa naturaleza.

Su estructura y contenidos pueden sistematizarse así:

OBJETIVOS GENERALES		
Prevenir el consumo de ADLT	Reducir el consumo de ADLT	Gestionar los problemas relacionados con el consumo de ADLT

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>a) proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores</p> <p>b) prevenir los accidentes</p> <p>c) aumentar la productividad y eficacia en las empresas</p> <p>d) realizar programas para asistir a los trabajadores con problemas de consumo e identificar condiciones de trabajo que puedan exponer a un riesgo más elevado</p> <p>e) establecer un marco adecuado para la aplicación de medidas preventivas y de tratamiento de problemas de consumo de ADLT, y para proteger la confidencialidad, intimidad y dignidad de los trabajadores.</p> <p>f) Promover la consulta y cooperación entre los gobiernos y los agentes sociales</p>

Para la realización de tales Objetivos -generales y específicos-, estableció un **sistema de obligaciones, derechos y responsabilidades** que, sin carácter estrictamente vinculante, sí evidenciaba la necesidad de que los planes-programas de acción debían tener identificados, en todo caso, los sujetos responsables -públicos y privados- de las acciones y los medios -propios y ajenos- para llevarlas a cabo, todo ello en garantía de los intereses a proteger primariamente -seguridad y salud-, sin perjuicio del uso productivo de los mismos. Así:

OBLIGACIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	
Autoridades	<p>Consulta a los interlocutores sociales antes de adoptar normas</p> <p>Estadísticas de accidentes en que esté presentes estos consumos</p> <p>Realizar acciones orientadas a la prevención</p> <p>Plasmar en las normas que se trata de un problema de salud</p> <p>Dar información y asesoramiento técnico sobre el cumplimiento de la normativa en la materia a empleadores y trabajadores</p>
Empleadores	<p>Adoptar una política global sobre ADLT que prevenga accidentes y proteja la salud de los trabajadores</p> <p>Adoptar prácticas de empleo y organizar el trabajo de manera que no favorezcan problemas derivados del consumo de ADLT</p> <p>Adoptar medidas apropiadas respecto de los trabajadores con problemas de consumo</p> <p>Asegurar que se respete la confidencialidad de la información</p> <p>Consultar y negociar con los trabajadores y sus representantes previamente a la adopción de directrices y disposiciones sobre ADLT</p>
Trabajadores	<p>Respetar las directivas y reglamentos que establezca el empresario.</p> <p>Colaborar con el empresario para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -prevenir accidentes derivados de consumo excesivo -para mantener la seguridad, indicándole las condiciones que pueden incidir en problemas relacionados con el consumo de AD -en la elaboración de una política en materia de AD - en los programas de lucha contra el consumo establecidos <p>Asistir a la rehabilitación a personas con consumos problemáticos</p> <p>Reclamar el respeto a su derecho a la intimidad</p> <p>Recibir asesoramiento de profesionales competentes en materia.</p>

De forma análoga a la regulación de la acción preventiva de riesgos laborales en un sentido propio, si bien aquí respaldado por un marco normativo vinculante -Convenio n. 155-, ese sistema o cuadro de obligaciones, derechos y responsabilidades compartidas, el Código de buenas prácticas de la OIT también contempla para la prevención de los consumos problemáticos en materia de drogas dentro de los entornos de trabajo un conjunto de **instrumentos de acción**:

DIRECTRICES PRÁCTICAS ESPECÍFICAS: MATERIAS

1. Definición y puesta en práctica, previa consulta con los representantes de los trabajadores, de una política de gestión relativa al ADLT
2. Disposiciones para reducir los problemas relacionados con el ADLT mediante prácticas satisfactorias de empleo
3. Restricciones en materia de ADL -lícitas o ilícitas-
4. Prevención mediante programas de información, instrucción y capacitación
5. Programas asistencia, tratamiento y rehabilitación
6. Intervención y medidas disciplinarias
7. Prohibición de Discriminación en el empleo

UNIÓN EUROPEA: “Soft Law” y Estrategias generales de lucha contra las Drogas

En un plano estrictamente normativo, la Unión Europea (UE) no ha desarrollado ninguna acción específica en materia de prevención de las drogodependencias en el ámbito de trabajo. Sin embargo, sí que contempla, de forma más dispersa, esta cuestión en el marco de la acción planificada, como acredita su nueva Estrategia sobre Drogas para el período 2013-2020, reafirmando su compromiso con un enfoque equilibrado y basado en datos contrastados de las cuestiones referidas a las drogas. La Estrategia sobre Drogas 2013-2020 proporciona un marco político y señala las prioridades de actuación a realizar a través de dos Planes de Acción cuatrienales consecutivos (2013-2016 y 2017-2020). Las acciones en el ámbito laboral forman parte del eje estratégico relativo a la “reducción de la demanda -consumo- de drogas” y su marco preferente de acción es el de los programas de promoción de la salud pública. Desde esta perspectiva, de especial interés está resultando la reactivación de la “Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo” -ENWHP (*European Network for Workplace Health Promotion*), como plataforma para el intercambio de información y experiencias en estos ámbitos. En todo caso, el tratamiento comunitario -en especial preventivo- de este tema en el ámbito laboral a día de hoy es especialmente desilusionante.

4.3.El marco normativo sobre drogodependencias en el ámbito laboral en España: el binomio asistencia socio-sanitaria “externa” (pública), represión “interna” (laboral).

No mucho más halagüeño es el panorama que arroja un breve repaso por la situación reguladora española, pues, como ha se evidenció al inicio, seguimos anclados, por lo que al ámbito jurídico-laboral se refiere, en la lógica represivo-disciplinaria. Así se refleja en el viejo art. 54.2 f ET.

Una visión resumida, pero completa, del tratamiento normativo de las situaciones de drogodependencias en el ámbito laboral permite distinguir tres niveles de intervención, con sujetos responsables, naturaleza y contenidos bien diferentes. A saber:

a) El nivel o plano socio-sanitario: las drogodependencias, tanto dentro como fuera de los entornos laborales, **se tratan como enfermedad común y está cubierta tanto por (1) un servicio social como por (2) una prestación socio-sanitaria del SNS.**

Desde este plano estrictamente médico-asistencial, no sólo aparece como (1) **una prestación de asistencia social autonómica** -prácticamente todas las CCAA tienen Leyes ad hoc o específicas sobre este tipo de tratamientos, partiendo de un servicio de acción social propio de “grupos de riesgo”-, sino que se configura expresamente también como (2) **una prestación asistencial sanitaria de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre¹⁴). Esta configuración legal encuentra pleno respaldo en el actual “marco de acción político-estratégica”, constituido por la ENSD, donde, una vez que se “rechaza la imagen normalizada del consumo de drogas nacida de su asociación con el ocio”, se pronuncia por “*la normalización de la asistencia al consumidor y la garantía de la asistencia sanitaria con un circuito terapéutico en directa conexión con los servicios sociales y los laborales, por la incorporación de la prevención de las drogodependencias a la agenda de la salud pública...*” (página 9). Por tanto, en tales marcos de regulación y acción -asistencial-, la responsabilidad principal para su gestión recae en los poderes públicos (asistencia pública), de forma indiferenciada respecto del conjunto de la población.

b) El nivel o plano estrictamente jurídico-laboral e interno a la empresa: **tratamiento de carácter disciplinario**, hasta legitimar la sanción máxima (el despido)

¹⁴ Vid. Anexo 2 -atención primaria-, punto 6.4.4 -personas con conducta de riesgo-; más genéricamente en el Anexo 1 -servicios de salud pública-

Para el plano específico e interno a la relación laboral el enfoque sigue siendo propio de la lógica “reactivo-disciplinaria”: **la embriaguez habitual o toxicomanía, cuando repercuten negativamente en el trabajo, constituiría una típica infracción contractual grave y culpable del trabajador susceptible de ser sancionada con el despido disciplinario.** Se trata, pues, de una lógica impropia para un ordenamiento jurídico moderno y ajena a los principios preventivos y de tutela de la salud que presiden nuestros sistemas de seguridad y salud en el trabajo y sanitario. Es por ello que el 2 de octubre de 2000 (Boletín Oficial de las Cortes Generales -Congreso de los Diputados- de 6 de octubre de 2000) el Grupo Parlamentario Popular, estando en el Gobierno, presentó en el Congreso una Proposición de Ley cuyo único artículo disponía:

“se suprime la letra f) del apartado 2 del artículo 54 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo”.

Sin embargo, no prosperó. Esta iniciativa legislativa, pese a ser fallida, es interesante porque explicaba muy claramente las razones de la obsolescencia del régimen español: no sólo es (a) **innecesario**, pues no cabe sancionar patrones de conducta socio-personal, sólo los impactos negativos en la actividad laboral, y para eso ya hay otros preceptos sancionadores suficientes, sino que resulta, lo que es peor, (b) **contraproducente** a efectos de rehabilitación. Las razones que da son hoy todavía más válidas que en aquél entonces:

1. *Disfuncional* por su errado enfoque: sanciona una condición personal -alcohólico o toxicómano-, separándose radicalmente del “tratamiento de enfermedades que a otros efectos se otorga al alcoholismo y la toxicomanía”.

2. *Injusto y discriminatorio*: “...o bien se está sancionando un incumplimiento contractual grave y culpable que constituiría también causa de despido (en virtud de los restantes apartados del precepto) de haberlo cometido cualquier otra persona no alcohólica o drogodependiente, en cuyo caso el precepto es inútil, o bien se está sancionando con el despido una conducta que en otro trabajador no merecería tal sanción, pero que llega a merecerla por el sólo hecho de ser alcohólico o drogodependiente su autor, en cuyo caso debería convenirse sobre lo discriminatorio del precepto”. Por tanto, sería contrario a la recomendación del Código de Buenas Prácticas de la OIT.

ART.54, 2, f) ET	
- Enfoque	- represivo, no preventivo - desajustado al trato como enfermedad
- Requisitos (reforzados en sede judicial)	- habitualidad y repercusión negativa en el trabajo
Diferencias con los restantes incumplimientos del art.54.2 ET	
Resto	Embriaguez habitual o toxicomanía
- Conductas culpables	- No culpable: el estado de adicción exigido viciaría, o cuando menos, atenúa su voluntad - Inútil: si no castiga ni condición ni conducta, sino sólo impacto negativo en la prestación, no aporta nada al resto de infracciones
Secuencia Crítica:	
Innecesario -Disfuncional -Discriminatorio	

Como se verá, ciertas prácticas convencionales han agravado este desajuste entre la concepción -externa- asistencial y la concepción -interna- laboral. La razón es que incluyen a veces en los Códigos disciplinarios de Conducta también los consumos de drogas y/o la propia condición de dependencia de ellos, al margen del impacto concreto en la actividad laboral, castigándolo con una sanción menor.

c) Nivel o plano promocional de la salud en los ambientes de trabajo: llamada pública a una acción compartida desde el **paradigma de la responsabilidad social empresarial**

Para el marco legal y para la práctica empresarial abrumadoramente mayoritaria, la gestión preventiva del riesgo de consumos adictivos en los ambientes de trabajo ha quedado fuera de una estricta **política de seguridad y salud en el trabajo** de las empresas ex art. 14 LPRL, para hacerse un llamamiento a los empresarios, y representantes de los trabajadores, prácticamente sólo desde la diferente -por basarse en el compromiso voluntario- **política de responsabilidad social empresarial en su dimensión de promoción de la salud en el trabajo**. Así, aparece, por ejemplo, en los arts. 4.8 y 21 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, cuyo art. 31, de concibe a la empresa como un “ámbito propicio para la promoción de la salud” (en sentido análogo arts. 16.4 y 34 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública). Citamos esta Ley de Salud Pública Autonómica porque es muy representativa de la comprensión general “real”, más allá, como ahora se verá, de las más abiertas e innovadoras “declaraciones solemnes” -marco común de acción política planificada y concertada (ENSD; Planes Autonómicos)-, que se tiene en España de esta cuestión.

En efecto, su art. 60.2 afirma con toda claridad -punto de partida de la política-:

“2. Las drogodependencias y otros trastornos adictivos se consideran, a los efectos asistenciales, **como enfermedades comunes** con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social de la persona y, en consecuencia, **las personas drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos tendrán la consideración de enfermos**”.

Pues bien, para hacerle frente desde una perspectiva no asistencial, sino preventiva, no llama a su inclusión en la política de prevención de riesgos laborales sino a la de fomento público de la responsabilidad social de las empresas en materia de promoción de la salud de sus trabajadores; eso sí, siempre bajo un prisma de cooperación entre los poderes públicos, los empresarios y los representantes de los trabajadores. Así, su art. 62.5 expresamente insta a esa **acción coordinada y compartida** -pero voluntaria-:

“5. Se instará a la realización de programas de prevención de consumo de drogas y trastornos adictivos en el ámbito laboral. En su diseño, ejecución y evaluación **participarán las organizaciones empresariales, las organizaciones sindicales más representativas, los servicios de prevención y los comités de seguridad y salud de las empresas**”.

4.4. El marco de planificación político-institucional de intervención: un nuevo modelo de respuesta preventiva integral de seguridad y salud laboral para España

Sin embargo, paradójica, incluso contradictoriamente, no es ese el entronque que le da a la prevención de los consumos adictivos -con sustancia- en los entornos de trabajo el que, a día de hoy, resulta ser el **vigente modelo marco de acción estratégica en la materia** (técnica de política de planificación indicativa). En él -ENSD- no sólo se propone un paradigma o un **modelo de intervención integral** -prevención, asistencia y reinserción normalizadora en todos los entornos de la persona drogodependiente, incluido principalmente el laboral-, sino que se propone **entroncar tal modelo en el sistema de acción preventiva de riesgos profesionales**. Por lo tanto, la llamada institucional a la “Responsabilidad Social” de la Empresa -RSE/RSC¹⁵- deberá **“regirse por el enfoque de salud integral** que propugna el Plan Nacional sobre Drogas” y contemplarse **“como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales”**, conforme marca la Estrategia Nacional sobre Drogas. Según dispone expresamente:

¹⁵ Con ella se alude, según la propia delimitación que hace, para este ámbito, la propia Estrategia Nacional Sobre Drogas -ENSD- al: “conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan del impacto que la actividad de las empresas producen en los ámbitos social, laboral medioambiental y de los derechos humanos. En el tema de las drogodependencias, las actuaciones de las empresas, junto con los sindicatos y las ONGs, pueden ser decisivas a la hora de facilitar la integración laboral de los drogodependientes, la inversión en proyectos solidarios y el voluntariado de sus empleados” -p. 64-.

“**El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. En este sentido, se considera muy importante el papel que deben desarrollar las Comisiones para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral...**”(ENSD, p. 63)

No obstante, conviene advertir que no deja clara este documento de concertación político-social y socio-técnica la distinción entre el general “*ámbito de los programas de prevención de riesgos laborales*” -obligatorio- y el específico de los “*programas de promoción de la salud en el trabajo*” -voluntario-. La ambigüedad aparece en esta referencia:

“También conviene referirse a las acciones que las AAPP, en tanto en cuanto emplean a un elevado número de personas, están desarrollando y van a seguir haciéndolo sobre la base de la preocupación por la salud y el bienestar de los empleados públicos, ya sea en el marco de programas de responsabilidad social, como extensión de los programas de prevención de riesgos laborales, o como programas específicos de promoción de la salud en el trabajo” -ENSD, p. 64).

Sea como fuere, y sin entrar ahora en esta Guía en disquisiciones teóricas al respecto -si bien serían relevantes para la difusión y generalización de una buena práctica-, lo cierto es que el nuevo PASD ha recogido este planteamiento promocional de la ENSD y formulará **una acción específica para la prevención del riesgo de consumos adictivos en los ambientes de trabajo: ACCIÓN 11**. En ella se prevé -sin perjuicio de las referencias, directas e indirectas, de otras acciones complementarias para la intervención en el ámbito laboral-¹⁶- **“la elaboración de un Plan de prevención en el ámbito laboral”**. A tal fin, se:

- crearán **“plataformas de coordinación”** con los sindicatos y las organizaciones empresariales en las CCAA que no dispongan de ellas.
- elaborará un **“modelo marco de intervención integral”** en el ambiente laboral para la prevención, asistencia e inserción social
- fomentará la **implicación de grandes empresas** en proyectos de reducción de la demanda de drogas a través de sus programas de **Responsabilidad Social Corporativa (RSC)**

Al respecto, como subraya la ENSD, “el contexto asistencial” en el que se desarrolle el

¹⁶ Complementaria es la “acción de mejora asistencial” se completa con la prevista -acción 25- para el “fortalecimiento de nuevas herramientas/indicadores epidemiológicos sobre el consumo”, incluida en el Eje 4 -mejora del conocimiento - y Objetivo General 11 -Intensificación de la investigación, básica y aplicada, para la mejora del conocimiento-. Son medidas específicas, entre otras: el **indicador de consumo problemático**.

proceso de desintoxicación, deshabitación y reinserción es clave para la probabilidad de éxito: la tasa de éxito terapéutico es directamente proporcional a la “normalidad” o “naturalidad” del entorno en que se desarrolla (ENSD, p. 73). Pues bien, junto a la familia, es claro que el otro ámbito de “normalización vital” es el ambiente laboral. Además, no sólo se persigue el objetivo de la “reducción del riesgo” (programas de seguridad vial, a fin de evitar no sólo los accidentes de tráfico, sino también los accidentes laborales de tráfico)-, que se dirige a combatir los factores de consumo, sino también el de “disminución del daño”.

De ahí, la necesidad de integrar el tratamiento sanitario con la recomposición de vínculos sociales de reinserción. Aunque esta idea de acción integral y combinada suele tenerse más en cuenta respecto de ciertos grupos especialmente vulnerables de la población y en ámbitos particularmente estigmatizadores -como las instituciones penitenciarias-, tiene especial importancia para el objeto de nuestra Guía, en una triple medida, ya advertida:

a) la mayor disponibilidad de datos y de investigaciones -a partir de la Encuesta específica incluida en EDADES-, debe facilitar distinguir entre los niveles de contacto con las drogas (sólo experimentación; consumos ocasionales, pero reincidentes; habitualidad; adicción), ya que “ello implicará objetivos y estrategias de actuación también diferenciados”, no ya sólo porque unos tengan mayor importancia que otros, que la tienen, sino porque las “circunstancias que los rodean suelen ser distintas y, por lo tanto, también su abordaje” (ENSD, p. 60), sin perjuicio de una acción global, de carácter educativo, social y de protección y fomento de la salud pública” (ENSD, p. 45)

b) no se debe confundir el concepto socio-sanitario de “recaída” en el consumo -lo es en la enfermedad- con el disciplinario de “reincidencia” -en la conducta anómala-.

c) La inclusión en un programa de tratamiento no debería suponer, al menos como línea de principio, su desconexión o desvinculación de los referidos ambientes “naturales”, como el “ambiente o entorno laboral” (p. 74).

Esta **triple exigencia** debe atenderse en los protocolos de gestión integral del riesgo de uso y abuso de drogas en los ambientes de trabajo. **Veremos que no siempre sucede estrictamente así y eso marcará ciertas diferencias entre “buenas” y “mejores prácticas”**. Al respecto, se insiste, como ya hiciera la ENSD, en la necesidad de una coordinación más eficaz (integral y de calidad) y eficiente (permite evitar duplicidades y optimice recursos disponibles) no sólo entre el sistema sanitario y el social -servicios sociales-, sino también entre éstos y el ámbito laboral:

“Asegurando la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales, los comités de empresa y los sindicatos” (p.75).

Es evidente, en definitiva, que la ENSD y el PASD presuponen y promueven una muy

diversa concepción del abordaje del consumo -problemático- de drogas, considerándolo como un riesgo de dañar la salud de las personas -y la eficiencia de las empresas-. Con ello, acogería una línea de prevención de riesgos laborales ambientalista, en línea con lo que ya sucede con otros riesgos mixtos (ejemplo: violencia de terceros y seguridad vial laboral).

