



Formación sindical en
drogodependencias

Cuaderno del **monitor**

EDICIÓN REVISADA 2017



secretaría confederal de salud laboral



Formación sindical en **drogodependencias**

Cuaderno del **monitor**

EDICIÓN REVISADA 2017



secretaría confederal de salud laboral



Equipo de la edición actual:

José Rodríguez Valdés

Laura Luna

Jaime González

Lucía Barrio

Edita:

Secretaría Confederal de Salud Laboral de CCOO

Fernández de la Hoz, 12. 28010 Madrid

www.ccoo.es

Diseño y producción:

IO, Sistemas de comunicación

www.io-siscom.com

Financiado por:



Depósito Legal: M-33323-2017

Índice

	Presentación	4
	Visión general de la actividad formativa	7
	Bloques de contenido	19
	Salud y drogas. Conceptos básicos	23
	Aspectos disciplinarios	35
	Intervención Sindical	39
	Instituciones, recursos, acuerdos y normativa sobre drogas	61
	Bibliografía	69
	Direcciones	73

“

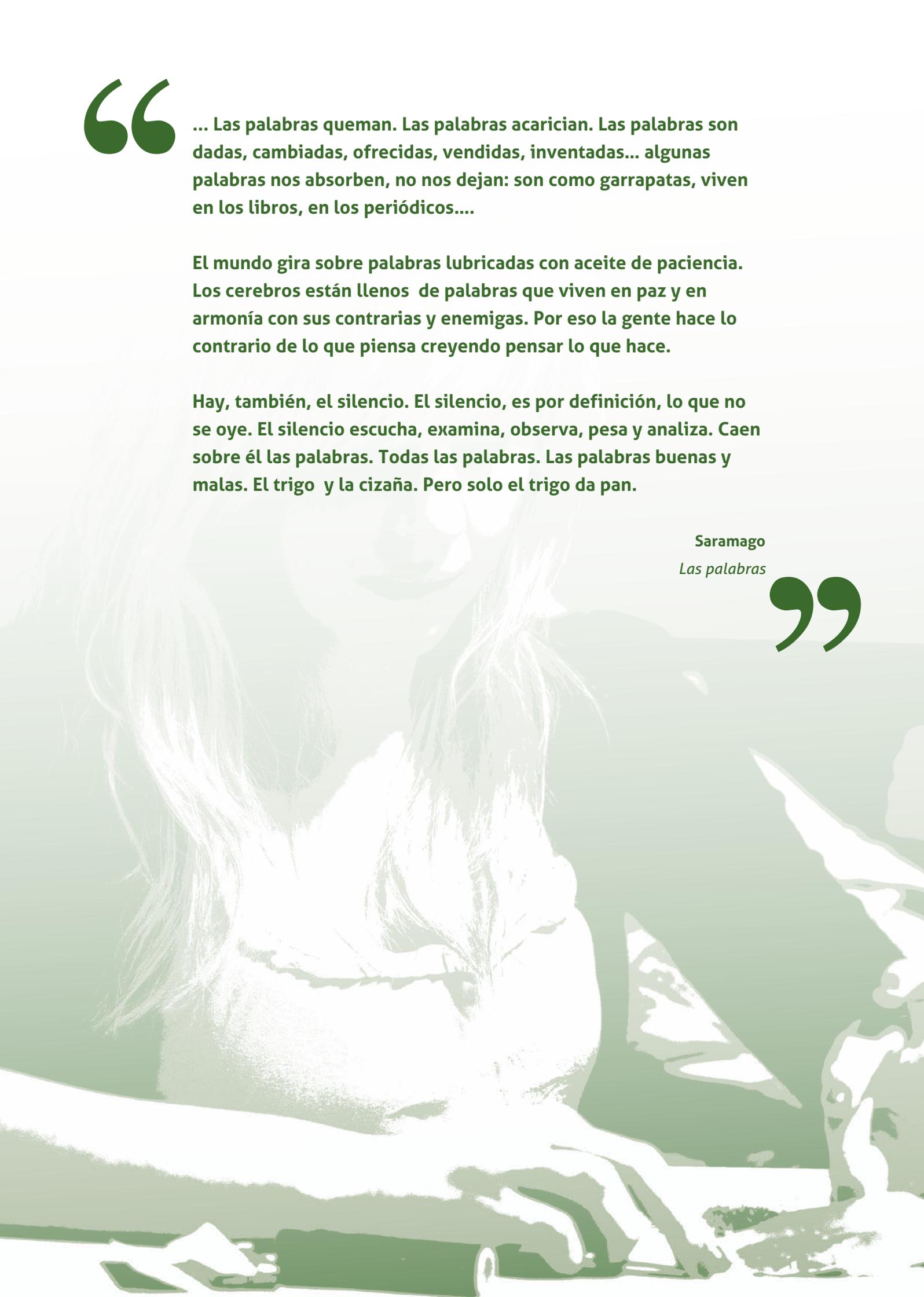
... Las palabras queman. Las palabras acarician. Las palabras son dadas, cambiadas, ofrecidas, vendidas, inventadas... algunas palabras nos absorben, no nos dejan: son como garrapatas, viven en los libros, en los periódicos....

El mundo gira sobre palabras lubricadas con aceite de paciencia. Los cerebros están llenos de palabras que viven en paz y en armonía con sus contrarias y enemigas. Por eso la gente hace lo contrario de lo que piensa creyendo pensar lo que hace.

Hay, también, el silencio. El silencio, es por definición, lo que no se oye. El silencio escucha, examina, observa, pesa y analiza. Caen sobre él las palabras. Todas las palabras. Las palabras buenas y malas. El trigo y la cizaña. Pero solo el trigo da pan.

Saramago
Las palabras

”



presentación

CCOO, sus hombres y mujeres, han sido siempre conscientes de que el uso dependiente del alcohol y las drogas, además de que afecta seriamente la salud individual, produce desestructuración social, al mismo tiempo que genera fenómenos de exclusión lo que, en este caso, se relaciona directamente con las condiciones de trabajo.

Desde la primera publicación de estos materiales en el año 1977, CC.OO. ha venido apostando por la formación como elemento importante de la acción sindical, en la que el trabajo preventivo para abordar este problema ha sido fundamental, de tal manera que podamos acercarnos al uso problemático de estas sustancias desde una perspectiva global con capacidad preventiva para incidir en las causas, pudiendo así compaginarse con la defensa de los derechos que asisten a la persona afectada, tanto en lo que se refiera a su tratamiento como en lo que se refiere a la normalización social y laboral.

En los factores determinantes de salud, tienen especial importancia los relacionados con los hábitos y el estilo de vida, siendo el consumo de alcohol y otras drogas los que más consecuencias negativas producen en la salud.

Las cifras de prevalencia de consumo nos informan de que hay que insistir en el esfuerzo por trazar estrategias preventivas por medio de la negociación colectiva, en todos los sectores de la producción. Y precisamente es en esta estrategia, que la actividad de prevención tiene un papel muy importante, ya que nos encontramos con un problema donde la subjetividad adquiere un protagonismo importante, de tal manera que tenemos que realizar una labor constante para objetivar el problema en sí, y los procesos de cambio a que está sometido.

Con la revisión de estos materiales que os presentamos, pretendemos contribuir a la mejora de la acción sindical, incidiendo en el hecho de que los trabajadores y trabajadoras no sufran pérdida de salud en su trabajo, y que este se lleve a cabo con normalidad bajo el amparo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales; incorporando una parte de conceptos básicos relacionados con el uso de alcohol y drogas, nuestro planteamiento a este respecto, así como un modelo de intervención frente a este tema que pueda ajustarse a las diferentes necesidades con las que nos enfrentamos en el marco de la relación laboral.

Pedro J. Linares

Secretario Confederal de Salud Laboral



visión general de
la **actividad**
formativa



Tras haber participado en la Formación de Formadores en drogodependencias es el momento de compartir en nuestra realidad lo que hemos aprendido sobre porqué y cómo intervenir ante el problema de abuso de alcohol y otras drogas.

“¿Y cómo voy ahora a enseñar todo eso a mis compañeras y compañeros? ¡No me siento capaz!”, sin problema, la idea no es que ahora asumas un complicado curso tú sola o solo, sin embargo, fíjate:

- Ya conoces los aspectos elementales que explican el problema de la drogodependencia (Los conceptos básicos, la normativa, los recursos...)
- Conoces la estrategia del sindicato para saber cómo intervenir.
- Sabes cómo incorporar en tu acción sindical la prevención de los consumos inadecuados.
- Puedes aportar aspectos, en la negociación con la empresa, relacionados con la asistencia y reinserción de las personas afectadas de drogodependencia.
- Y también puedes mediar en todo lo relacionado con la sensibilización, la información y la formación al resto de trabajadoras y trabajadores que no han podido participar en la formación.
- Además, no estás solo/a, en el sindicato cuentas con compañeras y compañeros que pueden asesorarte sobre cómo hacerlo.

1. ¿Qué hacer ahora?

Hay que ponerse manos a la obra y, a veces, es difícil saber por dónde empezar, a continuación te presentamos una pequeña guía que te ayude a llevar a cabo acciones informativas, sensibilizadoras y formativas. Al principio resulta complicado pero notarás que poco a poco resultará más sencillo organizarte y, es más, irás incluyendo mejoras para que todo resulte más útil y atractivo en las siguientes ocasiones.

Depende de lo que pretendas te resultará más útil utilizar una propuesta u otra:

- ¿Organizo una sesión de sensibilización?
- ¿Organizo una charla informativa sobre el tema?
- ¿Organizo una sesión de formación, en la que “expertos” nos ayuden a saber cómo actuar en situaciones de drogodependencia en nuestra empresa?
- ¿Organizo una formación en la que los representantes de los trabajadores expongan las situaciones que se les presentan y buscamos soluciones conjuntas con la colaboración de expertos?

Como ves, hay diversas formas de llevar a cabo la sensibilización, la información o la formación. Veamos qué aspectos no puedes dejar de lado elijas la opción que elijas.

2. Cosas a tener en cuenta ante la gestión de una acción formativa

(de información, de sensibilización...)

Análisis de necesidades y otras realidades...

¿Qué queremos ofrecer? Aclarar qué nos piden, es decir, cómo responder a lo que se necesita. ¿A cuántas personas dirigirá la acción formativa? ¿Qué tiempo tenemos? ¿Qué recursos? ¿Quién puede ayudarnos?

Lo principal es:

- Hacer una reflexión de lo que queremos o pretendemos y por qué.
- Podemos analizar las necesidades o incluso responder a demandas de compañeros. (Se puede preguntar, hacer sugerencias...)
- Recuerda...No estamos solos, somos parte de una organización con experiencia y recursos. Pide ayuda si lo crees necesario.

Fases de preparación:

1º Tómate tu tiempo para pensar

Tú conoces mejor que nadie tu realidad, a tus compañeros, a tu empresa, la estructura de tu federación o de tu territorio, las posibilidades que te ofrece... Analiza por lo tanto qué es lo más necesario, qué pretendes conseguir y hasta dónde quieres llegar. Piensa que puedes empezar con objetivos (pretensiones) más modestos y poco a poco organizando acciones más ambiciosas.

2º Planifica, escribe

Es muy importante que “atemos bien todos los cabos”, si pensamos que podemos “improvisar” probablemente sea mucho más difícil que consigamos lo que pretendemos. Para ello puedes utilizar el esquema que a continuación se presenta, empieza a rellenarlo y revísalo y complétalo las veces que haga falta para que haya coherencia entre todos sus puntos, y hazte preguntas del tipo... ¿Puedo conseguir estos objetivos con estas actividades, con este tiempo,...? ¿He tenido en cuenta lo que los destinatarios necesitan? ¿Se me escapa algo?...

3. Para saber un poco más

Muchos de los aspectos los conoces, otros tal vez son más desconocidos, a continuación vamos a tratar de explicarte un poco mejor en qué consisten cada uno de ellos.

Los objetivos

Son el elemento central de esta planificación. Todo gira alrededor de ellos. Son el resultado que tiene que alcanzar la persona a quien va dirigida la formación. Se centra en lo que se espera que aprenda el participante.

¿Y cómo lo redacta?

Estará bien redactado cuando comunique el resultado deseado de la formación que vas a impartir.

Es útil siempre que consiga transmitir la idea de lo que la persona será capaz de hacer.

¿Para qué sirve el objetivo?

- Para que no te pierdas. Todas las decisiones que tomes se harán para lograr producir ese cambio en el destinatario o participante de tu formación. (Desde la actividad que elijas, al tiempo que necesites, el material que uses, el “experto” al que invites...)
- Para informar a los asistentes de la finalidad del curso. Así evitarás malentendidos. Debes dejar claro qué les ofreces. Eso les ayuda a aprender mejor.

Los contenidos

Una vez establecidos los objetivos el paso siguiente es determinar el modo de conseguirlos. Y eso será a través de los contenidos. (¿Qué enseñar?)

Contenidos hay muchos y no todos son iguales, ni tienen la misma importancia. Hay que tomar decisiones.

Esquema general de la actividad formativa:

Objetivos	Qué pretendemos conseguir ¡no pienses en ti! Has de pensar en lo que quieres conseguir en el que va a participar en la formación. ¿Qué cambiará en ellos? ¿Qué lograrás?
Destinatarios	¿A quién es necesario dirigirme? ¿Cómo son? ¿Qué caracteriza al destinatario? Si son numerosos conviene hacer diferentes convocatorias.
Metodología	¿De qué forma trabajaremos?
Temporalización	¿Será una jornada? ¿Dos? ¿Cómo dividiré el tiempo?
Contenidos	Debemos ofrecer conocimiento, destrezas, actitudes. EL destinatario debe tener claro lo que va a recibir, qué va a aprender: Realizar un esquema de los contenidos claro y detallado.
Fechas	¿Qué horas sindicales tienen los destinatarios? ¿Qué horario es más conveniente? ¿Puedo ofrecer todo lo previsto en el tiempo del que dispongo?

Material	<p>¿Con qué material cuento para apoyarme? ¿Le voy a entregar algún material a los participantes? ¿Cuál y por qué? ¿Quién lo va a elaborar?</p> <p>Es muy útil:</p> <p>Que se entreguen las intervenciones por escrito.</p> <p>Que se den otros documentos de apoyo a las intervenciones.</p> <p>Pero además ese día(s) necesitarás otros materiales ¡tenlo previsto!!</p> <p>El día (s) de la formación revisa lo que necesitas: Ordenador, proyector, folios, bolígrafos, pizarra, reproductor DVD.</p>
Coordinación	Si se va a contar con diferentes ponentes o informadores, se han de realizar reuniones para que quede claro el fin de la formación y la forma de hacerlo (para que haya coherencia). Tú conoces mejor que nadie los objetivos, háblalo con ellos, debate sobre cómo quieres que se lo “enseñen” a los destinatarios, revisa los materiales que les van a entregar... Este proceso también va a garantizarte que todo salga como tenías previsto.
Evaluación	Debes permitir que los asistentes nos den su opinión con el fin de mejorar. Y que nosotros reflexionemos sobre cómo ha ido y qué debemos mejorar para la próxima vez.

Hay contenidos que tienen que ver con aspectos teóricos (Por ejemplo: El concepto de droga, tipos de drogas, las consecuencias...) Hay otros que tienen que ver con los conocimientos prácticos, con las destrezas o habilidades (Detección de signos de consumo de sustancia, cómo dirigirse a un compañero que consume, cómo negociar un cambio de puesto dentro de la empresa,...) y otros contenidos que tienen que ver con la actitud con la que hacemos las cosas, somos un sindicato con unos valores, aquí no vale todo, debemos ser respetuosos, solidarios... y por último hay contenidos que explican nuestra forma de prevenir y de intervenir en este problema sindicalmente.