Precisamente, respecto de alguno de ellos se hace una consideración especial. En este sentido, un aspecto importante del plan de acción contra el riesgo de consumo de drogas se vincula a la seguridad vial. Con ello se quiere potenciar la coordinación con los recursos y acciones de los “estamentos responsables de la seguridad vial y ciudadana”, que desarrollan “actividades que inciden de un modo especial en el campo de la prevención” -p. 68-.

No obstante, una vez más, la extremada ambición del programa de acción planificada no se corresponde con la intensidad de acción práctica del mismo. De manera que está, a día de hoy, pendiente de desarrollar. Por eso, tiene especial razón de ser, actualidad y originalidad el enfoque de esta GUÍA, en la medida en que vamos a tratar de poner de relieve lo que se ha hecho al respecto por ciertas empresas, sin duda el referente experimental del PASD y que aspiran a promover. De ahí que, en los dos últimos capítulos de la GUÍA -el VI y el VII- hayamos tratado de concretar qué acciones de ese tipo preventivo frente al riesgo de consumo adictivo en los entornos de trabajo hay. A tal fin exploraremos dos ámbitos o grupos de experiencias:

(1) la **acción socialmente responsable**, de iniciativa unilateral, aun participada

(2) **autorregulación colectiva, mediante negociación de carácter articulado** -en el sector (marco general) y en la empresa (protocolo específico para su gestión práctica)-.

4.5. ¿Qué hacen en otros modelos jurídico-normativos y socio-culturales próximos?: la ejemplar experiencia del Convenio Colectivo Belga.

Hemos partido de que el problema de los consumos adictivos en los entornos laborales tiene una dimensión global, no una cuestión específica de un país. Al respecto, ante la escasa atención prestada, normativa y programáticamente, por la UE a esta específica dimensión, especialmente interesante sería conocer cuál ha sido el tratamiento seguido para ello en los principales países de la Unión Europea. Puesto que un análisis de ese tipo excede con mucho el objetivo de esta Guía, máxime teniendo en cuenta que existe gran disparidad de tratamientos al respecto desde la década de los años 90, vamos a seleccionar sólo aquella experiencia que nos parece más ejemplar de todas para un enfoque de prevención integral negociada y de carácter obligatorio general para todo el sistema de relaciones laborales: **el Acuerdo Marco Interprofesional belga** (2009)¹⁷

¹⁷ Vid. AUVERGNON, PH. - MARCELIN, TH. “Drogas ilícitas y riesgos laborales. Observaciones a partir del debate francés”. *Relaciones Laborales*, n. 5, 2011.

Antes de explicarlo someramente, conviene poner de manifiesto que no es el único país europeo que sitúa la relación entre el consumo de drogas y los entornos de trabajo en el marco de la seguridad y salud en el trabajo (Reino Unido; Francia), incluso con un marcado protagonismo de los convenios colectivos al respecto (Suecia). Precisamente, una reforma legal en Francia (2011), en virtud de una propuesta de la Comisión de Asuntos Sociales del Senado, añadió a los “**servicios de salud en el trabajo**”, cuya misión central había venido siendo sólo las acciones a favor de la protección de la salud en los lugares de trabajo frente a los riesgos derivados del mismo, una nueva misión, que conecta de forma inmediata aquella función de cuidado de la salud laboral con la función de protección de la salud pública. Así, además de asesorar a los empleadores y a los trabajadores y sus representantes sobre las medidas que sean precisas para evitar o disminuir los riesgos profesionales y mejorar las condiciones de trabajo, también realizarán esa labor de asistencia a fin de “*prevenir el consumo de alcohol y de drogas en los lugares de trabajo*” (Art. L. 4622, 2º, Código de Trabajo).

Ciertamente, se trata de una magnífica oportunidad de promover en las empresas una relevante sensibilización con la cuestión de la prevención del riesgo de consumo adictivo en los lugares de trabajo, moviendo a la acción concreta. No obstante, dada la técnica elegida para su reconocimiento, más vinculada a las prioridades que en cada momento se marquen a tales servicios que a obligaciones concretas de la mayor parte de las empresas, la realidad ofrece un panorama poco halagüeño, siendo escasas las experiencias en tal sentido. Por eso, gana más terreno la referida experiencia belga, que sí responde plenamente al espíritu y a la letra del paradigma promovido en su día -1996- por la OIT, cuando recomendó -cierto no ordenó- sacar esta cuestión del ámbito disciplinario, para situarlo en el preventivo, descartando todo efecto discriminatorio y promoviendo la integración del problema en la más general de la seguridad y salud en el trabajo. Con esta fuente inspiración reguladora, es verdad que nada menos que más de 12 años después, los interlocutores sociales en Bélgica firmaron el *Convenio Colectivo de Trabajo n. 100* (1 de abril de 2009, acuerdo marco interprofesional de eficacia general por Real Decreto el 28 de junio de 2009, y en vigor efectivo a partir de 2010), relativo a la “*puesta en práctica de una política preventiva en materia de alcohol y drogas en la empresa*”.

En extrema síntesis, el CCT 100/2009, exige a todo empleador formalizar por escrito un compromiso en torno a la prevención en materia de consumo de drogas en los lugares de trabajo y en aras de la protección del bienestar de los trabajadores en tales ambientes. Por lo tanto, se trata de un imperativo obligatorio, exigible a todos los empleadores establecidos en Bélgica. Este compromiso se articula sobre cuatro principios básicos:

- a) **Información y formación** a todos los trabajadores
- b) **Previsión de reglas aplicables en caso de uso** de drogas en el trabajo
- c) **Puesta en práctica de procedimientos para hacer frente a intoxicaciones agudas o crónicas y para la realización de pruebas de detección**
- d) **Previsión de ayudas**, propias o de recursos externos, para un tratamiento asistencial

Este “plan de acción” contempla, no obstante, dos fases diferentes, una obligatoria -contenido mínimo del plan-, y otra, facultativa -contenido adicional y más específico-. A saber:

1) Fase 1. Una fase mínima obligatoria (formalización del compromiso y evaluación)

El empleador deberá, a fin de proceder a un análisis de riesgos en torno al consumo de drogas en el lugar de trabajo -mediante cuestionarios, entrevistas, grupos de trabajo...-, establecer un compromiso político con la prevención de tales consumos:

- **Consultar su iniciativa**, previamente a la evaluación de tales riesgos de consumo, al **Comité de Prevención y Protección en el Trabajo** (CPPT; nuestro Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo), a fin de obtener **su opinión**

- **Integrar la declaración en el “reglamento interno de trabajo”**, sin necesidad de acudir al procedimiento formal de modificación de éste

2) Fase 2. Facultativa (Elaboración de un procedimiento específico de gestión del riesgo)

Si de la evaluación de riesgos se evidencia la existencia de consumos concretos, se abrirá una segunda fase para fijar un plan de medidas concretas. De modo que:

- El **procedimiento de acción preventiva concreta se integrará en el reglamento interno** de trabajo, siguiendo el procedimiento formalizado para la modificación

- **Este plan de acción contendrá medidas preventivas eficaces**, basándose en los cuatro pilares arriba comentados -formación, reglas relativas al uso de las drogas (nivel o tasa de tolerancia); procedimientos de intervención ante casos detectados, completando el tratamiento sancionador con el asistencial; pruebas de detección, con garantías; velar por la disposición de ayudas -empresariales o públicas- para el tratamiento).

- **La inexistencia de este análisis de riesgos**, el carácter insuficiente de las medidas o su desconocimiento **generarán responsabilidad directa al empleador**

En suma, todos los actores de la seguridad y salud en el trabajo están, por imperativo convencional obligatorio, concernidos por este compromiso. Pero es general y obligatorio.

No podemos, ni merece la pena aquí ir más allá en el análisis de esta ejemplar experiencia de regulación y gestión -que están dando lugar a que muchas empresas, las de más dimensiones, integren en sus reglamentos internos de trabajo protocolos de acción preventiva frente al riesgo de consumos problemáticos-. Una experiencia, sin duda, a emular, con mayor o menor adaptación a cada sistema de relaciones de trabajo. Precisamente, antes de este caso digno de estudio, ya hubo una experiencia en el llamado “marco catalán de concertación social”, que pretendía responder al mismo objetivo de trasladar, con pretensión sistemática, por tanto no aislada o episódica, el modelo de favor por la

prevención, y no discriminación, de la OIT. Se trata 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), firmado por la administración, los sindicatos y la patronal más representativos en Cataluña.

Los límites respecto de la experiencia belga son evidentes: no es un convenio, sino un pacto social, por tanto no tiene carácter vinculante; no tiene alcance general, sino sólo para Cataluña; no contiene medidas específicas, tan sólo remite a declaraciones políticas. En todo caso, según exponemos de inmediato, no debe infravalorarse, porque ha dado lugar a diversas experiencias de grandes empresas, en especial la de Fomento de Construcciones y Contratas -FCC-. El éxito de esta experiencia -que exponemos en breve- ha llevado a que, a su través, se difunda en otras empresas, ya integrantes del mismo Grupo empresarial -como es el caso de AQUALIA-, o de otros grupos, con lo que se evidencia la utilidad de esta fórmula de fijar un **“(acuerdo)marco general de intervención”** -ya sea intersectorial, ya sectorial-, a fin de marcar las pautas para que luego, en unidades más específicas -las empresas-, puedan establecerse los procedimientos concretos. Llama la atención, no obstante, que no se haya incorporado expresamente, ni siquiera en el capítulo dedicado a la “responsabilidad social” corporativa, en el reciente *Acuerdo Interprofesional de Cataluña (2015-2017)*, que guarda un completo silencio al respecto. Contrasta en este punto, en el plano estatal, con el **III Acuerdo de Empleo y Negociación Colectiva (AENC 2015-2017)**, que, según también se evidenciará, **sí ha incluido una llamada a la acción negociada para buscar solución al problema del consumo** de drogas en los entornos laborales.

5. ORGANIZACIÓN, CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO ADICTIVO: LA AMBIVALENCIA DEL ENTORNO LABORAL

Antes de entrar de lleno en la zona mollar, en el corazón de nuestra Guía, la selección de las “mejores prácticas” de acción preventiva, o al menos no meramente represiva, es aun útil clarificar, pese a no ser el objeto específico de este estudio, sino un presupuesto, que la empresa mantiene una relación ambivalente con los consumos problemáticos de sustancias adictivas. A saber:

- El ambiente laboral como fuente de factores de riesgo que causa, o que contribuye a agravar, estados de consumo problemáticos de los trabajadores
- La organización de la empresa como un factor de protección frente a tales consumos

El trabajo es ocasión de relaciones complejas y de vida social intensa. De un lado el trabajo es un tiempo de continuidad de la vida del trabajador, el trabajador sigue su vida con sus virtudes y miserias. Pero a la vez, la realidad del trabajo constituye un factor de riesgo no sólo dimanante de la propia actividad desarrollada, productos utilizados y entorno laboral sino por factores que tienen su origen en la fuerte e intensa implicación de la persona en el mismo y de las intensas relaciones personales y grupales que tienen lugar en el desarrollo del mismo. En concreto, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas en el trabajo no ha dejado de considerarse un “riesgos psicosocial” importante y a la vez

el trabajo propicia un espacio de relación que puede favorecer ciertos comportamientos adictivos a determinadas sustancias y que en determinados tipos y condiciones de trabajo se aprecia un mayor consumo.

Un más detenido análisis -que aquí no se puede hacer- de los datos que presenta la Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España así lo pone “blanco sobre negro”, cuando relaciona directamente -aunque no lo conciba como relación de causalidad, sino sólo como relación de probabilidad, esto es, de riesgo - la prevalencia mayor del consumo en la población laboral respecto de la general con condiciones de trabajo, como serían el tiempo -modalidad de la jornada, tipo de horarios -, así como las propias condiciones de empleo -seguridad, satisfacción -. La conclusión es contundente:

“En términos generales, el porcentaje de consumidores es mayor entre los que afirman estar expuestos a ciertos riesgos laborales (Insatisfacción en el trabajo, riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo y daños para la salud...” (p.48)

Aunque, como se apuntaba, la propia Encuesta trata de relativizar este dato, pues con esos estudios no cabría establecer “relaciones causales” en sentido estricto -pero tampoco las puede descartar-, sí se ve obligada, como no podía ser de otro modo, a reconocer, que tales datos no pueden caer en saco roto y deben llamar -movilizar- a la acción, a fin de “orientar la implementación de las actuaciones más adecuadas” -p. 48-. Al respecto, tanto la protección como la promoción de la salud en el trabajo en relación a la prevención de los consumos exigen no sólo (1) **mejorar los conocimientos y capacidades de los individuos**, sino también (2) **modificar las condiciones laborales** con el fin tanto de prevenir los efectos negativos que los factores ambientales -aquí laborales- puedan tener al respecto (protección obligatoria), cuanto favorecer su impacto positivo en la salud laboral -promoción adicional-. En última instancia, no debe de perderse de vista que el referente normativo-institucional es siempre el de lograr “el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, del ambiente laboral y de la influencia de éste en su entorno, mediante acciones preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo” (Vid. Leyes de Salud Pública).

Entre esas acciones qué duda cabe que deben encontrar cabida y mayor proyección los acuerdos para diseñar y actuar “buenas prácticas”, que, como apunta el PASD deberían ser:

Validadas y fiables: Científicamente fundadas y empíricamente contrastadas

Participada: exige involucrar o implicar a los distintos actores de la relación, con un reparto preciso y transparente de las facultades, obligaciones y garantías de cada uno.

Sistemática: no debe responder a acciones aisladas, puntuales, menos reactivas sólo, sino que ha de ser continuada y predeterminada, huyendo de actuaciones individuales o voluntaristas meramente

Factibles: Con previsión de objetivos y acciones limitadas en el tiempo, debe perseguir resultados realistas y cuantificables, como garantía no sólo de fiabilidad sino también de evaluación

Evaluable y viva: Exige tener indicadores de eficacia -rendimiento- para comprobar su utilidad y, por tanto, su capacidad para mejorar el estado de situación actual a su puesta en práctica, asociando valores de referencia. De este modo, podrá evaluarse de forma periódica y acompasarse, a resultados de esa evaluación, a los cambios del contexto social.

6.LA REGULACIÓN COLECTIVA: ¿QUÉ ESPACIO DE MEJORA-INNOVACIÓN HAN RECORRIDO EMPRESARIOS Y REPRESENTANTES LABORALES?

6.1.El tratamiento convencional de las drogas en el ámbito laboral: Marco estatal

El persistente predominio -cuantitativo- del enfoque disciplinario...

Vamos a dar cuenta aquí de cómo han afrontado estos importantes retos en la materia -gestión integral del riesgo de adicción con sustancias en general, y de las drogas en particular - los empresarios y los representantes de los trabajadores, a través de la negociación colectiva. El objetivo es conocer con algún detalle el modo de abordar el consumo de drogas en el ámbito laboral, a fin de extraer de este tratamiento las que nos parecen “**mejores prácticas de autorregulación colectiva**” al respecto. No se trata tanto, pues, de conocer con exhaustividad qué enfoque asume mayoritariamente la autonomía colectiva normativa en esta relevante cuestión social, todavía centrada excesivamente en la vertiente disciplinaria (94 por cien), en coherencia con la evidenciada opción legal, cuánto, sobre todo, espigar o seleccionar de aquella las cláusulas convencionales que abren una mayor y mejor expectativa de tratamiento innovador, más eficaz, eficiente y equitativo, del consumo y adicción a determinadas sustancias en los ambientes de trabajo (6 por cien). Para ello, se han elegido dos bases de análisis o muestras. Una, de carácter estatal, sobre los convenios colectivos que, con vigencia al menos hasta 31 de diciembre de 2015, están publicados en el BOE (161)¹⁸. Otra, con alcance autonómico, relativa a los convenios publicados en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía-. En ambos casos, el criterio ordenador se dirige a conocer los siguientes aspectos:

¹⁸ <http://explotacion.mtin.gob.es/regcon/pub/buscadortextos>

1) Tratamiento expreso y diferenciado. Cláusulas que abordan cualquiera de los aspectos de la embriaguez, toxicomanía, drogodependencia, alcohol, alcoholismo, fumar, tabaco o intoxicación por estupefacientes.

2) Tratamiento disciplinario: Códigos de Conducta convencionales que incluyan infracciones y sanciones relativas a dichos términos.

3) Tratamiento preventivo: medidas de acción preventiva sobre el consumo de drogas en el ámbito laboral.

4) Tratamiento de Acción Social: medidas de promoción o fomento de una atención más asistencias por las empresas respecto a estos contenidos.

Conviene insistir en que en este estudio, por su dimensión de Guía práctica, vamos **a priorizar el análisis cualitativo sobre el cuantitativo**. La propia llamada del III AENC 2015-2017 a buscar soluciones cualitativas en esta materia invita a ello. No obstante, haremos alguna referencia previa al segundo. Así, de un lado, pese a que el tratamiento del consumo de drogas en el ámbito laboral es múltiple -disciplinario o sancionador; preventivo; acción social; gestión integral-, la óptica convencional sigue centrada en el punto de vista “disciplinario”¹⁹: el 94%, frente al reducido número de cláusulas preventivas (5%) y de acción social (1%). Por otro lado, aunque muy diversas pueden ser también las situaciones a analizar -tradicionales y nuevas-, los principales términos empleados en el conjunto de todos los convenios estudiados siguen siendo la *embriaguez* (93%) y la *toxicomanía* (47%), seguido del concepto de drogas (34%), ocupándose menos de la acción de fumar (24%), por supuesto de la nueva tipología de “adicciones sin sustancia” -como la ludopatía, si bien aparece en alguna experiencia aislada-.

Situados en la tradicional perspectiva disciplinaria -la drogodependencia como una grave conducta infractora del Código de (buena) Conducta de la empresa-, no todos los convenios valorarán del mismo modo el “juicio de reproche socio-laboral” del que se haría acreedor el consumo. Al contrario, fijan **diversas graduaciones de las faltas**. El criterio de graduación se sitúa en (1) la frecuencia del consumo y/o (2) efectos negativos en el trabajo.

Una vez más podemos ver la excesiva “dependencia inercial” del convenio respecto del texto legislativo, aunque a veces las cláusulas convencionales lo amplían notablemente, hasta incluir prohibiciones de consumos no sólo episódicos u ocasionales sino también extra-laborales (si puede afectar negativamente la imagen de la empresa -por llevar el uniforme de la misma, en su caso-), lo que debería llevar a una reflexión correctora de futuro a la unidad de negociación, a fin de no incrementar el “perfil disciplinario” de una materia que es netamente “sanitaria”. No obstante, con carácter general, se atiende a la drogodependencia (toxicomanía) o embriaguez habitual evidenciada durante el trabajo, calificándose en la mayor parte de los casos como falta muy grave -86 por cien-, si bien hay un porcentaje minoritario que los tipifica también como falta grave (14%). En menor medida aparecen los consumos no habituales, tratados como falta leve (14%) o grave (9%).

TÉRMINOS EMPLEADOS									
Naturaleza de las cláusulas	Embriaguez	Toxicomanía	Drogas	Drogo-dependencia	Alcohol	Alcoholismo	Fumar	Tabaco	Intoxicación por sustancias
Sanción	144	71	47	20	22	6	37	5	9
Prevención	6	4	7	6	6	6	2	2	-
TOTAL	150	75	54	26	28	12	39	7	9
TOTAL CONVENIOS COLECTIVOS ESTATALES ANALIZADOS									161

Fuente: propia, a partir de la Base de Datos del MEYSS.