Ten en cuenta:

- Los contenidos importantes son los que nos ayudan a alcanzar los objetivos.
- Hay temas más representativos y otros menos. Si no tienes tiempo... has de elegir.
- Hay cosas que se pueden consultar en los materiales que se entreguen o se puede explicar dónde consultarlo... sin embargo hay cosas que se aprenden mejor si se explican y se “viven”.
- Piensa en quién tienes delante ¿Entenderán esto? ¿Se ajusta a sus conocimientos previos?
- Piensa en la actualidad de esos contenidos (¿has revisado que está vigente lo que dices? ¿El sindicato ha cambiado su estrategia? ¿La normativa ha variado?)
- Piensa en lo útil para el grupo al que te diriges.

La metodología

Tiene que ver con la manera de hacer, con cómo queremos hacer esa formación, el estilo de la enseñanza y del aprendizaje.

Se ha de tener en cuenta:

- Usar Métodos activos y participativos.
- Acercarse a las necesidades de los participantes
- Relacionar teoría y práctica
- Trabajar en grupos para facilitar la intervención de todos y todas.
- Usar técnica participativas (Trabajo en grupo...).

Las actividades

Son el medio para conseguir los aprendizajes. Para aprender esos contenidos, para conseguir esos objetivos debemos asimilar las ideas, practicar, comprender lo que se nos dice,....

¿Cómo las selecciono?

- Deben ser útiles para conseguir los objetivos.
- No se deben programar “porque si”, deben plantearse con una función (Gracias a esta actividad van a comprender mejor... o van a “practicar” y así conseguirán...)
- Deben ser apropiadas al grado de madurez del grupo.
- Han de ser variadas
- Deben tener en cuenta al participante, a los recursos que disponemos... (Cuanto más sentido encuentre el destinatario a realizar esa actividad con más facilidad aprenderá).

La temporalización

A veces influye más de lo que pensamos, contar con poco tiempo a veces acota nuestros objetivos. Pero trata de hacerlo al revés. ¿Para conseguir mis objetivos cuanto tiempo necesito? Una pequeña charla informativa de 1 hora, una jornada de media mañana, un par de jornadas ¿Seguidas? ¿Separadas?...

Ten en cuenta el tiempo de que disponen los participantes, el calendario laboral...

A partir de esa decisión deberás encajar las actividades previstas teniendo en cuenta estas premisas:

- No debes hacer actividades muy extensas (El nivel de atención disminuye)
- Debes pensar en los tiempos entre actividad y actividad (preparación)
- Debes prever descansos.
- Los cambios de ritmo y de actividad benefician la atención y la motivación.
- Es importante respetar los tiempos planificados

Procura revisar la distribución de los tiempos cuando hayas escrito el programa, las expectativas de los asistentes tienen también relación con que sea posible realizar las actividades programadas y no tanto con hacer muchas actividades.

La evaluación

A veces este punto no se considera muy importante y, sin embargo, ofrece la posibilidad de cambiar y hacerlo cada vez mejor. Es importante estar abierto a las críticas constructivas y motivar a los participantes para que participen de la evaluación de una manera responsable, haciéndoles saber que su opinión influye en las mejoras de futuras acciones formativas.

La evaluación es un proceso, por lo tanto no se hace en un único momento, durante la preparación y la realización del curso debemos estar pendientes de cómo se ve al grupo, al formador, si está todo saliendo como se tenía previsto.. Una buena observación nos permite tomar decisiones.

Para evaluar tenemos que medir (y así seremos más objetivos) por ello se suelen utilizar instrumentos como cuestionarios, hojas de control, registros de observación...

¿Qué evaluamos?

En último término la evaluación nos servirá para saber si conseguimos lo que nos propusimos, y si no fue así, qué influyó para que no se lograra, para así poder mejorarlo.

Son susceptibles de evaluación los siguientes aspectos (se organizan en escala numérica):

- Organización del curso.
- Contenidos (cada uno de ellos).
- Monitores (cada uno de ellos por separado).
- Metodología.
- Trabajo en grupo.
- Puesta en común.
- Grado de dificultad.
- Utilidad.
- Grado de cumplimiento de expectativas.

En el siguiente enlace podrás encontrar diferentes tipos de cuestionario dependiendo de lo que pretendas evaluar, debes modificarlo dependiendo del tipo de acción formativa que hayas diseñado. De cualquier forma al final de este capítulo hemos adjuntado una escala de evaluación que a nosotras nos parece válida.

<http://prometeo.us.es/recursos/instrumentos/cuestionarios.htm>

4. Para resumir

Ahora que ya tenemos algo más claro cómo planificar la acción formativa, vamos a aclarar todo lo que se debe tener en cuenta desde el principio hasta el final, por supuesto, este orden es orientativo, y poco a poco podrás personalizarlo según tus necesidades y tu realidad, pero en un primer momento te puede servir como una “lista de tareas” que te facilite un poco el proceso.

1. Sentir la necesidad de hacer algo para dar respuesta a una situación que detectamos.
2. Reflexionar sobre lo que se necesita y pensar en la realidad y en la necesidad de mis compañeros y compañeras. (Se pueden pasar test o tener entrevistas para “escuchar” las demandas).
3. Analizar las posibilidades reales de llevar a cabo una acción formativa y comunicar a quien se considere oportuno.
4. Planificar sobre el papel.
5. Pensar en los recursos y espacios que se necesitan:
 - Espaciales: Aula con buenas condiciones, que quepa el grupo...
 - Materiales: Qué tengo, qué he de elaborar, qué entregaré, qué material y recursos se necesita para llevar a cabo las sesiones...
 - Humanos: Piensa en quién puedes apoyarte para dar la formación, asegúrate de que comparte tu idea, invierte tiempo en explicarle lo que quieres hacer y cómo...
6. Piensa en los asistentes, deja claro a quién va dirigido, convócalos dejándoles claro los objetivos, la duración, el lugar.
7. Al hacer la convocatoria debe quedar claro:
 - A Quién va dirigido
 - Qué ofrece y pretende (Objetivos y contenidos)
 - Cuándo y dónde se va a hacer
 - De qué manera se pueden apuntar
 - Persona de contacto

No olvidar:

- Adjuntar a la convocatoria la hoja de inscripción, ambas están al final de este apartado –Material General–.
 - Hacerla con tiempo suficiente para que le llegue a todo el mundo, que los destinatarios puedan organizarse, que haya tiempo para confirmar asistencia.
 - Asegurarse de asistencia haciendo ronda telefónica.
 - Apoyarse en la estructura del sindicato para la difusión y demás cosas necesarias.
8. Reunirte con el equipo de formadores para:
 - Explicarles las características del grupo de asistentes así como los objetivos que pretendemos cubrir.
 - Clarificar el enfoque de la intervención de cara a mantener una coherencia en la totalidad del contenido.
 - Pactar el tiempo de intervención, dando prioridad al trabajo en equipo, con lo cual las intervenciones no deberían superar los 30 minutos.
 - Acordar los aspectos metodológicos, teniendo en cuenta nuestras prioridades (facilitar la participación y que sean amenos).
 - Ajustar los tiempos: los monitores deberán preparar su intervención ajustándose a que has planificado.
 9. Revisar los materiales.
 - Preparar todo para ¡El gran día! (Aula, materiales, fotocopias, identificadores de asistentes, cuestionarios de evaluación, hoja de firmas si es necesario..)
 - ¿Y después? Tomar el pulso a los asistentes, hablar sobre cómo se han sentido, charlas con los expertos y/o equipo de monitores.
 - Hacer la evaluación, analizar y concluir cada aspecto evaluado. Proponer mejoras (Escribiéndolas las recordarás mejor).

Pues esto es todo. ánimo, tienes una bonita tarea por delante.

EJEMPLO DE CONVOCATORIA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	<i>“SESIÓN FORMATIVA SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO INADECUADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN NUESTRA EMPRESA”</i>
FECHA Y LUGAR DE REALIZACIÓN	PRÓXIMO MIÉRCOLES 23 DE JUNIO, EN LA SALA DE JUNTAS. HORA: 16 HORAS. DURACIÓN: 4 HORAS
ORGANIZADA POR	DELEGADOS DE PREVENCIÓN CCOO
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	Contaremos con la presencia de...
OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD	-
¿A QUIEN VA DIRIGIDO?	-
DATOS DE CONTACTO	-

FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

Tfno.:

Email:

Federación a la que pertences.....

.....

Unión territorial

¿Eres delegado? Sí No

¿Participas en el comité de empresa? Sí No

¿Tienes alguna responsabilidad?

Sí ¿Cuál?

No

¿Qué formación sindical tienes?.....

.....

.....

DATOS DE EMPRESA

Nombre:

Domicilio

Tfno.:

Email:

Número de trabajadores..... Número de centros de trabajo.....

¿Existe sección sindical de CCOO? Sí No

¿Existe comité de Seguridad y Salud? Sí No

En caso negativo, ¿hay alguna actividad en este sentido?

Sí ¿Cuál es?

.....

No

EJEMPLO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

1. Consideras que tal y como se ha desarrollado el curso se han cumplido los objetivos previstos:

- Adquirir los conocimientos necesarios para intervenir sindicalmente en el problema de las drogodependencias.
- Facilitar el intercambio de experiencias entre los asistentes al curso.
- Conocer el modelo sindical de intervención en drogodependencias.

	Nada
	Poco
	Algo
	Bastante
	Mucho
	Totalmente

2. Valora de forma global el trabajo de los ponentes

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Personaliza y razona tu respuesta si lo crees conveniente

3. Valora de forma global el interés que para ti han tenido los contenidos tratados en el curso.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Ahora de modo específico valora el interés que han tenido para ti cada uno de los temas tratados.

Aproximación a un modelo de Salud

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Legislación sobre drogodependencias

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Planteamiento sindical.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Los ejercicios prácticos ¿han sido útiles?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Especifica de forma breve si has tenido dificultades en algún tema concreto.
Describe con tres palabras el FUNCIONAMIENTO DE TU GRUPO

-
-
-

- Ahora califícalo numéricamente

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Identifica, en su conjunto, tu implicación en el desarrollo del curso.

	Nula
	Manifiestamente mejorable
	Escasa
	Aceptable
	Buena
	A tope

Explica, si lo crees conveniente, tu respuesta

7. Valora las puestas en común:

Han sido ágiles

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Han sido útiles

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Explica, en un máximo de dos frases tu respuesta

8. Valora, de forma global, el nivel de utilidad que ha tenido para ti el curso.

Te ha proporcionado CONOCIMIENTOS

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Piensas que los conocimientos adquiridos facilitarán tu actividad sindical, en este problema.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. La organización general del curso ha sido positiva.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Justifica, si lo crees necesario, tu respuesta.

10. Define el grado de cumplimiento de las expectativas.

En general, el curso ha satisfecho las expectativas que traías

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

El desarrollo de este curso te ha MOTIVADO PARA ASISTIR a otro

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Has echado en falta algún tema relacionado con el contenido general del curso.

En caso afirmativo señala cuáles.

12. Indica y valora libremente cualquier aspecto del curso que no haya sido recogido en esta evaluación y te parezca interesante.



bloques de **contenido**

Para el desarrollo del curso



El acercamiento al problema del uso inadecuado de alcohol y drogas necesita conocer los diferentes aspectos que concurren tanto en el análisis como en la estrategia sindical de actuación.

Este apartado intenta aportar un material de apoyo para los monitores que diseñan las diferentes actividades de carácter formativo (sensibilización, información y formación).

Los bloques de contenido son:

- **Salud y Drogas.** *Conceptos básicos.*
- **Intervención sindical**
- **Instituciones. Normativa y Recursos.**

Estos bloques no son compartimentos aislados de conocimiento, se interrelacionan cuando la tarea es elaborar estrategias de intervención integrales (prevención, asistencia y reinserción).







salud y drogas

Conceptos básicos

1. El concepto de salud

El concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de su historia. Se trata de un término vivo, dinámico y por ello relativo, cuyo análisis puede ayudarnos a comprender la valoración, en torno a la salud, en cada sociedad y época ya que la salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en nuestra vida personal y social.

La salud, como cualquier otra parcela de la realidad, trasciende y a la vez está sujeta a la conceptualización que de la misma podamos hacer en un momento sociocultural concreto. El término salud puede evocar realidades distintas dependiendo de la época histórica, la cultura o civilización en la que nos situemos y los actores y segmentos sociales que lo empleen. (López, 1998). Así, nuestra aproximación al concepto va a estar por tanto condicionada por nuestro universo cultural. (San Martín, 1981)

En un primer momento, podríamos decir que la definición más intuitiva y más aceptada es entender la salud como ausencia de enfermedad. Antes de mediados del siglo, y coincidiendo con el final de la Segunda Guerra Mundial, surgió una comprensión moderna de la salud, tal como se consagra en la Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Pero esta definición también fue rechazada por diversos autores por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utópica porque no existe un estado completo de salud; estática porque no considera que la salud es algo dinámico y cambiante y subjetiva porque la idea de bien o malestar depende del propio individuo y de su percepción.

De este modo, se han ido realizando diversas definiciones del término, intentando incidir en diferentes aspectos del término, y tendiendo a modificar los “errores” criticados en la definición de la OMS.

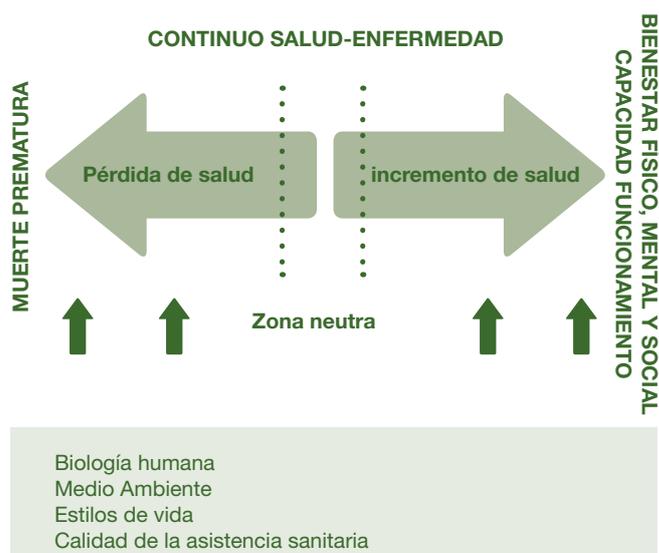
Por tanto a la hora de definir este concepto, diremos, a modo de resumen, que hay varios aspectos a tener en cuenta:

- Nuestro estado de salud depende de un ambiente variable que rodea al sujeto, que también sufre, a su vez, variaciones. Por ello la salud nunca puede ser definida como un término absoluto e invariable a lo largo del tiempo y las condiciones ambientales. Es decir, la salud es un proceso dinámico que cambia continuamente a través de nuestra vida y, por tanto,

nadie posee un estado fijo de completo bienestar físico, emocional, social y espiritual.

- No se puede definir un límite exacto entre salud y enfermedad, ya que ambos son términos relativos y dependientes de un gran número de variables. En la marcha de los procesos evolutivos de la vida, el individuo puede seguir creciendo y desarrollándose hacia el logro de niveles de bienestar aún más altos
- En el concepto de salud se deben incorporar, al menos tres aspectos, uno objetivo (capacidad de realizar una función), otro subjetivo (en términos de bienestar) y otro ecológico (comprendido como adaptación biológica, mental y social del propio individuo al medio que lo rodea).

En la actualidad, adoptaremos como definición de salud “El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Luís Salleras)



En este concepto dinámico existen diferentes grados de salud y enfermedad. En un extremo del gráfico, se sitúa la muerte prematura y en el otro el elevado nivel de bienestar y capacidad de funcionamiento. Salleras habla de elevado nivel de bienestar y no completo (como hace la OMS), ya que raras veces se alcanza tal nivel. En su modelo, destaca lo que él llama zona neutra, una zona en la que es difícil distinguir lo normal de lo patológico y a partir de la cual se sitúan la salud positiva y la pérdida de salud, que tal y como se observa, no son estáticos, sino dinámicos, pues hay distintos grados.