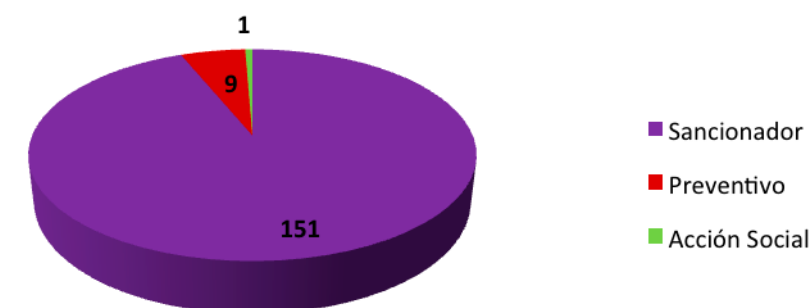
¹⁹ Confirmamos el balance crítico realizado, aun sin porcentajes concretos ni muestras precisas, en UGT-CEC. *Manual de drogodependencias y adicciones: Prevención en el ámbito laboral*. 2012. pp.43-44. Está disponible online en http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/completo_manual-drogodependencias-y-adicciones.pdf

INFRACCIÓN	TIPO INFRACTOR	GRADUACIÓN FALTAS		
		FALTA LEVE	FALTA GRAVE	FALTA MUY GRAVE
	La embriaguez, toxicomanía o consumo de droga.	3		2
	Estado de embriaguez o toxicomanía vistiendo el uniforme de la Empresa.	1	11	6
	Introducción o tenencia en la empresa de bebidas alcohólicas, drogas o sustancias estupefacientes.		5	11
	Conducción de vehículos y el consumo de alcohol que supere los máximos establecidos por Ley para conducir.			2
	La embriaguez o consumo de droga, no habitual u ocasional, manifestada en jornada laboral o en su puesto de trabajo.	23	14	
	La embriaguez, drogodependencia, toxicomanía o consumo de drogas habitual manifestada en jornada laboral o en su puesto de trabajo.		22	138
	Fumar en el centro de trabajo o en el puesto de trabajo	9	12	17
	Prohibición de fumar		1	1
	Contravenir a la normativa relativa al consumo de trabajo	1	3	

Ciertamente, por su trascendencia para los trabajadores afectados, y también para la gestión de la empresa, sería una buena práctica convencional delimitar con alguna precisión la distinción entre ambas situaciones -consumos episódicos y consumos habituales (los realmente problemáticos). Sin embargo, no es frecuente que así se haga.

Al contrario, únicamente hemos encontrado un convenio colectivo que determina qué se entiende por un comportamiento habitual o no, y no lo hace con criterios médicos, sino puramente formales: *“se entenderá que la embriaguez es habitual cuando hayan mediado previamente dos apercibimientos escritos por la misma causa”*. Curiosamente, pese a que sí existe un marco legislativo específico, y mucho más integral, pocos convenios colectivos contienen referencias a la prohibición del consumo de tabaco. En los casos en que sí se hace, suele sancionarse la mera acción de fumar en los centro de trabajo (28%), bastando la mera contravención de la prohibición de fumar o de la normativa relativa al consumo de tabaco durante la prestación del trabajo.

Convenios Colectivos de ámbito Estatal



...no impide el lento, pero progresivo, emerger en las unidades de negociación del enfoque socio-preventivo

No obstante, en el plano cualitativo, nuevas unidades de negociación se suman que para incluir algún tratamiento preventivo y/o asistencial frente a las adicciones con sustancia. Así sucede en 9 de los convenios analizados, en los que se autorregulan directamente la implantación de medidas preventivas del riesgo de consumo adictivo

Naturalmente, como en el caso del tratamiento disciplinario, también desde esta perspectiva, que es la que aquí centra nuestra atención, hallamos notables diferencias de contenido. Por eso, hemos creídos oportuno distinguir hasta tres grupos de convenios atendiendo al grado de concreción del compromiso colectivo alcanzado en la unidad, y, por tanto, al contenido inmediatamente practicable o ejecutable para las empresas que presentan las acciones en materia de prevención del riesgo de consumos de tipo adictivo con sustancias en los ambientes de trabajo que recogen. A saber:

En primer lugar, los que incluyen sólo un “reconocimiento socio-político” del problema y de la necesidad de actuar, si bien sobre *compromisos genéricos*. En este caso, sólo hallaremos declaraciones solemnes, pero sin concreción. Por tanto, apelan a una conducta de responsabilidad social de las empresas con vistas a velar, dentro de una política promocional, por la seguridad y salud laboral de los trabajadores, propugnando un entorno laboral libre de consumo. En segundo lugar, hay cláusulas *preventivas netamente normativas, que diseñan ya un marco de acción más practicable, aunque todavía programático*, para las empresas y los representantes de los trabajadores. En estos casos, junto a la declaración genérica, hallamos *mandatos concretos de crear entornos laborales positivos*, prevenir comportamientos de consumo, asistir, rehabilitar y reinsertar aquellos caso que se produzcan en el ámbito laboral.

Ciertamente, su contenido sigue siendo genérico, incluso algo impreciso, pues apelan a medidas tan amplias como las educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promuevan hábitos saludables entre los trabajadores. Pero no menos verdad es que las cláusulas ya no son el reflejo de vagos compromisos político-sociales de acción, sino de auténticos mandatos colectivos de crear políticas eficaces para la gestión de los diversos factores de riesgo, incluida la mejora de las condiciones de trabajo. En tercer lugar, las cláusulas *preventivas con un programa de actuación más concreto o predeterminado*. En esta línea de actuación, generalmente, el Comité de Seguridad y Salud adopta un papel importante en la prevención del consumo de drogas legales e ilegales en el entorno de trabajo, abordando y concretando con efecto a la entrada en vigor del convenio colectivo las medidas que se determinan en el mismo mediante un programa de actuación específico.

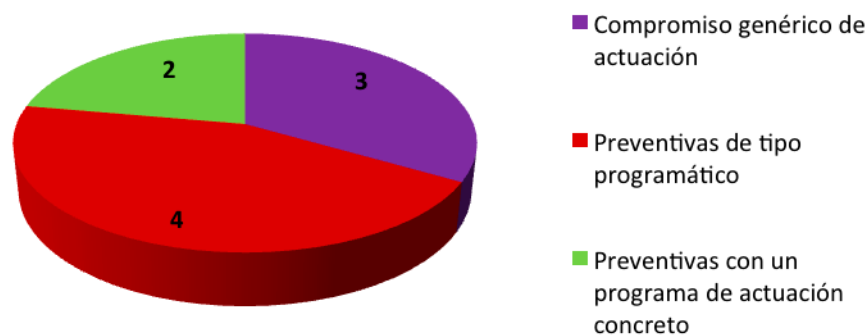
Todo ello demuestra que, aun siendo cuantitativamente muy limitado el abordaje convencional del consumo de drogas en el ámbito laboral, el que muy diversas unidades de negociación hayan recorrido ya el camino, o estén en el proceso de hacerlo, de afrontar más innovadoramente tal cuestión socio-sanitaria público-laboral, es posible avanzar en la actualización práctica de las muchas posibilidades de las que dispone la negociación colectiva para superar el sesgado, contradictorio y obsoleto tratamiento legislativo. Si convenios de diferentes ámbitos funcionales de negociación, sectoriales y/o de empresa, han podido ya transitar, con mayor o menor precisión y eficacia, esa vía de progreso, otros muchos podrán hacerlo en el futuro inmediato, verificando también en el plano cuantitativo lo que ha quedado evidenciado en el cualitativo -estudio de casos o experiencias-: la política de gestión integral del riesgo de consumo adictivo de drogas, con y sin sustancia, es una esfera de la realidad socio-laboral hoy especialmente susceptible de ser ordenada por un instrumento normativo de carácter negociado, de modo que no quede “abandonado” al solo paradigma -unilateral y voluntarista- de la “*responsabilidad social corporativa*” (RSC unilateral).

No obstante, esta dimensión “preventiva”, en muy contadas ocasiones aparece ligada a la política de prevención de riesgos laborales en sentido estricto, ligándose al ámbito más amplio de la promoción de la salud en el trabajo, e incluso de la seguridad de la empresa. Por ello, se echa en falta una mayor conexión entre el tratamiento del consumo de drogas, legales e ilegales, en el ámbito laboral con la Evaluación de riesgos, en especial con los de carácter psicosocial, pues estos tienen un mayor impacto para la facilitación o, al contrario, para la corrección, de hábitos y riesgos de consumo. De ahí, que se valoren especialmente las experiencias, pocas pero relevantes, que sí lo hacen.

En el Haber: cláusulas de interrelación entre enfoque sancionador y el asistencial

En todo caso, al margen del mayor o menor contenido preventivo del convenio, parece clara la necesidad de que no exista una brecha entre el tratamiento disciplinario y el asistencial. Así, son de reseñar, en particular cuando se trata de convenios colectivos de empresa, las cláusulas convencionales que condicionan la aplicación del tratamiento sancionador a la decisión del trabajador afectado por consumos adictivos en la empresa de someterse a programas especiales dirigidas a la recuperación de su dependencia. En estos casos, se prevé como “excepción a la aplicación del régimen sancionador” esta medida de acción asistencial, de forma que, abierto el procedimiento disciplinario, quedará en suspenso éste, o la sanción alcanzada, si acepta sujetarse a esos programas de rehabilitación. Tales tratamientos presuponen, pues, la voluntariedad del trabajador.

Convenios Colectivos de ámbito Estatal con cláusulas Preventivas de actuación.



Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO	
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD
1	GROUND-FORCE	Empresa (Estatal)	CAPITULO II. SALUD LABORAL. Art. 62. Servicios de Prevención.	PREVEN-TIVA DE TIPO PRO-GRAMÁTICO.	Artículo 78 y 79. Faltas graves y muy graves, respectivamente.	Artículo 83. Excepción al régimen sancionador.
2	FORD-ESPAÑA S.L.	Empresa (Estatal)	TÍTULO XII. Comité de Seguridad y Salud Art. 136. Funciones. Art. 141. Comité para el Fomento de la Salud.	COMPRO-MISO GENÉRICO DE ACTUA-CIÓN.	En el artículo 151 Se califican como muy graves “La embriaguez o toxicomanía que repercute negativamente en el trabajo”.	-
3	HIBU CONNECT, S.A.	Empresa (Estatal)	Art. 97. Seguridad y salud laboral. Apartado 1. Servicios Médicos de Empresa. Apartado 3. Evaluación de riesgos psicosociales.	COM-PROMISO GENÉRICO DE AC-TUACIÓN.	-	-
4	KIABI ESPAÑA KSCE SA	Empresa (Estatal)	CAPÍTULO VII Seguridad y salud. Artículo 43. Salud laboral.	PREVEN-TIVA DE TIPO PRO-GRAMÁTICO.	CAPÍTULO VIII Régimen disciplinario. Artículo 44. Régimen disciplinario. Faltas muy graves.	No sanciona-dora: si el traba-jador “decida acogerse a un programa de deshabitación, ... sin perjuicio de las sanciones que pudieran derivarse de otras faltas...”.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO	
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD
5	ESTIBA PORTUARIA	Sectorial (Estatal)	Disposición adicional sexta. Lucha contra las toxicomanías.	“la CPSE abordará la elaboración y, en su caso, aprobación de un protocolo sobre la prevención de adicciones (droga y alcohol) en el trabajo”.	PREVEN-TIVAS CON UN PRO-GRAMA DE ACTUA-CIÓN CON-CRETO.	CAPÍTULO VII Régimen disciplinario Artículo 18. Régimen disciplinario.
6	GRUPO REPSOL	Empresa (Estatal)	Artículo 48. Promoción integral de la salud.	COMPRO-MISO GENÉRICO DE AC-TUACIÓN.	-	-
7	EASYJET HANDLING SPAIN, SUCURSAL EN ESPAÑA.	Empresa (Estatal)	CAPÍTULO VII. Prevención de riesgos laborales. Artículo 45. Servicio de prevención. ANEXO III. La política de Easyjet respecto a las drogas y al alcohol	PREVEN-TIVA CON PROGRA-MA DE ACCIÓN	Art. 61. Falta grave por la embriaguez vistiendo el uniforme de la Empresa e introducción de drogas o alcohol. Artículo 62. Faltas muy graves la embriaguez.	Artículo 66. Excepción al régimen sancionador.

8	CORPORACIÓN RTVE	Empresa (Estatal)	CAPÍTULO X Prevención de riesgos laborales y salud laboral. Art. 90. Protocolos específicos.	PREVENTIVAS CON REENVÍO A "PROTOCOLO".	Art.80. Faltas muy graves la embriaguez y/o la toxicomania y La introducción en el centro de trabajo de drogas.	Protocolo para la prevención 29 abril 2015
9	ACCIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL	Sectorial (Estatal)	Capitulo X. Seguridad y Salud en el Trabajo. Art. 49, párrafo 1.	PREVENTIVA DE TIPO PROGRAMÁTICO.	-	No sancionadora. "El personal que se acoga a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido por esta causa o por las acciones derivadas de la misma..."

... Y en el "Debe convencional": en cambio se excluyen los beneficios laborales previstos para casos de suspensión del carné de conducir

Llamativamente, apenas se encuentran convenios colectivos, incluso dentro de los que incluyen una "cláusula de suspensión y, en su caso -de ser eficaz el tratamiento asistencial-, exención de sanciones", que contemplen el reconocimiento de beneficios socio-laborales que faciliten esos tratamientos, como los permisos retribuidos para asistir a los mismos. Sólo en algún caso así aparece, exigiéndose, para que pueda reconocerse en la práctica, que conste la prescripción formal del tratamiento, a fin de justificar el permiso a tal fin. Ahora bien, si hay un beneficio socio-laboral que se suele excluir para las personas afectadas por consumos adictivos a sustancias psicoactivas es el relativo a la protección frente a la pérdida del carné de conducir durante la jornada laboral.

En efecto estos derechos de garantía de la estabilidad en el empleo dejan de aplicarse cuando la suspensión del permiso de conducir, necesario para la actividad profesional -muy en especial para los conductores- se debe al consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Si es particularmente llamativo este proceder convencional excluyente es no sólo porque supone una regulación absolutamente ajena a la condición de enfermedad que tiene reconocido este tipo de consumos cuando son habituales, con lo que contrastaría con otros enfoques referidos, sino porque, paradójicamente, suelen incluirse en capítulos relativos a "mejoras sociales", el tercer gran grupo de materias en que suelen aparecer, a menudo dispersos, los tratamientos de las drogodependencias y demás adicciones con sustancias en los ambientes de trabajo²⁰.

20 Puede apreciarse ya este cierto contrasentido en el *Manual de Drogodependencias y adicciones. Prevención*

6.2. Confirmación de la pauta de la lenta emergencia de la prevención en la negociación colectiva: Una experiencia autonómica

A fin de verificar esta tensión entre la inercia convencional -disciplinaria- y dinamismo evolutivo -apertura preventiva- hemos acudido al análisis de una experiencia autonómica, en concreto la andaluza. En ella hemos comprobado no sólo que existe también, en términos análogos a la experiencia estatal, esa dialéctica entre tradición -legislativa y convencional- y renovación, sino que ofrece pautas muy similares²¹.

De este análisis cuantitativo, se deriva que el silencio sobre las drogodependencias y demás adicciones en los entornos de trabajo sigue siendo la tónica dominante, ausentándose del contenido de los convenios incluso las cláusulas de sanción específica y diferenciada, cuánto más las preventiva. Estas últimas son porcentualmente poco relevantes (5 convenios, el 2,5% del total). Quizás por el impacto de la prohibición legislativa específica -2005-, bastante más amplia será la muestra de convenios que hacen mención prohibitivo-sancionadora al consumo de tabaco (34 convenios, el 16,6 % del total de los revisados).

De un lado, en el plano disciplinario, hallamos la misma regulación heterogénea y expansiva -incluye, a veces sin la debida distinción, por tanto graduación, consumos episódicos y adictivos, en especial en relación al alcohol, más que otras sustancias; la mera situación, sin que afecte de una forma significativa al trabajo-, que se indicó en la muestra convencional estatal. De otro, la más general ausencia de referencia preventiva alguna a la cuestión del riesgo de consumos adictivos y/o abusivos corre paralela a la parquedad del contenido convencional en materia de seguridad y salud en el trabajo con carácter general. Finalmente, análogas ambigüedades halladas en la muestra estatal, como el incorporar tanto el tratamiento asistencial o rehabilitador con el disciplinario sin incluir una cláusula o fórmula específica de conciliación o armonización, la encontramos en la autonómica revisada.

Sin embargo, en primer lugar, y en conexión con esta última observación, no faltan tampoco las experiencias convencionales que sí cuidan, con mayor o menor precisión técnica y eficacia práctica, de asegurar esa conexión mínima entre ambos planos -el disciplinario y el asistencial o rehabilitador-. En tales casos, como se indicó para la experiencia estatal, la clara constatación del seguimiento de un tratamiento médico -respecto del cual el convenio no fija papel alguno para las empresas incluidas en su ámbito, ni siquiera el de información y/o canalización- llevará a excluir la apertura, o la conclusión con sanción, del procedimiento disciplinario (ejemplo: art. 55 CC de la empresa LIPASAN, S.A., BOP Málaga; Art. 32.1.o) del CC del Ayuntamiento del *Valle de Abadalajís*, BOP Málaga²²). Cuando la empresa sí se implica en la facilitación del tratamiento asistencial, el convenio

en el ámbito laboral. UGT-CEC. op.cit.p. 44.

²¹ La muestra se integra por 204 Convenios Colectivos, publicados en el BOJA y en diversos BBOP, entre 2011-2013 y hoy vigentes. Vid. CARL: <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/textosConvenios/presentacion.asp>

²² Vid. Punto IX.8 del Cc de XCEPSA Química S.A, BOP Cádiz de 25 de abril de 2012. En el mismo sentido el CC de CEPSA Química S.A., Fábrica de Puente Mayorga, BOP d Cádiz de 24 de abril de 2012.

sólo asegura la reincorporación -garantía de seguridad en el empleo- si queda acreditada la recuperación, sin que la recaída, en ciertas condiciones forme parte del proceso, sino que se convierte en condición necesaria (CC de la Limpieza de Edificios y Locales de Jaén y provincia).

En segundo lugar, tampoco están ausentes las cláusulas convencionales que cuidan de que los consumos de drogas no sean un riesgo para el trabajador o para otras personas, hasta sancionar sólo estados de intoxicación y/o influencia por consumos que entrañen tal riesgo a terceros (Ayuntamiento POZOBLANCO, BOP Córdoba). En tercer lugar, pese a su escasez, tampoco están completamente ausentes los convenios que incluyen una cláusula de remisión a ciertas instituciones de gestión participativa especializada en materia preventiva -Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo u otro órgano de prevención *ad hoc* para el establecimiento de un programa más completo de actuación²³.

Pero, en general, la muestra de convenios autonómica confirma, como la estatal, la misma percepción que los trabajadores evidenciaban, al respecto, en la Encuesta: la atención se centra en las garantías de seguridad de la empresa (prohibición de fumar en el CC PET, S.AU, BOP Cádiz), disciplina (art. 48 CC ESCAYESOS S.L, BOP Jaén; MONSECOR, BOP Córdoba), atención al público (CC Mancomunidad de Servicios “La Vega”, BOP Sevilla), o, en suma, el buen nombre-imagen de la empresa, incluso fuera de servicio, si se viste el uniforme” (ejemplo: Art. 42.13 CC Empresa Real Club de Golf “Las Brisas”, BOP Málaga). Lejos quedarían las razones de protección de la salud del trabajador y/o de tutela de la seguridad o estabilidad en el empleo, como acredita el que también aquí brillen por su ausencia los beneficios en caso de suspensión del carné por puntos. También aquí constatamos que a la sanción administrativa de pérdida del carné le sigue el juicio de reproche socio-laboral por consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas, de manera que el convenio excluye la posibilidad de recolocación/readaptación temporal del trabajador²⁴.