2. Determinantes de la salud

La salud viene determinada por cuatro factores, interaccionando entre sí. Esos factores, desglosados, son:

- Factores **biológicos**: donde se incluyen aquellas causas ligadas a la genética y el envejecimiento celular. Son factores internos del individuo.
- Factores ligados al **medio ambiente**: incluyen desde los contaminantes ambientales a la presión sociocultural, dentro de un grupo de factores externos al propio individuo. Dentro de este grupo de factores se encontrarían los factores relacionados con el entorno laboral, entre ellos, las condiciones de trabajo.
- Factores ligados al **estilo de vida**: comprenden un conjunto de decisiones que el propio individuo toma respecto a su salud. Dentro de este grupo de factores se encontrarían las decisiones individuales sobre determinados consumos (alcohol, tabaco, otras drogas...)
- Factores ligados a la **atención sanitaria**: donde se incluyen la cantidad, calidad, gratuidad y acceso a los servicios sanitarios. Son factores que escapan al control del individuo.

Así pues, la drogodependencia actúa como un determinante de la salud individual de las personas, produciendo desestructuración social, fenómenos de exclusión y siendo necesario analizar los contextos en que se produce o se mantiene.

El consumo inadecuado de alcohol y/u otras drogas trasciende el ámbito laboral, pero se manifiestan, en éste de forma específica. Dicha especificidad podemos formularla en términos de causas, efectos, extensión y planteamientos o abordajes del tema.

Las causas, efectos, extensión y también las soluciones posibles constituyen una realidad peculiar en el mundo del trabajo. El consumo de alcohol y otras drogas obedece a muchas causas, psicosociales y culturales. Las relacionadas con el ámbito laboral hacen referencia al medio ambiente y procesos de trabajo. Condiciones desfavorables para la realización de tareas, trabajos peligrosos, turnos, así como situaciones que se derivan de esas condiciones (estrés, frustración, falta de estímulo, inseguridad en el empleo, etc). Están actuando, a veces, como desencadenantes y siempre como moduladores del consumo.

3. Drogas

Conceptos básicos

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

Droga

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

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

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

Drogas psicotrópicas

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

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

Drogodependencia

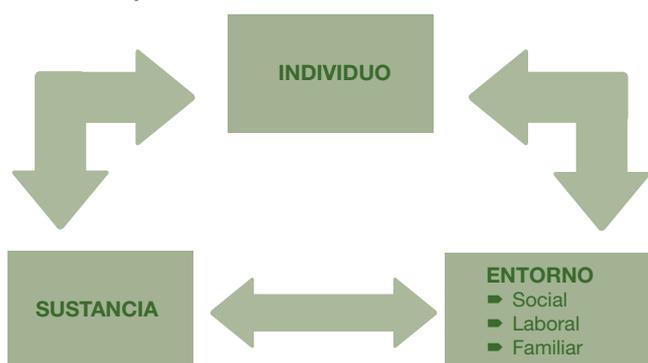
La O. M. S. la define como “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomarla de forma continua o periódica a fin de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

Está caracterizada por:

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

La drogodependencia es un proceso que se va construyendo, en él intervienen: la toma de decisiones de la persona; los contextos social, laboral y familiar; y las características de la sustancia. De esta forma, los factores que influyen a la hora de generarse una dependencia son:

- Las características personales y antecedentes.
- La naturaleza del entorno sociocultural general e inmediato. Aquí se encontrarían los factores asociados con el entorno laboral, entre ellos las condiciones de trabajo.
- Los efectos sobre el organismo de la sustancia, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia del uso y la vía de administración.



Dependencia física

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

Dependencia psíquica

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

Tolerancia

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

Tolerancia Cruzada

Fenómeno por el cual si una sustancia se consume en repetidas ocasiones, no solamente aparece tolerancia a la misma, sino también a otras cuyos efectos sobre el organismo son similares. Es el caso del alcohol y los barbitúricos. Si se tiene tolerancia hacia el alcohol y se toman por primera vez barbitúricos, para que estos produzcan el efecto deseado habrá que tomarlos en dosis más altas que las que se tomarían si no se fuera tolerante al alcohol.

Síndrome de abstinencia

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

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

Desintoxicación

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

El período de desintoxicación física es variable para cada droga pero hay que hacerlo bajo control médico, aunque se puede hacer con o sin ayuda farmacológica.

Deshabitación

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

Reinserción

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

Recaída

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

Formas de consumo de drogas

El uso de drogas está íntimamente ligado a las costumbres propias de cada cultura. Por lo tanto, la realidad se va modificando y las percepciones sociales también, de esta forma también el discurso social sobre las mismas se va haciendo más solidario. En este aspecto el fenómeno de las drogas ha experimentado un profundo proceso de transformación, paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas.

En España, actualmente las drogas están ligadas a la cultura del ocio y se produce una banalización del consumo. Según diferentes estudios, se ha producido una evolución positiva de la percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas.

No obstante, por uso de drogas podemos entender aquella modalidad de consumo que no reporta consecuencias negativas para el sujeto, ni físicas, ni psicológica, ni sociales, bien por producirse en pequeñas cantidades o por tener lugar con frecuencia mínima.

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

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

Experimental

El individuo recurre a las drogas una o varias veces, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo. Lo hace por curiosidad o por la presión del grupo que frecuenta. La mayoría de quienes experimentan con drogas no pasan de este estadio.

Ocasional

Consumo espaciado de drogas, solo se consumen de vez en cuando y no se genera dependencia. Generalmente el sujeto acepta de una forma pasiva las invitaciones que recibe, sin tomar la iniciativa de tomar drogas por su cuenta.

Habitual o Dependiente

El sujeto busca activamente los efectos de las drogas. Este consumo genera un estado físico y psíquico, caracterizado por modificaciones de comportamiento que comprenden un impulso irreprímible por tomar la sustancia a fin de experimentar sus efectos o de evitar el malestar producido por su privación.

Problemático

El uso problemático está asociado a puestos que entraña riesgo al trabajador o a terceros en estos puestos aunque solo se realice un uso no dependiente es inadecuado y no debe hacerse.

4. Clasificación y efectos de las drogas

Clasificación por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC):

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

Sustancias depresoras

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

- El alcohol etílico
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc...)
- Tranquilizantes (generalmente benzodiazepinas)
- Hipnóticos

Sustancias estimulantes

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

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

Sustancias alucinógenas

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

- Alucinógenos (LSD, etc.)
- Derivados del cannabis (hachís, marihuana, etc.)

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

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

Efectos

Sustancias depresoras:

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

Alcohol

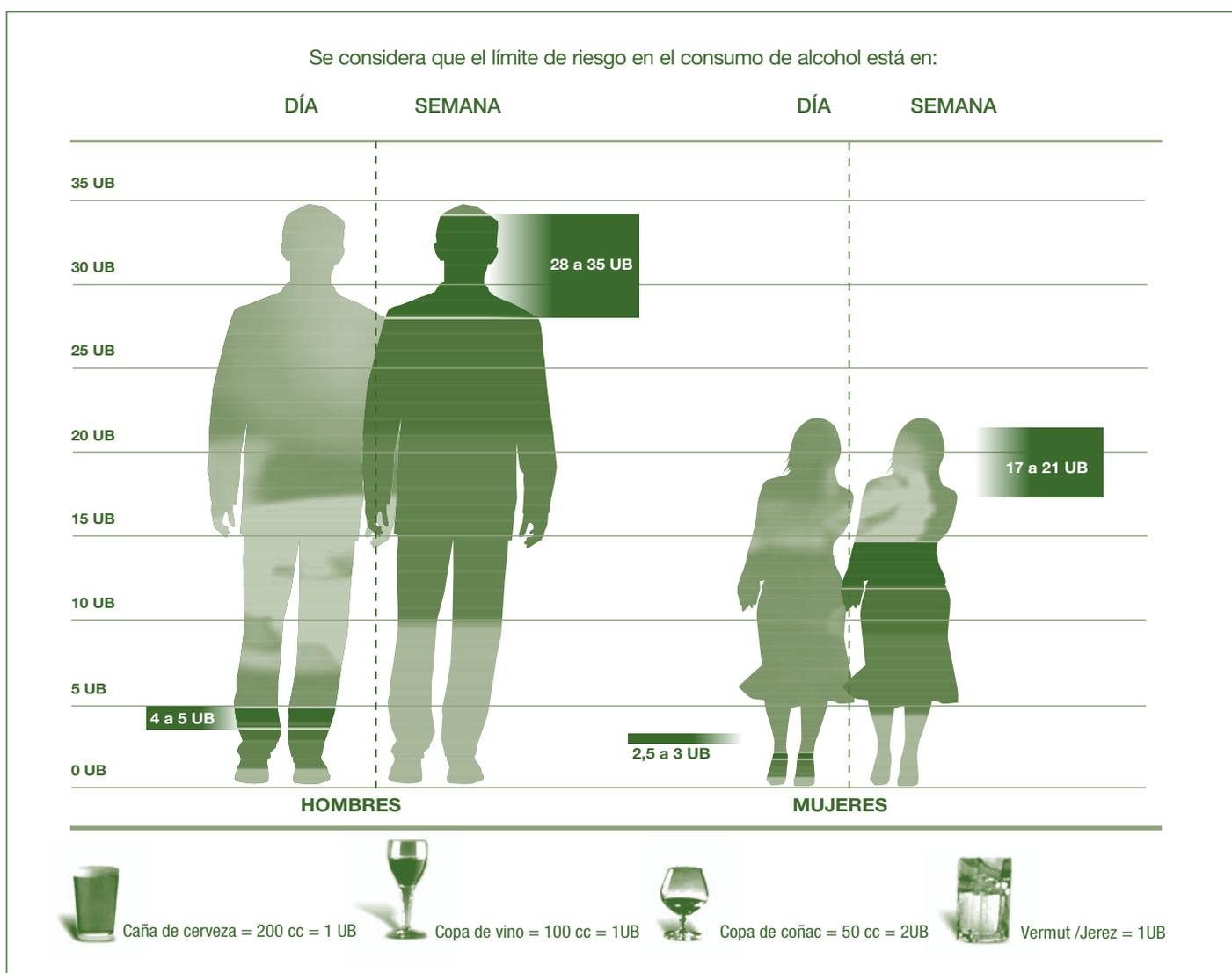
Son sustancias que en general inducen al sueño y a la relajación del Sistema Nervioso Central produciendo una sensación de gran bienestar. Producen analgesia disminuyendo las sensaciones dolorosas y la capacidad motora.

Se trata de una droga que afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y

desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

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

Una manera sencilla de medir la cantidad de alcohol que ingerimos es hacerlo mediante Unidades de Bebida (UB) – una UB corresponde a 10 gr. del alcohol puro- Utilizando la tabla que se detalla a continuación se puede fácilmente obtener una medida de nuestro consumo y a la vez conocer cuando estamos haciendo un consumo de riesgo:



Nos conviene saber que:

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

La velocidad de metabolización por parte del hígado es un proceso constante y aunque no en todas las personas se realiza con la misma velocidad se puede decir, de una forma estándar, que se elimina entre ½ y 1 UB a cada hora.

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

El alcohol espirado es la base para saber el grado de alcoholemia (cantidad de alcohol en sangre). Se sabe que 0,25 mg/l de alcohol en el aire espirado equivale a 0,5 g. /l alcohol en sangre. Esta detección del grado de alcoholemia a través del aire espirado se realiza con un aparato llamado etilómetro o alcoholímetro.

Hipnosedantes: Benzodiazepinas y barbitúricos

En España, se ha observado en los últimos años una tendencia ascendente en el consumo de hipnosedantes con y sin receta médica, incremento también presente entre la población laboral.

Los hipnosedantes son un término general para un grupo de psicofármacos, depresores del SNC (Sistema Nervioso Central), que producen sedación y a dosis más elevadas provocan sueño. Incluye, entre otros, las benzodiazepinas y los barbitúricos.

Las benzodiazepinas son depresores que actúan como hipnóticos en dosis altas, ansiolíticos en dosis moderadas, y sedantes en dosis bajas. El consumo repetido de grandes dosis o, en algunos casos, el consumo diario de dosis terapéuticas se asocia con amnesia, hostilidad, irritabilidad y sueños perturbadores o vívidos, así como tolerancia y dependencia física. El síndrome de abstinencia es similar al del alcohol y puede requerir hospitalización.

La mayoría de los consumidores a menudo desarrollan tolerancia a los efectos más leves de la droga, como la sedación y el deterioro de la coordinación motora. Existe una importante tolerancia cruzada entre las benzodiazepinas y otros depresores como el alcohol. Se debe tener en cuenta que el uso de alcohol mezclado con otros

depresores como benzodiazepinas puede ser potencialmente mortal.

Heroína

La heroína es una droga altamente adictiva sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio. Poco tiempo después de consumirse llega al cerebro, dando como resultado una oleada de sensaciones agradables, calma y euforia.

Con el tiempo, la heroína pierde la capacidad para producir el bienestar inicial que producía, lo que provoca un malestar cada vez mayor. Si al principio la obtención de placer era la causa del consumo, con el paso del tiempo, lo que el consumidor o consumidora de heroína busca es aliviar el malestar que le produce la ausencia de la heroína.

Sustancias estimulantes

En general son drogas que producen intensificación de la actividad cerebral, aumento de la agudeza mental, la atención y la energía, insomnio, disminución del apetito, aumento de la presión arterial, aumento del ritmo cardíaco y de la frecuencia de la respiración.

Tabaco

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

Durante la combustión del tabaco se originan más de 4.000 productos tóxicos diferentes. Entre ellos, destacan por su especial peligrosidad y por las enfermedades a que pueden asociarse, los siguientes: alquitranes, monóxido de carbono, irritantes y nicotina. Esta última es la que causa dependencia, ya que a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cáncer de pulmón, hipertensión arterial, enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio), etc.

Es de gran importancia la existencia de “fumadores pasivos”, que son los individuos expuestos al humo del tabaco sin ser ellos mismos fumadores. El humo que inhala este “fumador pasivo” es el de la corriente secundaria, que contiene hasta tres veces más nicotina y alquitrán que la corriente principal que aspira el fumador y unas cinco veces más monóxido de carbono. Un fumador pasivo expuesto al humo de tabaco durante una hora inhala una cantidad equivalente a 2-3 cigarrillos.

Anfetaminas

Debido a sus propiedades estimulantes tanto de tipo físico como mental, su abuso se ha hecho popular entre determinados colectivos que necesitan mantenerse despiertos durante periodos prolongados de tiempo o que requieren un aumento o mantenimiento de una energía física y mental. Por ejemplo estudiantes, atletas, o personas que consumen con fines recreativos para poder trasnochar en una fiesta.

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

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

Cocaína

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Se trata de la segunda droga ilegal más consumida, después del cannabis.

Produce efectos de excitación motora y aumento del nivel de actividad de la persona, así como cambios emocionales variados. La cocaína actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables de la gratificación y del placer. Su consumo continuado reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural (a través del sexo, la comida...) y les hace menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Por esto, la cocaína resulta tan adictiva.

A medio y largo plazo, el consumo de cocaína puede producir problemas físicos y psicológicos además de adicción. La dependencia de la cocaína es una de las más intensas.

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

Sustancias perturbadoras del SNC y/o alucinógenas

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

Cannabis

Esta sustancia se extrae de la planta de cáñamo (*Cannabis sativa*), con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado.

Se trata de la droga ilegal más consumida dentro de la población laboral. Según una encuesta del año 2013 un 7% de la población laboral había consumido en el último mes, y un 2% realiza un consumo problemático.

Los efectos más importantes tienen lugar sobre el Sistema Nervioso y también sobre el aparato cardiovascular. Dosis elevadas pueden inducir alucinaciones y sentimientos persecutorios. En los consumidores crónicos se ha descrito la presencia de apatía, torpeza, deterioro del juicio y el llamado "síndrome amotivacional".

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

LSD

Compuesto químico que se encuentra naturalmente en un hongo que parasita el centeno. Los posibles riesgos asociados al consumo de LSD son psicológicos más que físicos, ya que no genera dependencia física.