²³ Vid. Art. 66 del CC LIPASAN S.A., BOP de 18 de diciembre de 2012 que tiene la virtualidad de hacer referencia algunas adicciones más de las habituales, pues incluye junto a las drogas y alcohol, la ludopatía. De otro lado es consciente de la extensión de las acciones a todas las fases “concienciación, preventivas, asistenciales y rehabilitadoras” sin decir la forma de hacerlo.

²⁴ Véase el art. 21 del CC Herederos de José Castillo, S.L., BOP Jaén, de 11 de noviembre de 2011; art. 29 del CC de la Mancomunidad de servicios “La Vega”, BOP DE Sevilla de 18 de octubre de 2012; art. 36 del CC del Transporte por carretera BOP de Huelva de enero 2013; art. 36 del CC de las empresas de alimentación de la provincia de Huelva, BOP de 30 de agosto de 2912; Art. 21 del CC de Aguas de Lanjarón, BOP Granada de 2 de mayo de 2012.

Resumen estadístico (plano cuantitativo)

A. CLÁUSULAS Y TÉRMINOS CON REFERENCIAS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO

Naturaleza de las cláusulas	TÉRMINOS EMPLEADOS							
	Embríaguez	Toxicomanía	Drogas	Alcoholismo	Drogo-dependencia	Mencionan (1)		Convenios consultados
						SI	NO	
Sancionadora	26	8	11	2	2			
Preventiva				3	4			
Empleo				7 (2)				
TOTAL	26	8	11	12	6	34	170	204

Tabla 1

B) NATURALEZA Y CONTENIDO DE LAS CLÁUSULAS CONVENCIONALES

Naturaleza de la cláusula	Contenido principal	Faltas		Acceso a tratamiento	Movilidad funcional
		Falta muy grave	Falta grave		
Sancionadora	Solo menciona la embriaguez habitual o no	3	4		
	Estado de embriaguez o sufriendo los efectos de sustancia estupefacientes	3			
	Embriaguez o toxicomanía (con requisitos semejantes al ET)	7	3		
	Estado de embriaguez o toxicomanía vistiendo uniforme de la empresa	3	2		
	Consumo de drogas y embriaguez	9			
	Mera introducción o tenencia de sustancias	1	1		
Preventiva/ rehabilitadora	Prohibición como medida de seguridad ligadas a la naturaleza de las materias o de la producción	1			
Preventiva/ rehabilitadora	Facilitar el tratamiento. Reincorporación "acreditada la recuperación". Canalización a través del CSS			8	
Empleo	Exclusión de la medida cambio de puesto de trabajo por suspensión de permiso de conducir si trae su causa en embriaguez o drogas				3

6.3. ¿Qué papel de innovación y mejora en la prevención del consumo de riesgo puede desplegar los representantes de los trabajadores?

De la "ley del silencio", erróneamente cómplice, a "las palabras" y a la "acción"

Del mismo modo que los representantes de los trabajadores en general, y de los más especializados en prevención de riesgos laborales, constituyen una condición necesaria para que la empresa despliegue una acción preventiva eficaz, resintiéndose gravemente la misma allí donde no existen, también la inclusión del consumo problemático de drogas en la empresa dentro de una **gestión preventiva integral e integrada** requiere de una decidida actuación de los representantes de los trabajadores. Lo-as Delegados-as de Prevención de Riesgos -también de Medio Ambiente si los hay-, por sí solos o en el marco de su actuación dentro del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, **tienen en sus manos la facultad de propuesta de protocolos de prevención de consumo de drogas en las empresas**. Consecuentemente, al margen de cuál sea el tratamiento prescrito convencionalmente en sus empresas, incluso si es eminentemente disciplinario, está legalmente ya en plenas condiciones de *promover la corrección-integración-complementariedad de ese modelo tradicional*. Para ello debe implicar al máximo posible a las estructuras de representación en la empresa, sean generales -unitarias o sindicales-, sean especializadas, en esa **acción movilizadora de cambios**, sobre la base de las poderosas razones que asisten para primar el enfoque preventivo -menor accidentalidad, mayor productividad, menor absentismo, mejor clima laboral....

Ciertamente, esta labor, allí donde existan estas estructuras de representación -que será en las empresas de ciertas dimensiones (más de 50 trabajadores, para los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo)-, estará plagada de dificultades, sin duda. Ya vimos cómo, pese a ser un error, también la representación laboral puede verse inducida a guardar silencio si cree que la visibilidad del problema llevará a mayores sanciones, manteniendo el cierre sobre la "Ley del silencio". Pero ese "natural" silencio pretendidamente cómplice terminará con perjudicar la situación de los eventuales, potenciales o efectivos, consumidores. Por eso, el Delegado (o Delegada), consciente en todo momento de que los trabajadores tienen garantía de confidencialidad del tratamiento y de la prohibición de pruebas de detección sin consentimiento, salvo que esté en juego la seguridad de terceras personas -otros compañeros, clientes...-, debe romper ese "círculo vicioso" y convertirse en la "voz" del colectivo, pasando del "silencio" a las "palabras" y de éstas a la "acción". Para actualizar esa función innovadora y de mejora, la representación laboral tiene un amplísimo abanico de facultades, todas ellas con específica previsión legislativa.

En síntesis, el-la Delegado-a puede:

Mantener y persistir en la consideración de la drogodependencia desde la perspectiva de la salud para su tratamiento como enfermedad tanto en la negociación de planes y medidas como en las conductas individuales que puedan manifestarse
Participar en la creación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan
Referencia primera y segura para todos los trabajadores en el asesoramiento y orientación manteniendo el respeto, la tolerancia y la confidencialidad
Asunción del rol de mediadores y garantes de derechos laborales y sociales de los trabajadores principalmente de su salud y de su estabilidad en el empleo
Proporcionar apoyo y orientación en todas las fases de desarrollo del plan de acción
Vigilar que todas las pruebas y diagnósticos de salud estén orientados a prevenir y superar la situaciones de drogodependencia
Garantizar la voluntariedad y confidencialidad de los exámenes de salud
Garantizar que el plan prevea la IT como única alternativa de suspensión de la relación durante el tratamiento y, en su caso, la adaptación de la jornada y flexibilidad horaria con este fin
Negociar que lo fondos de acción social de la empresa contenga partidas para la financiación del tratamiento si los servicios no fueran públicos y gratuitos
Negociar y prever la movilidad funcional en puestos de trabajo susceptibles de facilitar el consumo así como la reincorporación posterior al tratamiento, si fuera conveniente para facilitar la consolidación de la abstinencia del trabajador

6.4. Del “nivel sectorial” al nivel de empresa: Un modelo práctico y practicable de “plan de acción” (procedimiento concreto) a implementar en la empresa.

En suma, como estamos viendo, el objetivo básico de toda la participación colectiva en el ámbito de las “drogodependencias” -y demás adicciones- es implantar de forma práctica, concreta, ese modelo de intervención prevención integral e integrado que, en ausencia de un marco normativo propicio, puede estar predeterminado en el Convenio, ya sea sectorial, ya de Empresa. A ello llama realmente el III AENC, como se ha dicho. Esa forma es el **Plan de Acción preventiva concertado frente a las drogodependencias en la empresa**.

Aunque no hay ninguna norma, ni legal, ni convencional, ni técnica que establezca una estructura y contenidos mínimos del mismo, sí parece claro que debe responder a ese **marco de acción práctica integral** previsto, con carácter general, en la **acción 11 del PASD**. Por tanto, y en cierta línea con la experiencia del sistema de relaciones colectivas belga expuesto, deberá tener:

a) una **“declaración de política general”**, en la que se parte de asumir tanto el carácter de enfermedad de las drogodependencias como la mayor eficiencia, eficacia y equidad del tratamiento preventivo, y

b) un **“procedimiento concreto de intervención”**, en el que se aseguren tres niveles de acción -preventiva, asistencial y rehabilitadora (garantía de conexión o vinculación permanente con el medio laboral)-.

En términos muy básicos, y procurando siempre la mayor factibilidad posible, esto es, adaptar su contenido a cada empresa y utilizar un lenguaje muy directo y concreto, sin exceso ornamental, que puede disuadir a los empresarios de su concertación -recuérdese que éstos siempre considerarán un instrumento específico como una limitación de su libertad de acción y un peligro de confusión entre lo que es exigible legalmente y lo que es mejora voluntaria-, cabría establecer la siguiente estructura y contenido básicos del Acuerdo del *Plan de acción frente a las drogodependencias en los ambientes de trabajo*²⁵:

Preámbulo
Prevención
Rehabilitación:
Asistencia
Reincorporación
Comisión de vigilancia y control
Protocolo de prevención
Protocolo de rehabilitación
Instrumentos de evaluación

Dada la primacía del momento preventivo, cabría recordar que el contenido básico de la acción preventiva debería integrarse con el siguiente programa -mínimo-:

La información objetiva sobre la materia	
Formación	Para todos los trabajadores
	Por colectivos específicos
Análisis de condiciones de trabajo que puedan incidir en los consumos problemáticos	
El papel de los delegados de Prevención en todo el diseño, ejecución del Plan	

²⁵ Muy interesante, aunque quizás requiera de simplificación en su puesta en práctica para muchas empresas, el Modelo de Protocolo Preventivo de drogodependencias y demás adicciones de UGT-CEC (2014). Precisamente, el reciente Protocolo de la CRTVE en materia responde, con adaptaciones y simplificaciones, a ese prototipo.

Pero si no se puede prevenir primariamente, o para los que ya no se llegue a tiempo, hay que prever una acción asistencial que reduzca los daños derivados del consumo. A tal fin, toda intervención eficaz debe cuidar de que estas condiciones se cumplan:

El objetivo de la asistencia consiste en la normalización de la persona afectada y en la conservación del puesto de trabajo
Confirmar mediante declaración expresa que el proceso de intervención asistencia queda fuera de la esfera disciplinaria
Garantía de confidencialidad
La voluntariedad del tratamiento y la no exclusión del trabajador afectado de derecho a
Adaptación del puesto de trabajo, la duración de la jornada, los permisos y del horario al tratamiento clínico que deba realizarse si se estima conveniente la no desvinculación

Finalmente, tampoco hay que olvidar que el objetivo último no es “institucionalizar” al trabajador afectado -o grupo de ellos- mediante su internamiento en programas especializados y centros de asistencia, sino que esa acción es puramente instrumental para el fin último, que no es otro que la normalización, la rehabilitación plena del trabajador. De ahí que:

Garantías de seguridad en el empleo (o de no desvinculación):
El objetivo fundamental es devolver al trabajador a la vida laboral
Debe asegurarse la reincorporación del trabajador al mismo puesto de trabajo incluso antes de finalizar el tratamiento, si fuera conveniente

Como es natural, y según recomienda el PASD 2013-2016, para que todo ello pueda no solo ser sino mantenerse vivo, eficaz, se precisa de una estructura de gestión continuada. A tal fin, debe crearse una **Comisión** ad hoc mixta, compuesta por miembros del Servicio de prevención y asesores externos (en su caso) y participada por los Delegados de prevención e igual número de representantes de la empresa. Esta **Comisión de Prevención y Rehabilitación frente a las Drogodependencias** deberá canalizar el derecho a la participación de los trabajadores en el proceso a través de sus representantes y con el objetivo de controlar el proceso previo de realización, desarrollo y ejecución de todo el plan. Definición de líneas de actuación prioritarias, evaluación del plan y modificación.

7. ¿QUÉ HACEN LOS SECTORES Y LAS GRANDES EMPRESAS (ALGO) MÁS AVANZADOS?: EXPERIENCIAS DE GESTIÓN DEL RIESGO DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

7.1. Planteamiento general: la apuesta institucional por las grandes empresas como experiencias tractoras.

En la Acción 11 del PASD se llamaba al papel promotor -tractor- que han de tener las grandes empresas para “arrastrar” a las otras -probablemente en virtud de los acuerdos con empresas auxiliares y demás integrantes de las “cadenas de valor”- para realizar, en el mundo del trabajo, un plan de acción orientado a prevenir los consumos problemáticos de sustancias. Por su parte, el III AENC hace lo propio para las diferentes unidades de negociación colectiva, tanto de sector como de empresas, muy especialmente, y aquí convergerían ambas vías de progreso en esta materia, para las creadas en las grandes empresas, únicas donde parecería tener factibilidad, al menos en el corto y medio plazo. Pues bien, en este Capítulo de la Guía hemos hecho una selección de convenios colectivos de sector y de acuerdos en el seno de las grandes empresas en las que se lleva a la práctica, con mayor o menor eficacia, con mayor o menor corrección, pero siempre con un espíritu innovador y de mejora del régimen legal y de la situación práctica existente, encomiables. De ahí la selección, que pasamos a describir.

7.2. Más allá de la disciplina: selección de buenas experiencias de gestión desde el punto de vista de la seguridad y salud en el trabajo.

UN MARCO SECTORIAL DE INTERVENCIÓN INTEGRAL: EL EJEMPLO DEL CONVENIO DEL SECTOR DE EMPRESAS DE ACCIÓN SOCIAL (TRABAJO CON COLECTIVOS VULNERABLES)

En el BOE de 3 julio 2015 (núm. 158, pág. 54664, Núm. Págs. 57), se publicó el II Convenio Colectivo Estatal de acción e intervención social 2015-2017. Lo primero que llama la atención de este convenio, en relación al tema aquí analizado, es que su Código de Conducta disciplinario **carece de un tipo específico relativo a las drogodependencias**. Por lo tanto, sólo será sancionable esta conducta cuando tenga determinados efectos negativos previstos en el catálogo general del art. 54 ET, pero no de forma específica, atendiendo a la condición personal.

De este modo, estamos ante una buena práctica reguladora, como se dijo, porque se evita incluir una regulación que no sólo sería redundante -los efectos negativos del consumo problemático ya tiene infracciones específicas, sin referencia a la condición personal de quien incurre en ellas-, sino también discriminatoria. Por lo tanto, el convenio recoge fielmente el espíritu prohibitivo de la discriminación afirmado en el Código de Buenas prácticas de la OIT.

En segundo lugar, es también relevante el que este Convenio, ya en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, requiera de forma específica atender a la prevención de todo los factores de riesgo, incluidos los de carácter psicosocial: “En cumplimiento del deber de protección, la Empresa garantizará la seguridad y la salud del personal a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo y, en caso necesario, **entregará con carácter previo a los trabajadores el protocolo de actuación para evitar los riesgos laborales y riesgos psicosociales** (art. 49, párrafo 1). En la primera edición de este convenio colectivo -I Acuerdo Marco estatal, art. 50- no se hacía referencia a los riesgos psicosociales. Aunque el Convenio carece de una conexión directa entre los dos ámbitos, la mención de los riesgos psicosociales pone de manifiesto una concepción integral y ambientalista de seguridad y salud en el trabajo, quizás por el tipo de sector de actividad de que se trata -servicios de acción social, uno de los que tienen más incidencia de este tipo de riesgos-.

Cierto, es de lamentar que no siga también aquí el **espíritu preventivo** de la OIT y encuadre el tratamiento de las drogas en el marco de la seguridad y salud en el trabajo. Pero si se analiza con más detalle el contenido del convenio se verá que sí aparece ese espíritu. Precisamente, y llegamos a lo más relevante de esta experiencia convencional, en el marco de las **“medidas de carácter social”** -Capítulo XII-, donde tienen cabida multiplicidad de materias, de diferente naturaleza -ropa de trabajo, seguridad y salud laboral, igualdad, gestión de carácter ambiental, protocolos contra las diferentes modalidades de acoso -, un cierto “cajón de sastre”, habría que “criticar”, aparece el siguiente **acuerdo marco sectorial de acción integral frente a las drogodependencias y demás adicciones:**

“Artículo 55. Principios generales ante las adicciones y drogodependencias”.

Este artículo parte de situar el consumo de drogas legales e ilegales como problema **“de salud con repercusiones individuales y colectivas”**. Además, y es también una pauta útil, recuerda que el ambiente laboral es, o puede ser, fuente de riesgo para estos problemas: **“El inicio o incremento del consumo de drogas en el medio laboral viene en muchos casos determinado por condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo”** (esto es, entre otros, los factores de riesgo psicosocial, aludidos en el art. 49 CCE).

De ahí que se estime conveniente incluir en este convenio colectivo un **Plan Integral de acción contra las drogodependencias en las empresas del sector**. Expresamente se reclama la atención sobre su carácter **preventivo, asistencial y de reinserción**, de un lado, **y de garantía de participación, voluntariedad y planificación sistemática de la acción**, de otro. Fuera quedará, sin embargo, el consumo de tabaco para lo que se remite “a lo dispuesto en la normativa legal específica” -la recordada prohibición-. De forma más particular, el convenio incluye los siguientes contenidos en ese marco sectorial de intervención integral, que luego ha de ser concretado en cada empresa, claro está, dado que adolece de cierta generalidad, hasta el punto de llamarlos “principios -de acción integral-”, con lo que las reglas concretas serán las que fijen, de común acuerdo, empresario y representación laboral en cada empresa. En todo caso, es evidente que tiene un carácter normativo, por tanto vinculante, aunque resulte un tanto programático:

Preventiva.- Se priorizarán medidas educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promuevan hábitos saludables. Asimismo se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo.

Asistencial.- Se facilitará el acceso a los programas de tratamiento de las entidades del sector a aquel personal que lo solicite.

Reinsertiva.- El objetivo fundamental de toda acción es devolver la salud al sujeto y facilitar la reincorporación del personal a su puesto de trabajo.

Participativa.- Toda iniciativa empresarial relacionada con las drogodependencias será consultada, con carácter previo, a la representación legal de los trabajadores si la hubiere o en su defecto se informará a la plantilla.

No sancionadora.-El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido por esta causa o por las acciones derivadas de la misma y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo si es necesario.

Estos **principios** serán desarrollados en el ámbito de cada entidad junto **con la representación legal de los trabajadores** si la hubiera.

Resumen de la “buena práctica de regulación sectorial “

CONVENIO COLECTIVO DEL SECTOR DE EMPRESAS DE ACCIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL; TRABAJO CON COLECTIVOS VULNERABLES		
ANTECEDENTES		
Descripción del Sector	Todas aquellas empresas, asociaciones, fundaciones, centros, entidades u organizaciones similares cuya actividad principal sea la realización de actividades educativas, culturales, sanitarias o laborales, respondiendo a necesidades sociales y ofreciendo atención a personas que se encuentran en especial situación de vulnerabilidad social, mediante la inclusión y/o participación social de las mismas.	
Marco regulador	Convenio colectivo estatutario, de marco sectorial, Boletín Oficial del Estado núm.158 de 3 de julio de 2015.	
NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS		
Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo	Acción preventiva sobre los riesgos psicosociales	Respecto al cumplimiento de deber de protección, en el art. 49, párrafo 1, se realiza una referencia expresa de actuación para evitar los riesgos laborales y psicosociales. Por tanto, pone de manifiesto una concepción integral y ambientalista de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
	Programa de actuación específico	Se estima conveniente incluir en este convenio colectivo un plan integral de acción referente al aspecto preventivo, asistencial, reinsertiva, participativa, no sancionadora, voluntaria y planificada.
Medidas de carácter social	Preventiva	Se priorizan las siguientes medidas preventivas para motivar la reducción y el consumo de drogas como son las educativas; informativas y formativas, con el objetivo de promocionar los hábitos saludables de los trabajadores. De igual modo, se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de condiciones de trabajo.
	Asistencial	Se facilita el acceso a los Programas de tratamiento de las entidades del sector al trabajador que lo solicite de manera voluntaria.
	Reinsertiva	La prioridad del Plan integral es devolver la salud al trabajador afectado y facilitar la reincorporación del personal a su puesto

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	A) la participación, consulta e implicación de todos los trabajadores o de la representación legal de los mismos, siendo un aspecto esencial para el logro de una adecuada creación e implementación del Programa de actuación específico. B) la referencia expresa del carácter no sancionador que se le han de atribuir a aquellos trabajadores que se acojan a un tratamiento, no pudiendo ser objeto de sanción o de despido por estas causas o por las acciones derivadas de las mismas.
Debilidades y aspectos que se han de mejorar	A) Las medidas de carácter asistencial podemos considerarlas programáticas y de carácter general, es decir, crea unos principios de acción y de compromiso sin precisión de cuándo se llevará a cabo. B) la competencia para desarrollar el plan integral de acción es de un órgano de representación genérico o indiferenciado, siendo la representación legal de los trabajadores. Lo más adecuado sería desarrollarlo por un órgano técnico y especializado, como puede ser el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo. C) El aspecto preventivo no va más allá de la información y promoción de los hábitos saludables. De ahí que no exista conexión con la evaluación de riesgos psicosociales y las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

VI CONVENIO MARCO ESTATAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES: UNA BUENA PRÁCTICA EN MATERIA DE ATRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS AL CSST

En línea análoga, incluso con cláusulas prácticamente idénticas -lo que identifica un sector perteneciente a una misma Federación Sindical- la previsión del **VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal** (BOE 18 mayo 2012, núm. 119, [pág. 36236]). En él, se hacen algunas consideraciones más concretas respecto de los órganos de la empresa que han de asumir la elaboración de un plan de acción para la gestión preventiva de los consumos.

En este sentido, en el CAPÍTULO V, relativo a la *Prevención riesgos laborales y salud laboral*, se establece que²⁶:

El “Comité Central de Seguridad y Salud” tendrá las siguientes competencias y facultades (artículo 29):

(...)

Realizar acciones tendentes a **promover la difusión y conocimientos sobre la legislación de prevención y riesgos laborales específicos del sector, con especial atención a los riesgos ergonómicos y psicosociales.**

(....)

“Elaborar un programa de actuación en el ámbito de las drogodependencias”

(...)

Promueve un plan de gestión integral del riesgo de drogodependencias (art. 30). Aquí se incluye una regla de atribución de competencia mucho más precisa: **“El comité central de seguridad y salud laboral concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio”**.

Las diferencias entre la primera experiencia de marco sectorial de intervención integral y esta segunda son notables, por lo que merece la pena reseñarlas brevemente a fin de que se puedan sacar, en su momento, las debidas enseñanzas si se pretende una acción de mejora continua, tanto en la regulación como en la gestión de estas experiencias, sin duda reseñables en sí mismas por su espíritu innovador, también por su letra, aunque no siempre sea la mejor:

- La norma colectiva sectorial atribuye de forma concreta, designando al sujeto u órgano representativo responsable, el mandato de desarrollo, lo que evidencia que no son sólo meros “principios de acción” -era el caso anterior-, sino “mandatos vinculantes de desarrollo práctico”
- La norma de atribución de competencia no lo es para un órgano de representación genérico o indiferenciado -la representación legal o sindical-, sino para un órgano

²⁶ Tiene prácticamente el mismo contenido que el Capítulo XII del I CC de empresas de acción e intervención social.

de participación especializada -el Comité central de Seguridad y Salud Laboral-, con lo que aparece mucho más claramente el enfoque de seguridad y salud laborales. Se recuerda que es el primado por el programa pionero y central de la OIT.

- Se delimita el tiempo de vigencia de ese compromiso de desarrollo, que no queda en el aire, o como mera declaración solemne, sino que se precisa que ha de ser llevada a cabo de forma inmediata - “será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio”-. De este modo, queda clara la voluntad de estar ante mandatos de carácter normativo, no meras cláusulas obligacionales.
- En el Capítulo X (Régimen disciplinario), en cambio, evidenciando menor coherencia que la experiencia anterior, que renuncia a tipificaciones expresas en esta materia, sí tipifica como “falta grave” (art. 59 B) -sancionable con suspensión de empleo y sueldo de 4 a 29 días-:

“8. Fumar o consumir alcohol durante la prestación del servicio”

De este modo, dejando a un lado el tema del tabaco, pues sabido es que fumar en los lugares de trabajo está prohibido, salvo excepciones, y por tanto genera responsabilidad por ese simple hecho para la propia empresa, queda claro que sancionar el sólo consumo de alcohol durante la prestación, sin atender al nivel del mismo -problemático o no-, sanciona una conducta de forma inapropiada. Asimismo, y aunque en apariencia no sanciona de manera expresa ni la embriaguez ni la toxicomanía, de forma indirecta sí lo hace, mediante reenvío al art. 54.2 ET, en cuya letra f), como se vio, se tipifica “la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”. Por tanto, en este convenio también aparece como infracción muy grave -por tanto sancionable no sólo son suspensión de 30 a 90 días, sino también con despido-, pues incluye

“20. Cualquier otra conducta tipificada en el art. 54.2 ET”.

SECTOR DE AUTOMOCIÓN: MARCO CONVENCIONAL Y PROTOCOLO DE UNA GRAN EMPRESA (GENERAL MOTORS ESPAÑA)

GENERAL MOTORS ESPAÑA (“VIEJA” OPEL ESPAÑA) (Código de Convenio 50000582011983) Este convenio²⁷, suscrito el día 26 de abril de 2013, se publicó en el BOPZ. Zaragoza, 6 de mayo de 2013 (vigencia 2013-2017).

Dentro del Bloque tercero (III. SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. SALUD LABORAL. ERGONOMÍA. MEDIO AMBIENTE), aparece la cláusula 30 (Lucha contra el alcohol, drogas y ludopatía). Su estructura es:

a) Artículo 28.1 b), punto 9: atribuye al Comité Central de Seguridad y Salud en el Trabajo una doble facultad de “conocer y cooperar” con cualesquiera programadas de “promoción de la salud en el trabajo”, poniendo énfasis en 2, destacando, a nuestros efectos, el **Programa de Ayuda a Empleados** -PAE- con problemas de alcohol, drogas y ludopatías²⁸

b) Artículo 30:

- Fundamento y modo participativo de la gestión preventiva del riesgo de adicciones
- Objetivos básicos: programáticos y culturales con carácter general y asistenciales para quienes voluntariamente se sometan a programas, si bien no directamente, sino a través de la “re-dirección” a las asociaciones especializadas.
- Es de adscripción voluntaria y prueba específica de la sinceridad de su compromiso con el programa de rehabilitación propuesto por los expertos.
- Comisión reducida, mixta, pero no paritaria, de seguimiento del programa de atención -un representante por cada central sindical y uno por el Departamento de Personal, que se reúnen regularmente con el Departamento de Prevención responsable-.

En este marco convencional colectivo se mantiene, no obstante ese programa de acción asistencial, el régimen disciplinario. Así parece en el ANEXO IV (Código de conducta de General Motors España). El cuadro resultante es el siguiente:

a) Se tipifica como infracción muy grave no sólo la introducción y la venta, sino incluso el mero “consumo” de cualquier bebida alcohólica o/y sustancia adictiva -drogas tóxicas y estupefaciente-. Ninguna referencia expresa se hace a la necesidad de que tenga una dimensión de habitualidad ni a que ha de afectar a la actividad laboral, como exige la norma legal, con lo que podría decirse que se empeora el tratamiento, haciendo de todo consumo una infracción grave. En principio, esta regulación -más restrictiva que la legal-

²⁷ Firmado por los sindicatos UGT, Comisiones Obreras (CC.OO.) y la Asociación de Cuadros y Mandos de Opel (ACUMAGME), que suponen el 75 por ciento de la plantilla

²⁸ El otro es un Programa de Prevención del cáncer ginecológico para las trabajadoras, en “colaboración con el sistema público “

se revelaría un tanto incoherente con la preocupación -seria- evidenciada en el capítulo de promoción de la salud en la materia de lucha contra las adicciones.

b) Se introduce una “cláusula de advertencia” sobre la interacción entre esa facultad de la que es titular el empresario y la existencia del programa individualizado de ayuda -PAE- a las víctimas de la drogodependencia que trabajen en la empresa. En principio, no actúa como “cláusula de condicionamiento” del poder disciplinario, como una *medida de suspensión cautelar del procedimiento disciplinario por conductas derivadas del consumo*, sino más bien lo contrario, como una “cláusula de salvaguardia” de ese poder frente al PAE:

“...siendo voluntaria la incorporación a este programa, la existencia del mismo no podrá ser utilizada para justificar actitudes o conductas que estén consignadas en este Código de Conducta”.

La cláusula convencional es muy ambigua. Por eso, sería mejor especificarla en el plan específico y orientarla en el sentido -que entendemos correcto y el que está en la voluntad de un programa de estas características- de que, en efecto, no pudiendo anular el programa la activación del poder disciplinario, sólo habrá de ser condicionado en su ejercicio -suspendido- si media la aceptación -voluntaria, siempre- por el trabajador de someterse a un programa individualizado de desintoxicación de la adicción afectante. De este modo, se garantiza un uso complementario de ambos regímenes, el disciplinario y el asistencial, con lo que puede tener un efecto más relevante en el cumplimiento de sus objetivos.

GENERAL MOTORS ESPAÑA, S.L.U.	
ANTECEDENTES	
Presentación de la empresa	La organización empresarial General Motors España S.L.U. se dedica a la fabricación y venta de automóviles y componentes. En el año 2014 contaban con una plantilla de entorno a 5700 trabajadores.
Marco regulador	Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza, de 6 de mayo de 2013.
NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS	
Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo	<p>Programa de actuación específico</p> <p>Se le atribuye al comité de Seguridad y Salud en el Trabajo la facultad de "conocer y cooperar" con los siguientes programas de actuación:</p> <p>Programa de Ayuda a Empleados (P.A.E.) con problemas de alcohol, drogas, ludopatía.</p> <p>Programa de Prevención de Cáncer Ginecológico para las Trabajadoras.</p>
	<p>Acceso a tratamiento</p> <p>Voluntariamente los trabajadores afectados podrán solicitar los tratamientos establecidos en los programas específicos, siempre y cuando muestren un vivo y sincero interés de rehabilitación. Para ello, dichos programas dirigirán a estos trabajadores hacia las Asociaciones y a las personas especializadas.</p>
	<p>Seguimiento del programa</p> <p>El Comité de Empresa designará un representante de cada Central Sindical, que junto con un representante del Departamento de Personal se reunirán de forma regular con los miembros de Departamento de Prevención responsables del mismo.</p>
Medidas Sancionadoras	<p>Se estipula como falta grave:</p> <p>el "desempeño del trabajo bajo los efectos del consumo de alcohol o drogas".</p> <p>De igual modo, se determina como falta muy grave:</p> <p>"la introducción, tráfico y consumo de drogas tóxicas y estupefacientes".</p>

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	<p>A) Un aspecto central que se establecen para la consecución de los objetivos propuestos es el modo participativo de la gestión preventiva del riesgo de adicciones. Se determina la participación del Comité de Empresa y Sindicatos, y su cooperación con el Departamento de Prevención y Comités de Seguridad y Salud en el trabajo.</p> <p>B) Es muy adecuada la competencia para desarrollar el plan integral de acción, siendo el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo el responsable de ello como órgano técnico y especializado, dividiéndose en tres Comités de Planta y uno central.</p>
Debilidades y aspectos que se han de mejorar	<p>A) Se debería de concretar y mejorar la tipificación de infracciones, sean graves o muy graves, respecto a la necesidad de que tenga una dimensión de habitualidad y de su afectación a la actividad laboral, tal y como exige la norma legal (art. 54.2. apartado f, del Estatuto de Trabajadores).</p> <p>B) La cláusula "Conductas derivadas de dependencias" recogida en el Anexo IV, podemos observarla como una cláusula de salvaguardia del poder disciplinario frente al Programa (P.A.E), creando ambigüedad. En este sentido, lo idóneo sería especificarla y establecerla como una exención o suspensión cautelar de la vía disciplinaria por conductas derivadas del consumo siempre y cuando el trabajador, de manera voluntaria, aceptara someterse a dicho programa de desintoxicación.</p>

RENFE (OPERADORA Y ADMINISTRADORA DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS)

La importancia del protocolo de RENFE está no sólo en ser pionero (1998), aunque haya quedado algo rezagado, sino en su influencia en toda la estructura compleja generada tras las sucesivas reestructuraciones organizativas, lo que ha dado lugar a que tengan su convenio propio -hoy se intenta negociar el I CC Grupo RENFE-, pero mantienen una estructura análoga y una vinculación también semejante a la “normativa laboral interna” -sistematizada en 2003-, que trató de ordenar de forma sistemática esa regulación convencional dispersa y, por tanto, incierta²⁹. Los sucesivos convenios han ido manteniendo la vigencia de los anteriores en relación a este tema, por lo que puede decirse vigente la regulación que aparece en el X CC (1993) hasta el último. Así:

- RENFE-OPERADORA (Va por el II CC)
- ADMINISTRACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS FERROVIARIAS-ADIF- (va por el II CC)
- FERROCALILES DE VÍA ESTRECHA -FEVE- (va por el XIX CC)

En el IX CC/1991 se tipificaba como infracción grave la embriaguez no habitual, siempre que se estuviese en el servicio y no se atendiera tareas propias de la seguridad de las personas o cosas, y como infracción muy grave la embriaguez habitual, en cualquier servicio y se mantienen -Título XII, premios e infracciones-como tales en la “norma laboral” -refundición CC X y XI- (arts. 458-459).

Algunas originalidades son las siguientes -además de una estructura organizativa preventiva compleja-:

Marco normativo convencional integral (artículo 556 y ss.), dentro del Capítulo relativo a la Vigilancia de la Salud (*Título Prevención de Riesgos Laborales*): un programa para la prevención y otro para la reparación (atención médica y reinserción en el puesto)

Previsión presupuestaria en los diversos convenios colectivos de RENFE, incluida como partida de la acción social -beneficios sociales-, junto con otros programas como los relativos a la “medicina preventiva”. La financiación corresponde al Fondo de Ayuda Social.

Pero junto a esas “fortalezas”, tiene algunas otras “debilidades”, e incluso “amenazas” para su buen uso, como es el que no haya una acción comunicativa interactiva o recíproca entre ambos tratamientos, el disciplinario y el preventivo. En este sentido, expresamente se afirma, en la línea de la experiencia de GENERAL MOTORS, que:

²⁹ Como reconoce el documento de la normativa laboral interna -2003-, el actual marco convencional se encuentra disperso entre el X y el XIV Convenio Colectivo y numerosos pactos y acuerdos alcanzados. Dispersión que crea inseguridad, al no existir una sistematización de la norma. Se trata de una recopilación sistematizada de la normativa laboral en vigor en RENFE. Consiguientemente, este Texto no es una norma convencional y, por tanto, la fuerza de obligar de los preceptos en él incorporados no nace de este Texto sino de los acuerdos alcanzados con la Representación del Personal que en el mismo se sistematizan

“La política disciplinaria derivada de conductas laborales será independiente de la posible incorporación del trabajador al Plan de Actuación” (art. 560 de la normativa laboral, que sistematiza la regulación convencional vigente).

No tiene presencia, sin embargo, en la práctica convencional de empresas ligadas a este sector, como el XXI CONVENIO COLECTIVO ESTATAL DE CONTRATAS FERROVIARIAS (Res. 7 de febrero de 2014, de la Dirección General de Empleo; BOE 24 Febrero 2014). Éste tiene un exclusivo enfoque disciplina

Resumen de la experiencia de RENFE

RENFE, RED NACIONAL DE LOS FERROCARRILES ESPAÑOLES	
ANTECEDENTES	
Presentación de la empresa	<p>El grupo Renfe y sus sociedades se apoyan sobre cuatro ejes de actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> transporte de viajeros y comercialización de productos asociados en entornos metropolitanos, regionales, nacionales e internacionales (Renfe Viajeros), transporte de mercancías y servicios logísticos (Renfe Mercancías), mantenimiento y trabajo industrial (Renfe Fabricación y Mantenimiento) y gestión de material rodante a disposición del mercado (Renfe Alquiler de Material Ferroviario). <p>Ha experimentado importantes procesos de reestructuración, que ha dado lugar a la aparición de diferentes sociedades</p>
Marco regulador	<p>Existen sucesivos convenios colectivos estatutarios que han ido manteniendo la vigencia de los anteriores en relación a la materia de las dependencias y consumos de drogas en el ámbito laboral. No obstante, podemos mencionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> II Convenio colectivo de RENFE-Operadora (BOE, núm.16, de 18 de enero de 2013). II Convenio colectivo de administrador de infraestructuras ferroviarias-ADIF- (BOE, núm.34, de 18 de febrero de 2013). XIX Convenio colectivo de Ferrocarriles de vía estrecha -FEVE- (BOE, núm.107, de 4 de mayo de 2013).

NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS		
Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo	Programa de acción	Plan de Acción contra la Drogodependencia y el Alcoholismo: Programa de Prevención (salud laboral) y del Programa de Atención y Reinserción Laboral (social).
	Acción preventiva	<p>Se fomenta el autocontrol individual y colectivo ante el problema del alcoholismo y la drogodependencia mediante medidas:</p> <p>Formativas/Informativas</p> <p>Participativas.</p> <p>Otras medidas de fomento de las actividades de tiempo libre (culturales, deportivas...).</p> <p>Mejora de las condiciones de trabajo y de calidad de vida</p> <p>Fomento de la salud, mediante reconocimientos médicos preventivos y asesoramiento en temas de salud.</p> <p>Medios Propios: médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y Representantes de los trabajadores.</p> <p>Medios Comunitarios: Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales y otras instituciones públicas</p>

Medidas de carácter social	Programa de actuación específico	Programa de Atención y Reinserción Laboral, cuya finalidad es persona información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento que le facilite la ayuda necesaria para solucionar los problemas relacionados con el consumo, facilitando los apoyos necesarios para lograr un estado en el que se encuentre física, psíquica y socialmente en condiciones para reintegrarse a la vida laboral y social.
	Vía de detección del consumo	<p>Mediante reconocimientos médicos y sondeos, voluntarios, las vías de detección de consumo que se realizan al personal de circulación, teniendo en cuenta que pudiera no existir una voluntariedad inicial</p> <p>De igual manera, para el resto del personal sobre el que no se realiza determinación de consumo de drogas, y que de forma voluntaria puede solicitar asesoramiento o tratamiento, bien a través de los Representantes Sindicales, Servicios Médicos, Psicología Laboral, etc.</p>
	Reinsertiva	<p>Existe un seguimiento del proceso de tratamiento para determinar en el momento de la reincorporación al trabajo la conveniencia o no de continuar con su trabajo habitual.</p> <p>Ahora bien, en cualquier supuesto, se limitarán a dos el número de tratamientos que pueden ser solicitados u ofrecidos al trabajador y el proceso a seguir dependerá del tipo de personal de que se trate.</p>

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	<p>A) Este Plan de Acción se establecen para todos los niveles de la Empresa y se desarrollarán con la participación y cooperación de todas las partes implicadas: dirección, sindicatos y trabajadores.</p> <p>B) Incorporación de la asistencia psicológica a los trabajadores.</p>
Debilidades y aspectos que se han de mejorar	A) La cláusula del art. 560 "La política disciplinaria derivada de conductas laborales será independiente de la posible incorporación del trabajador al Plan de Actuación", podemos observarla como una cláusula de garantía del poder disciplinario frente al Programa de actuación específico, creando ambigüedad. En este sentido, lo idóneo sería especificarla y establecerla como una suspensión cautelar de la vía disciplinaria por conductas derivadas del consumo.

SECTOR SERVICIOS (CONTRATAS Y SUBCONTRATAS)

PROGRAMA EXPERIMENTAL E IMPLANTACIÓN PROGRESIVA DE LA EMPRESA FOMENTO DE CONSTRUCCIONES Y CONTRATAS (FCC, S.A.)

El compromiso compartido inicial: un problema social, pero no sólo, también de la empresa.