En cuanto a los efectos, son impredecibles pero en general actúa sobre el cerebro provocando alucinaciones que pueden durar de 3 a 12 horas. El consumo de LSD puede originar también lo que se conoce con el nombre de "flashback". El flashback es un retorno transitorio de emociones y percepciones experimentadas bajo los efectos del LSD. Es decir, se podría volver a experimentar, por ejemplo, días más tarde, alguna sensación que se experimentó bajo los efectos del LSD.

Drogas emergentes y Nuevas Sustancias Psicoactivas

Las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP) son sustancias de abuso, en forma pura o de preparado, muchas veces no incluidas en la clasificación oficial reglada de estupefacientes y que cada vez están más disponibles en el mercado abierto y/o internet, lo que supone una grave amenaza a la salud.

Dentro de las NSP podemos encontrar grupos de diferentes sustancias: drogas de síntesis, drogas emergentes, productos químicos de investigación, drogas de diseño, drogas recreativas, o drogas utilizadas en determinadas reuniones y fiestas. Por lo tanto, el término NSP no es sinónimo de “drogas de nueva síntesis” ya que algunas son sustancias ya conocidas o utilizadas que vuelven a emerger para su consumo, así como otras sí son producto de la síntesis de nuevas sustancias, o de modificaciones en las formulas químicas de sustancias ya conocidas para así poder eludir la ilegalidad manteniendo sus propiedades psicoactivas.

En esta clasificación nos podemos encontrar:

Éxtasis

También llamado MDMA, Adán, XTC, X, E, pastillas, pastis o pirulas. Su consumo se ha incrementado en las últimas décadas.

Metanfetamina

Sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso, y un elevado poder adictivo.

GHB o éxtasis líquido (gamma hidroxibutirato)

Aunque es conocido como éxtasis líquido, nada tiene que ver con el MDMA. Los efectos que se han observado con el consumo de esta droga son relajación y somnolencia.

Ketamina

Anestésico que sigue utilizándose en la actualidad con fines médicos y en veterinaria. La ketamina tiene un elevado riesgo de adicción y una rápida tolerancia.

Inhalantes

Son sustancias volátiles que se encuentran en determinados productos químicos o de limpieza, y que deprimen el sistema nervioso central. Estas sustancias presentan la particularidad de que pueden ser inhaladas voluntariamente, buscando sus efectos psicoactivos, o involuntariamente, por personas que se encuentran expuestas a las mismas por las características de su trabajo.

Spice (cannabinoides sintéticos)

Mezcla de hierbas con efectos psicotrópicos que se suelen vender por internet como inciensos o hierbas.

Popper

Se trata de una droga recreativa que inhalada produce estimulación y vasodilatación. Tiene una breve duración de los efectos lo que la hace una droga muy peligrosa debido al elevado riesgo de sobredosis.

Catinonas (khat) o sales de baño

Se trata de sustancias derivadas de la planta del khat, y modificadas químicamente para ser usadas como alternativa “legal” a la cocaína y las anfetaminas.

Piperazinas

También conocidas como “píldoras de fiesta” o “píldoras de hierba”, se vende y se consume como sustituto del MDMA.

5. Otras adicciones sin sustancias

Existen conductas adictivas que no requieren el consumo de ninguna sustancia, sea legal o ilegal, como son participar en juegos de azar en salas de apuestas, las maquinas de juego o tragaperras, participar en concursos, hacer apuestas hípicas y juegos de cartas con apuesta económica. También se ha producido un crecimiento en el uso de juegos de azar online con apuesta económica, lo cual supone un gran riesgo para la salud debido a su fácil accesibilidad.

Por lo tanto, estamos hablando de un problema de juego patológico o ludopatía, reconocido como trastorno por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1992. Es un trastorno psicológico multicausal en el que intervienen factores de riesgo ambiental, psicológico y biológico, y

que afecta a diversos aspectos del entorno personal, familiar, laboral, social y económico.

Podemos distinguir una adicción gradual al juego, de forma que hablaremos de jugadores patológicos, jugadores con problemas y jugadores con algún tipo de riesgo. La Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ) publicó en 2016 un Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España con población mayor de 18 años, en el cual se observó:

- La edad media de inicio del juego en jugadores con problemas es de 19 años.
- Existe una relación entre el nivel de problemática con el juego y problemas psicológicos en un 45,4% de las personas jugadoras.
- Según se incrementa el nivel de patología o adicción al juego nos encontramos con un mayor porcentaje de personas desempleadas, solteras, separadas o divorciadas, y una mayor incidencia en juegos de azar online con apuesta económica.
- En cuanto a los jugadores patológicos en España, un 69,6% son hombres, con edades entre 25-34 años y 55-64 años. La mayoría tienen trabajo, practican el juego individualmente y suelen ser conscientes de su situación.

La Ley 13/2011, de 27 de mayo, regula el correcto funcionamiento de los juegos de azar de carácter estatal, y en particular los comercializados vía online, así como la protección de colectivos vulnerables desde una perspectiva de prevención del desarrollo de fenómenos de adicción al juego.

No obstante, es necesario seguir analizando el marco de actuación para adaptar esta regulación al objetivo de protección de la salud pública, y sobre todo de los colectivos vulnerables como son las personas menores de edad. También se debe hacer hincapié en la prevención de conductas adictivas y actividades fraudulentas, así como la erradicación de actividades de riesgo en juego online.

6. El género en relación con el consumo de drogas

En relación con el género, es imprescindible incorporar de forma efectiva la perspectiva de género como una herramienta de análisis de la realidad.

En primer lugar, se debe fomentar una mayor sensibilización para lograr una perspectiva de género en el análisis

de los nuevos patrones de consumo y en los diferentes programas, investigaciones, intervenciones y programas de prevención. Además esta sensibilización debe tener como objetivo a todas las personas y la sociedad en su conjunto, procurando que no se produzca una asimilación del patrón masculino de consumo por parte de las mujeres.

También es imprescindible promover la prevención y detección precoz de la violencia de género en relación con la drogodependencia y los entornos de consumo. En este sentido, la situación de las adicciones en España muestra que las mujeres tienen un mayor consumo de hipnosedantes (casi el doble que los hombres) y que consideran este consumo como algo normal. Además, se ha identificado una relación entre el consumo de alcohol y la violencia contra la pareja o violencia sexual, de forma que un alto porcentaje de personas que ejercen este tipo de violencia hacia su pareja tienen problemas de adicción al alcohol, y cuando una mujer sufre este tipo de violencias es más probable que se produzca un consumo de riesgo o problemas por el alcohol.

Por lo tanto, se observa la necesidad de promover programas de prevención y atención desarrollados en base a las características, entorno y necesidades de las mujeres, partiendo del análisis de todas las variables de consumo y aportando alternativas de tratamiento no farmacológicas para lograr una reducción del consumo de hipnosedantes en la población femenina.

De esta forma, se abordan diferentes aspectos desde una perspectiva de género:

- Cambio social: cómo nos afecta, cómo afecta a las mujeres y cómo afecta a los hombres.
- Nuevas formas de adicción y análisis de las diferencias en el uso, forma de acercamiento, obtención de la sustancia, contextos y formas de consumo.
- Incidencias en adicciones no relacionadas con el consumo de sustancias, como por ejemplo la adicción al juego.
- Tendencias y nuevos patrones de consumo teniendo en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres en cuanto al uso, forma de acercamiento, obtención de la sustancia y contextos.

Se considera fundamental mejorar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la mujer a todos los programas de prevención y atención. Es de gran importancia integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de las adicciones.





Aspectos **disciplinarios**

1. Antecedentes

En el caso de la embriaguez hay normativas como la Ley del Contrato de Trabajo de 1931, pasando por el Real Decreto 17/1977 de 4 de marzo, sobre Relaciones de Trabajo que la consideraban como causa de resolución del contrato de trabajo. El Real Decreto 1977, es el inspirador inmediato de la norma actual que sanciona la embriaguez en el Derecho Laboral. Así, para el despido “la embriaguez cuando sea habitual “(apart.g. del art. 33).

2. Situación disciplinaria actual

Nuestro análisis debe partir del texto laboral básico, el Estatuto de los Trabajadores RDL 2/2015, que en el artículo 54, apartado 2. letra f establece como causa de despido: “ la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”.

Así, tenemos un apartado dentro del un artículo del Estatuto de los Trabajadores que sirve de apoyo al empresario para poder despedir a un trabajador alcohólico o toxicómano.

Sin embargo, el despido es, aparte de la medida más drástica, la última y definitiva y, en teoría, debería llegar siempre que se den los requisitos necesarios.

En este sentido, debemos destacar aunque brevemente que ya hay jurisprudencia elaborada en torno al citado artículo desde la Audiencia Nacional, los tribunales superiores de justicia de distintas comunidades autónomas y del Tribunal Supremo, Sala de lo Social.

Los mencionados tribunales entienden que para la aplicación de dicho artículo se tienen que dar los requisitos básicos siguientes:

- Que sean situaciones no ocasionales o esporádicas, sino habituales.
- Que, además, repercutan negativamente en el trabajo.

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

Para poder probar que se dan los dos requisitos mencionados, los empresarios normalmente acudirán a otras posibilidades que no tienen el efecto de la ruptura de la relación contractual.

A continuación se muestran unas actuaciones distintas al despido, organizadas en forma de intervenciones graduales ante la falta de un trabajador/a:

FALTAS LEVES:

- Apercibimiento o amonestación verbal o escrita, suspensión de empleo de carácter breve.

FALTAS GRAVES:

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

FALTAS MUY GRAVES:

- Suspensión de más de 15 días de empleo y sueldo.
- Inhabilitación y suspensión que puede llegar a 6 meses.
- Traslado de centro de trabajo y de localidad.

Estas sanciones impuestas por la dirección de la empresa pueden ser impugnadas ante los Juzgados de lo Social a tenor de la LJS Ley 36/2016, cap.2, sección 1ª, Despido Disciplinario, aunque las sentencias no se pueden recurrir.

De esta forma si el trabajador incurre en sanciones previas y de menor entidad por el mismo motivo de embriaguez o toxicomanía, favorecerá la prueba de la empresa frente a los juzgados cuando se encuentre ante la última consecuencia jurídica, el “incumplimiento contractual y cualificado del trabajador”, sobre todo teniendo en cuenta que en el Derecho Laboral, la carga de la prueba se invierte, recayendo sobre el demandado, es decir, la empresa que despide.

Es claro, pues, que la habitualidad es un requisito fundamental a la hora de hablar de un despido disciplinario basado en la embriaguez o toxicomanía del trabajador.

Aunque esta habitualidad no será tan necesaria en el caso de trabajos que supongan un riesgo, como por ejemplo aquellos relacionados con la conducción y/o transporte, medicina, cirugía, entre otros.

Lo que sucede es que en la práctica laboral, la actuación empresarial disciplinaria contra los trabajadores drogodependientes se efectúa a través de otros supuestos o causas recogidos en el Art. 54.

Se debe tener en cuenta lo que contempla la Ley orgánica 4/2015 de protección y seguridad ciudadana, así como la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

ASPECTOS DISCIPLINARIOS

SANCIONES

DESPIDO

Art. 54. 2. F del Estatuto de los Trabajadores
Despido disciplinario por causas que se derivan del consumo.

REQUISITOS PARA APLICAR EL ART. 54. 2. f

Que repercutan negativamente en el trabajo

Que sean situaciones NO ocasionales sino habituales

Sanciones distintas al despido

A: FALTAS LEVES

Apercibimiento o amonestación verbal o escrita, suspensión de empleo de carácter breve

B: FALTAS GRAVES

Suspensión de mayor duración (hasta 15 días)
Inhabilitación para ascender
Traslado de puesto de trabajo

C: FALTAS MUY GRAVES

Suspensión de más de 15 días de empleo y sueldo.
Inhabilitación y suspensión que puede llegar a 6 meses.
Traslado de centro de trabajo y de localidad.





Intervención sindical en drogodependencias

1. La drogodependencia

un problema de salud

La idea de salud, de estar sano, evoluciona y es diferente según las épocas y los pueblos. En nuestra cultura la salud, siguiendo la idea desarrollada por Costa y López, no es un acontecimiento que transcurra exclusivamente en el espacio privado de nuestras vidas, la calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud se desarrollan, fundamentalmente, en el tejido social y ecológico en el que transcurre nuestra historia personal y social. En este sentido, el concepto de salud se encuentra ligado a los estilos de vida, a los retos ambientales, a la vida productiva y a la distribución solidaria de los recursos socio-económicos de un país.

Dentro de esta concepción de la salud concebimos al individuo de una forma integral y en continua relación con sus condiciones sociolaborales y es, en este marco donde definimos la drogodependencia como un problema de naturaleza múltiple, que interfiere y distorsiona las condiciones necesarias para el mantenimiento y desarrollo de una buena salud.

La drogodependencia afecta seriamente a la salud individual de las personas, produce desestructuración

social, genera fenómenos de exclusión y advierte sobre los contextos en el que se produce o se mantiene.

Es necesario por tanto, aproximarnos al problema del uso inadecuado de alcohol y otras drogas con una mirada global capaz de intervenir en las causas aplicando una política preventiva, y compaginarlas con la defensa de los derechos que asisten a la persona afectada. Tanto de tratamiento, como de normalización social y laboral.

2. La drogodependencia

como proceso

La drogodependencia no es un suceso repentino, es un proceso que pasa por el uso y el abuso. En este proceso existe una interrelación entre la persona, la sustancia y su entorno personal y socio-laboral. Por lo tanto no sólo está implicado, el consumidor, sino también el contexto. En este sentido la responsabilidad a la hora de intervenir si tanto en las causas como en las consecuencias, es compartida. La aplicación de programas preventivos en las empresas permitirá que este proceso se quiebre y no se produzca el deterioro de salud que acompaña a la dependencia.

La drogodependencia como proceso



3. Situación actual de la drogodependencia en las empresas

DESDE LA NEGACIÓN A LA ACEPTACIÓN DEL PROBLEMA.

Afortunadamente hoy no se duda de la necesidad de realizar intervenciones para atajar el uso inadecuado de alcohol y otras drogas dentro de las empresas.

Esta situación nos coloca frente a varios tipos de propuestas empresariales propuestas que tienen como característica fundamental la aplicación de medidas de control como única medida preventiva.

Las empresas cuando plantean atajar el problema del consumo de drogas, lo que hacen básicamente es considerar el uso inadecuado como un factor de riesgo,

analizan las consecuencias de ese uso en clave siempre de productividad, absentismo o accidentabilidad y aplican medidas preventivas encaminadas a la búsqueda y control de la persona que realiza el uso inadecuado. En este esquema empresarial de intervención no se cuenta con las causas, de naturaleza laboral, que explican ese tipo de usos (condiciones de trabajo que se sabe actúan como factor de riesgo produciendo pautas de uso inadecuado así como una total ausencia de acciones permanentes de sensibilización información y formación) y por consiguiente no se aplican políticas preventivas integrales que, partiendo de las causas disminuyan los efectos.

En este sentido cabe resaltar que en la actualidad, aunque estamos en una situación mejor que la de hace unos años, pues se reconoce la importancia de intervenir en estos problemas, seguimos asistiendo a unas prácticas empresariales caracterizadas por:

Características de nuestra propuesta	Características de la propuesta de la empresa
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tratar la drogodependencia como un problema de salud. ▶ Entender que el problema tiene unas causas y produce unos efectos, por consiguiente hay que intervenir en las causas y dar tratamiento a los efectos. ▶ Definir los factores de riesgo implicados en el proceso de la drogodependencia y elaborar una estrategia preventiva. ▶ Incorporar a la evaluación de riesgos este problema de salud y aplicar medidas preventivas que eviten las consecuencias del consumo. ▶ Se aborda el trabajo desde tres perspectivas: prevención, asistencia y reinserción. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fuerte preocupación, a la hora de intervenir para mejorar la productividad, eliminar el absentismo y la accidentabilidad. ▶ Confundir los efectos del problema con el problema en sí. ▶ Carecer de un análisis de las causas sobre las que apoyar una política preventiva. ▶ Aplicar medidas de control y sancionadoras como toda medida preventiva. ▶ Se trata de una propuesta con programas muy rígidos, sin participación de los sindicatos y sin estar enmarcados en programas integrales de mejora de la salud y el bienestar.