Fomento de Construcciones y Contratas, S.A. es una gran empresa, certificada en OH-SAS 18001, por tanto, con una cultura ciertamente significativa en la implantación práctica de complejos sistemas de acción de calidad integral, atendiendo a la triple dimensión hoy más consolidada: calidad industrial, calidad ambiental y calidad preventiva de riesgos laborales. En este contexto, concienciada la empresa sobre la relevancia social del problema del consumo de drogas, no ya sólo en su dimensión social, sino también de la empresa, y concienciado el Comité de Empresa de Reus, se decidió a implantar en la Delegación de Medio Ambiente de Lleida-Tarragona, de forma práctica, un Programa de Acción Preventiva. Inicialmente se limitó a la contrata de limpieza y recogida de residuos de REUS, si bien en su génesis aparecía la idea de su extensión al conjunto de la empresa conforme fuera calando esta cultura de gestión preventiva del riesgo de adicciones del tipo consumo de drogas.

A tal fin, ideó una acción con la autoridad pública, a través de la colaboración con la Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud y del Departamento de trabajo servicios territoriales de Tarragona. El marco de compromisos socio-políticos de referencia está fijado, autonómicamente, en el **Convenio de concertación social para la prevención y tratamiento de drogodependencias** (marzo del 2002), firmado entre la Generalitat de Cataluña y las organizaciones patronales y sindicales más representativas. De este modo, el ambiente próximo de trabajo se convertía:

*“por la importancia que tiene en la vida de una persona y su dimensión social, en un **ámbito adecuado para las intervenciones preventivas** de los consumos de drogas a los que se hace referencia...y para las... asistenciales de las alteraciones relacionadas con estos”.*

Por supuesto, ni la concienciación ni el compromiso suelen surgir espontáneamente. El detonante de este nuevo enfoque de gestión se habría producido por la detección, “durante la realización de las tareas rutinarias de control y vigilancia de la salud por parte de los servicios médicos de la empresa” de un “número importante del personal” con “un consumo habitual de alcohol y/o drogas durante su jornada de trabajo, o fuera de ésta”.

Precisamente, sería esa “variable” la que daría la señal sobre “la necesidad de actuar, empresa y representación de los trabajador/as” mediante una acción concertada, produciéndose en virtud del acuerdo de fecha 9 de mayo del 2.008 la creación de un programa preventivo. El objetivo del mismo es conseguir eliminar totalmente el consumo de alcohol y drogas en la jornada laboral (“consumo doble 0,0” o “tolerancia 0”), si bien se planteó de una forma paulatina o progresiva para que se viera como una acción promocional y no como una amenaza o acción persecutoria. Por eso, primero se transmitieron mensajes orientados a una gradual reducción del consumo, para finalizar con una exigencia plena, a fin de hacer de este centro un “entorno libre de drogodependencias” -al igual

que el objetivo de la “empresa libre de humo o espacios sin humo”-. La acción comunicativa, pues, será muy importante, de modo que la campaña y el programa seduzcan al público, sin que lo ponga a la defensiva³⁰.

Marco regulador

El referido Convenio de Concertación Social situaba claramente la acción en el marco del desarrollo “de actividades preventivas y de promoción de la salud laboral, de acuerdo con la Ley estatal 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales”, y del “Plan de Salud de Cataluña (1999-2001)”, pues parte de que “*el consumo de drogas en el ámbito laboral puede constituir un elemento de deterioro de la seguridad y la salud en el trabajo*”. No obstante, el presupuesto principal para la acción de esta empresa es el de la “responsabilidad social corporativa”, bajo modalidad no unilateral, sino acordada, en la cuestión que aquí interesa, con la representación de los trabajadores, de ahí la aprobación de un “*marco normativo interno de gestión integral*”. Ciertamente, este marco interno negociado o pactado -bajo modalidades más informales, pues- ha saltado al marco convencional institucionalizado o formalizado, de modo que sucesivos convenios colectivos de los diversos centros de trabajo-contratas de la empresa comienzan a incluir en su articulado un precepto de reenvío o remisión específica y expresa a ese Programa que, eso sí, tiene una dimensión integral, típica de las acciones de medicina preventiva -primaria, secundaria, terciaria³¹-.

El compromiso significaría, pues, ir más allá del estándar normativo previsto por la LPRL, para hacer de la empresa un entorno para el personal pleno en salud y calidad de vida, según el contemporáneo paradigma de la empresa no sólo “segura”, sino también “saludable” (de ahí el lema: “FCC, S.A. empresa segura y saludable”). Al respecto, no sólo se trata de incidir en el cambio de hábitos personales y sociales que estén incidiendo en el consumo, sino también, como advierte expresamente, “identificar”, primero, y “modificar”, después, en su caso, “*aquellos factores ambientales laborales que puedan incidir en el consumo de drogas y alcohol*”. De ahí, la doble dirección de este tipo de compromisos:

a) Sociales (beneficios para los trabajadores):

- 1) Mejora de la salud y la calidad de vida
- 2) Reducción de la accidentalidad laboral
- 3) Reducción de medidas disciplinarias

30 Nos cuenta la empresa que la campaña fue dirigida a un público muy concreto, los trabajadores/as de una empresa de servicios públicos de limpieza y recogida, con un nivel y características socio-culturales muy determinadas y con una gran facilidad de acceso durante la jornada a estas sustancias debido a que realizan su trabajo en la vía pública.

31 Conforme al principio 2º de la Cláusula Segunda del Convenio de concertación social en materia de gestión de las drogodependencias, que han de orientar las actuaciones de la Comisión Tripartita creada al efecto en el seno de la Administración catalana -cláusula primera-, “en este ámbito se tienen que caracterizar por criterios de prevención primaria, secundaria y terciaria”. Añade que “*las estrategias preventivas se deben dirigir tanto a la reducción de la demanda como al control de la oferta, así como a la modificación de factores de riesgo, relacionados con el ámbito de este convenio*”.

b) Económicas (ventajas para las empresas):

- 1) Reducir el absentismo laboral y los periodos de baja
- 2) Mejorar el clima laboral y el sentido de compromiso con la empresa
- 3) Mejorar la imagen de la empresa.

Los convenios colectivos de la empresa FCC, S.A. centros Tarragona y Reus años 2005-2010 incluía un Anexo III centrado en la tipificación de faltas laborales. En los nuevos se incluyen cláusulas como éstas:

Artículo 33. Promoción de la salud

“Todo el personal afecto al presente convenio colectivo estará sujeto a un chequeo médico anual con carácter obligatorio, para poder garantizar la seguridad de los trabajadores en su puesto de trabajo, entregándose a cada trabajador un informe de la misma”.

De igual forma, el personal de la plantilla, y de acuerdo con el programa preventivo del consumo de alcohol y/u otras drogas que está implantado en la empresa y firmado por la representación legal de la plantilla, los/as trabajadores/as realizarán en jornada de trabajo las pruebas de detección del consumo de acuerdo con el procedimiento firmado, y en el caso de dar positivo, se aplicará el régimen firmado del régimen preventivo del consumo del alcohol y/u otras drogas” (CC de FCC para la Contrata del Consejo Comarcal del Tarragonés, 2012; BOPT 21 de marzo de 2013, n. 68)

Es manifiesta su voluntad de convertirlo en imperativo para el conjunto de la plantilla, en los términos del referido programa. En él se prevén tres etapas:

- Campaña de sensibilización
- Etapa de detección y control
- Etapa de intervención

Llama especialmente la atención que no se diferencia entre “consumos problemáticos” y “consumos no problemáticos”. Los *Lemas de la campaña en FCC* son:

“Ambiente Laboral 0,0”

*“En el trabajo...la **maría**, como mucho, por desayuno
En el trabajo...la **coca**, como mucho, de cerezas
En el trabajo...las **pastillas**, como mucho, para la tos
En el trabajo...el **chocolate**, como mucho, con churros
En el trabajo... las **cañas**, como mucho, para beber zumo
En el trabajo...la **copa**, como mucho, la de Europa
En el trabajo... la **mezcla**, como mucho, con ganchitos”.*

A partir de ahí, cuenta con una “**normativa laboral interna**”, previamente pactada, en la que se detalla con mucha precisión los aspectos principales del proceso de “detección de los consumos” -contempla tres vías: demanda individual, reconocimientos médicos,

controles (pruebas de detección)-, diferenciando los tratamientos laborales atendiendo a los umbrales de consumo producidos. Así, según la cantidad de alcohol -o sustancias- en sangre se ubica a los trabajadores en unos programas u otros.

El éxito en términos de resultados de esta experiencia es innegable. Ofrece importantes indicadores de rendimiento -reduce consumos, incrementa productividad, reduce absentismo de forma continuada -. No obstante, y además de algunos problemas vinculados al alto coste de las pruebas de detección, conviene poner de relieve que ese gran éxito institucional de esta experiencia, y su extraordinaria difusión a través de otros centros de la empresa, otras empresas del grupo FCC y otras empresas ajenas, no debe excluir la evaluación del mismo desde un plano netamente preventivo. Al respecto, presenta pequeñas debilidades a corregir.

FOMENTO DE CONSTRUCCIONES Y CONTRATAS S.A. (FCC)	
ANTECEDENTES	
Presentación de la empresa	<p>Fomento De Construcciones y Contratas S.A. (FCC), es un grupo empresarial de servicios ciudadanos y en sectores de servicios medioambientales, agua e infraestructuras.</p> <p>Cuenta con la certificación en OHSAS 18001 a través de la implantación de un plan de prevención de riesgos laborales que ha permitido la creación de una cultura empresarial preventiva a todos los niveles.</p> <p>En este contexto, y bajo el lema “FCC, S.A. empresa segura y saludable”, el Comité de Empresa de Reus, se decidió a implantar en la Delegación de Medio Ambiente de Lleida-Tarragona, un Programa práctico de Acción Preventiva acerca del problema del consumo de alcohol y drogas.</p>
Marco regulador	<p>Convenio Colectivo de FCC para la Contrata del Consejo Comarcal del Tarragonés. Boletín Oficial de Tarragona, núm. 68, de 21 de marzo de 2013. No obstante, el presupuesto principal para la acción es de “Responsabilidad Social Corporativa”.</p>
Razones por las que se generó un Programa de acción concreto	<p>El detonante de este nuevo enfoque parte por la detección “durante la realización de las tareas rutinarias de control y vigilancia de la salud por parte de los servicios médicos de la empresa” de un “número importante del personal” con “un consumo habitual de alcohol y/o drogas durante su jornada de trabajo, o fuera de esta”.</p>

NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS		
Medidas de carácter social y de responsabilidad social corporativa	Acción preventiva	<p>Se establece una política de actuación de "tolerancia cero al alcohol y otras drogas en la empresa", con la finalidad de ayudar a todo el personal en la prevención para una plena salud y calidad de vida.</p> <p>Para ello, se advierte también expresamente, identificar y modificar aquellos factores ambientales laborales que puedan incidir en el consumo de drogas y alcohol.</p>
	Programa de actuación específico	<p>El Programa de actuación sobre la "Tolerancia cero al alcohol y otras drogas en la empresa", basado en la campaña "Ambiente Laboral 0,0", está formado por tres etapas:</p> <p>Campaña de sensibilización</p> <p>Etapas de detección y control</p> <p>Etapas de intervención</p>
	Detección y control del consumo y adicciones	<p>Se utilizarán diferentes vías creadas para garantizar la seguridad de los trabajadores/as y de terceros en la jornada laboral, como son:</p> <p>Detección a petición del trabajador.</p> <p>Por reconocimiento médico.</p> <p>Realización de controles o pruebas de detección.</p>
	Acceso a tratamiento	<p>Se establece un proceso de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación de todos aquellos trabajadores/as que acepten voluntariamente la iniciativa de la empresa.</p>
	Reinserción	<p>Es supervisada por el Servicio Médico de empresa para valorar las necesidades de adecuación del puesto de trabajo previa información al Servicio de Prevención y al Departamento de Recursos Humanos. Para ello, se activan los recursos sanitarios, laborales y sociales necesarios para poder garantizar una reinserción socio laboral.</p>

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	<p>A) Uno de los puntos más destacables, es la participación socio-política de esta experiencia a través del Convenio de concertación social para la prevención y tratamiento de drogodependencias firmado entre la Generalitat de Cataluña y las organizaciones patronales y sindicales más representativas (año 2002). Pero también, la transversalidad del programa y la implicación a nivel interno de todos los departamentos de la Delegación (Dirección, Producción, Recursos Humanos, Servicio de Prevención, Servicio Médico y Comités).</p> <p>B) Otro factor clave es el establecimiento por una comisión Evaluadora de mecanismos para la evaluación y seguimiento continuo del programa estableciéndose una mejora continua y la adaptación a situaciones no previstas y que vayan surgiendo con la implantación del mismo.</p> <p>C) La existencia de una doble dirección de este tipo de compromisos y experiencia. En primer lugar, sociales en beneficio para los trabajadores:</p> <p>Mejora de la salud y la calidad de vida, a través de una mayor sensibilización y concienciación de la plantilla respecto la problemática del alcohol y las drogas.</p> <p>Reducción de la accidentabilidad laboral y mayor seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Disminución de las medidas disciplinarias aplicadas.</p> <p>En segundo lugar, económicas constituyéndose como ventajas para la empresa:</p> <p>Aminorar el índice de absentismo laboral y los periodos de baja por enfermedad.</p> <p>Mejora del clima laboral y el sentido de compromiso, creando canales de comunicación interna.</p> <p>Mejora de la imagen corporativa.</p>
	Debilidades que se han de mejorar

SECTOR DEL HANDLING Y AUTOHANDLING EN AEROPUERTOS ESPAÑOLES:

EXPERIENCIA DE LA EMPRESA EASYJET HANDLING SPAIN

En las empresas anglosajonas, en especial norteamericanas, pero también británicas, es muy frecuente que se incluyan cláusulas, sobre todo en el sector aeronáutico, en las que se exige a todas las empresas que contraten con ellas que cuenten con programas específicos para la detección de consumos problemáticos de sustancias por parte de sus trabajadores. Se les conoce como cláusula comercial “*worker clean*”. A partir de ellas, muchas otras empresas del continente, en especial las francesas, han desarrollado programas de este tipo. No se busca tanto la seguridad y salud de los trabajadores, como la imagen de seguridad y reputación de la empresa³².

En este contexto, puede entenderse el artículo 66 del III CC (está presentes desde la primera edición, en 2012) de la EMPRESA EASYJET HANDLING SPAIN (BOE 30 de julio de 2014)³³. Se trata de una cláusula muy interesante en orden a un tratamiento más acorde de las adicciones o dependencias (consumo de alcohol y drogas), en la medida en que presupone que se trata más bien de una grave “enfermedad” que de una “conducta reproachable” de las personas que las sufren -víctima, más que culpable-:

“Artículo 66.Excepción al régimen sancionador.

En los supuestos incluidos en los puntos 21 y 22 de las faltas graves, y 25 de las faltas muy graves y **siempre que el/la trabajador/a manifieste su condición de alcohólico o drogodependiente y demuestre documentalmente no sólo su predisposición a iniciar un tratamiento de su enfermedad, sino la realización del mismo, durante el tiempo que fuese necesario, se suspenderá la efectividad de las sanciones** que determina este régimen disciplinario para los mencionados supuestos, **en tanto en cuanto no vuelvan a reproducirse”**

Para comprender adecuadamente esta cláusula -que reconoce el primado del enfoque asistencial respecto del represivo, reconociendo el beneficio de suspensión de la sanción (no del procedimiento propiamente, como quizás debería)-, hay que analizar dos aspectos más de este convenio que delimitan el específico marco de acción previsto por el mismo respecto del riesgo de consumo adictivo -drogodependencias y/o alcoholismo-. A saber:

a) El **Catálogo de infracciones** -por lo tanto de sanciones- disciplinarias, especialmente severo, incluido inicialmente.

b) El **régimen asistencial frente a estas adicciones**, incorporado como un Anexo final del CC

³² Vid. AUVERGNON, PH. “Drogues illicites et travail salarié: agir, sans surréagir”. *Droit Social*. 2015, p. 449.

³³ Firmado por la dirección de la empresa y las Secciones Sindicales de UGT, CCOO y USO.

En el primer plano, el artículo 61 del CC tipifica como infracción grave -por tanto sujeta a la sanción de suspensión de empleo y sueldo de 3 a 15 días (art. 64 CC):

“19. El incumplimiento de la **prohibición de fumar** en cualquier zona cuya prohibición quede determinada por el Ente Público AENA

20. La **embriaguez**, fuera de actos de servicio, vistiendo el uniforme de la empresa”

“21. **Introducción**, en los locales de la empresa, de **bebidas alcohólicas, drogas o sustancias estupefacientes**”

Conforme al artículo 62 CC, se considerará como infracción muy grave -sometida a las sanciones de suspensión de empleo y sueldo de 16 a 60 días, o despido-:

“20. La reincidencia en las faltas graves, aunque sean de diversa naturaleza

21. **El incumplimiento de la prohibición de fumar dentro de la plataforma aeroportuaria, afectando a la seguridad de las operaciones**

26. La simple **presencia en el interior de la zona restringida del recinto aeroportuario, bajo la influencia del alcohol o de las drogas. Tendrá igual consideración la negativa a someterse a las pruebas pertinentes”**

En el ámbito disciplinario, vemos cómo, de un lado, se trata de forma diferente la adicción de fumar respecto de la del consumo de alcohol y drogas- A tal fin, se deja fuera de la tutela suspensiva de la sanción disciplinaria aquella. De este modo, se confirman la tendencia a tratar de forma diferenciada al adicto al trabajo, centrándose en la dimensión prohibitiva radical existente en la legislación. Puede ser una orientación problemática, pues deja en un segundo lugar la condición personal de “persona enferma”. De otro lado, la simple presencia bajo influencia del alcohol en ciertas zonas, al margen de su incidencia concreta en el trabajo o en la seguridad de las operaciones, llevaría a una infracción muy grave, incluyendo la negativa a someterse a las pruebas -que exige, en todo caso, el consentimiento del trabajador, para hacerlas-.

En el segundo plano, en el de la acción asistencial, el CC incluye un Anexo III en el que se establece un marco de acción muy detallado en orden a la “**política de tolerancia 0**” de la empresa con los consumos de alcohol y drogodependencias, tanto en horas de trabajo cuanto fueras de la jornada, si puede tener repercusión en la actividad laboral de un modo u otro. En esta política, extremadamente exigente, combina imperativos de seguridad de la actividad que se realiza con otros de bienestar de las personas, así como, por supuesto, de cuidado de la imagen y la rentabilidad del “negocio” que desarrolla la empresa. Al respecto, tras reconocer que la “adicción” -al alcohol y a las drogas- constituye una “enfermedad”, incorpora acciones de apoyo a quienes las sufren en el seno de la empresa -trabajadores- para que acudan, a través de la mediación, incentivo y estímulo del programa de sostenimiento de la empresa, a los recursos especializados externos -asistencia médica, social -. La política se aplicaría con un carácter general a todos los trabajadores de la empresa, incluidas las empresas con las que mantiene relaciones comerciales, a las que les requiere una política de gestión preventiva del riesgo de consumo adictivo coordinada y equivalente con la propia. En ese Código de Conducta Anti-consumo se combinan diversos elementos, unos de carácter represivo -prohibiciones de consumo; controles obligatorios -y otro asistenciales -programas de Ayuda-.