¿Qué situaciones nos podemos encontrar y qué hacer ante ellas?

Ninguna

Consistente en mantener las cosas como están y cuando la persona con estos problemas rebasa el «aguante» del responsable, éste ordena hacer uso de la ley, que le garantiza la posibilidad de prescindir del trabajador. Nosotros debemos estudiar las posibilidades de actuar, partiendo de un conocimiento concreto del problema en nuestra empresa y teniendo como objetivo alcanzar un acuerdo de intervenir en prevención a la vez que se garantice la asistencia a las trabajadoras y trabajadores afectados, así como se deberán identificar los factores de riesgo y poner en marcha factores de protección.

La excedencia

Esta oferta implica que el tiempo de tratamiento no será cotizado a la Seguridad Social, ni la persona afectada percibirá salario alguno durante el mismo. En la práctica la excedencia voluntaria supone la no reincorporación al puesto de trabajo. Nuestro objetivo será asegurar la reincorporación inmediata del trabajador afectado a su puesto de trabajo una vez finalizado el tratamiento.

La sanción

También es frecuente la adopción de sanciones, que generalmente implican pérdida temporal de empleo y sueldo. Negociaremos el cambio de medidas disciplinarias por medidas terapéuticas entendiendo que estamos frente a un problema de salud que se resuelve con la incorporación del trabajador o trabajadora afectada a un tratamiento.

El despido

El artículo 54.2.f del Estatuto de los Trabajadores considera al alcoholismo y la toxicomanía como causa de despido. Las sentencias de los tribunales a este respecto señalan que para la disolución del contrato por este motivo deben concurrir dos requisitos: que sea habitual la situación y que repercuta negativamente en el trabajo; en el caso de situaciones especiales de trabajo, la jurisprudencia considera que se puede despedir aunque la situación sea ocasional o esporádica. Aunque no es frecuente el uso de esta norma legal se utilizan el resto de causas graves legitimadoras de despido: no puntualidad, insubordinación, etc.

Ante esta situación, la más frecuente en nuestros centros de trabajo, tenemos que actuar, en varios frentes, con rapidez:

La actitud empresarial ante el problema

La no oferta



No dar solución al problema hasta que el trabajador entre en una dinámica en que puedan ser aplicadas medidas sancionadoras que pueden llegar al despido

La excedencia



Implica que el tiempo de tratamiento no sea cotizado a la SS, ni la persona afectada percibirá salario alguno, ni asegura la reincorporación al puesto de trabajo

La sanción



Medida frecuente, incorporada muchas veces a convenios colectivos

El despido



Medida contemplada en el art. 54.2.f del Estatuto de los trabajadores y que figura a veces en convenios colectivos.
Su utilización no es frecuente utilizando como argumento el problema en si. Es más frecuente tomando en consideración otras conductas derivadas del consumo como absentismos, malas conductas con los compañeros y otras penadas en el Estatuto de los Trabajadores.

Ante estas medidas hay que negociar con la empresa un tratamiento médico con mantenimiento del puesto de trabajo.

Introducir en el convenio colectivo de un plan de intervención de drogodependencias en la empresa.

- Sustituir la posibilidad del despido por el compromiso de la empresa de apoyar un programa de tratamiento.
- Prestar apoyo jurídico de nuestras asesorías para defender en los Juzgados de lo Social la no procedencia del despido y la adopción de una alternativa terapéutica concreta.
- Negociar un programa preventivo con la dirección de la empresa que impida estas situaciones.

La detección de drogas

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

Las empresas, además, comienzan a plantearse la conveniencia de detectar el consumo de drogas mediante controles en los que se determina la presencia de algunas sustancias de abuso.

Los resultados de estos instrumentos no hablan de situaciones de abuso, solo hablan de que las personas han estado expuestas a diversas sustancias unas horas o días antes. No se utilizan como herramienta para detectar problemas de salud y aplicar medidas preventivas o sanitarias sin embargo no es infrecuente el uso de estas pruebas para regular plantillas o seleccionar personal.

Frente a ello, nuestra actuación será rechazar con firmeza la aplicación de controles en las pruebas de selección, pues no existe aún una relación contractual.

En el caso de la aplicación a trabajadores de plantilla, los controles de alcohol u otras drogas quedaran restringidos exclusivamente a aquellos puestos de trabajo determinados por una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad dándose las siguientes condiciones:

- No son aceptables las pruebas realizadas al azar.
- Existiendo una disposición legal que lo justifique se establecerán las oportunas garantías de confidencialidad necesarias y suficientes.
- Un resultado positivo en una prueba de drogas debe confirmarse siempre con posterioridad utilizando una técnica de análisis distinta.
- Que la técnica analítica elegida tenga alta sensibilidad (detectar verdaderos positivos) y alta especificidad (detectar verdaderos negativos).
- Haber descartado que el trabajador en el momento de la toma de la muestra esté usando un fármaco prescrito por su médico y que puede dar un falso positivo.
- Nunca un resultado positivo significará sanción o despido para el trabajador. Se le ofrecerá la posibilidad de tratamiento especializado.
- Si se implanta en la empresa el control biológico de drogas, se asegurará que incluya todas las categorías dentro de estos puestos de especial peligrosidad.
- Las pruebas específicas para detectar drogas tienen siempre estarán en marcadas en un programa de prevención negociado con los representantes de los trabajadores.
- Es preciso un consentimiento informado al trabajador.

El propósito principal será garantizar la seguridad y proteger la salud.

Detección de drogas

En la selección : rechazo

No hay relación laboral

Derecho constitucional a la intimidad

Se detecta consumo, no dependencia

En plantilla:

- Solo se harán controles de drogas cuando así lo exija una disposición legal al respecto
- No a las pruebas al azar
- Garantía de confidencialidad
- Cadena de custodia para que la muestra no se altere
- Calidad técnica de los análisis
- En caso de dar positivo hacer siempre una segunda analítica
- Descartar tratamiento médico que pueda dar un falso positivo
- Un diagnóstico claramente positivo nunca supondrá una sanción o despido para el trabajador
- Las pruebas se aplicarán siempre dentro de un programa de prevención



4. Intervención sindical en drogodependencias

Aunque la prevención en drogodependencias es fundamental en nuestro trabajo sindical, la propia naturaleza del problema nos lleva a aplicar planes integrales que incorporen también medidas de asistencia y reinserción.



Plan de intervención en drogodependencias

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

Prevención

La propia naturaleza del acto de prevenir es la anticipación, y esto nos lleva inevitablemente a entrar en las causas del problema que queremos evitar. Las causas de la drogodependencia están relacionadas siempre con las personas que consumen, con la sustancia y con el contexto personal social y laboral donde se va produciendo el problema.

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

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

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

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

Evaluación de factores de riesgo

Condiciones comunes a muchos sectores



Asistencia

Intervenir en los aspectos preventivos no es la única tarea. Los trabajadores afectados están enfermos y como tal, tienen derecho a acogerse a un tratamiento. Tenemos que plantear dos cuestiones fundamentales:

Tratamiento de la Drogodependencia como enfermedad. Los trabajadores afectados tienen derecho, si fuera necesario, a acogerse a una baja médica como se hace con cualquier otra enfermedad común, con la finalidad de tratar su dependencia. Para que esto ocurra, negociaremos que salga del ámbito disciplinario como lo establece el Art. 54 del ET y pase a ser materia de Salud Laboral.

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

Reinserción

Los aspectos relacionados con la reinserción deben asegurar que el trabajador o trabajadora normalice su vida laboral. Así aseguraremos que someterse a tratamiento no suponga la pérdida del puesto de trabajo y que la incorporación al mismo, se haga lo antes posible. La mayoría de las veces es posible compaginar su jornada laboral con el tratamiento, no obstante, acordaremos la posibilidad de reajustar el puesto de trabajo cuando sea necesario.

Reajustar el puesto de trabajo. Si fuera necesario este reajuste debido al deterioro físico que tiene la persona consumidora, se producirá con el mismo criterio que se hacen los demás reajustes. Estos cambios atenderán la incapacidad para realizar la tarea que venía realizando, incorporándole a la realización de tareas posibles en su situación.

Es importante tener en cuenta que las recaídas son habituales en este tipo de enfermedades, según el modelo de cambio de Procheska y Diclemente: “las recaídas forman parte de la recuperación”. Por ello, algunas personas necesitan retomar el tratamiento en varias ocasiones hasta que consigan recuperarse del todo.

5. Negociación de un plan de intervención

CONDICIONES NECESARIAS
PARA LA NEGOCIACIÓN

Tendremos en cuenta, a la hora de intervenir en cualquier tipo de empresa, lo siguiente:

- La representación sindical debe participar en el diseño, ejecución y evaluación del programa; y motivar a la plantilla informando y discutiendo con ella los objetivos y estrategias de intervención a seguir.
- Los objetivos del programa deben contemplar la prevención del abuso y la intervención en dependencias de sustancias concretas que estén usando los trabajadores ya sea fuera o dentro de su centro de trabajo.
- Es imprescindible valorar las condiciones de trabajo que pueden estar favoreciendo esta situación. De esta manera se podrá mejorar la salud de los trabajadores.
- La financiación de estos programas debe correr a cargo de la cuenta de beneficios de la empresa, y en algunos casos deben buscarse vías de financiación alternativas.
- Necesidad de evaluar los resultados del programa para incorporar cambios si es necesario.

Apoyaremos nuestro planteamiento con:

- Las recomendaciones, que desde los organismos internacionales vienen dadas en este tema, Unión Europea (UE), Organización Internacional del Trabajo (O. I. T.), Organización Mundial de la Salud (O.M. S.).
- El Convenio Nacional y los autonómicos de colaboración para la “Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral” firmados por la Administración, Organizaciones Empresariales y Sindicatos.
- La “Estrategia Nacional sobre drogas” aprobada en consejo de ministros, donde se recoge la respuesta institucional que desde el gobierno pretenden dar al problema de las drogas.

- El principio de actuación para la consecución de objetivos encaminados a la mejora de la salud integral repercute directamente en la mejora de la producción y, por lo tanto, en los beneficios económicos.
- Es necesario incorporar indicadores de la empresa: accidentabilidad, absentismo, mejora de las relaciones laborales. Así como otros indicadores que pueden estar recogidos a partir de encuestas: satisfacción, clima laboral, percepción cultural relacionada con el consumo, apoyo social, etc.

Nuestras propuestas se formularán sobre la base de mejora integral de la salud. Esto incluye:

- Mejores condiciones de trabajo.
- Mejor ambiente.
- Cultura preventiva.
- Participación en mejora de la salud.

En relación a la salud

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

- Se detallará de qué manera se manifiesta el deterioro de la salud en el trabajador tanto en el ámbito individual como en el ámbito de sus relaciones sociolaborales y personales.

En relación al consumo

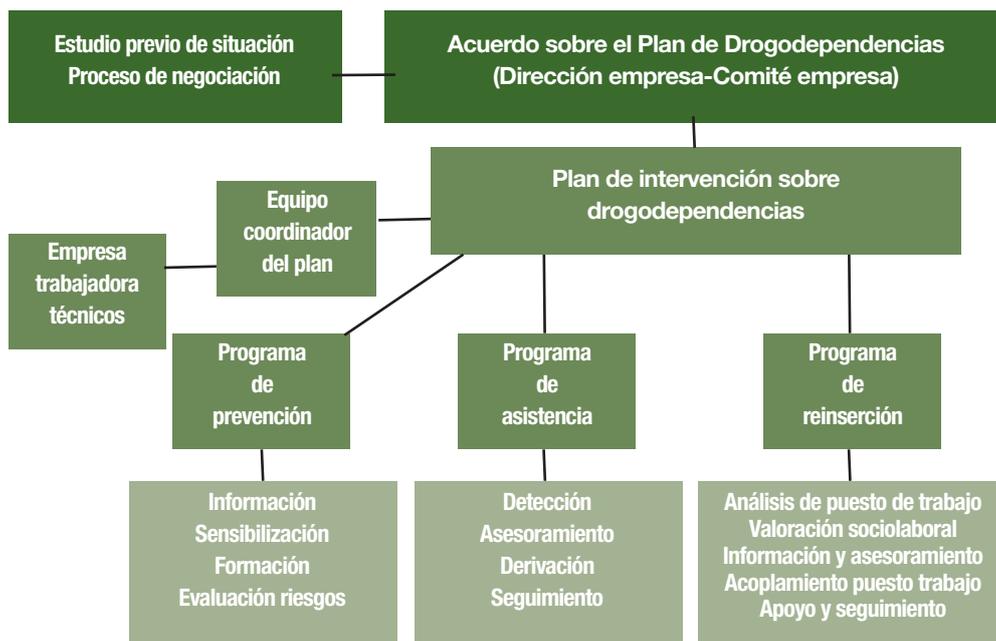
- Deberemos señalar qué sustancias son las más usadas en nuestro centro de trabajo estableciendo las relaciones oportunas con otras variables como la de pertenecer a un determinado sector de producción.

Con estas premisas nuestra propuesta recogerá:

- Acciones preventivas que incluyan la sensibilización, información y formación de manera permanente.
- Evaluación de riesgos que determinen que condiciones de trabajo actúan como tales en el establecimiento de pautas de uso arriesgado de sustancias.
- En cuanto al tratamiento de las trabajadoras y trabajadores afectados de drogodependencia se llegará a acuerdos firmados por ambas partes (representación sindical y dirección empresa) el compromiso no sancionador y la incorporación a un tratamiento sin pérdida del puesto de trabajo.

6. Plan de intervención en drogodependencias

Estructura y actividades del Plan de Intervención



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

Para poder intervenir de forma organizada y dar respuesta a los problemas generados por el uso inadecuado de sustancias, es necesario conocer los niveles de prevalencia de consumos abusivos. Para hacer un estudio o estimación fiable puede recurrirse a estadísticas o datos disponibles existentes ya en los servicios de prevención sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores.

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

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

Otro de los aspectos que deben tenerse en cuenta en la elaboración del Plan de intervención, es quiénes van a ser los destinatarios del programa y el tipo de drogas sobre las que se va a actuar. En cuanto a los primeros, el programa debe dirigirse a todos los trabajadores de la empresa sin excepción. Sin embargo, será conveniente priorizar las actuaciones en los grupos de riesgo; bien porque se encuentren sometidos a factores de riesgo de consumos, bien por los problemas que el consumo pueda entrañar para la salud, o bien por las consecuencias que éste pueda tener en la actividad laboral. En cuanto al tipo de drogas, es conveniente abordar todas, ya que los datos que se tienen sobre la población laboral indican que, aunque el porcentaje más elevado es el de consumidores de alcohol, tabaco y fármacos, se dan consumos de todo tipo de drogas.

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

La empresa ofrece una amplia variedad de situaciones en las que se pueden poner de manifiesto los problemas de dependencia al alcohol y/o otras drogas. Los indicadores más habituales están relacionados con problemas de salud o seguridad en el trabajo: enfermedades,

accidentes laborales, bajas, etc. Pero, además, hay una gran variedad de situaciones relacionadas con la vida laboral cotidiana que nos pueden indicar este tipo de problemas.

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

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

Programas del plan de intervención

Programa de Prevención

- Aplicar actividades formativas que desarrollen los aspectos relacionados con la Educación para la salud (EPS).
- Informar y sensibilizar a los trabajadores sobre hábitos saludables que actúan como protección frente al consumo inadecuado.
- Incluir en la evaluación de riesgos las condiciones de trabajo que inciden en fijar pautas de consumo arriesgadas.
- Incluir indicadores en la vigilancia para la salud que nos aporten datos sobre problemas derivados del consumo inadecuado.
- Acercarnos a un compañero o compañera con problemas de consumo
- El acercamiento a un trabajador con problemas es un trabajo preventivo puesto que pretende impedir que el deterioro avance, así como dotarle de recursos propios para modificar su situación.

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

El delegado como mediador

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

Para esto, es fundamental que la persona sepa que las soluciones las puede y las debe tomar él mismo, con nuestro apoyo. Y que se van a proteger sus derechos en ese proceso que iniciaremos juntos.

En el acercamiento tendremos en cuenta:

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

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

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

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

Los aspectos relacionados con el tratamiento necesario los tomará el trabajador en colaboración con nuestras

compañeras y compañeros que trabajan en los diferentes departamentos de drogodependencias en las Secretarías de Salud Laboral.

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

La negociación para producir cambios

Siempre que sea posible, plantearemos compaginar la actividad laboral con la asistencia a un tratamiento, ya que de esta forma existe más motivación al cambio y menos posibilidades de recaída.

No olvidemos que el trabajo actúa, en estos casos, como factor de normalización.

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

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

Algunas veces, la empresa propone que la persona afectada solicite una excedencia voluntaria hasta que acabe el tratamiento. Esto no se puede aceptar ya que la experiencia ha demostrado que no se recupera el puesto de trabajo

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

Programa de Asistencia

Uno de los problemas iniciales, y que mayor dificultad presentan en los programas de actuación en materia de drogodependencias, es que las personas afectadas demanden tratamiento. Este hecho, que es común a la problemática de las drogodependencias, tiene unas

características específicas en el medio laboral. Deben tenerse en cuenta en el diseño de los programas para establecer los mecanismos que permitan identificar los problemas y recibir a las personas. Orientándolas y canalizándolas hacia un tratamiento.

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

El programa de asistencia recogerá la fase de evaluación y tratamiento de las personas afectadas. El proceso de evaluación se realiza a partir del trabajo previo hecho en la fase de motivación. Esto supone que se han comenzado a analizar los problemas y se ha comenzado a trabajar en la toma de conciencia de la persona para resolverlos e iniciar un tratamiento.

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

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

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

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

Avanzar en la motivación de la persona hacia el tratamiento, profundizando en sus problemas y necesidades. Es el momento de resolver las dudas que pueda haber con respecto al tratamiento. En qué consiste, qué actividades se hacen, cuánto tiempo dura, etc.

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

Decidir el tipo de recurso y la modalidad de tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades y a las características del trabajador.

Establecer con el interesado un contrato terapéutico, en que se fijen objetivos comunes y las condiciones de realización del programa. Compromiso a realizar el tratamiento, aceptación de las normas, actividades y funcionamiento del centro. En el propio contrato, debe recogerse la posibilidad de un abandono voluntario del tratamiento, o una exclusión por parte del centro, señalando las consecuencias derivadas de esta situación, tanto en los aspectos laborales como en las actuaciones terapéuticas. Si esta situación se produjera, hay que analizar con el trabajador los motivos y tratar de mantener el contacto con la persona para no dejar cerradas las posibilidades de una nueva intervención terapéutica. No debemos olvidar que en el problema de la drogodependencia se producen recaídas.

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

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

Programa de Reinserción

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

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

Nuestro trabajo va a consistir en:

- Análisis y valoración del programa de tratamiento.
- Análisis del puesto de trabajo con el fin de determinar si es necesario plantear algún cambio.
- Valoración del entorno laboral. Análisis de situaciones de riesgo, actitudes de compañeros, jefes y todos aquellos elementos que puedan favorecer o entorpecer el proceso de adaptación.
- Apoyo y asesoramiento a la persona o al grupo de trabajo en el proceso de adaptación.
- Seguimiento durante un período mínimo de un año para comprobar la evolución y prevenir posibles recaídas. Más allá del periodo que se establezca, es conveniente establecer un seguimiento a más largo plazo que permita comprobar si la evolución es positiva.

Intervención en drogodependencias





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

Comités de empresa

La decisión de implantar un programa de intervención será negociada entre el Comité de Empresa y la dirección y se establecerá por escrito. En el acuerdo figurarán: objetivos, metodología, recursos, financiación, equipo técnico... De igual modo se concretarán criterios de actuación como la confidencialidad de los casos, la participación de los representantes sindicales en el desarrollo y seguimiento del programa, la no aplicación de medidas disciplinarias a los afectados y la composición del equipo de coordinación, siempre que la empresa facilite medios para su financiación.

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

Comités de Seguridad y Salud

Un Comité de Seguridad y Salud tiene funciones de prevención de riesgos y control de las condiciones de trabajo. En consonancia con estas funciones, los Comités de Seguridad y Salud podrían ocuparse de modificar aquellas condiciones de trabajo y de seguridad que tradicionalmente se relacionan con el abuso de alcohol

y otras drogas (frio/calor, ambientes pulvígenos, trabajo a turnos, trabajo nocturno, desplazamientos, estrés, etc.) como medida preventiva de las drogodependencias.

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

El Comité de Seguridad y Salud es el órgano de participación interno de la empresa para una consulta regular y periódica de la política de prevención y debe constituirse en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores. Estará formado por los delegados de prevención, de una parte, y por un número igual de representantes designados por el empresario, de la otra.

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

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

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

Funciones y facultades del Comité de Seguridad y Salud:

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

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

Servicios de prevención

El Servicio de Prevención es el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados. Para el ejercicio de sus funciones, el empresario deberá facilitar a dicho servicio el acceso a la información y documentación.

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

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

Funciones del Servicio de Prevención

- *Promover la gestión integrada de la prevención en la empresa.* Los Servicios de Prevención deben jugar el papel de promotores de la integración de los criterios de prevención en todos los ámbitos de decisión: formando a los mandos de la empresa, identificando riesgos, aportando información para evitarlos, ayudando al diseño de puestos y locales de trabajo, asesorando en la elección de equipos o materiales. En definitiva, asesorando la política de prevención de las empresa.
- *Evaluar los riesgos.* Es una de las funciones genuinas de un Servicio de Prevención además de posibilitar que la toma de decisiones, sobre medidas preventivas, se haga con fundamento y rigor tanto por parte empresarial como por parte de los delegados/as de prevención.
- *Vigilar el ambiente y las condiciones de trabajo.* Determinadas situaciones de riesgo requieren, además de medidas de control, una vigilancia periódica para detectar posibles insuficiencias o deterioros, situaciones anómalas, o simplemente para asegurarse de que todo marcha bien. El Servicio de Prevención debe tener un plan de control periódico de las condiciones de salud y seguridad.
- *Vigilar la salud de los trabajadores y trabajadoras.* La vigilancia de la salud debe ser un instrumento integrado en los planes de prevención. Lógicamente esta actividad corresponde a los profesionales sanitarios del Servicio de Prevención. Sin embargo, y salvando la confidencialidad, la información sobre indicadores sanitarios sirve al resto del equipo para identificar riesgos o para detectar insuficiencias preventivas. A su vez, los datos sobre riesgos en el ambiente de trabajo permiten al médico programar una vigilancia específica de la salud de los trabajadores/as expuestos.
- *Mantener registros de datos ambientales y sanitarios.* El Servicio de Prevención debe recoger sistemáticamente datos que permitan analizar la evolución de los problemas en el tiempo y establecer nuevas relaciones entre riesgo y daño.

■ *Proporcionar formación e información*

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

■ *Adaptar los puestos de trabajo.*

La adaptación del puesto de trabajo a las capacidades de trabajador/a es otro precepto preventivo y una de las tareas de prevención más concretas que debe abordar el Servicio de Prevención integrando las aportaciones de los distintos expertos.

■ *Coordinarse con el Sistema Nacional de Salud.*

La integración de todas las actuaciones de atención a la salud hace necesario que los Servicios de Prevención se coordinen con el Sistema Nacional de Salud, proporcionando información para atender mejor a los trabajadores/as que necesiten asistencia sanitaria, ejecutando en las empresas las acciones de promoción de la salud diseñadas por el propio SNS o facilitando los datos sobre riesgos laborales que permitan una mayor intervención pública en la prevención.

■ *Prestar los primeros auxilios.*

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



Modelo marco

El Modelo Marco pretende facilitar una propuesta “tipo” que posteriormente se pueda acoplar a diferentes realidades. Establece así pautas generales y se podrá ajustar a diferentes intervenciones.

Introducción

1. Objetivos

1.1. Objetivos generales

1.2. Objetivos específicos

2. Características del programa

3.- Niveles de actuación

4.- Implementación del programa

4.1.- Comisión de Coordinación.

4.2.- Prevención

4.2.1.- Objetivos

4.2.2.- Actividades

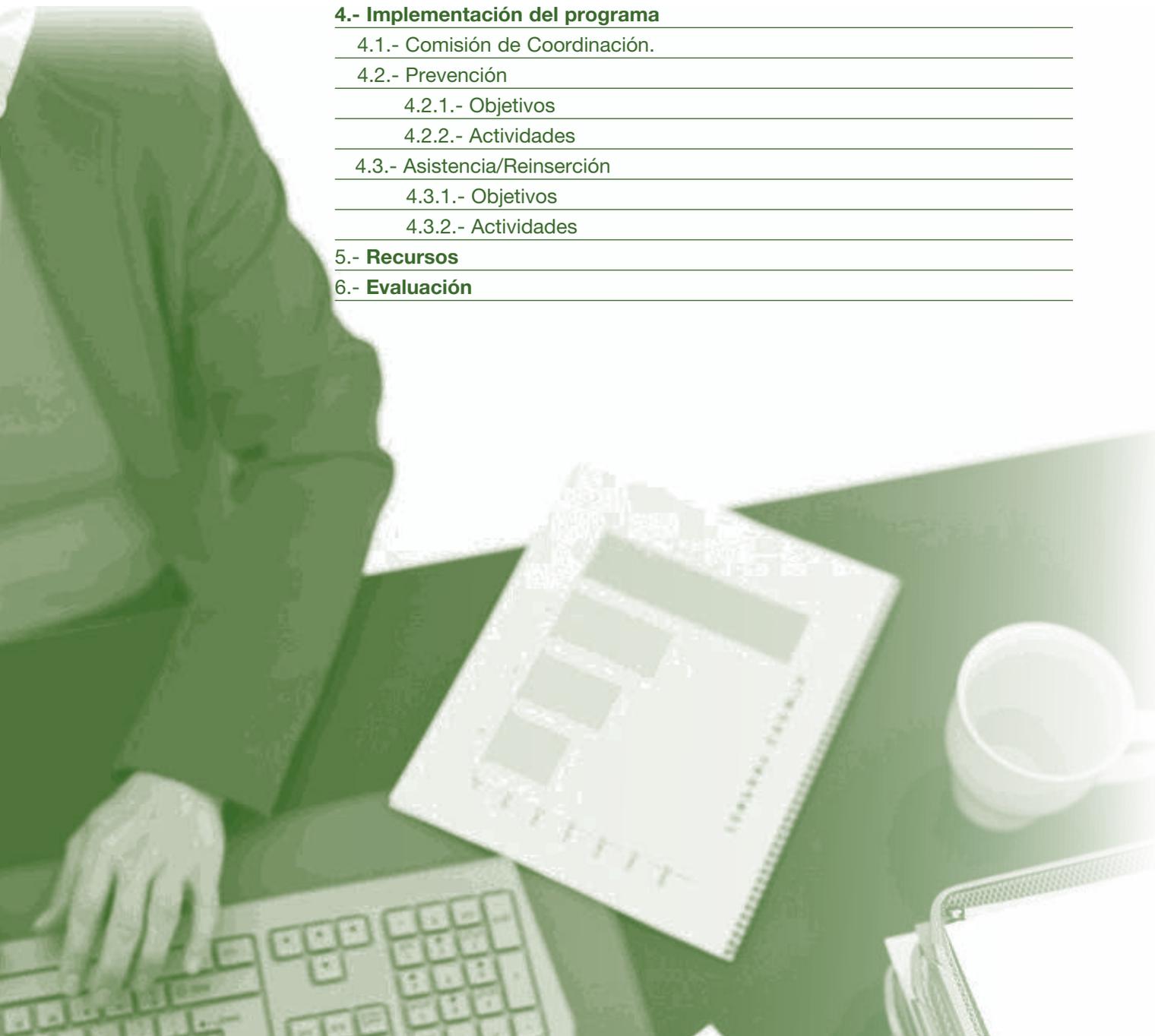
4.3.- Asistencia/Reinserción

4.3.1.- Objetivos

4.3.2.- Actividades

5.- Recursos

6.- Evaluación



Introducción

Las conductas de consumo problemático de alcohol y de drogas se han configurado, en los últimos tiempos, como uno de los factores influyentes en la pérdida de salud de los ciudadanos.

En el ámbito laboral este consumo reúne características específicas tanto en lo relativo a las causas como a los efectos. Así vemos que en relación a las causas es necesario revisar las condiciones de trabajo que promocionan o actúan como factor de riesgo en la adquisición de pautas arriesgadas de consumo para posteriormente diseñar actividades preventivas, en dichas actividades hay que incluir también acciones de sensibilización, información y formación, de manera permanente.

En relación a los efectos necesitamos por un lado proteger la salud y por otro evitar el absentismo, la conflictividad laboral, los accidentes, que se pueden producir a consecuencia de estas conductas.

Por ello, es patente la necesidad de establecer Programas de actuación en materia de drogodependencias en las empresas, como forma de respuesta global a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en el trabajo. Estos programas requerirán la participación coordinada de los diferentes agentes interactuantes en las empresas, (dirección, sindicatos, técnicos...).

1. Objetivos

1.1. Objetivo general

El objetivo general de un programa de actuación en materia de drogodependencias es la mejora de la salud y de la calidad de vida de los trabajadores, con todo lo que ello conlleva en su actividad laboral, familiar y social. Todo ello redundará, finalmente en la mejora de la productividad y eficacia de la empresa.

1.2. Objetivos específicos

Además se conseguirán, entre otros, los siguientes objetivos:

- Mejorar la salud y promocionar cultura preventiva.
- Proporcionar información y formación a trabajadores para que actúen como factor de protección.

- Detectar precozmente casos de drogodependencia.
- Mejorar la seguridad y calidad del trabajo.

2. Características del Programa

El Programa de actuación en materia de drogodependencias para el centro de trabajo presentará las siguientes características:

- Estará incluido en un marco más amplio de fomento de la salud de los trabajadores y de mejora de las condiciones de trabajo.
- No se basará en criterios punitivos y sancionadores, fundamentados en el supuesto de que el alcoholismo y otras drogodependencias son el resultado de una conducta individual desviada.
- Contemplará la drogodependencia y el alcoholismo bajo la perspectiva del cuidado de la salud.
- Tendrá carácter voluntario.
- Tendrá un carácter altamente confidencial.
- Se implantará para el conjunto de la plantilla, y se aplicará por igual a todas las categorías laborales.
- Articulará medidas para intervenir, de forma integral, a tres niveles: preventivo, asistencial y reinserador.
- Contará con la participación activa de los sindicatos en el diseño, desarrollo y ejecución del mismo.
- Será planificado y evaluable

3. Niveles de actuación

El Programa deberá tener tres niveles:

- Prevención. Basado en la información y formación de los trabajadores sobre las consecuencias del consumo en todos los ámbitos (personal, social, familiar, laboral y legal); en la reducción de estas sustancias en la empresa; y en el control de las condiciones de trabajo que pudieran favorecer o provocar el consumo.

- ▶ **Asistencia.** Basado en la detección precoz del problema, mediante indicadores previamente pactados; en el asesoramiento al trabajador y en la oferta de tratamiento, con las máximas garantías de confidencialidad.
- ▶ **Reinserción.** Basado en el mantenimiento o retorno a la utilidad laboral e integración del trabajador en el centro de trabajo. Si es necesario se trasladará al trabajador a otro puesto de trabajo cuyas condiciones no puedan provocar la vuelta al consumo problemático.

4. Implementación del Programa

4.1. Comité de Seguridad y Salud

El Comité constituirá una comisión de coordinación para la planificación, seguimiento y evaluación del programa.