EASYJET HANDLING SPAIN, SUCURSAL EN ESPAÑA.		
ANTECEDENTES		
Presentación de la empresa		Compañía aérea que se dedica a la actividad de la asistencia en tierra a aeronaves (handling) y es la autoasistencia de servicios en tierra del usuario del aeropuerto (autohandling).
		Al final del periodo del año 2014 hemos cuentan con más de 290 pilotos y 1.300 tripulantes de cabina, así como 390 personas dentro de los diferentes departamentos para la gestión, administración, ingeniería y mantenimiento.
Marco regulador		Convenio colectivo de empresa, BOE núm. 184 de 30 de julio 2014.
NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS		
Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo y medidas de carácter social	Acción preventiva	El Servicio de Prevención será el encargado del diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva, con especial sensibilidad a los problemas que existan de drogodependencia y alcoholismo. Por otro lado, nos encontramos en el ANEXO III. La política de Easyjet respecto a las drogas y al alcohol
	Acceso a tratamiento	La rehabilitación es voluntaria de quienes lo solicite. De igual modo, alienta a aquellos empleados que sospechen o sean conscientes de que tienen un problema con el alcohol o sustancias a recibir la ayuda ofrecida.
	Programa de actuación específico	Política de "política de tolerancia 0" de la empresa con los consumos de alcohol y drogodependencias, tanto en horas de trabajo cuanto fueras de la jornada, si puede tener repercusión en la actividad laboral de un modo u otro. También, la política se aplicaría con un carácter general a todos los trabajadores de la empresa, incluidas las empresas con las que mantiene relaciones comerciales.
Medidas Sancionadoras	Catálogo de infracciones	Faltas muy graves: La simple presencia en el interior de la zona restringida del recinto aeroportuario, bajo la influencia del alcohol o de las drogas. Tendrá igual consideración la negativa a someterse a las pruebas pertinentes. Igualmente, el incumplimiento de la prohibición de fumar Faltas graves: La embriaguez, fuera de actos de servicio, vistiendo el uniforme de la Empresa. Además, la introducción en la Empresa y dentro de la plataforma aeroportuaria de bebidas alcohólicas, drogas o sustancias estupefacientes.
	Exención a de la infracción	Artículo 66. Excepción al régimen sancionador. "trabajador/a manifieste su condición de alcohólico o drogodependiente y demuestre documentalmente no sólo su predisposición a iniciar un tratamiento de su enfermedad, sino la realización del mismo"

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	A) Prima el enfoque asistencial frente al represivo, reconociendo la suspensión de la sanción (art.66. Excepción al régimen sancionador).
Debilidades y aspectos que se han de mejorar	A) Las medidas de carácter preventivo podemos considerarlas programáticas y de carácter general, es decir, crea unos principios de acción y de compromiso sin precisión de cuándo se llevará a cabo.
	B) La competencia para desarrollar el plan integral de acción lo más adecuado sería desarrollarlo por un órgano técnico y especializado, como puede ser el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
	C) Se trata de forma diferente la adicción de fumar respecto de la del consumo de alcohol y drogas, dejando fuera de la tutela suspensiva de la sanción disciplinaria aquella.

SECTOR DE SERVICIOS PÚBLICOS

CLÁUSULA OBLIGACIONAL EN EL CONVENIO COLECTIVO DEL GRUPO CRTVE Y PROTOCOLO DE ACCIÓN

El marco convencional del grupo empresarial y la renovación del modelo de gestión de la seguridad y salud en el trabajo

El II CC del Grupo Corporación Radito Televisión Española -CRTVE- contiene una cláusula abierta a la inclusión, dentro de una más amplia política de promoción de la salud laboral en los ambientes de trabajo que integran la corporación, de un “*protocolo específico*” de gestión integral del riesgo de adicciones (drogodependencias y alcoholismo) en el trabajo (Resolución de 27 de enero de 2014, de la DGE; BOE 30 de enero de 2014)³⁴.

Al menos cuatro aspectos relevantes:

•Fundamento. Se enmarca en un planteamiento renovador de la política de gestión preventiva de los riesgos laborales (art. 88.3 CC), que incluye también programas de gestión de estrés -aunque demasiado individualizados; letra e)-, lo que evidencia una concepción más amplia de la tradicional, donde la salud laboral ocupa un claro relieve -hasta se crean “unidades de salud laboral” (que integran los precedentes servicios médicos de empresa) como estructuras de gestión especializada para asumir la función de vigilancia de la salud-. Se incorporan incluso temas medio-ambientales. De ahí, que se hable de “política de prevención de riesgos laborales” y de “salud laboral”.

1.Naturaleza del compromiso. Se trata más de una “cláusula obligacional” -compromiso de desarrollar “protocolos específicos” -del CC -art. 90, Capítulo X (Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral)-, que de una cláusula normativa. En este sentido:

“Con el fin de cumplir las obligaciones preventivas, el CGSSL se compromete a desarrollar los procedimientos de “prevención de la violencia psicológica en el trabajo” y de “drogodependencias y alcoholismo en el trabajo”, así como los que pudieran surgir

El desarrollo de los protocolos anteriores se llevará a cabo a lo largo del tiempo acordado en el CGSSL, a partir de la firma del presente convenio”.

El problema es que en el I CC del Grupo CRTVE ya aparecía el mismo compromiso -art. 85-, habiendo estado vigente desde 2009 hasta finales de 2012. Precisamente, este año fue el de entrada en vigor del II CC, venciendo su vigencia pactada -sin perjuicio de la situación de eventual prórroga y/o ultra-actividad del mismo- el 31 de diciembre de 2015.

³⁴ El Convenio fue firmado por la Corporación, de un lado, y por las Secciones Sindicales de UGT, Alternativa-APLI, Alternativa-RTVE y USO. Su vigencia se extendía hasta finales de 2015. En este momento está en negociación, ciertamente conflictiva, el III CC del Grupo CRTVE.

1.No precisa el fundamento, con lo que se plantea el problema de financiación. Si es Salud Laboral tiene un Fondo Propio, si es acción social se vincularía al Fondo de Acción Social expresamente previsto para este tipo de políticas sociales -art.105, Capítulo XIII-³⁵.

2.Tratamiento disciplinario del consumo. El Convenio Colectivo recoge expresamente en el catálogo de conductas infractoras sancionables la embriaguez -también fumar-, por lo que se planteará en ese protocolo este tipo de cuestiones.

Puesta en práctica del “Plan de acción” para la prevención de los consumos de drogas.

Pues bien, muy recientemente el problema de la dilación en el cumplimiento del mandato convencional se ha resuelto, de modo que contamos ya con el referido protocolo. Se denomina “*Procedimiento específico para la prevención y tratamiento del alcoholismo y la drogodependencia: Plan de Acción*”. Elaborado por la Dirección de Prevención de Riesgos Laborales y Salud, fue aprobado por el Comité General de Seguridad y Salud en el Trabajo el 29 de abril de 2015. Responde a los requisitos de la certificación OHSAS 18001-2007 relativa al sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, en la línea de la experiencia contada de FCC. No obstante, en el diseño de este procedimiento se ha tenido muy en cuenta, como ya se ha recordado, el “protocolo marco” diseñado por la Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-CEC, así como, naturalmente, el Repertorio de recomendaciones de la OIT, de ahí el protagonismo del enfoque de seguridad y salud en el trabajo.

Asimismo, siguiendo estrictamente las recomendaciones de procedimiento del PASD, se ha creado una “Comisión Mixta de Trabajo” para la Prevención del Alcoholismo y la Drogodependencia. Este órgano deberá desarrollar y controlar las acciones de los Programas de Prevención, Atención y Reinserción Laboral, así como el Plan de Acción anual.

³⁵ Precisamente, como hemos visto en la experiencia de RENFE, la gestión y financiación corresponde al ámbito más bien de la política social: “La Comisión Mixta de Política Social será la encargada, como Comisión de Trabajo, de desarrollar, coordinar y controlar las acciones de los Programas de Prevención y Atención y Reinserción Laboral. Los gastos derivados de estos dos Programas correrán a cargo del Fondo de Ayudas Sociales, siendo esta Comisión la responsable del correspondiente control presupuestario” (art. 556).

CORPORACIÓN RADIOTELEVISIÓN ESPAÑOLA (RTVE) I.		
ANTECEDENTES		
La empresa		<p>RTVE es una sociedad mercantil estatal con especial autonomía que tiene encomendada el servicio público de radio y televisión de titularidad del Estado. Está configurada como sociedad anónima y su capital social es de titularidad íntegramente estatal. A finales del año 2013 la corporación contaba con una plantilla formada por 6.325 trabajadores.</p> <p>La prevención de riesgos laborales y la salud son aspectos que se integran y asumen en todas y cada unas de las áreas de trabajo de RTVE. Además, la corporación ha conseguido la acreditación internacional OHSAS 18001.</p>
Marco regulador		Convenio Colectivo estatutario, BOE núm. 26 de 30 de enero 2014.
NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS		
Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo	Acción preventiva sobre el aspecto psicosocial	<p>El Capítulo X sobre Prevención de riesgos laborales y salud laboral y, más concretamente, en el artículo 88. Apartado 4.3 a); se determina la obligación de los Servicios de Prevención de identificar y su posterior evaluación de todos los riesgos relativos a los puestos de trabajo, entre los que se incluyen los riesgos psicosociales.</p> <p>En este sentido, el Convenio Colectivo pone de manifiesto una concepción integral de la Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>
	Programa de actuación específico	<p>Con el fin de cumplir las obligaciones preventivas el Comité general de seguridad y salud laboral deberá de desarrollar los procedimientos de:</p> <p>Prevención de violencia psicológica en el trabajo. Drogodependencias y alcoholismo en el trabajo. A partir de la firma del presente convenio.</p>
Medidas Sancionadora	Catálogo de infracciones	Aparece tipificado en el artículo 80 como faltas muy graves <i>“la introducción en el centro de trabajo de armas, drogas, o materias que puedan ocasionar riesgos, peligros o daños para las personas, cosas o instalaciones, o afecten a la marcha normal del trabajo”</i> .
Medidas de carácter social	Asistencial	Se determina la asistencia sanitaria de empresa, con el fin de garantizar la salud de los trabajadores. De modo que, el personal sanitario de RTVE continuará extendiendo su labor asistencial a consultas, prescripción y aplicación de tratamientos, derivados de cualquier contingencia.

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	<p>A) El principal factor éxito nos lo encontramos en la competencia para desarrollar el Programa específico, siendo el Comité General de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>B) En conexión directa con los riesgos psicosociales, el Comité general de seguridad y salud laboral, también, deberá de establecer programas destinados al manejo eficaz del estrés. Por tanto, se crea una concepción amplia e integral de la política de prevención de riesgos laborales.</p> <p>C) Es muy adecuado determinar el periodo de desarrollo de los protocolos específicos creando así una “cláusula obligacional o normativa”.</p>
Debilidades y aspectos que se han de mejorar	<p>A) A pesar de determinar el periodo de desarrollo de los protocolos específicos, no se especifican los aspectos a tratar en el compromiso con la drogodependencia y el alcoholismo en el trabajo del art. 90, por lo que genera ambigüedad e imprecisión.</p> <p>B) Por la misma razón de imprecisión, se plantean los problemas de financiación del Propio Programa concreto. De ahí que, si es relativo a la Seguridad y Salud Laboral poseen un Fondo Propio, ahora bien, si es de acción social se vincularía al Fondo de Acción Social. Este último sí posee una precisión en el art. 105. Asuntos Sociales.</p> <p>C) Se ha de tener en cuenta la referencia expresa del carácter sancionador. Lo ideal sería la determinación de una suspensión cautelar de la vía disciplinaria.</p>

CORPORACIÓN RADIOTELEVISIÓN ESPAÑOLA (RTVE) II.	
ANTECEDENTES	
PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGODEPENDENCIA: PLAN DE ACCIÓN.	
Marco regulador	Elaborado bajo los requisitos de la certificación OHSAS 18001-2007 para el sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
NATURALEZA DE LAS CLÁUSULAS	
Medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo	<p>Acción preventiva</p> <p>Se fomenta el autocontrol individual y colectivo ante el problema del alcoholismo y la drogodependencia mediante medidas:</p> <p>Formativas.</p> <p>Informativas/Participativas.</p> <p>Fomento de la salud.</p> <p>Medios Propios: médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y Representantes de los trabajadores.</p> <p>Medios Comunitarios: Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales y otras instituciones de carácter público o privado.</p>
	<p>Asistencia e inserción</p> <p>Se proporciona información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento que le facilite la ayuda necesaria para solucionar los problemas relacionados con el consumo. En última se pretende facilitar los apoyos necesarios para lograr un estado en el que se encuentre física, psíquica y socialmente en condiciones de reintegrarse a la vida laboral y social. Además, se les citara para consultas de seguimiento con el objetivo de conseguir una buena inserción laboral.</p>
	<p>Acceso al tratamiento</p> <p>Las vías de detección de consumo y el acceso al tratamiento que existen son mediante los exámenes de salud (Anexo 3. Protocolo Médico Especifico) que se determinan con carácter tanto voluntario como los obligatorios.</p>

CONCLUSIONES	
Factores de éxito	<p>A) Este Procedimiento se establecen para todos los niveles de la Empresa, están orientadas hacia la consecución de objetivos de salud y seguridad y se desarrollarán con la participación y cooperación de todas las partes implicadas: dirección, representación social y trabajadores.</p> <p>B) Pretenden garantizar un resultado de éxito en los programa de rehabilitación personal y laboral.</p> <p>C) Se crea una Comisión Mixta de Trabajo para la Prevención del Alcoholismo y la Drogodependencia, encargada de desarrollar, coordinar y controlar las acciones de los Programas de Prevención y Atención y Reinserción Laboral.</p> <p>D) Las actuaciones que se establezcan, estarán protocolizadas e irán dirigidas a reducir las causas y las consecuencias del consumo de drogas y alcohol en el medio laboral.</p> <p>E) Existencia de una doble dirección de este tipo de procedimiento. Por un lado, la mejora del clima laboral. Por otro lado, la disminución de los niveles de absentismo y del bajo rendimiento laboral, reducción de los periodos de IT, de los niveles de conflictividad, etc.</p>
Debilidades y aspectos que se han de mejorar	<p>A) En el caso que se produzca la negativa por parte del trabajador a admitir el tratamiento, o el fracaso o la interrupción del tratamiento, la Dirección de Prevención de Riesgos laborales y Salud informará de ésta circunstancia, pero no se determina ni se fundamenta qué sucedería si fuera así, por lo que genera ambigüedad e imprecisión.</p> <p>B) Por la misma razón de incertidumbre y relacionado con lo anterior, las vías de detección de consumo podemos considerarlas que tienden al carácter obligatorio, más que al voluntario.</p>

8. REFLEXIÓN FINAL: LA EVALUACIÓN PERMANENTE COMO GARANTÍA DE QUE LAS “BUENAS PRÁCTICAS” SEAN UNA AUTÉNTICA VÍA DE MEJORA Y PROGRESO

Una mirada legislativa congelada en el tiempo...

Hemos visto como, “ahí está, viendo pasar el tiempo” el art. 54.2.f) del ET, sin viso alguno de ser modificado en el futuro inmediato. Pero en la sociedad existe un consenso sobre la obsolescencia y el contrasentido de esta forma de tratar la drogodependencia en el ámbito laboral. Y ahí está no ya sólo desde 1980, fecha desde la que no ha sufrido cambio alguno, pese a las decenas de reformas laborales y a pesar de las enormes mutaciones del fenómeno de las drogodependencias a lo largo de estas más de tres décadas; ahí está, realmente, desde prácticamente los albores de la Dictadura (Ley de Jefatura del Estado de 6 de noviembre de 1941) con “un notable afán moralizante”³⁶ y valoración viciosa de la conducta. Redacción que no sólo no ayuda, sino que oscurece, una visión acertada y completa de un fenómeno complejo, pues mantiene la ambigüedad y los comportamientos dominados por la inercia.

...pero que la práctica convencional, muy lenta, pero de forma progresiva y gradual, está ayudando a cambiar.

La práctica convencional, a la vez un fiel reflejo de esa cultura arraigada, se habría visto “atrapada” en esa visión tradicional, pese a que ni formal ni materialmente halla obstáculo alguno para abrir el modelo en una dirección mucho más aperturista e innovadora a fin de afrontar las adicciones en el trabajo como un problema de prevención de riesgos psicosociales en los ambientes de trabajo y promoción de la salud laboral. Pero esta pesada inercia tradicional nunca llegó a identificarse con el inmovilismo, menos aún

³⁶ Vid. CISCART BEA, N.: *El despido por embriaguez y toxicomanía*, Ed. BOCH, 1998, pág. 21.

con la incapacidad de ensayar soluciones alternativas, si quiera fuese a título experimental. Consecuentemente, se ha ido fajando de la clásica inercia convencional para ofrecer importantes muestras, aunque sea en el plano cualitativo, no cuantitativo, de la factibilidad de introducir en nuestro sistema **marcos de gestión integral eficaces** de las drogodependencias en el ámbito laboral.

De este modo, tanto la negociación colectiva, incluso de sector, no sólo de empresa, como un número creciente de Grandes empresas, han dado un firme paso adelante en la línea marcada por la **acción 11 del PASD**. El discurso solemne plasmado en estos instrumentos de planificación político-institucional y socio-técnica, relativo al primado de la prevención de las adicciones y las drogodependencias en el entorno laboral, que todavía está por desarrollar en el plano público, encuentra ya, pues, crecientes plasmaciones prácticas. Ciertamente, su número, se insiste, es todavía muy limitado, de ahí que la llamada que ha hecho el III AENC a una inclusión más decidida en las negociaciones colectivas, a diferente nivel, sectorial y de empresa, servirá de reclamo para su relanzamiento.

Ahora bien, junto a este plano cuantitativo, que evidencia la necesidad de desplegar, por parte de los poderes públicos y por los interlocutores sociales, un plan de difusión y generalización de estas experiencias, en otros sectores de actividad y en otras empresas, incluso de medianas dimensiones, hay que llamar la atención también sobre el plano cualitativo. Aunque buena parte de las experiencias analizadas pueden encuadrarse bien en el marco de acción promocional, preventiva y no discriminatoria impulsada por la OIT, y por la OMS, es necesario limar o corregir algunas “debilidades” que presentan en torno a la mejor gestión exigible desde esa óptica preventiva y asistencial, a fin de mejorar sus fundamentos e intensificar su eficacia, respetando al máximo los derechos y garantías de los trabajadores. En este sentido, la necesaria evaluación continuada que está presente en todas ellas y que es de todo punto necesaria, debería arrojar algunas lecciones en torno a cómo conciliar mejor las prácticas de detección de consumos problemáticos y los derechos-libertades individuales, así como a profundizar en las garantías de vinculación continuada entre las personas sometidas a tratamientos y el medio laboral.



La gestión de las drogodependencias en el ámbito laboral debe ser un ejemplo de política de compromiso entre empresarios y trabajadores y de “mano tendida”, no de estacazo disciplinario, a quien padece tan estigmatizadora enfermedad...

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

Prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral.

Autor: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2015.

Reseña de la guía: Se trata de una práctica guía donde se presenta a partir de preguntas y respuestas básicas, los conceptos principales y los aspectos primordiales a tener en cuenta para diseñar e implementar un protocolo acerca de las drogodependencias y adicciones en el entorno de trabajo.

Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa.

Autor: Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN), 2014.

Reseña de la Guía: Esta guía constituye un documento útil y adecuado que pretende subrayar los riesgos derivados de las adicciones y el consumo, ocasionales o repetidos, así como de la importancia de la prevención de las prácticas adictivas. Desarrolla la implantación de planes de prevención de adicciones en las empresas donde se impulsa la participación y las responsabilidades compartidas entre todos los agentes implicados.

Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral.

Autor: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2014.

Reseña de la guía: Esta guía presenta un interesante protocolo para la intervención y la prevención de las drogodependencias y adicciones en el trabajo, con la finalidad de dotar a los representantes de los trabajadores de una herramienta para poder actuar en la prevención de estas, así como recomendando proceder a su diseño e implantación a los Comités de Seguridad, no obstante, determina que todo ello ha de ser objeto de negociación colectiva.

Guía de buenas prácticas en la intervención del delegado de prevención en materia de drogodependencias en el ámbito laboral.

Autor: Secretaría de Salud Laboral de UGT Madrid, 2012.

Reseña de la Guía: La presente guía desarrolla el tratamiento de la prevención de las drogodependencias como parte de la prevención de los riesgos laborales en las empresas. Asimismo, determina la necesidad de que los trabajadores drogodependientes tengan el apoyo de sus compañeros y especialmente de los delegados de prevención, quienes se consideran instrumentos idóneos para canalizar la búsqueda de soluciones a su situación.

Drogodependencia y adicciones: Prevención en el ámbito laboral.

Autor: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2012.

Reseña del Manual: Los principales objetivos de este manual son las estrategias y actuaciones conjuntas y coordinadas tanto por parte de las empresas como de los trabajadores y sus representantes sindicales, conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales y la propia Administración para intentar prevenir esta problemática. Para ello, se aporta una mayor información y formación sobre la problemática que suponen las drogodependencias en el ámbito laboral, así como recomienda acciones para desarrollar modelos de iniciativas conjuntas y consensuadas que eviten, prevengan y den soluciones a este problema.

El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar.

Autor: Mutua Navarra, 2011.

Reseña de la Guía: La guía se estructura en cinco capítulos donde se recogen los conceptos básicos sobre las adicciones, dependencia, consumos, factores de riesgo, entre otros conceptos. Igualmente, determina las repercusiones del consumo, los beneficios de actuar y las razones para actuar y cómo promover dicha acción preventiva, como puede ser un plan de acción y, también, las estrategias de actuación en tres ámbitos complementarios y de manera coordinada como son el preventivo, asistencial y el retorno al trabajo. De modo que, tienen como finalidad mejorar las condiciones de salud en sus empresas para promover y mantener un alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

Prevención del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral. Alcohol y otras drogas. Protocolo de elaboración de Planes de Prevención en las empresas.

Autor: Comisión Nacional de Prevención de Drogodependencias en el Ámbito Laboral de la Asociación Proyecto Hombre, 2011.

Reseña de la Guía: Se pretende mediante esta guía promover el desarrollo de programas de prevención y abordaje del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Para ello, realiza un análisis pormenorizado de los conceptos básicos sobre el consumo y sus efectos así como de la prevención. Igualmente, aborda de manera detallada la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral, promoviendo la participación de todos los afectados, además de la integración del programa en las políticas generales de salud y seguridad laboral.

Prevención del consumo de alcohol en el lugar del trabajo.

Autor: Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2011.

Reseña de la guía: Se determinan las definiciones que se han de tener presente acerca del consumo del alcohol y sus consecuencias, así como las condiciones medioambientales, de seguridad y de la organización del trabajo que se han de tener presentes para adoptar e implementar las acciones preventivas en la empresa.

Con el alcohol, el que se arriesga pierde. Prevención del consumo Excesivo de alcohol.

Autor: Secretaría de Salud Laboral de Comisiones Obreras (CCOO) de Canarias.

Reseña de la Guía: En esta guía se aborda el consumo de alcohol, haciendo hincapié en la estrategia preventiva de empresa como un papel destacado a través de actividades de como la información y sensibilización dirigidas al conjunto de la población laboral. Por tanto, pretende ser un instrumento válido para los delegados de prevención en su tarea cotidiana de mejora de las condiciones de trabajo, seguridad y salud.

Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias.

Autor: Secretaría Confederal de Salud Laboral de Comisiones Obreras (CCOO). Departamento de drogodependencias, 2009.

Reseña de la Guía: Esta publicación trata las drogodependencias en el ámbito laboral, determinando que no sólo está implicado el consumidor, sino también el contexto. En este sentido, resalta la necesidad de intervenir en las causas aplicando una política preventiva, y compaginarlas con la defensa de los derechos que asisten a la persona afectada. Asimismo, ofrece una extensa sección bibliográfica de consulta para ampliar conocimiento sobre la materia.

Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido del alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral.

Autor: Confederación Empresarial Vasca (CONFEBASK), 2005.

Reseña de la Guía: En esta guía se presenta la necesidad de prevenir los riesgos derivados del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo, así como se facilita a las empresas una serie de recomendaciones tanto para prevenir estas situaciones como para saber actuar cuando se detecta un problema de consumo habitual de dichas sustancias.

DIRECCIONES DE INTERÉS

<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015>

(Espacio para navegar y conocer los últimos datos y estadísticas sobre drogas y su consumo en Europa)

<http://www.pnsd.msc.es/home.htm>

(Centro de documentación e información nacional con información acerca de las políticas en materia de drogas que se llevan a cabo en las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales de España).

<http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbede435b197280311a0/?vgnnextoid=c2129749e3e35310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=71bdc4b793cc4310VgnVCM1000008130110aRCRD>

(Portal web donde el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene recoge información relevante acerca del tabaco, alcohol y otras drogas dentro del ámbito de la promoción de la salud en el trabajo).

<http://portal.ugt.org/saludlaboral/drogodependencias/publicaciones/>

(Sitio web del Sindicato de Unión General de Trabajadores [UGT- acerca de las publicaciones realizadas sobre Drogodependencias en el ámbito laboral).

<http://www.drogomedia.com/es/>

(Portal web del Observatorio Vasco de las Drogodependencias donde encontrarás información más general acerca de las drogodependencias y el intercambio y consulta de experiencias).

CONVENIOS COLECTIVOS
EN MATERIA DE
DROGODEPENDENCIAS,
ALCOHOLISMO Y
TABAQUISMO.

ANEXOS

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
1	TRANSPORTES URBANOS AUTOBUSES DE ALCOY, S.A. (T.U.A.S.A.)	Empresa (Alicante)	Capítulo II Salud laboral. Art. 97.- Plan de drogodependencia y alcoholismo.	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras)	-	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Alicante, Núm. 187 de 28 de septiembre 2015.
2	GROUNDFORCE	Empresa (Estatal)	CAPITULO II. SALUD LABORAL. Art. 62. Servicios de Prevención.	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas)	Artículo 78 y 79. Faltas graves y muy graves, respectivamente.	Artículo 83. Excepción al régimen sancionador.	-	BOE, núm. 212 de 4 de septiembre 2015.
3	SECTOR DE BEBIDAS REFRESCANTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	Sectorial (Autonómico-Comunidad Valenciana)	Artículo 33. Seguridad y salud en el trabajo.	COMPROMISO GENÉRICO: Declaraciones muy genéricas y sin concreción.	Determinación como falta muy grave en el art. 30. 3. Régimen disciplinario.	-	-	Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, núm. 7398 de 7 de noviembre de 2014.
4	PRODUCTOS TUBULARES S.A.U.	Empresa (Vizcaya)	Artículo 25. Medicina preventiva.	COMPROMISO GENÉRICO: Declaración muy genérica y sin concreción.	-	-	-	Boletín Oficial de Bizkaia, núm. 194 de 10 de octubre de 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
5	SECTOR DE HOSTELERÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES	Sectorial (Autonómico- Islas Baleares)	Disposición adicional quinta. Grupo de trabajo sobre incidencia de los efectos de la dependencia del alcohol, tabaquismo y otras sustancias en el trabajo.	COMPROMISO GENÉRICO: Declaraciones.	-	-	-	Boletín Oficial de las Islas Baleares, núm. 103 de 31 de julio de 2014.
6	FORD-ESPAÑA S.L.	Empresa (Estatal)	TÍTULO XII. Comité de Seguridad y Salud Artículo 136. Funciones. Artículo 141. Comité para el Fomento de la Salud.	COMPROMISO GENÉRICO: Declaraciones.	En el artículo 151 Se califican como muy graves "La embriaguez o toxicomanía que repercute negativamente en el trabajo".	-	-	BOE, núm. 131 de 30 de mayo 2014.
7	PERSONAL LABORAL DEL AYUNTAMIENTO DE RAFELBUÑOL	Empresa (Valencia)	ARTÍCULO 34.- Plan de drogodependencias y alcoholismo.	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras)	Art.41.- Faltas muy graves. Art. 42. Faltas graves.	-	Art. 16. Retribuciones en situación de incapacidad. "Se considerará que el complemento alcance el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento cuando concorra alguna de las patologías establecidas en el Anexo I". Anexo I. apartado 15. "Las incapacidades derivadas del alcoholismo y otros hábitos tóxicos cuando se enmarquen en la aceptación de un tratamiento médico de desintoxicación y reinserción".	Boletín Oficial de la Provincia de Valencia, Núm. 32 de 7 de febrero 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
8	PERSONAL LABORAL DEL AYUNTAMIENTO DE LEBRIJA	Empresa (Sevilla)	<p>Capítulo V. Salud Laboral y Seguridad en el Trabajo.</p> <p>Artículo 49. Plan de Drogodependencias y Alcoholismo y demás conductas adictivas.</p> <p>Artículo 52. Promoción de la salud. Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral.</p>	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras)	-	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla, Núm. 186 de 12 de agosto 2013.
9	HIBU CONNECT, S.A.	Empresa (Estatal)	<p>Artículo 97. Seguridad y salud laboral.</p> <p>Apartado 1. Servicios Médicos de Empresa.</p> <p>Apartado 3. Evaluación de riesgos psicosociales.</p>	COMPROMISO GENÉRICO: Declaraciones.	-	-	-	BOE, núm. 140 de 12 de junio 2013.
10	AYUNTAMIENTO DE PULPI (PERSONAL LABORAL)	Empresa (Almería)	<p>Capítulo VI. Salud laboral.</p> <p>Art. 51.- Plan de drogodependencia y alcoholismo.</p>	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras)	-	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Almería, núm. 079 de 27 de abril de 2011.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
11	RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD, SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL, CENTROS DE DÍA, CENTROS MUJER 24 HORAS, CENTROS DE ACOGIDA Y SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO DE TITULARIDAD PÚBLICA Y GESTIÓN PRIVADA	Sectorial (Autonómico-Comunidad Valenciana)	CAPÍTULO V. Seguridad y salud laboral. Art. 26. Salud laboral y drogodependencias	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras)	"En el caso de que el trabajador o trabajadora no se acogiera al mencionado programa de tratamiento podría ser objeto de sanción o despido procedente".	No sancionadora. "Todo trabajador o trabajadora que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido". "Durante este periodo el trabajador pasará a situación de excedencia forzosa con reserva de puesto de trabajo sin derecho a retribución".	-	Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, núm. 7579 de 27 de julio de 2015
12	EASYJET HANDLING SPAIN, SUCURSAL EN ESPAÑA.	Empresa (Estatal)	CAPÍTULO VII. Prevención de riesgos laborales. Artículo 45. Servicio de prevención. ANEXO III. La política de Easyjet respecto a las drogas y al alcohol	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras).	Art. 61. Faltas graves. La embriaguez vistiendo el uniforme de la Empresa e introducción de drogas o alcohol. Artículo 62. Faltas muy graves la embriaguez.	Artículo 66. Excepción al régimen sancionador.	-	BOE, núm. 184 de 30 de julio 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
13	SECTOR DE LA AYUDA A DOMICILIO EN LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL	Sectorial (Ciudad Real)	CAPÍTULO V. Seguridad y salud laboral. Art. 25. Salud laboral y drogodependencias	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras).	-	No sancionadora: "Todo trabajador o trabajadora que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo".	-	Boletín Oficial de la Provincia de Ciudad Real, núm. 49 de 11 de marzo de 2015.
14	CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN GRANADA	Empresa (Granada)	Capítulo V. Formación profesional, salud laboral, igualdad de oportunidades y conciliación de la vida laboral Y FAMILIAR. Artículo 29. Salud Laboral.	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras). "El Comité de Seguridad y Salud lo abordará desde un Plan Integral".	Capítulo VI. Régimen disciplinario. Faltas muy graves por la embriaguez o drogodependencia manifestada del trabajador.	"Todo trabajador/a que se acoja voluntariamente a un programa de tratamiento será considerado como una atenuante en la sanción que se le imponga, y la entidad facilitará el referido tratamiento".	-	Boletín Oficial de la Provincia de Granada, núm. 88 de 13 de mayo de 2014.
15	CRUZ ROJA ESPAÑOLA (OFICINA CENTRAL)	Empresa (Madrid)	-	PREVENTIVO: (Programa de actuación concreto) "El comité de seguridad y salud concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio".	-	No sancionadora: "El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo".	Capítulo XI Permisos y otras mejoras de carácter social. Artículo 47. Adicciones y Drogodependencias.	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, núm. 200 de 23 de agosto de 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
16	CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN GUADALAJARA	Empresa (Guadalajara)	<p>CAPÍTULO XIII. Seguridad, salud laboral, medio ambiente y adicciones y drogodependencias.</p> <p>Artículo 50. Adicciones y drogodependencias.</p> <p>(No obstante, existe la determinación de excepción de lo concerniente al consumo de tabaco, para lo que se estará a lo dispuesto en la normativa legal específica).</p>	<p>PREVENTIVO: (Programa de actuación concreto)</p> <p>“El comité de seguridad y salud concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio”.</p>	Art. 37. Serán faltas muy graves.	<p>Art. 37. Apartado c, “En el caso de las faltas tipificadas en este apartado, previo a la sanción, se facilitará al trabajador o trabajadora la posibilidad de tratamiento rehabilitador”.</p> <p>Art. 50. Adicciones y drogodependencias.</p> <p>“No sancionadora: El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo”.</p>	-	Boletín Oficial de la Provincia de Guadalajara, núm. 32 de 14 de marzo de 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
17	VALTURIA SOCIAL S.L.	Empresa (Valencia)	<p>Capítulo V. Prevención riesgos laborales y salud laboral.</p> <p>Art. 28. Drogodependencias.</p>	<p>PREVENTIVO:</p> <p>(Programa de actuación concreto)</p> <p>“El comité central de seguridad y salud laboral concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio”.</p>	<p>No sancionadora: “El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo”.</p>	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Valencia, Núm. 180 de 31 de julio 2014.
18	KIABI ESPAÑA KSCE SA	Empresa (Estatal)	<p>CAPÍTULO VII</p> <p>Seguridad y salud.</p> <p>Artículo 43. Salud laboral.</p>	<p>PREVENTIVO: (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras).</p> <p>Igualmente, “se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo”.</p>	<p>CAPÍTULO VIII</p> <p>Régimen disciplinario.</p> <p>Artículo 44. Régimen disciplinario.</p> <p>Faltas muy graves.</p>	<p>No sancionadora: si el trabajador “decida acogerse a un programa de tratamiento de deshabitación, llevará aparejado la reincorporación inmediata a su puesto de trabajo al termino del tratamiento, sin perjuicio de las sanciones que pudieran derivarse de otras faltas disciplinarias”.</p>	-	BOE, núm. 173 de 17 de julio 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
19	OFICINAS Y DESPACHOS	Sectorial (Ávila)	CAPÍTULO XI. Seguridad y salud laboral. Art.26.- Seguridad y salud laboral principios generales. Salud laboral y drogodependencias.	PREVENTIVO: (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras). Asimismo, "se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo".	-	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Ávila, núm. 127 de 3 de julio de 2013.
20	RESIDENCIA DE MAYORES VIRGEN DE LA SALUD (CENTRO GERIATRICO MANANTIAL S.A.)	Empresa (Guadalajara)	CAPÍTULO V Prevención de riesgos laborales y salud laboral. Artículo 23. Drogodependencias. (Sin embargo, existe la determinación de excepción de lo concerniente al consumo de tabaco, para lo que se estará a lo dispuesto en la normativa legal específica).	PREVENTIVO: (Programa de actuación concreto) "El comité de seguridad y salud concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio". Además, "se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo".	No sancionadora: "El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo".	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Guadalajara, núm. 49 de 24 de abril de 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
21	GENERAL MOTORS ESPAÑA S.L.U.	Empresa (Zaragoza)	Capítulo III. Seguridad e higiene en el trabajo. Salud laboral. Ergonomía. Medio ambiente. Art. 30. 30. Lucha contra el alcohol, drogas y ludopatía.	PREVENTIVO (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras). "El Comité Central de Seguridad y Salud establece desarrollar y promover procedimientos necesarios en orden a conocer y cooperar en el Programa de Ayuda a Empleados con problemas de alcohol, drogas y ludopatía".	Falta grave Desempeño bajo los efectos del consumo de alcohol o drogas. Muy grave la introducción, tráfico y consumo de droga y alcohol.	-	-	Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza, 6 de mayo de 2013.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
22	CORPORACIÓN RTVE	Empresa (Estatal)	CAPÍTULO X Prevención de riesgos laborales y salud laboral. Art. 90. Protocolos específicos.	PREVENTIVO: (Programa de actuación concreto) "...el C.G.S.S.L. se compromete a desarrollar los procedimientos de «prevención de violencia psicológica en el trabajo» y «drogodependencias y alcoholismo en el trabajo», así como los que pudieran surgir... a partir de la firma del presente convenio".	CAPÍTULO VIII Derechos y deberes. Régimen disciplinario. Art.80. Faltas muy graves la embriaguez y/o la toxicomanía y La introducción en el centro de trabajo de drogas.	-	-	BOE, núm. 26 de 30 de enero 2014.
23	PERSONAL DE TIERRA DE IBERIA, LÍNEAS AÉREAS DE ESPAÑA, SA, OPERADORA, S. UNIPERSONAL.	Empresa (Estatal)	-	-	Faltas y Sanciones Art. 259. Faltas leves La embriaguez ocasional. Art. 261. Falta grave la embriaguez habitual, de tres o más veces.	-	CAPÍTULO XI Acción Social. Sección II. Fondo solidario interno. Art. 166. Fondo solidario interno.	BOE, núm. 124 de 22 de mayo 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
24	ESTIBA PORTUARIA	Sectorial (Estatal)	Disposición adicional sexta. Lucha contra las toxicomanías.	PREVENTIVO: (Programa de actuación concreto) "En el plazo de seis meses a partir de la firma del presente convenio, la CPSE abordará la elaboración y, en su caso, aprobación de un protocolo sobre la prevención de adicciones (droga y alcohol) en el trabajo".	CAPÍTULO VII Régimen disciplinario Artículo 18. Régimen disciplinario. Falta grave por embriaguez o derivado del consumo de drogas, cuando no es habitual. No obstante, si es habitual se establece como falta muy grave.	-	-	BOE, núm. 26 de 30 de enero 2014.
25	GRUPO REPSOL	Empresa (Estatal)	9. Seguridad y salud laboral. Artículo 48. Promoción integral de la salud.	COMPROMISO GENÉRICO: Declaraciones.	-	-	-	BOE, núm. 275 de 13 de noviembre 2014.

Nº	DENOMINACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO	TIPOLOGÍA Y AUTORIDAD LABORAL	ÁMBITO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ÁMBITO DISCIPLINARIO		RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA Y ACCIÓN SOCIAL	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
			LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
26	ACCIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL	Sectorial (Estatal)	<p>Capitulo X. Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Art. 49, párrafo 1. "En cumplimiento del deber de protección, la Empresa garantizará la seguridad y la salud del personal a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo y, en caso necesario, entregará con carácter previo a los trabajadores el protocolo de actuación para evitar los riesgos laborales y riesgos psicosociales"</p>	PREVENTIVO: (Aspecto Programático de acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras).	-	No sancionadora.- El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido por esta causa o por las acciones derivadas de la misma y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo si es necesario.	<p>Capitulo XII. Medidas de carácter Social.</p> <p>Artículo 55. Principios generales ante las adicciones y drogodependencias</p>	BOE, núm. 158 de 3 de julio 2015.
27	SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	Sectorial (Estatal)	<p>Capitulo V. Prevención riesgos laborales y salud laboral.</p> <p>Art. 29. Prevención de riesgos laborales y salud laboral.</p> <p>"Elaborar un programa de actuación en el ámbito de las drogodependencias".</p> <p>Art. 30. Drogodependencias.</p>	<p>PREVENTIVO: (Programa de actuación concreto)</p> <p>"El comité central de seguridad y salud laboral concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio".</p>	<p>CAPÍTULO X</p> <p>Régimen disciplinario</p> <p>Art. 59. Régimen disciplinario.</p> <p>Falta grave: Fumar o consumir alcohol durante la prestación del servicio.</p>	No sancionadora: El personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo.	-	BOE, núm. 119 de 18 de mayo 2012.