4.2 Prevención

4.2.1. Objetivos

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

4.2.2. Actividades

- ▶ **Campañas de Sensibilización** mediante la elaboración y distribución de materiales divulgativos (carteles, folletos, artículos, videos, diapositivas etc...) que proporcionen información objetiva y ayuden a desmontar los mitos o creencias que justifican el uso inadecuado.
- ▶ **Campañas de Formación.** Deberán tener dos niveles. El primer nivel se dirigirá a personajes clave del centro de trabajo, y el segundo nivel, se dirigirá a todos los trabajadores.

4.3. Asistencia/Reinserción

4.3.1. Objetivos

- ▶ Reducir el número de personas con problemas de consumo de alcohol y drogas.
- ▶ Evitar el avance del deterioro de la salud.
- ▶ Lograr una detección precoz de los problemas.
- ▶ Informar y motivar para la incorporación a un tratamiento específico.
- ▶ Limitar las incapacidades de los dependientes del alcohol u otras drogas.
- ▶ Lograr la rehabilitación y reinserción a nivel personal y social.
- ▶ Lograr la reincorporación al puesto de trabajo.

4.3.2. Actividades

- ▶ **Acogida y evaluación de los casos.** Se realiza mediante:
 - Motivación.
 - Datos procedentes de la vigilancia de salud de los trabajadores.
 - Otros indicadores.
- ▶ **Información y asesoramiento.**- Una vez detectados los casos problema, la Comisión de Coordinación realizará el asesoramiento oportuno.
- ▶ **Oferta de tratamiento.**- Siguiendo la línea del punto anterior, realizará la oferta de tratamiento teniendo en cuenta las diferentes alternativas.
- ▶ **Derivación al centro de tratamiento.** Se derivará a centros especializados de tratamiento.

- Seguimiento del proceso de tratamiento.- La Comisión de Coordinación realizará el seguimiento de los procesos de tratamiento.
- Determinación del momento del alta.- Dentro del proceso citado, la Comisión de Coordinación y la dirección del centro de tratamiento establecerán el momento del alta.
- Adaptación-Reincorporación al trabajo (según proceda).- En el caso de que haya alta médica, el trabajador se reincorporará a su puesto de trabajo o a aquél puesto de trabajo que la Comisión de Coordinación estima conveniente para la total adaptación del trabajador.
- Seguimiento para comprobación de la adaptación.- La Comisión de Coordinación realizará un seguimiento laboral del trabajador para comprobar que se ha producido la total adaptación del mismo a su puesto de trabajo.

5. Recursos

Se utilizarán los recursos que se consideren oportunos: sistema público de salud, recursos empresariales y sindicales, etc.

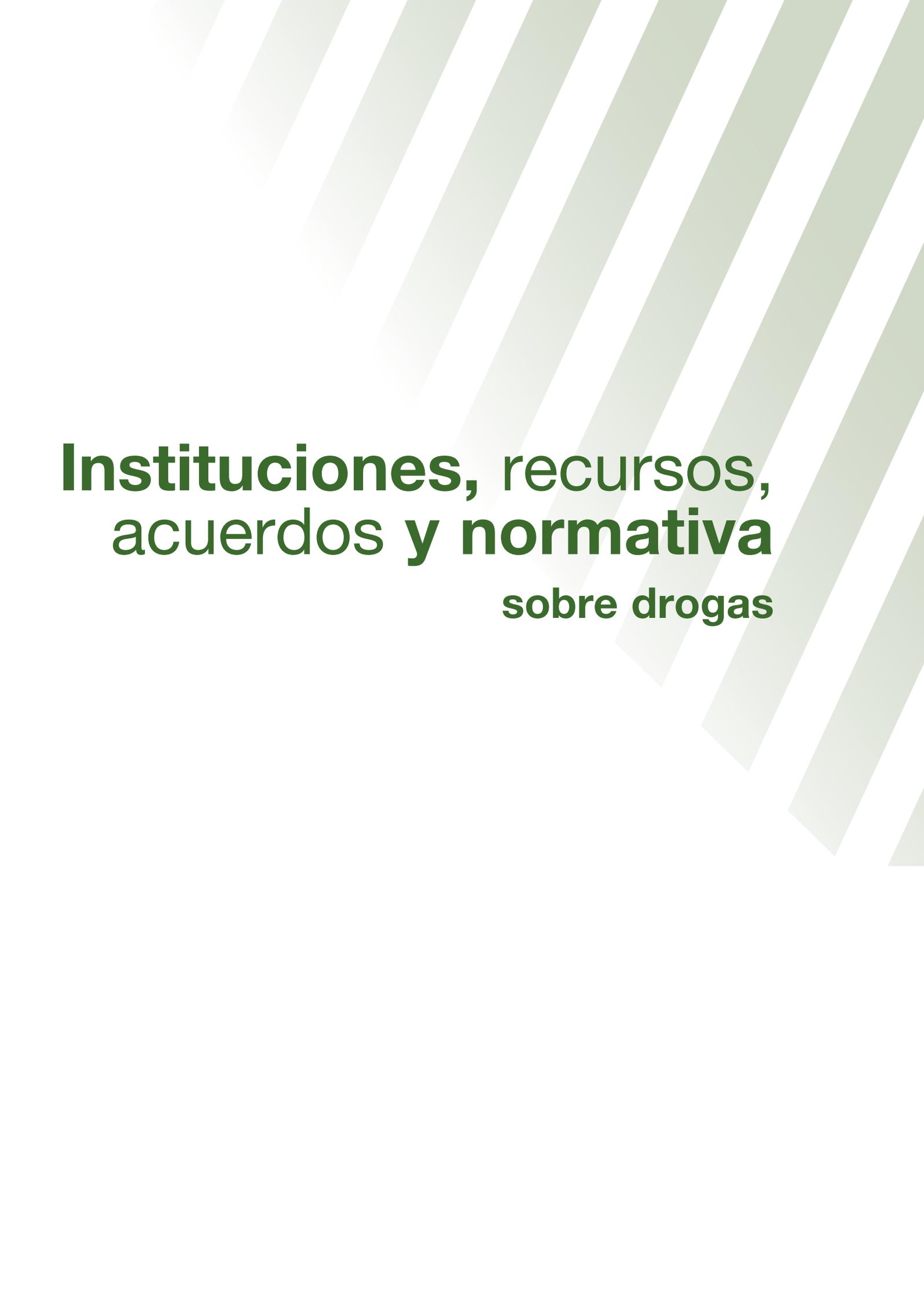
6. Evaluación

Cualquier Programa de Intervención, para comprobar su validez real, debe disponer de criterios y métodos de evaluación. En este caso estableceremos dos ámbitos de evaluación:

- Individual. Se referirá a los individuos que hayan entrado en el Programa de Atención y Reinserción social explicado en el presente documento.
- Colectivo. Se trataría de realizar periódicamente (anualmente) un estudio a nivel colectivo cuantitativo y cualitativo con encuesta de salud, datos de la vigilancia de la salud y otros indicadores inespecíficos. Los resultados comparativos del estudio indicarían el grado de eficacia del Programa.







**Instituciones, recursos,
acuerdos y normativa**
sobre drogas

1. Instituciones

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Según el Real Decreto correspondiente se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas, con nivel orgánico de dirección general, se integra en la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

RESUMEN DE SU ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- La Conferencia Sectorial, presidida por la Ministra de Sanidad y Política Social, órgano de decisión política, formado por los miembros de la Administración General del Estado y los Consejeros y Consejeras responsables de la política de drogodependencias en el ámbito autonómico.
- La Comisión Interautonómica, presidida por la Delegada del Gobierno para el PNSD, de la que forman parte los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las directrices emanadas de la misma.
- El Consejo Español de Drogodependencias y otras adicciones es un órgano colegiado de carácter técnico, consultivo, de coordinación y de participación, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que reúne a representantes de las administraciones públicas con competencias en materia de drogas de la Fiscalía General del Estado y a los principales agentes sociales implicados en la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con las adicciones. Dicho consejo cuenta con varios grupos de trabajo específicos, entre ellos un grupo de trabajo laboral.

2. Recursos

Públicos especializados para el tratamiento de la Drogodependencia.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Atención Primaria y sanitarios locales. Programas municipales de drogodependencias (Centros de Atención Municipales). Asociaciones y recursos sindicales.

Funciones:

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

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes.

Centros de día: Terapéuticos y de Incorporación social.

Equipos de Salud Mental de Atención Primaria.

Hospitales Generales.

Programas de rehabilitación en régimen intermedio: Pisos de acogida y Pisos de apoyo a los programas de desintoxicación. Talleres ocupacionales terapéuticos. Programas de reducción de daños.

Funciones:

- Desintoxicación, deshabitación y rehabilitación ambulatoria.
- Apoyo a los procesos de incorporación social.
- Atención a la patología somática asociada al consumo de drogas.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

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

Pisos de reinserción. Centros y Talleres de reinserción laboral. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. Comunidades terapéuticas públicas o privadas.

Objetivos de este nivel:

- Desintoxicación previa, a veces necesaria, para iniciar una deshabituación.
- Necesidad de entrar en un tratamiento en régimen de interno durante un período de tiempo.

CAIDs. (Centros Sindicales de atención integral a las drogodependencias)

Los CAIDs, no forman parte de la red pública de atención arriba detallada pero están reconocidos por nuestras administraciones como dispositivos de atención integral a los trabajadores. Los CAID no solapan a los dispositivos de la red pública sino que los complementan al atender aspectos relacionados con la situación laboral de los afectados que la red pública no hace (negociación con la empresa en ajuste de horarios, asesoramiento jurídico en posibles expedientes disciplinarios en la empresa...etc.).

Los CAIDs, atienden los niveles de información, apoyo, motivación, asesoramiento, evaluación, derivación, seguimiento e inserción de los trabajadores afectados por el consumo abusivo de drogas, colaborando con los delegados de prevención de las empresas en el diseño de estrategias de intervención en el ámbito preventivo, dirigidas a la totalidad del colectivo de trabajadores en los centros de trabajo.

Desde los CAIDs, nos dirigimos a Trabajadores y trabajadoras con problemas de drogodependencia, a familiares de personas afectadas; a delegados y delegadas sindicales y se actúa en los siguientes niveles:

- Información
- Acogida
- Evaluación
- Mediación
- Derivación
- Seguimiento

El equipo responsable del CAID realiza el seguimiento sobre:

- Situación laboral.
- Informes periódicos del recurso/s especializado/s al que se ha producido la derivación.
- Grado de conformidad del usuario/a con la asistencia.
- Cumplimiento del tratamiento por parte del usuario/a.
- Cumplimiento de los diferentes requisitos legales.
- Grado de apoyo familiar, social y laboral.

El seguimiento tiene un protocolo que se prolongará hasta que finalice el proceso de inserción. También se realizan labores de apoyo a la inserción laboral.

Cuadro de recursos

Primer nivel de atención

Centros de salud (atención primaria)

Planes municipales de Drogodependientes

Organizaciones de apoyo o ayuda a las Drogodependencias

Centros de salud mental

Segundo nivel de atención

Centros ambulatorios de atención a drogodependientes

Programas de rehabilitación en régimen interno:

- ▶ Pisos de acogida
- ▶ Talleres ocupacionales

Programas de reducción del daño (metadona, etc)

Tercer nivel de atención

Unidades de desintoxicación hospitalaria

Comunidades terapéuticas

Pisos de reinserción

Centros de reinserción laboral

3. Acuerdos y normativa

Comisión Nacional de Prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral

Dar solución a los problemas de salud de los trabajadores dependientes a drogas y/o el alcohol es un compromiso sindical incuestionable. Tal compromiso se desarrolla como ejercicio de corresponsabilidad entre los agentes sociales, con la participación de las diferentes administraciones competentes en la materia (Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Trabajo e Inmigración y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

La “Comisión Nacional de prevención y tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral” se originó en un acuerdo tripartito (CEOE, Sindicatos y Administración –Plan Nacional sobre Drogas–) que posibilita los elementos necesarios para una intervención corresponsable en el entorno laboral, como propuso la Comisión Mixta para el estudio de la droga en la V Legislatura. Y participa asimismo de las “Recomendaciones para el tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo” de la OIT.

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

En un futuro próximo la actividad laboral se tratará desde el grupo de trabajo específico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.

Estrategia Nacional sobre Drogas

En España la comprensión institucional sobre la pluricausalidad de los problemas vinculados a los consumos de drogas, sirvió de base para que, a partir de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articulase una política que, en general, ha sido y continúa siendo un referente de calidad en el marco de la Unión Europea (UE).

La puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas y la creación de sus órganos de coordinación contribuyó

de forma decisiva a la cohesión entre las distintas Administraciones Públicas con competencias en esta materia. A ello hay que añadir la buena relación de cooperación sólidamente establecida con las ONGs del sector, así como con otras entidades sociales (entre las que se encuentran los sindicatos).

Después de todo este tiempo de trabajo, los avances conseguidos son patentes en todos los ámbitos de intervención: prevención, asistencia, y apoyo a la inserción social, lucha contra el narcotráfico y actividades delictivas asociadas al mismo, formación de profesionales, investigación en diversos campos, etc.

En este contexto, desde el año 1999 la Estrategia Nacional sobre Drogas:

- Se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales.
- Aspira a ser una herramienta que pueda ser usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada a desarrollar su trabajo desde su ámbito competencial, en el interés común por lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.
- Reconoce los importantes cambios habidos en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno en los últimos años, a fin de afrontar con garantías de éxito los retos planteados.

La Estrategia tiene en cuenta la evolución de los consumos en los últimos años, y las actuaciones emprendidas, tanto desde el sector público como por parte de las organizaciones sociales que actúan en este campo.

La Estrategia Nacional en relación al ámbito laboral

La población laboral incluye a una capa muy amplia de la sociedad (población activa) y posee unas características comunes: estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. Estas características no sólo facilitan y favorecen la intervención preventiva sino que, además, contribuyen de forma muy positiva a alcanzar objetivos preventivos, tanto en su propio medio como en el conjunto de la comunidad, además de facilitar la integración social.

Las actividades desarrolladas con población laboral han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales.

También conviene referirse a lo que se conoce como Responsabilidad Social Corporativa o Responsabilidad Social de la Empresa. Con ella se alude al conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan del impacto que la actividad de las empresas producen en los ámbitos social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos. En el tema de las drogodependencias, las actuaciones de las empresas, junto con los sindicatos y otras instituciones pueden ser decisivas a la hora de facilitar la integración laboral de los drogodependientes, la inversión en proyectos solidarios y el voluntariado.

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









Bibliografía

ARANZADI-JURISPRUDENCIA. (2000)

BANDRES MOYA, F. y GONZALEZ GUTIERREZ, R. Análisis de drogas de abuso en orina. Aspectos socio-laborales. Madrid: Grupo INI, 1993.

BARLING JE, DELLOWAY D, FRONE MR. Handbook of Work Stress. Thousand Oaks: Sage Publications. 2004.

BECOÑA IGLESIAS, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. PNsD. Ministerio del Interior, 1999.

BOIX, P. Y COL. Guía del delegado y la delegada de prevención. CCOO, 2004.

BOIX, P. y VOGEL, L. Evaluación de Riesgos en los lugares de Trabajo. CCOO- ISTAS y BTS, 2000.

BOIX, P. y MORENO, N. Vigilancia de la salud de los trabajadores/as. CCOO, 2000.

BORRÁS, T. Asociaciones de usuarios de drogas y afines Madrid: CREFAT, 2000.

COMISION CLINICA DE LA DELEGACION DEL PNSD (2011) Drogas emergentes. Informes de la comisión clínica. Madrid: Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad.

COMISIÓN NAL. DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL, Campañas Preventivas: “El alcohol y el Transporte Urbano” y “El alcohol y el Mar”. Madrid. PNsD, 2000.

CONDE, F. Los hijos de la desregulación, jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas Madrid: CREFAT, 1999.

CONFEDERACION DE CCOO. UCM Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid, 2006.

CONFEDERACION DE CCOO, UGT (2014) Campaña preventiva: “Prevención del uso inadecuado de alcohol y otras drogas en el sector agroalimentario: Sin duda, sin alcohol, sin drogas, sin problemas”. Madrid. PNsD, UGT, CCOO.

CONFEDERACION DE CCOO. Orientaciones sobre la intervención sindical en drogodependencias. Madrid, 2015.

CONFEDERACION DE CCOO. Alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Madrid, 1997.

CONFEDERACION DE CCOO. Formación sindical en drogodependencias: Cuaderno del delegado. Madrid, 2016.

CONFEDERACION DE CCOO. Paso a Paso: estrategias

de acercamiento en drogodependencias. Madrid, 2015.

CONFEDERACIÓN DE CCOO. I Encuentro Sindical sobre Drogodependencias en el Medio Laboral en el Arco Mediterráneo. Ponencias. Madrid, 2004.

CONSTITUCION ESPAÑOLA (1978)

COURTWRIGHT, David T. Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias activas. PAIDOS. Barcelona, 2002.

COSTA, M. Y LOPEZ, E. Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez y Roca, 1986.

COSTA, M. y LOPEZ, E. Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide, 1996.

COSTA, M. y LOPEZ, E. Salud Comunitaria: Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

DE ANDRES, M. y HERNANDEZ, T. Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas. Madrid: CREFAT, 1998.

DELGADO, S. Y COL. Medicina legal en drogodependencias. Madrid. Agencia Antidroga, 2001.

DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. S.A, 2013.

EDEX Y GOBIERNO VASCO Lugar de trabajo libre de drogas, 2002.

EUSKO JAURLARITZA/GOBIERNO VASCO Prevención de las drogodependencias en el mundo laboral. Vitoria-Gasteiz, 1996.

FAD, Navarro, Botella y Coll. La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid, 2001.

FUNDACION 1º DE MAYO El impacto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ponencias-Jornadas. Madrid, 1996.

GARCIA MERINO, S. Promoción de la salud – Glosario. Subdirección general de Epidemiología. Promoción y Educación para la salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS (1998).

GENERALITAT VALENCIANA Guía para la mejora de la gestión preventiva. Drogodependencias en el medio laboral, 2000.

GONZALEZ, J., LLORENS, N. (2014) Las nuevas sustancias psicoactivas: un reto para la salud pública. El sistema español de alerta temprana. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

GUAL, A. Monografía Alcohol. Revista adicciones Vol. 14 suplemento 1, 2002.

HARRISON, Principios de Medicina Interna. 14/a edic. MC. Graw-hill/Interamericana, 1998.

ISTAS-CCOO. Guía del delegado y la delegada de prevención. Nueva Edición. 2013.

ISTAS-CCOO. La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. 2013.

JUNTA DE ANDALUCÍA Manual para la prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, 2004.

ESTÉVEZ, J. (1987) Epidemiología del alcoholismo y la drogadicción en el mundo laboral. Primer congreso Nacional. De Medicina de I Trabajo.

KRAMER, J.F. Y CAMERON, A.C. (1975) Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra OMS.

LEYES: General de Sanidad, General de Seguridad Social. Prevención de Riesgos Laborales, Estatuto de los Trabajadores. Reglamento servicios de Prevención.

LLORENS, C., FERNANDEZ, L. (COORDS). 2006. Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención para la intervención sindical. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS-CCOO).

MARCHIONI, M. De Política (el abecedario de la democracia) De. Benchono, 1997.

MEDIAN SANCHEZ (coord.) 2010. Más vale prevenir. Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral. Gobierno de Canarias.

MEGIAS VALENZUELA, E. Y COL. La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid. FAD, 2004.

MELERO, J.C. Edex Las drogas en la Prevención de Riesgos Laborales Eusko Jaurlaritz/Gobierno Vasco, 1999.

MIRANDA, M. Monografía sobre drogodependencias. Compilación. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud, 2002.

NAVARRO, N. Fármacodependencia. Terapéutica farmacológica Ed. García Carrión. Madrid, 1983.
OIT. Alcohol y drogas, programa de asistencia a los trabajadores. Ginebra, 1987.

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANIAS. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANIAS. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

OIT (1986). Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra.

OIT. A consensual approach to workplace substance abuse, 2002.

OIT. Workplace drug and alcohol abuse prevention programs, 2002.

OIT. Drug and alcohol abuse – an important workplace issue, 2002.

PEDRERO, J. (coord.) “Neurociencia y Adicción” Sociedad Española de Toxicomanías (2011).

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1997) Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Ministerio del Interior.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2007). Drogas + Información - Riesgos Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Estrategia Nacional sobre Drogas (1999-2008, 2009-2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2001) Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos. Documentos Técnicos. Madrid.

RODRIGUEZ MARTOS, A. (1998) Problemas de alcohol en el ámbito laboral FAD.

SALVADOR, T., SILVA, A., (coords). Guía de Buenas prácticas y calidad en la Prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo – Región de Murcia.

SANCHEZ PARDO, L. Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Madrid: Editorial MAPFRE, 1994.

TORRES, M.A., SANTODOMINGO, J., PASCUAL, F., FREIXA, F., ALVAREZ, C. (2009) Historia de las adicciones en la España contemporánea. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo.

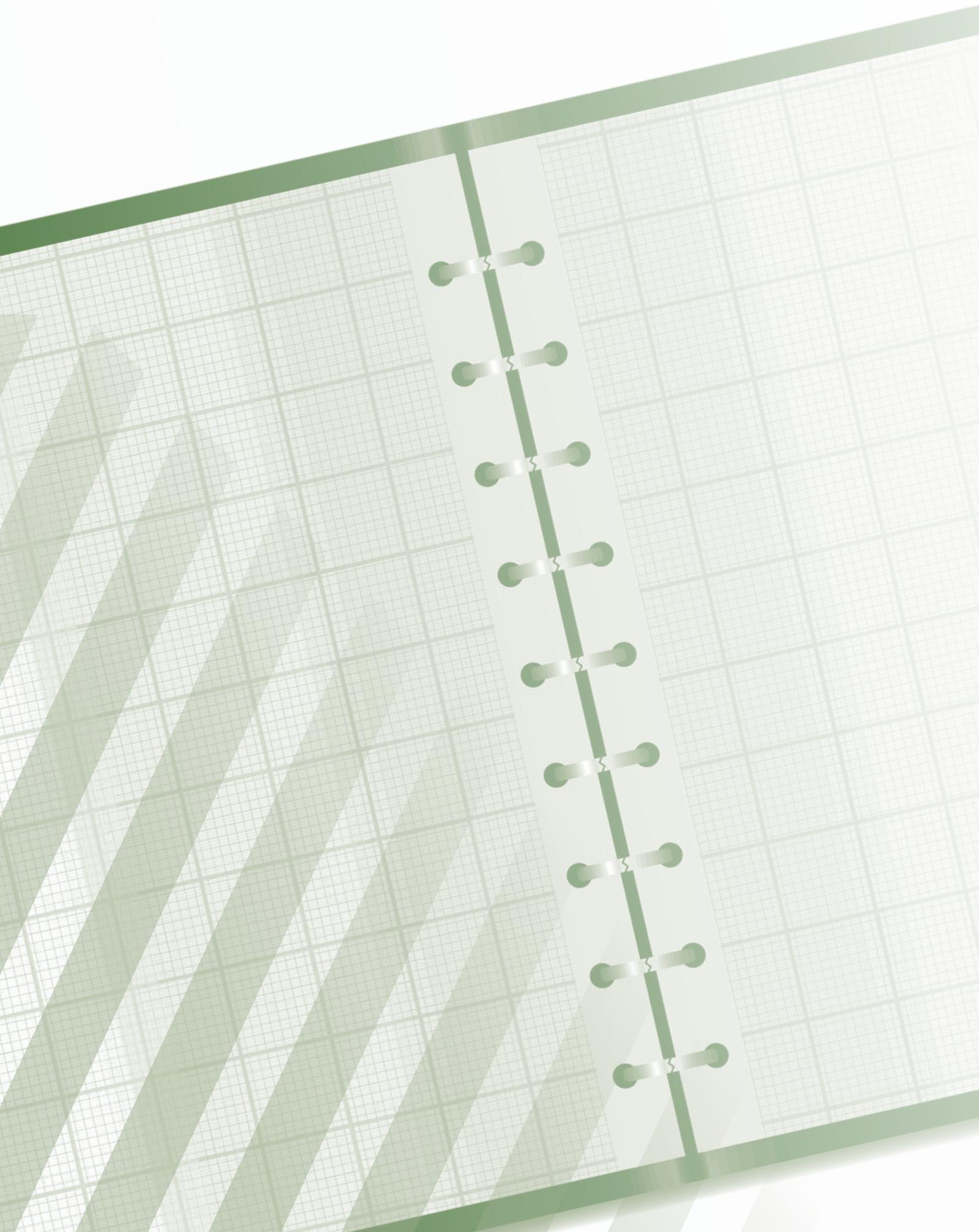
Enlaces:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones>

<http://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prev/Promocion/promocion/glosario/home.htm>

<http://www.ilo.org/safework/lang--es/index.htm>

https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckdrog12/es/contenidos/informacion/cdd_presentacion/es_d oc/cdd.html





Direcciones

Visita nuestra página web

A través de este enlace podrás contactar con nuestras federaciones y organizaciones territoriales.
www.ccoo.es/NuestraOrganizacion

The screenshot shows the top navigation bar of the CCOO website. It includes icons and text for: Portal de Transparencia, Publicaciones y documentos, Nuestra organización, Fundaciones y otros organismos, Centro servicios, Zona afiliación, and Afiliate. Below this is a large green banner with the text "#AhoraLoPúblico" and "¡AHORA! Salarios, Empleo público y Derechos". Underneath the banner is a secondary navigation bar with icons for: Aquí estamos, Blogs, Calendario, En las redes, Agenda, Buscador, and Multimedia. At the bottom of the banner area is a horizontal menu with links: Inicio, Acción Sindical, Empleo, Protección social, Jóvenes, Mujeres, Mov. sociales, Salud Laboral, Medio Ambiente, Internacional, Institucional, and Formación sindical.



confederación

Datos Contacto

Calle Fernandez De La Hoz, 12. 28010 - Madrid | www.ccoo.es | ccoos@ccoos.es

Secretaría General

Unai Sordo Calvo

Comisión Ejecutiva

Secretaría de Finanzas y Administración
Secretaría de Políticas Públicas y Protección Social
Secretaría de Mujeres e Igualdad
Secretaría de Participación Institucional
Secretaría de Internacional y Cooperación
Secretaría de Formación Sindical y Cultura del Trabajo
Secretaría de Afiliación, Servicios y Asesoramiento
Secretaría de Juventud y Nuevas Realidades de Trabajo
Secretaría de Política Social y Movimientos Sociales
Secretaría de Organización
Secretaría de Acción Sindical
Secretaría de Salud Laboral
Secretaría de Comunicación
Secretaría de Medio Ambiente y Movilidad
Secretaría de Empleo y Cualificación Profesional

María Cardeñosa Peñas
Carlos Bravo Fernandez
Elena Blasco Martín
Francisco Carbonero Cantador
Cristina Faciabén Lacorte
José Luis Gil González
Francisca Gómez Sánchez
Carlos Gutiérrez Calderón
Paula Guisande Boronat
Fernando Lezcano López
Mercedes González Calvo
Pedro Linares Rodríguez
Empar Pablo Martínez
Mariano Sanz Lubeiro
María Dolores Santillana Vallejo

En el siguiente [documento](#), se encuentra disponible una breve biografía de cada uno de los miembros de la Ejecutiva.

Comisión de Garantías Confederal

Julián Buey Suñen
Felix Benito del Valle
Azucena Martín Gallardo
Palmira García Sebastián
Fernando Escariz Fernández
Carmen Heredero De Pedro
Pilar Miranda Gómez
Luis Longares Oriol
Teresa García García

Comisión de Control Administrativo y Financiero

Julián Palmero Cadenas
Rosa María Fabián Martínez
Eduardo Quintana Solís
M^º Carmen Muelas Peñas
Juan A. Sánchez Castellón

Aquí puedes encontrar información sobre salud laboral y drogodependencias.
www.ccoo.es/Salud_Laboral

Portal de Transparencia

Publicaciones y documentos

Nuestra organización

Fundaciones y otros organismos

Centro servicios

Zona afiliación

Afiliate

¡AHORA!

Salarios, Empleo público y Derechos

#AhoraLoPúblico

confederación sindical de comisiones obreras

Aquí estamos

Blogs

Calendario

En las redes

Agenda

Buscador

Multimedia

Inicio
Acción Sindical
Empleo
Protección social
Jóvenes
Mujeres
Mov. sociales
Salud Laboral
Medio Ambiente
Internacional
Institucional
Formación sindical

Salud Laboral

23/11/2017

A FINALES DE AÑO, CASI 100 INVESTIGADORES PODRÍAN PERDER SU EMPLEO

CCOO reclama acabar con los recortes en la inversión y la precariedad en el empleo del personal de la investigación

El secretario general de CCOO, Unai Sordo, ha participado esta mañana en una asamblea de trabajadores y trabajadoras que se dedican a la investigación en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) convocada por CCOO. Con su presencia ha querido lanzar un mensaje firme de que "CCOO apoya a los y las investigadores en la mejora de sus condiciones de trabajo, que además es una forma de mejorar y dignificar la investigación en España", según manifestó.

Enlaces

ISTAS

ARCHIVO DOCUMENTAL

Revista Por Experiencia

Documentos

Legislación

Publicaciones monográficas

ISTAS

17/11/2017

461 personas fallecen en accidentes laborales de enero a septiembre de este año

Como viene sucediendo desde 2013, entre enero y septiembre de 2017 el número de accidentes de trabajo en nuestro país aumentó un 5% respecto al mismo periodo del año anterior, destacando el fuerte incremento de la siniestralidad mortal en el sector de la construcción. "Hay voces interesadas que atribuyen el repunte de la siniestralidad laboral al aumento de la actividad productiva, pero es un discurso absolutamente falso", asegura Pedro J. Linares, secretario de salud laboral de CCOO.

Me gusta esta página

Compartir

CCOO Comisiones O...

24 315 Me gusta

ise mueve!

06/11/2017

EL 6 DE FEBRERO FINALIZA EL PLAZO DE TRASPOSICIÓN DE LA DIRECTIVA QUE PROTEGE FRENTE A LOS RIESGOS POR RADIACIONES IONIZANTES

CCOO urge la trasposición de la Directiva Euratom para proteger a la población frente al radón

CCOO presenta comentarios al proyecto de trasposición de la Directiva Euratom, incidiendo en el reconocimiento del marco laboral de algunas exposiciones, en los riesgos asociados al radón, en la protección de las trabajadoras embarazadas y lactantes y en la obligación de instalación de sistemas de detección de fuentes radiactivas en la chatarra.

Tweets por @CCOO

Comisiones Obreras

@CCOO

40º aniversario del Día Internacional de Solidaridad con el Pueblo Palestino goo.gl/2ibn9m

02/11/2017

EN EL 27% DE EMPRESAS EN LAS QUE SE COLOCARON DETECTORES SE ENCONTRARON NIVELES ELEVADOS DE RADÓN

Campaña de CCOO para exigir medidas frente a las exposiciones al radón en el entorno laboral

Un estudio sobre exposición laboral a radón de la Universidad de Santiago de Compostela, el Instituto de Radón de Galicia e ISTAS-CCOO expone la relevancia de este cancerígeno en el entorno laboral. La OMS lo considera la segunda causa de cáncer de pulmón tras el tabaco, por lo que representa el principal agente laboral conocido en relación con el cáncer de pulmón, una vez prohibido el humo del tabaco en los espacios laborales de nuestro país.

Tweets por @CCOO

Comisiones Obreras

@CCOO

40º aniversario del Día Internacional de Solidaridad con el Pueblo Palestino goo.gl/2ibn9m

Formación sindical en drogodependencias

75

Formación sindical en **drogodependencias**

Cuaderno del **monitor**

EDICIÓN REVISADA 2017



secretaría confederal de salud laboral

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS