

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Manual
para
la prevención
de drogodependencias
y adicciones
en el
ámbito laboral



JUNTA DE ANDALUCÍA

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones



CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

DIRECCIÓN, COORDINACIÓN y EDICIÓN

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

EQUIPO DE REDACCIÓN

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social,
Junta de Andalucía.
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones:

Cañizares Márquez, Fidel A.

Consejería de Empleo

Dirección General Seguridad y Salud Laboral:

Domínguez Pineda, José Manuel

Leal Reina, Francisco Javier

Excma. Diputación Provincial de Cádiz

Servicio Provincial de Drogodependencias:

Martínez Delgado, José Manuel

Unión General de Trabajadores de Andalucía

Secretaría de Políticas de Igualdad y Juventud:

Oliva Rodríguez, Emilia

Comisiones Obreras de Andalucía

Secretaría de Salud Laboral y Medioambiente:

Ariza Martín, Roberto

COORDINACIÓN TÉCNICA

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social,
Junta de Andalucía.
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones
Villar Arévalo, Lourdes

COLABORACIONES

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social,
Junta de Andalucía.
Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

Arenas Domínguez, Fernando

Lora Cano, Eva María

Real Gil, Ana Isabel

Silva Perejón, Manuel

Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Delegación Provincial de Salud, Huelva.

Gurucelain Raposo, José Luis

Universidad de Sevilla

Servicio de Prevención

Marañón López, Jaime

Unión General de Trabajadores de Andalucía

Pérez Arco, María Piedad

Orozco Rodríguez, Flor

Comisiones Obreras de Andalucía

Lagares Rosado, José

Montes Muñoz, Jaime

ISBN: 84-688-2267-1

DEP. LEGAL: SE-4657-04

Diseño, maquetación e impresión: A.G. Novograf, S.A (Sevilla)



Presentación	7
Avanzando en prevención	9
1. Introducción	11
2. Consideraciones Generales	17
3. Aproximaciones al Concepto de Salud	25
3.1. Consideraciones sobre lo comunitario	33
4. Aspectos Legales	37
4.1. Recomendaciones Internacionales	40
4.2. Marco Normativo Interno	42
4.3. Legislación de la Comunidad Autónoma de Andalucía	47
5. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales	55
6. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social	69
7. Conceptos Básicos sobre las Drogas y las Adicciones. Sus repercusiones en el Ámbito Laboral	79
7.1. Período Preclínico	82
7.2. Período Clínico	85
7.3. Sustancias Psicoactivas que afectan en el Medio laboral	88
8. Factores de Riesgo y de Protección en el Ambito Laboral	101
8.1. Turnos Rotatorios y Trabajo Nocturno	107
8.2. Destajo o Alto Rendimiento	110
8.3. Jornada de Trabajo Prolongada	112

8.4. Estrés en el Trabajo	113
8.5. Insatisfacción en el Trabajo	118
8.6. Precariedad Laboral	119
8.7. Interrelaciones Laborales	120
9. Indicaciones Básicas sobre la Prevención e intervención en las Drogodependencias y las Adicciones	121
9.1. Nivel de Prevención Primaria	124
9.2. Nivel de Prevención Secundaria	126
9.3. Nivel de Prevención Terciaria	128
10. Plan de Prevención para las Drogodependencias y Adicciones .	131
10.1. Requisitos para la Puesta en Marcha del Plan de Prevención	137
10.2. Organización y Desarrollo del Plan de Prevención	138
10.3. Metodología del Plan de Prevención	143
10.4. Sistema de Evaluación del Plan de Prevención	148
10.5. Estructura Técnica de Intervención del Plan de Prevención	150
11. Bibliografía	153
ANEXOS	161
ANEXO I Modelo Convenio de Colaboración con las Empresas . .	163
ANEXO II Programa de Formación	171
ANEXO III Preguntas más frecuentes	179
ANEXO IV Recursos de Atención a las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía	187
ANEXO V Glosario de Siglas y Términos	191
ANEXO VI Datos de Consumo	197
ANEXO VII Catálogo de Materiales	213

Presentación

Una de las prioridades de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social para la intervención en drogodependencias y adicciones en Andalucía es la prevención de las mismas. Esta área de Prevención contempla los siguientes ámbitos: escolar, familiar, comunitario y laboral.

Como en los demás ámbitos, las empresas grandes, medianas y pequeñas son espacios comunitarios donde los problemas de drogas se reflejan con unas características específicas. Objetivar los riesgos, analizar la base de los problemas, diseñar y planificar soluciones,... son entre otras las condiciones operativas para el trabajo de prevención laboral.

Según los últimos estudios de investigación, factores como la inestabilidad en el empleo, determinadas condiciones de trabajo y el escaso uso de los medios preventivos adecuados, el estrés productivo y el consumo de sustancias, especialmente tabaco y alcohol, entre los trabajadores en el medio laboral, han sido en los últimos años una de las causas generadoras del aumento de accidentes laborales y otros riesgos para la salud de los trabajadores.

Al objeto de paliar y minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas entre los trabajadores y trabajadoras el Gobierno de la Junta de Andalucía recoge en la Ley 4/1997, de 19 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas en el Título II, de la Prevención, artículo 12, el fomento de programas específicos de prevención, asistencia y reinserción social, a incluir en la negociación colectiva, en colaboración con los organismos competentes y las organizaciones sindicales y empresariales.

En esta línea de trabajo, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, documento director de todas las actuaciones en la materia que se desarrollen en la Comunidad

Autónoma de Andalucía, contempla en el área de prevención de las drogodependencias y adicciones tres ámbitos fundamentales de intervención: el educativo, el comunitario y el laboral.

Este II Plan establece como líneas directrices de actuación en el ámbito laboral el desarrollo de estrategias de formación, información y coordinación que implicarán tanto a los agentes sociales como a las estructuras existentes en las empresas como son las mutuas y los servicios de prevención.

En esta línea de desarrollar actuaciones preventivas con los diferentes agentes productivos se ha elaborado el Plan de Prevención de las Drogodependencias y Adicciones en las Empresas que es el resultado de años de trabajo conjunto entre las organizaciones empresariales (Confederación de Empresarios), sindicales (UGT y CCOO de Andalucía), Universidad, Diputaciones Provinciales y la Administración Pública de la Junta de Andalucía a través de las Consejerías de Empleo y Desarrollo Tecnológico, de Salud y de Asuntos Sociales.

Este Plan abarca actuaciones de información-formación, atención y reinserción socio-laboral en drogodependencias y adicciones.

Desde aquí quiero agradecer la colaboración a todos los agentes implicados mencionados anteriormente y, así mismo, solicitar su apoyo y colaboración, imprescindible para su adecuada puesta en marcha y desarrollo.

Micaela Navarro Garzón
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social

Avanzando en prevención

Desde 1991, la actual Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones viene desarrollando actuaciones de prevención de las drogodependencias en el medio laboral.

En 1994 se firma un Protocolo de Colaboración conjunta entre: la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Confederación de Empresarios de Andalucía (C.E.A.) y los Sindicatos mayoritarios de Andalucía (UGT Y CCOO). Protocolo que ha facilitado la elaboración de materiales divulgativos e informativos-formativos sobre drogodependencias y adicciones aplicados a las empresas de nuestra Comunidad Autónoma.

Tras varios años de colaboración interinstitucional en éste área se viene observando la necesidad de elaborar un marco teórico y técnico actual que sirva como guía y como recopilación del saber que en esta materia ha venido desgranándose durante los últimos años. Marco que contempla lo recogido en los distintos planes de prevención, auspiciados por la O.I.T. y los agentes sociales y económicos presentes en nuestra Comunidad Autónoma, encardinados dentro de las acciones de los Comités de Seguridad y Salud y al amparo la Ley de Prevención de Riesgos Laborales del año 95, la Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas y el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

El Manual de Prevención de las Drogodependencias y Adicciones que aquí se presenta tiene como característica principal presentar un programa de intervención integrado y participativo, por los diferentes estamentos que conforman las empresas, voluntario y confidencial para el trabajador afectado por problemas de drogas y planificado con objetivos a corto, medio y largo plazo.

Queremos, por lo tanto, agradecer la colaboración por parte de los técnicos de la Consejería de Empleo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, del SPD de la Excm. Diputación Provincial de Cádiz, y de los Sindicatos U.G.T.-A y CC.OO.-A, sin los cuales no habría sido posible el nivel de profundización y actualidad alcanzados en el Manual, especialmente por la cesión de textos y publicaciones internas que nos han permitido seguir avanzando de manera seria y coherente.

Esperamos que el Manual sea, como ya hemos indicado el principio de toda una serie de guías útiles y necesarias tanto para los propios trabajadores y trabajadoras, los profesionales en la materia y los empresarios.

Además consideramos que el ámbito laboral proporciona un lugar idóneo para el desarrollo de actuaciones preventivas que fomenten estilos de vida saludables, debido al elevado número de horas que los trabajador@s pasan en él a diario. Este ámbito igualmente resulta idóneo y facilitador para la puesta en marcha de planes de prevención de las drogodependencias y adicciones.

La Constitución Española contempla en su artículo 40.2 que los poderes públicos velarán por la seguridad y la higiene en el trabajo, reconoce el derecho a la salud y la necesidad de fomentar la educación saludable (art. 43).

Andrés Estrada Moreno
Director General para las Drogodependencias y Adicciones

1

Introducción

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, la utilización de determinadas drogas ha existido en las distintas sociedades, y antiguamente su consumo estaba vinculado fundamentalmente a motivaciones culturales, antropológicas e, incluso, terapéuticas; no obstante lo dicho, las drogas se han convertido hoy en día en un problema de salud pública. Cada vez se produce una mayor demanda a escala social hacia las medidas preventivas que vienen a recaer en el conjunto de la sociedad: padres-madres, educadores, trabajadores, líderes comunitarios, personal sanitario, etc. Se trata de crear un conjunto de medidas capaces de producir un cambio de actitud en la población, que llegue a superar la idea generalizada de fatalismo e impotencia social que existe en amplios sectores de la sociedad ante el consumo de drogas.^{1, 2}

El discurso de la prevención directa no sirve igual en todos los sectores. Se hace por tanto necesario el desarrollo de medidas concretas para determinados sectores sociales y con una fuerte problemática, donde se tenga en cuenta el lugar geográfico de que se trate, así como el conjunto de factores sociales que se dan en la colectividad, según E. Megías.

La justificación para que un grupo social o una situación deban ser objeto de especial atención preventiva, viene dada por las variables de la vulnerabilidad y la sensibilidad. Entendemos por vulnerabilidad la existencia de un conjunto

¹ Avilés Hidalgo F., Bellido Jiménez M^o T., Fdez. Mtnez. G. y otros. Proyecto de Prevención de drogodependencias en el ámbito universitario. Curso experto en Prevención de Drogodependencias.

² Vídeo Científico: "Las drogas y el trabajo". Comisionado para la Droga en Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Universidad de Sevilla. 1994.

de circunstancias o características que hacen que una persona o colectivo tenga menos recursos personales para enfrentarse y hacer una opción libre ante los peligros de las drogas, un ejemplo típico lo tenemos en los niños. Por sensibilidad entendemos aquella variable que determina que la persona o el grupo vivan más intensa o profundamente las consecuencias de los consumos; las consecuencias de las drogas trascienden el ámbito de la persona para extenderse en otros espacios sociales que también comparten las consecuencias negativas, tal es el caso del consumo de éstas en la conducción de automóviles o en las personas que portan armas. Por todo lo señalado, tanto la vulnerabilidad como la sensibilidad ante los consumos de drogas, deben constituirse en fundamentales a la hora de definir la conveniencia, el nivel y la calidad de toda intervención.

Si descendemos al consumo de drogas en las empresas, podemos decir que dado que la empresa es fiel reflejo de la realidad social y económica andaluza y no escapa a los factores de riesgo que se dan en el conjunto de la sociedad, a efectos de prevenir situaciones que puedan dar lugar a dependencias y adicciones en el ámbito laboral, se realizarán campañas informativas entre los trabajadores y trabajadoras a fin de formar y educar en hábitos de vida sana. Igualmente la vulnerabilidad no vendría por estar trabajando, sino más bien por las circunstancias específicas en las que se desenvuelve el trabajo y por determinadas ramas de actividad laboral.

De igual forma, se puede hablar de la sensibilidad de espacios laborales, de áreas de actividad, donde el riesgo de los consumos supone una situación de gran peligro, no sólo para el que realiza la tarea sino para la colectividad, es decir, lo que

se refiere al consumo en los conductores, manipuladores de máquinas pesadas, portadores de armas, etc.

Todo el desarrollo expuesto hasta aquí lleva, ineludiblemente, a plantear la necesidad de trabajar la prevención del consumo de drogas en las empresas. Esta tarea, en ciertos espacios laborales especialmente sensibles y vulnerables, debe ir precedida de un análisis previo, que nos justifique la actuación, no obstante y a nivel general, podemos considerar el espacio laboral como un buen lugar para intervenir en prevención por el gran número de horas que pasa el trabajador en la empresa, por la vinculación emocional que se genera entre las personas y por otra serie de razones que se van a ir desgranando en el manual.

Antes de articular una intervención en drogas es necesario efectuar un análisis, que en algunos casos nos llevará a la aplicación de una metodología normativa rigurosa porque los espacios laborales y/o actividades conllevan un especial riesgo para el propio trabajador o para otros; no obstante fuera de estos espacios no estaría justificada esta exigencia reguladora superior a la que se plantea con la población general.

En el marco de la empresa, será bueno tener en cuenta la opinión de los trabajadores, por cuanto estos van a ser más sensibles a la vulnerabilidad ante los riesgos (condiciones de trabajo, complejidad en la tarea, empleo temporal, etc.); por el contrario los empresarios van a acusar las circunstancias de sensibilidad ante los peligros de los consumos (riesgos a terceros, alteraciones en el clima social de la empresa, etc.).

Para el éxito de cualquier programa de prevención se precisa la colaboración de la Gerencia de la empresa, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Representantes Legales de los Trabajadores, encaminada a acciones de información y formación sobre drogas junto con el control de las condiciones de trabajo. Esta aproximación a las drogas en el ámbito laboral es tan solo el comienzo de un largo camino en donde debemos enfrentarnos a estas con valentía, positividad y seguros de que si la PARTICIPACIÓN de todos los agentes de la empresa preside nuestro trabajo estaremos empezando a convivir con las drogas sin utilizarlas.

El Manual que nos ocupa pretende aproximarnos al complejo mundo de las drogodependencias y adicciones como un problema sociosanitario, que a su vez interacciona como no podía ser de otro modo con la empresa.

El lenguaje y la metodología que se presenta hacen que sea muy lógico y sencillo; como si de una cascada se tratara va desgranando todo lo que encierra el mundo del trabajo, la importancia de unas buenas condiciones de trabajo entendidas en un sentido amplio y cómo un correcto afrontamiento de los factores organizativos en la empresa van a conllevar que el puesto de trabajo no sea un elemento contributivo a la inmersión en las drogas.



2

Consideraciones
Generales



La existencia de las sustancias capaces de alterar el estado de la conciencia es algo consuetudinario al desarrollo del ser humano. El trabajo es otro de los factores que nos vienen acompañando desde los principios de la humanidad, si bien es cierto que el concepto "trabajo", o mejor dicho el concepto de "lo laboral", ha sido diferente en función de las diversas etapas históricas y de desarrollo que han acompañado al ser humano.

Es muy probable que en un principio la relación que se estableciera entre el uso de sustancias psicoactivas y el desarrollo del trabajo fuera muy directa. Las drogas servían, por ejemplo a los sacerdotes y curanderos, para vincularse con las fuerzas de la naturaleza y para ritualizar los fenómenos de las curaciones, conectándolos con la divinidad. Pero las drogas también cumplían la función de hacer más "llevaderas" las duras condiciones de vida y recolección o caza que se establecían en los primeros tiempos del ser humano en nuestro Planeta. La climatología, la dureza del terreno, las largas caminatas y la complejidad de la vida, en general, conllevaría el uso de las sustancias psicoactivas que provenían del propio ecosistema. La hoja de coca era utilizada por los agricultores andinos, el betel en el Extremo Oriente y la adormidera era ampliamente usada por los agricultores y, según indicios, por los cazadores primitivos.

Igualmente, estas sustancias también tenían incorporado el componente lúdico en su uso, tal y como queda recogido en las sanciones del propio Código de Hammurabi (2000 años A.C.), y en algunos papiros egipcios, que hacen especial referencia al uso de bebidas que hoy denominamos alcohólicas (palabra procedente del árabe, cuyos alquimistas crearon el proceso de destilación en el siglo VII).

Otra categoría es la del fenómeno moderno de las drogodependencias. Este concepto tiene un marcado contenido sociosanitario y se ha encontrado muy relacionado con el principio de las fracturas de los modelos sociales occidentales, provenientes de la Revolución Industrial, a los que no es ajeno, por supuesto, el ámbito laboral en sí mismo, por lo concerniente a la ausencia de trabajo, falta de promoción social y económica, fallas en el sistema democrático burgués...

Desde los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, nos encontramos asistiendo al uso de determinadas sustancias que se fueron incorporando al modelo social de diversión, como el "gas de la risa" y otras similares que en la actualidad habrá que ir observando su evolución. No obstante la prevalencia de estas sustancias en el ámbito laboral es residual.

En los pocos miles de años que el ser humano lleva sobre el Planeta Tierra, hay muchas situaciones que han cambiado, especialmente en las sociedades que llamamos occidentales. Pero incluso en estas sociedades, aún hay trabajadores y trabajadoras que sienten la necesidad de tener que hacer uso de sustancias psicoactivas para combatir las inclemencias meteorológicas, las alteraciones músculoesqueléticas, los ambientes alérgicos, las ausencias de espacios para el descanso, el alejamiento familiar, el desarraigo de la emigración, las nuevas formas de organización del trabajo y las nuevas tecnologías. En definitiva, sociedades que aunque se encuentren asentadas sobre el estado democrático y de derecho tienden a priorizar la inversión y el mercantilismo sobre el valor más importante: La persona, que es lo mismo que decir el trabajador o trabajadora.

La labor en drogodependencias y adicciones no deja de ser una disciplina compleja, por más que en relación con algunas sustancias el desarrollo de la acción terapéutica se encuentre protocolizada.

Cuando nos adentramos en el campo de la prevención, la propia dinámica social, política y económica, nos obliga a ir modificando proyectos, protocolos e intervenciones de manera continua.

No obstante, en lo que se refiere a la prevención específica que se establece con respecto a aquellas poblaciones que sociológicamente se denominan "cautivas", esta dinámica de cambio continuo se atempera, aunque hay que adaptarla y ajustarla de manera sistemática. Esto se puede realizar con mayor sosiego y centrándolo de manera más adecuada a las características de cada población concreta; siendo el análisis de esta misma población la que nos va dando las pautas del cambio en cuanto a las estrategias preventivas e incluso a los contenidos.

Dentro de estas "poblaciones cautivas", se encuentran la población laboral y la escolar. Ésta última tiene unas características de cambio en las pautas que va marcando la psicología evolutiva y ya prevista en los propios ciclos escolares.

En el ámbito laboral, el trabajo de Prevención de las Drogodependencias y otras Adicciones cuenta con dos elementos interesantes y que son un reto de cara a las posibles intervenciones.

Por un lado, el propio medio laboral se encuentra en una situación de cambio respecto a las relaciones laborales que se establecen. La tendencia al abaratamiento de los costos, ha supuesto una verdadera modificación en las estructuras laborales. Las progresivas subcontrataciones, hasta llegar al trabajador autónomo, es un elemento que dificulta la acción preventiva en cuanto a los modelos tradicionales que se han venido utilizando en este medio. De la misma manera, el modelo de gran empresa, formada con todos los servicios requeridos y compuesta por un gran número de trabajadores, va dejando amplios espacios para las pequeñas y medianas

empresas. Este tipo de organizaciones también requieren, en lo que a prevención de drogas y adicciones se refiere, tratamientos técnicos distintos.

Por otro lado, la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales a finales del año 95, abre un amplio mundo que explorar y muchas estructuras que modificar. Especialmente aquellas que se mantienen anquilosadas en lo paliativo y a las que les cuesta trabajo comenzar a pensar en la prevención como verdadero motor del cambio, no sólo en lo concerniente a las relaciones laborales y a la siniestralidad laboral, sino a la propia estructuración de la sociedad, del ecosistema social que rodea al trabajador y a la trabajadora. Cuando un trabajador o trabajadora ejercita su vinculación laboral con medios preventivos adecuados y percibe cómo esta filosofía funciona, se encuentra en disposición de entender que lo preventivo es un camino más que certero para la solución previa de los problemas que se pudieran presentar.

La inversión en prevención continúa siendo un valor en alza, no sólo en lo que se refiere a la salud laboral o al complejo mundo de las sustancias psicoactivas, sino como una forma y manera de posicionarse en la vida y ante el mundo.

Independientemente de todo esto, la acción preventiva en las empresas debe conciliarse con todo un bagaje de actores diversos que van desde el propio empresariado y los sindicatos, como representantes legítimos de los trabajadores, hasta la responsabilidad de la propia Administración en lo concerniente al cumplimiento de las iniciativas legislativas emanadas desde el Parlamento.

Ante esta situación, las acciones preventivas no pueden ser decididas y puestas en marcha por un solo organismo, ya sea el Gobierno, el empresariado o los sindicatos, sino que debe armonizar los intereses tripartitos. La Ley de Prevención de

Riesgos Laborales es uno de los instrumentos válidos para la concreción de los programas preventivos en drogodependencias, pero no es menos cierto que corresponde a otros ámbitos de negociación la toma de decisiones globales que después puedan ser extrapoladas al mundo de la empresa. En estos ámbitos la Administración, desde la responsabilidad a la que hemos hecho referencia, debe ser uno de los motores que genere el impulso necesario.

Desde la responsabilidad de Gobierno y ante la extrema sensibilidad que manifiestan la población y los propios agentes sociales, la Junta de Andalucía a través de las Consejerías de Salud, Empleo e Igualdad y Bienestar Social, ha elaborado y firmado con dichos agentes sociales, tanto empresariales como sindicales el Plan de Empresas Saludables. La finalidad última de este Plan se engloba dentro del marco de la promoción de hábitos de vida más saludables que permitan un mejor desarrollo de las personas y su mayor control sobre los factores que afectan a su salud.

En esta línea, los agentes sociales y económicos deberán continuar profundizando en la difusión de los aspectos que hacen referencia a la salud y a la promoción de hábitos de vida saludables en el ámbito laboral, participando de manera activa en aquellas iniciativas legislativas que ponga en marcha el Gobierno de la Junta de Andalucía.

Tal y como indica Shelia H. Akabas, en su artículo sobre los programas de asistencia a los empleados dentro de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, patrocinada por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) en el 2001, *“Las empresas contratan trabajadores y los sindicatos aceptan miembros, pero ambos reciben a seres humanos que trasladan al lugar de trabajo todas las preocupaciones, problemas y sueños característicos de la condición humana.”*



3

Aproximación
al Concepto
de Salud



Son muchos los autores que reconocen la dificultad de definir la salud, máxime cuando cada persona tiene su propia percepción de lo que es la salud, de acuerdo con lo que se considera normal en el medio en que vive. Es fácil comprender que lo que es saludable para un sujeto de un país en vías de desarrollo, probablemente no lo va a ser para una persona de un país desarrollado, acostumbrado a un nivel de salud manifiestamente mayor que el primero.

Algunos autores, al tratar de definir los conceptos de salud y enfermedad, utilizan el término de normalidad para determinar la frontera existente entre salud y enfermedad, así los individuos en los que se identifican valores o estados “anormales” son aquellos que son susceptibles de ser asistidos. Sin embargo, la normalidad puede ser considerada de forma muy distinta en función de que el valor estado o categoría que presenta el individuo sea comparado con diferentes poblaciones de referencia. Y también según se defina la normalidad: a partir de un criterio aislado, de relación con otro criterio o bien que se introduzcan varios criterios para definir la “normalidad”.

Podemos considerar como criterios bastante aceptados de normalidad los siguientes:

- › **El criterio estadístico**, según el cual las observaciones normales serán las que encontremos en el 80, 90 ó 95 por 100 de los individuos dependiendo del rigor con el que se establezca dicho criterio.
- › **El criterio de referencia de la población que proporciona los datos utilizados para definir la normalidad**, en función de que los sujetos implicados pertenezcan a países desarrollados o en vías de desarrollo. Por consiguiente, la normalidad variará en virtud de las condiciones de vida.

- El **criterio operativo y lógico**, según el cual un valor es normal si forma parte de la proporción de observaciones aceptables para la comunidad desde el punto de vista individual, social y económico, teniendo en cuenta las posibilidades terapéuticas a corto y largo plazo y la posibilidad de proporcionar atención médica o de otro tipo.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), define la salud como **“El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”**. Esta definición supuso un avance cualitativo en sentido positivo al referirse a la salud no sólo en la esfera somática, sino también en la mental y social.

Pese a su aceptación y vigencia actual, esta definición ha sido objeto de críticas al considerarla utópica, estática y subjetiva:

- **Utópica**, en cuanto a que el estado de bienestar físico, mental y social parece difícilmente alcanzable actualmente, tanto a nivel individual como colectivo.
- **Estática**, porque dicho concepto no cambia en función de las necesidades de cada grupo o sociedad.
- **Subjetiva**, porque es el propio individuo el que valora si disfruta o no del estado de completo bienestar en las tres esferas antes mencionadas.

En el contexto de la promoción de la salud, entendida como proceso que confiere a las poblaciones los medios y mecanismos para asegurar el máximo control sobre la salud de cada individuo y mejorarla, se modifica el concepto de salud al considerarla como la medida mediante la cual un individuo o grupo de individuos pueden por una parte realizar sus ambiciones y por otra, evolucionar con el medio

ambiente y adaptarse a éste. La salud ya no se concibe como un estado abstracto, sino como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.

En la **Carta de la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986)** la salud se percibe como un producto de la vida cotidiana y no como la base de la vida, valorando los recursos sociales e individuales, así como las capacidades físicas. De esta forma, la promoción de la salud no recae de forma exclusiva sobre el sector sanitario, siendo fundamental la aportación de los estilos de vida sana para conseguir el bienestar.

Independientemente de las diferentes definiciones del concepto de salud, se puede comprobar cómo todas ellas se fundamentan en la concepción individual de la salud: cada individuo se convierte en el mejor juez para valorar su estado de salud. Pero además, la salud es un concepto relativo y multidimensional. **Relativo**, porque lo que constituye la salud o la enfermedad está siempre referido a un contexto social y cultural propio de cada individuo. Y **multidimensional o multifactorial** porque este contexto sociocultural, depende a su vez del nivel económico, de la accesibilidad al sistema sanitario, a la educación, los valores culturales y el rol asignado al género, a la edad, etc.

Cada comunidad tiene un nivel de salud y éste es, a su vez, resultante de las características propias de sus individuos y de los factores condicionantes del mismo, básicamente:

- Los referidos a la susceptibilidad del individuo: las características de la población y el grado de nutrición

- El medio ambiente natural y cultural, influyendo sobre este último factores como vivienda, educación, ocupación etc.
- La política de salud o forma en que se utilizan los recursos que la comunidad ha asignado para las tareas de salud.

En los últimos años, en el ámbito de la salud y la enfermedad se ha ido incorporando progresivamente el término de **“calidad de vida”** como indicador para valorar terapéuticas e intervenciones en la prevención y tratamiento de los problemas de salud. El carácter de novedad surge en un momento de máximo avance tecnológico y económico en los países occidentales, si bien dichos avances han tenido su coste correspondiente, como ha sido la aparición de nuevos problemas que, por su importancia, requieren soluciones urgentes.

Las políticas económicas que se han venido desarrollando han generado una idea de bienestar social especialmente economicista, en el que el progreso, la felicidad y la satisfacción consisten en consumir productos materiales de forma personal.

A nivel sanitario, aumentan las enfermedades crónicas y mentales; en el medio ambiente abundan los problemas ecológicos, la contaminación atmosférica, etc. La tensión en el mundo laboral también ha aumentado de forma global: movilidad geográfica y profesional, los riesgos derivados de las nuevas tecnologías y de la nueva organización del trabajo, los factores de riesgo psicosociales, el hacinamiento, etc. En esta esfera coyuntural es donde hay que situar la aparición de las preocupaciones de los ciudadanos y de los sociólogos por aproximarse al estudio y uso del concepto de Calidad de Vida.

La Calidad de Vida es un concepto que emerge de las condiciones objetivas de vida y de las condiciones subjetivas personales, resultando de esta relación mayores o

menores índices de satisfacción y felicidad en las personas. El concepto de calidad de vida no es susceptible de una definición simple y objetiva, puesto que engloba múltiples aspectos médicos o de salud, emocionales y de nivel social del paciente, así como de desarrollo profesional o no.

En algunas investigaciones sobre la Calidad de Vida y la salud, en las que se relacionan dimensiones subjetivas y objetivas, se ha podido comprobar que el ámbito de la salud explica una parte considerable de la calidad de vida global. También se ha constatado que cuando se experimenta algún tipo de mejora en el ajuste personal (salud mental), también se experimenta una mejora en otros ámbitos que se relacionan con la actividad del individuo: interpersonal, productivo, etc. Es decir, la calidad de vida global del individuo mejora.

El significado social y comunitario se apoya en los principios teóricos y los resultados de las investigaciones producidas en la Medicina comunitaria, la Psicología de la salud y los postulados sobre la salud defendidos por la O.M.S. Desde este prisma social, la salud es interpretada como algo que supera cuantitativa y cualitativamente el estado de las personas individualmente consideradas e introduce aspectos tales como la educación para la salud, la prevención, la distribución de los recursos sanitarios, la salud laboral, etc.

La O.M.S. reconoce igualmente la enorme dificultad de definir la salud psicosocial y la calidad de vida, conceptos ambos que pueden tener características propias en cada cultura.

En la actualidad se habla de la posibilidad de utilizar evaluaciones subjetivas de bienestar de los individuos (percepción del bienestar, satisfacción, seguridad, etc.) como posibles indicadores de calidad de vida que fuesen adecuados para todas

las culturas. Por ello, se considera que en toda evaluación que relacione la Calidad de Vida y la Salud no debería faltar el elemento evaluativo desde el punto de vista de los propios individuos en cualquiera de los ámbitos que se consideran en las investigaciones.

Por tanto, podemos concluir que la salud es susceptible de múltiples interpretaciones en función de las expectativas que cada individuo o comunidad establece en el contexto del grupo al que pertenece y en el momento histórico en que vive. Dichas interpretaciones son, a su vez, reflejo de los cambios acaecidos en nuestras sociedades. El significado social de la salud se ha transformado profundamente en las últimas décadas.

La llamada transición sanitaria implica también un cambio del significado que tiene la salud. El patrón sanitario se definía por el predominio de las enfermedades infecciosas como primera causa de muerte, así como por altas tasas de mortalidad infantil. En la actualidad, al aumentar la esperanza de vida, estos patrones se caracterizan por enfermedades degenerativas como son las lesiones y los trastornos mentales, incremento de la prevalencia de las discapacidades físicas y psicosociales, lo que a su vez significa un incremento de las cargas económicas y sociales.

Estos cambios son consecuencia de complejos procesos económicos y sociales que han conducido a una nueva visión en el patrón de riesgo. Así pues, en las sociedades más desarrolladas la población ha pasado de estar expuesta principalmente a riesgos relacionados con el saneamiento ambiental, la escasez de alimentos, el hacinamiento y las penosas condiciones de trabajo del inicio de la industrialización a otro de tipo de riesgos relacionados con el transporte, la residencia en grandes ciudades, la nutrición inadecuada o las nuevas condiciones de trabajo.

3.1. CONSIDERACIONES SOBRE LO COMUNITARIO

Desde finales de los años sesenta del siglo XX, los modelos asistenciales dentro del campo sociosanitario y de promoción de la salud, empiezan a estructurarse. La importancia de las acciones de la población en el desarrollo de la salud comienza a potenciarse desde las propias instancias sanitarias, sociales y políticas.

Se inician toda una serie de programas y mensajes dirigidos hacia la atención primaria, cuyas herramientas fundamentales son la promoción y la educación para la salud. Los equipos de profesionales que empiezan a formarse en los nuevos dispositivos sanitarios se amplía, la incorporación de nuevas profesiones dentro del escenario sanitario se constituye como una realidad absolutamente insoslayable hoy en día. Psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, sociólogos, maestros... posibilitan que los principales agentes de la salud: médicos y diplomados en enfermería, fundamentalmente, comiencen a asumir posiciones más activas.

El cambio hacia un sistema democrático, y hacia el control democrático de determinadas instituciones que renace en España, facilita la asunción, prácticamente inmediata, de estos aires profundamente renovadores en relación con el campo de la salud.

El mensaje fundamental, la clave sobre la que comienza a articularse gran parte del arco sociosanitario, se sustenta en que la población es un agente fundamental en el desarrollo y en la consecución de su propia salud. La traslación de los conceptos ecológicos a este escenario, vienen a optimizar y a reforzar esta idea.

La existencia, hasta entonces del modelo clínico, llamado con posterioridad tradicional, comienza a verse invadida por aires más progresistas y renovadores que

sustentan la base de su acción sanitaria en elementos fuertemente arraigados en el desarrollo de la propia sociedad en su conjunto, no desgajando la salud del resto de los procesos sociales, tanto en su vertiente económica como de las demás áreas que inciden en la sociedad: educativa, de ocio..., definiéndose esta opción sanitaria como modelo comunitario.

Como diferencias fundamentales entre el modelo clínico tradicional y el modelo comunitario, podríamos hablar de las siguientes:

MODELO CLINICO TRADICIONAL	MODELO COMUNITARIO
Dirige su acción a personas aisladas	Actúa sobre los grupos y las organizaciones, sobre la comunidad, los centros de trabajo y el territorio, es decir son intervenciones centradas en lo ecosocial
Se centra en individuos enfermos	Actúa sobre los individuos enfermos, los que se encuentran en riesgo y los sanos (promoción y educación para la salud)
Genera acciones terapéuticas	Amplía su intervención con acciones educativas, preventivas y de promoción de la salud
Desarrolla un estilo receptivo en la prestación de los servicios	Tiende a fomentar modelos de búsqueda activos en la resolución de problemas trabajando con los grupos existentes en la comunidad

Continúa

Continuación

MODELO CLINICO TRADICIONAL	MODELO COMUNITARIO
Trabaja de manera unisectorial	Vincula el trabajo específico con otros aspectos que inciden en el individuo como pueden ser la vivienda, la alimentación, la educación, la cultura...
Analiza, fundamentalmente variables y niveles de intervención biologicistas y fisiopatológicos	Es ecológico, analiza variables de desarrollo e implicación personal y ambiental
Medicaliza o psicologiza el problema en el usuario	Amplía el campo competencial a la familia e incluso, llegado el caso, a grupos estructurados o formales donde participe el usuario
Utiliza recursos profesionalizados	Utiliza recursos que, aun no siendo profesionales, se encuentran en la comunidad
Da escasa importancia a la acción pedagógica	Tal como hemos indicado, prioriza la educación para la salud como estrategia fundamental
Centra su atención en los dispositivos que se generan desde los modelos de intervención hospitalaria	Se acerca y se adentra en los contextos más cercanos a la población, no sólo para intervenir, sino para entender cómo se estructura y cómo funciona la población destinataria
Plantea acciones unidisciplinarias basadas en la investigación clínica	Ejerce acciones interdisciplinarias y utiliza la investigación epidemiológica como principal herramienta para su desarrollo



4

Aspectos
Legales



El marco legal general y el específico del campo laboral, esencial para el diseño de programas de prevención en drogodependencias y adicciones en las empresas, regula aspectos tan importantes como la Protección de la Salud, la Seguridad y el Derecho a la Intimidad. Este abanico normativo presenta aparentes contradicciones a la hora de considerar el consumo de drogas como algo personal e íntimo en contra de posiciones que defienden la protección colectiva sobre la individual, manteniendo normas punitivas que incluso llegan a la posibilidad del despido, con escasa actitud terapéutica. Por tanto, al tratar de ordenar y jerarquizar intereses contrapuestos, presenta manifiestas contradicciones.

Detrás de los aspectos legislativos más represivos, parece encontrarse un enfoque general tradicional y economicista del problema, donde las drogodependencias son analizadas en base a las disfunciones que genera en la producción, el servicio y los costos añadidos (bajas, accidentes,...).

El enfoque legislativo de la “Protección de los derechos de los trabajadores”, representa un punto de vista más humanístico y social, donde quedan recogidos aspectos del cuidado de la dignidad del trabajador y su intimidad, respetando lo individual y tratando de ajustarlo a lo colectivo. Prevalecen criterios de Salud y Seguridad y promueven iniciativas rehabilitadoras y no punitivas.

Por tanto, de cara a la planificación de actuaciones, resulta prioritario buscar las fórmulas para compatibilizar los enfoques, ya que en ambos se pueden reconocer justas aspiraciones. La negociación colectiva podrá ser un lugar de encuentro para llegar a acuerdos y jerarquizar las actuaciones.

4.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

En 1987, elaboró un documento donde los problemas de las drogas en las empresas son considerados problemas de salud y como competencias de los órganos de representación y participación en materia de prevención y salud laboral. La OIT señala estas recomendaciones:

- Hay que establecer en las empresas planes de información, formación y capacitación sobre estos problemas de salud.
- Hay que proteger el carácter confidencial de los datos obtenidos en relación con los mismos (respetar la intimidad y dignidad del trabajador/a).
- Las pruebas analíticas (control biológico) para determinar los consumos plantean graves problemas de orden ético, moral y jurídico.
- La estabilidad en el trabajo ayuda en la recuperación de estos problemas.
- No hay que discriminar a los trabajadores/as que requieran tratamiento y rehabilitación.
- Hay que priorizar los tratamientos sobre las actuaciones disciplinarias y llevar a la negociación colectiva los planes o programas de los tratamientos de rehabilitación.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU)

En 1987, también hizo referencia a estos temas aportando una serie de recomendaciones en las que se destacan:

- › La Promoción de las medidas preventivas (para hacer frente al uso indebido de drogas).
- › La Información en la empresa sobre los riesgos que comporta su consumo habitual y organizar seminarios nacionales (para prevenir o reducir el uso indebido de drogas en el trabajo).
- › La Información a trabajadores/as y empresarios/as de los recursos, en relación con los programas de prevención o reducción del uso indebido de drogas en el lugar de trabajo, de tratamiento y rehabilitación.
- › La Elaboración de programas de acción conjunta entre organizaciones sindicales y patronales.

Las recomendaciones de la **Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)**, con respecto al campo de su competencia, han sido ampliamente tratadas en los epígrafes correspondientes al campo de la salud.

4.2 MARCO NORMATIVO INTERNO

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978)

En cuanto a lo que recoge nuestra Carta Magna, respecto a los derechos y deberes relacionados con la protección a la salud nos plantea que todos somos iguales ante la ley sin que pueda existir discriminación alguna por circunstancia personal o social (Art. 14), manda a los poderes públicos velar por la seguridad y la higiene en el trabajo (Art. 40.2.), se garantiza el derecho al honor, la intimidad personal y la propia imagen (Art. 18.1) y reconoce como uno de los derechos fundamentales el Derecho a la Salud indicando la necesidad de fomentar la Educación Sanitaria (Art. 43).

CÓDIGO CIVIL

En su artículo 1903, establece que el empresario es responsable civil de las actuaciones del trabajador, incluidas las relacionadas con los estados de intoxicación.

CÓDIGO PENAL

En su artículo 314, se refiere a la discriminación laboral, indicando: “Los que produzcan una grave discriminación en el empleo, público o privado, contra alguna persona por razón de su ideología, religión o creencias, su pertenencia a una etnia, raza o nación, su sexo, orientación sexual, situación familiar, enfermedad o minusvalía... y no restablezcan la situación de igualdad ante la ley tras requerimiento o sanción administrativa, reparando los daños económicos que se hayan derivado, serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años o multa de seis a doce meses.”

El artículo 316, refiere en relación a la omisión de medidas de seguridad e higiene lo siguiente “Los que con infracción de las normas de prevención de riesgos laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses.”. Este artículo queda complementado con el artículo 317, en relación a la imprudencia grave, de la siguiente manera: “Cuando el delito a que se refiere el artículo anterior se cometa por imprudencia grave, será castigado con la pena inferior en grado.”

REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1995, DE 24 DE MARZO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DEL ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES

El análisis parte del texto laboral básico, y en concreto del artículo 54, apartado 2.f., que establece el “despido disciplinario” por causas que se derivan del consumo. Este artículo sirve de apoyo al empresario para poder despedir a un trabajador/a drogodependiente. Los requisitos para aplicar este artículo se circunscribirían a aquellas situaciones habituales y que repercutieran negativamente en el desarrollo del trabajo.

En los artículos 4.2, 5b y 19.1, se recoge el derecho de los trabajadores a su integridad física y una adecuada política de seguridad e higiene, así como el deber de los trabajadores de observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten.

El despido aparece como la medida más drástica, la última y definitiva. No obstante el Acuerdo sobre Cobertura de Vacíos, suscrito por UGT, CCOO, CEOE y CEPYME, (28 de abril de 1997) permitió una graduación de sanciones, tal y como se recogen a continuación:

- › Faltas leves: Amonestación verbal o escrita. Suspensión de empleo y sueldo de carácter breve (hasta 2 días)
- › Faltas graves: Suspensión de empleo y sueldo de 3 a 14 días
- › Faltas muy graves: Suspensión de empleo y sueldo de 14 días a un mes, traslado a un centro de trabajo de localidad distinta durante un período de hasta un año y despido disciplinario.

LEY 31/1995, DE 8 DE NOVIEMBRE, DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. MODIFICADA POR LA LEY 54/2003, DE 12 DE DICIEMBRE, DE REFORMA DEL MARCO NORMATIVO DE LA LEY DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Para esta normativa, básica en la temática desarrollada, se ha habilitado un capítulo específico en este volumen. (capítulo 5)

REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2000, DE 4 DE AGOSTO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY SOBRE INFRACCIONES Y SANCIONES EN EL ORDEN SOCIAL. (L.I.S.O.S.)

En materia de prevención de riesgos laborales, además de las infracciones y del régimen sancionador general se pueden destacar, las disposiciones relativas a las acciones u omisiones de los empresarios, de las entidades especializadas actuantes

como Servicios de Prevención Ajenos o Auditoras, así como la de los promotores y propietarios de obras y trabajadores por cuenta propia que incumplen las normas sobre seguridad y salud laboral sujetas a responsabilidad.

LEY 42/1997, DE 14 DE NOVIEMBRE, ORDENADORA DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Esta normativa legal viene a dar solución a los problemas de coexistencia de la anterior Ley Ordenadora 39/1962 con el actual sistema constitucional de derechos y libertades, con la organización territorial del Estado, surgida de la Constitución de 1978, y las lógicas disfunciones originadas por el transcurso del tiempo.

La Ley tiene en cuenta la configuración de la actividad inspectora como propia de un sistema institucional integrado (Cuerpo Nacional), y coherente con el modelo constitucional que comparten el Estado y las Comunidades Autónomas de acuerdo con las reglas de distribución de competencias entre ambos bloques de poderes públicos.

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD

Esta Ley recoge que las actuaciones del sistema sanitario están orientadas prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades (Art.3.1.); señala entre otros, la confidencialidad en la información sanitaria personal (art. 10). En su artículo 22, indica que las empresas y los trabajadores, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionadas con la Salud Laboral. Por último, esta Ley destaca que la política de Salud está orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (Art. 3.3).

REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/1994, DE 20 DE JUNIO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Es la norma reguladora básica de la Seguridad Social en desarrollo del mandato constitucional previsto en el artículo 41 de esta disposición, por el que los poderes públicos mantendrán un régimen de seguridad social para todos que garantice la asistencia y prestaciones sociales ante situaciones de necesidad.

Dentro de su estructura hay que destacar, en lo referente a la Gestión de la Seguridad Social, el Capítulo VII de su Título I sobre las entidades gestoras (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) y la colaboración de éstas con el sistema de seguridad social.

En relación con la salud laboral hay que significar lo dispuesto en la sección 2º del Capítulo X sobre los incumplimientos en materia de accidentes de trabajo y las normas específicas para enfermedades profesionales.

En cuanto al régimen sancionador se remite a lo dispuesto en la Ley específica sobre infracciones y sanciones en el orden social.

LEY 21/1992, DE 16 DE JULIO, DE INDUSTRIA

La Ley pretende entre otros objetivos establecer las normas básicas de ordenación de las actividades industriales por las Administraciones Públicas, al mismo tiempo que fija los medios y procedimientos para coordinar las competencias en materia industrial y regula las actuaciones de la Administración del Estado en relación con el sector.

La norma, de carácter básico en la mayoría de sus preceptos, adapta la regulación de la actividad industrial en España a la derivada de la incorporación a la Unión Europea y a la constitución del mercado interior, compatibilizando los instrumentos de política industrial con los de la libre competencia y circulación de mercancías.

El Capítulo I se refiere a la Seguridad Industrial y en él se delimita su objetivo y se define el contenido de los Reglamentos, los medios de prueba del cumplimiento reglamentario y su control administrativo. Asimismo, se configuran los organismos de Control y las Entidades de Acreditación.

El Capítulo II regula la Calidad Industrial, estableciéndose el contenido de las actuaciones que las Administraciones Públicas habrán de desarrollar para promover la competitividad de las industrias, dando un tratamiento singular a los agentes a través de los cuáles se instrumentarán los mecanismos de la calidad mediante un sistema de normas voluntarias.

4.3. LEGISLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

LEY 2/1998, DE 15 DE JUNIO, DE SALUD DE ANDALUCÍA

Esta norma autonómica recoge en su Capítulo II, las competencias que la Administración Sanitaria de Andalucía tiene en referencia a la salud laboral, desde la evaluación y el control hasta la supervisión de la formación.

LEY 4/1997, DE 19 DE JULIO, DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN MATERIA DE DROGAS DE ANDALUCÍA

El artículo 1 indica la consideración de las drogodependencias como una enfermedad con repercusiones en la esfera biológica, psicológica y social del individuo.

El artículo 3 define droga como *“aquellas sustancias, naturales o de síntesis, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud.”* En esta consideración se incluyen estupefacientes, tabaco, bebidas alcohólicas, determinadas sustancias de uso industrial y otras capaces de producir los efectos o consecuencias descritas.

El artículo 7.1, indica *“Las Administraciones Públicas Andaluzas establecerán y desarrollarán programas de información y formación sobre drogas, con la finalidad de proporcionar conocimiento y orientación a los ciudadanos, profesionales e instituciones, acerca de los riesgos que comporta su consumo y las medidas adecuadas para prevenirlo”*.

“Estos programas irán dirigidos de manera preferente a los ámbitos infantil, juvenil, laboral y otros de especial incidencia, apoyando las acciones informativas que puedan realizar las entidades o empresas”, (art. 7.2).

En su artículo 11, apartado 1 señala que *“Se impulsarán actuaciones preventivas, dirigidas a colaborar en la mejora de la calidad de vida y superación de las condiciones familiares, sociales y laborales que puedan incidir o asociarse con el consumo de drogas.”* Y en el apartado 2 indica que *“Los programas preventivos*

contarán en su diseño, ejecución y evaluación con la participación de los sectores implicados, a través de sus asociaciones, entidades y profesionales...”.

La Junta de Andalucía, según mandata el artículo 12.1 de esta ley fomentará en colaboración con los organismos competentes, los representantes legales de los trabajadores y las organizaciones empresariales: programas específicos de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito laboral, a incluir en la negociación colectiva; y programas de salud laboral que incluyan actividades informativas y de formación de los trabajadores/as y empresarios/as en problemas derivados del consumo de drogas. En estos programas se fomentará la participación de los sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comités de seguridad y salud. Igualmente apoyará las acciones informativas que realicen por cuenta propia tanto las empresas como los sindicatos.

Por otro lado, *“La Administración de la Junta de Andalucía, en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento. Reglamentariamente se establecerán las condiciones y requisitos que tienen que cumplirse para poder efectiva esta reserva de puesto de trabajo”.* (Art.12.2)

Por último, el artículo 12.3 establece que *“se fomentarán entre organizaciones empresariales y sindicales acuerdos que tiendan a garantizar la reserva del puesto de trabajo de personas drogodependientes, y a no ejercer las potestades disciplinarias que contempla la legislación laboral, en casos de problemas derivados del abuso de drogas cuando dichas personas participen en un proceso voluntario de tratamiento o rehabilitación”* .

LEY 1/2001, DE 3 DE MAYO, POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY 4/1997

El espíritu que conlleva esta Ley, es el de mejorar el tratamiento que se hacía en la anterior sobre determinadas medidas en relación, de manera especial con el alcohol, modificando el párrafo c) del artículo 26 de la Ley 4/1997, ampliando el ámbito de aplicación de la prohibición que contiene y quedando la redacción como sigue:

“c).- La venta y el consumo de bebidas alcohólicas superiores a 20º en Centros de enseñanza superior y universitaria, centros sanitarios, dependencias de las Administraciones públicas, en las instalaciones deportivas, en las áreas de servicio y gasolineras o estaciones de servicio ubicadas en las zonas colindantes con las carreteras, autovías y autopistas.”

DECRETO 167/2002, DE 4 DE JUNIO POR EL QUE SE DESARROLLAN DETERMINADOS ASPECTOS DE LA LEY 4/1997

Este Decreto aporta lo que se entenderá por Estaciones de Servicio, horarios de venta, suministro o distribución y delegación de competencias a las Corporaciones Locales en materia sancionadora por infracciones leves y graves cometidas dentro de su término municipal.

Artículo 3.1 “... queda prohibida, con carácter general, la venta, suministro o distribución de bebidas alcohólicas, realizadas a través de establecimientos en los que no está autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, durante el horario comprendido entre las 22 h. y las 8 h. del día siguiente.”

LEY 12/2003, DE 24 DE NOVIEMBRE, PARA LA REFORMA DE LA LEY 4/97, DE 9 DE JULIO

En la misma línea que se planteó la modificación anterior la la Ley 12/2003 de 24 de noviembre incluye los siguientes puntos:

- Amplía la prohibición de venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, así como su consumo dentro de los establecimientos en los que está prohibida la venta.
- La prohibición de venta de bebidas alcohólicas superiores a 20° en gasolineras ubicadas en núcleos urbanos.
- Tipificación como infracción grave las intoxicaciones por ingestión de bebidas alcohólicas o de otras sustancias.
- La posibilidad de imponer sanciones accesorias de carácter pecuniario y de adoptar medidas de cierre cautelar.
- La delimitación de las responsabilidades del infractor.

DECRETO 209/2002, DE 23 DE JULIO, POR EL QUE SE REGULA EL II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES (2002 – 2007)

En materia preventiva, el Plan se estructura en tres ámbitos diferenciales de actuación: el comunitario, el educativo y el laboral. La interacción de estos tres ámbitos puede favorecer los procesos tanto individuales como sociales.

En los aspectos relacionados con el ámbito laboral, indica la necesidad de desarrollar acciones orientadas hacia una mejora de la formación y de los conocimientos

significativos de las personas, para que éstas puedan establecer una relación libre, consciente y responsable con el consumo.

Estas acciones conllevan una serie de estrategias de información que se deben centrar en la veracidad de los contenidos y la transmisión adecuada a distintos niveles en los que se enfoca la propia información: Empresa, trabajadores, agentes sociales y técnicos.

Igualmente se indica que hay que planificar estrategias de formación que tiendan a mejorar la capacitación de mediadores, técnicos y trabajadores, y estrategias de coordinación destinadas a mejorar el conocimiento mutuo, elaborar consensos entre las partes y consolidar estrategias que permitan el intercambio de experiencias y la elaboración de propuestas para cumplir.

Todo ello tiene como principal finalidad en este ámbito, fomentar la determinación de acuerdos, en el marco de la negociación colectiva, que garanticen la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes frente al ejercicio de potestades disciplinarias, incluyendo en los convenios colectivos cláusulas a tal efecto, que indiquen la necesidad de que dichas personas participen en un proceso voluntario de tratamiento y rehabilitación.



El proceso legislativo, en un país democrático, es un proceso vivo y dinámico, sometido a los resultados electorales que emanan de la voluntad popular. Es responsabilidad de los poderes públicos, especialmente de las Instituciones Parlamentarias ir avanzando y profundizando en normas legislativas que potencien la salud de manera compatible con el desarrollo de la sociedad, así como generar los mecanismos necesarios para que la sociedad civil avance en el control democrático de todos los sistemas que les afectan.

Todo lo relacionado con el ámbito laboral, como no podría ser de otra manera, no es ajeno a esta realidad, por lo que las normativas deberían realizarse y promulgarse teniendo en cuenta los avances tecnológicos y científicos que confieren unas mayores cotas de bienestar social y personal.



5

La Ley
de Prevención
de Riesgos
Laborales

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), tal y como señala en su exposición de motivos, es el resultado final de varios acontecimientos previos a su promulgación de gran trascendencia para el mundo de la salud laboral.

Por un lado responde al mandato constitucional del artículo 40.2 de la Constitución Española de 1978 (CE), que encomienda a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo y, de otro, la previsión del artículo 43 de la misma disposición, por el que se reconoce el derecho a la protección de la salud, indicando que la Ley establecerá los derechos y deberes de todos. Ambos preceptos conllevan la necesidad de desarrollar una política de protección a la salud de los trabajadores desde una perspectiva muy diferente a la que venía ejerciéndose con anterioridad.

La nota más significativa de la norma es, probablemente, el establecimiento de una nueva cultura que se apoya en la capacidad y actitud de todos los actores intervinientes en el mundo laboral -empresarios, trabajadores, organizaciones empresariales y sindicales, administraciones públicas, etc.- para anticiparse al accidente laboral. El carácter preventivo se impone de esta manera frente a otras actitudes meramente reactivas que, básicamente, entran en juego cuando se ha producido el hecho ya irreversible del accidente.

De esta manera el desarrollo de metodologías basadas en el análisis y evaluación de las condiciones presentes en los puestos de trabajo y la planificación y control de las medidas correctoras de los déficits detectados constituyen uno de los pilares fundamentales de la actividad preventiva.

Desde otro punto de vista, hay que considerar que la presencia de España en la Unión Europea nos conduce a la necesaria convergencia y armonización con las políticas de salud laboral desarrolladas en su ámbito. La tradición y experiencias en la materia se concretan en la conocida como directiva marco “89/391/CEE”, que se configura como la base normativa del acervo jurídico europeo sobre la protección de la salud de los trabajadores en el trabajo.

A lo ya comentado tenemos que unir los acuerdos derivados de los compromisos internacionales suscritos por el Estado español en el marco de la Organización Internacional del Trabajo. (OIT)

Por todo lo expuesto, la LPRL se confirma como el cuerpo básico de garantías preciso para establecer el nivel adecuado de protección de la salud y se inserta, como ella misma dispone, en el ámbito específico de las relaciones laborales, siendo “legislación laboral básica”, conforme al artículo 149.1.7 de la CE.

Dentro de las novedades que aporta, destacaremos como más significativas las siguientes:

- El carácter “universal” de su ámbito de influencia, es decir del alcance de sus disposiciones que abarcan, prácticamente en su totalidad, el complejo mundo de las relaciones laborales, ya sean de carácter público o privado. Con ello se trata de abordar de una manera global y coherente los problemas que se deducen de los riesgos derivados del trabajo, cualquiera que sea el marco laboral en que estos se presenten.
- Como ya se ha aludido, la norma también pretende el establecimiento de una política de prevención de los riesgos laborales dirigida a la promoción de la

mejora de las condiciones de trabajo, inspirada en los principios de: eficacia, coordinación y participación. Más adelante nos referiremos a estos aspectos singulares de la LPRL.

- Asimismo, la LPRL introduce los principios generales de la acción preventiva (art. 15) y dibuja el escenario en que tanto empresarios como trabajadores deben organizarse para dar un tratamiento integral al problema de los riesgos.

Se significa que, ante la imposibilidad de eliminar los riesgos presentes en el trabajo, se procederá a la evaluación y valoración como paso previo a la planificación de las medidas preventivas que sea necesario adoptar. Todo ello dentro del sistema de gestión que la empresa tenga establecido o deba establecer y que, necesariamente, estará integrado en todos los niveles jerárquicos, como un elemento más dentro de las decisiones de todo tipo que adopte la empresa.

Por tanto, la actuación de la empresa debe ir más allá del mero cumplimiento formal de un conjunto predeterminado, más o menos amplio, de deberes y obligaciones empresariales y, más aún, de la simple corrección a posteriori de situaciones de riesgo ya manifestadas.

La planificación de la prevención desde el mismo momento del diseño del proyecto empresarial, la evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo y su actualización periódica, así como la adopción de medidas correctoras adecuadas y suficientes y el control de la eficacia de estas, constituyen los elementos básicos del nuevo enfoque que la Ley plantea.

- Como parte esencial del panorama dibujado; la LPRL y, posteriormente, su desarrollo reglamentario a través del RD 39/1997, de 17 de enero, del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP), otorga una gran importancia a las necesidades de información y formación de empresarios y trabajadores. Estas necesidades están dirigidas, especialmente, a un mejor conocimiento –tanto del alcance de los riesgos, como de la forma de prevenirlos y evitarlos, de una manera adaptada a las peculiaridades de cada centro de trabajo y a las características de las actividades y personas que lo desarrollan–.

El mencionado RSP establece el contenido y duración de la formación necesaria para alcanzar los niveles –básico, intermedio o superior– en que, según la disposición, se concretan las exigencias en la materia, junto con las atribuciones y facultades derivadas de los mismos.

La información, como vehículo de comunicación en el entorno de la empresa, se concreta en la LPRL a través de la obligación de que ésta disponga de los mecanismos para que los trabajadores conozcan lo necesario acerca de los riesgos presentes, tanto los de carácter general como los específicos existentes en su puesto de trabajo. Lógicamente se incluye en esta información aquella relativa a las medidas de protección y prevención que resulten aplicables y las actuaciones derivadas de situaciones especiales de emergencia y primeros auxilios.

En materia de prevención en el ámbito laboral, los distintos agentes intervinientes, administración y agentes sociales y económicos, se comprometerán a realizar de forma conjunta acciones que favorezcan la prevención y la divulgación de prácticas saludables con el objetivo final de velar por la seguridad y salud de los trabajadores en el desarrollo de su trabajo, no en los condicionantes sociales que le pueden llevar a una situación de dependencia.

Ante esta perspectiva y lo complejo del mundo de las condiciones de trabajo, se hace imprescindible prestar al empresario el apoyo y asesoramiento técnico necesario para el cumplimiento efectivo de aquellas.

La LPRL le dota de un instrumento fundamental para estructurar la acción preventiva de la empresa a través de alguno de los cuatro modelos organizativos que se indican a continuación:

- 1) La asunción personal por parte del empresario,
- 2) La designación de trabajadores,
- 3) La dotación de un servicio de prevención propio
- 4) La concertación con una entidad especializada (acreditada por la autoridad laboral competente) como servicio de prevención ajeno.

Las características, facultades y procedimientos de acreditación de estas formas de organización se desarrollan en el RSP y restante normativa complementaria³.

Ya se ha anticipado unos párrafos mas arriba la preocupación demostrada por el legislador al abordar el tema de la coordinación y participación. Estas actividades se consideran esenciales dado, por un lado, el alto grado de desconcentración de competencias –legislativas y ejecutivas– que surgen como consecuencia de la vertebración del Estado en las respectivas Comunidades Autónomas y, por otro, del

³ Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 27 de junio de 1997- (BOE número 159, de 4 de julio)

necesario logro de objetivos de consenso en la gestión de la prevención entre empresarios y trabajadores, mediante la participación de unos y otros en instituciones y órganos especialmente creados o adaptados para ese fin.

De cara a la participación, la creación de la figura del Delegado de Prevención (art. 35 de la LPRL), definido como “representante de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención”; designado por y de entre ellos, con competencias y facultades (art. 36 de la LPRL) verdaderamente relevantes en el ámbito preventivo, es una de las novedades que aporta la norma.

La obligación de crear un Comité de Seguridad y Salud (CSS) en empresas o centros de trabajo con 50 o más trabajadores como foro de debate -entre los Delegados de Prevención y los representantes del empresario- de las cuestiones preventivas que se susciten en el marco de la empresa; es otro instrumento de participación en la gestión de indudable interés.

Si esto ocurre en el entorno interno de la empresa, la participación en ámbitos externos a la misma no se trata como una cuestión de menor importancia. La LPRL crea (art. 13) la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST) con la doble función de órgano colegiado asesor de las administraciones públicas -en materia de promoción, asesoramiento y vigilancia y control del cumplimiento normativo; así como de información y diseño de la normativa de ese mismo carácter- y de órgano de participación institucional -administraciones públicas, organizaciones empresariales y sindicales-.

La CNSST se configura, por tanto, como el máximo referente de participación a nivel del Estado, mientras que, a nivel autonómico, cuenta con un desarrollo

posterior en el ámbito de la respectivas Comunidades (p.e.: el Consejo Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales –CAPRL⁴).

Como prolongación del CNSST la LPRL crea también, mediante su disposición adicional quinta, La Fundación para La Prevención de Riesgos Laborales (FPRL), que –adscrita a la Comisión Nacional– se configura como una institución dirigida a la promoción y mejora de las condiciones de trabajo en las pequeñas y medianas empresas (PYMES). Al igual que lo comentado para la CNSST, la FPRL extiende sus acciones a las Comunidades Autónomas, incluyendo la asignación de presupuesto, a través de los órganos tripartitos y de participación institucional que existan en ese ámbito con naturaleza similar a la Comisión (p.e. el ya comentado CAPRL).

La adaptación de otras instituciones a las nuevas funciones que asigna la LPRL implican, particularmente, al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT –art. 8 LPRL) y a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS –art. 9 LPRL). La primera como órgano científico técnico especializado con la misión de analizar y estudiar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, al tiempo que ser el apoyo técnico tanto de la ITSS como de las administraciones públicas con alguna vinculación a la materia preventiva. La segunda con funciones de asesoramiento a empresas y trabajadores y las más conocidas de vigilancia del cumplimiento de la normativa, realizando las propuestas de sanción a la correspondiente Autoridad Laboral que en cada caso proceda.

⁴ Creado por Decreto de la Junta de Andalucía número 277/1997, de 9 de diciembre (BOJA número 149, de 27 de diciembre de 1997)

Asimismo, el INSHT cuenta con una infraestructura específica distribuida en cuatro “Centros Nacionales” especializados, localizados en: Sevilla (Medios de Protección), Bilbao (Verificación de Maquinaria), Barcelona (Condiciones de Trabajo) y Madrid (Nuevas Tecnologías).

Como consecuencia de las transferencias a las Comunidades Autónomas, la antigua red de Gabinetes de Seguridad e Higiene adscritas al INSHT, se transformo en órganos territoriales de asesoramiento y apoyo dependientes de cada Comunidad.

En la actualidad, bajo la denominación de Centros de Prevención de Riesgos Laborales (CPRL), existe un Centro en cada provincia de la Comunidad Autónoma de Andalucía que asume, además de las funciones ya indicadas, las de asistencia/cooperación técnica y las de formación, información e investigación en materia preventiva derivadas del art. 7 de la LPRL. Recientemente⁵ se les ha asignado las funciones de Servicio de Prevención Propio de la Junta de Andalucía.

En materia de coordinación podemos hablar, igualmente, de dos tipos. En primera instancia nos referiremos a la que podríamos denominar Coordinación Administrativa entre las administraciones públicas de una misma Comunidad Autónoma. En este sentido hay que considerar una doble vertiente; de un lado, la coordinación en materia de las competencias transferidas que afectan a la salud laboral (educativa, sanitaria, laboral, industrial, etc.). La Comisión

⁵ Decreto 117/2000, por el que se crean los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales para el personal al servicio de la Administración de la Junta de Andalucía.

Interdepartamental de Seguridad y Salud Laboral en Andalucía es un claro representante de este foro de debate⁶.

De otro lado, podríamos hablar de la coordinación entre las instituciones del Estado y las Comunidades Autónomas y de estas entre sí. Tal actividad se desarrolla en el seno de la CNSST y órganos adscritos a la misma; así como en las diversas Comisiones Interterritoriales⁷, donde el caso más representativo lo constituye la del Sector Sanitario.

En segunda instancia, nos encontramos ante la coordinación entre empresas y actividades empresariales, a las que la LPRL dedica sus arts. 24⁸ y 28, refiriéndose a aquellas empresas que desarrollan su actividad en un mismo centro de trabajo o bien cuando trata la relación entre la empresa principal y los trabajadores procedentes de empresas de trabajo temporal (ETT).

Para concluir debemos citar brevemente el tratamiento que la LPRL da a los “trabajadores especialmente sensibles (art.25)”, especialidad relativa a las características personales del trabajador o de su estado biológico; incluyendo aquellos que tienen debidamente reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial.

Las trabajadoras embarazadas y los menores disponen de un tratamiento específico dada la singularidad de su situación (arts. 26 y 27).

⁶ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)

⁷ Creada por Decreto de la Junta de Andalucía 429/1996, de 3 de septiembre (BOJA número 115, de 5 de octubre)

⁸ Desarrollado mediante el Real Decreto 171/2004, de 30 de enero (BOE número 27, de 31 de enero de 2004)

El consumo de drogas en el ámbito laboral, al amparo de la L.P.R.L., cabría situarlo entre los factores de riesgos psicosociales. Los programas preventivos específicos en la materia se incluirían dentro del análisis de los riesgos cuya planificación, programación y evaluación de resultados habrá que encuadrar en alguna de las modalidades de organización de la prevención en la empresa, debiendo garantizar los niveles de información y participación de los trabajadores a través de los cauces previstos, (delegados de prevención, Comité de Seguridad y Salud, etc.)

Como consecuencia del análisis de los problemas que dificultan la aplicación de la LPRL y sus disposiciones de desarrollo, concretamente, los derivados de determinadas insuficiencias en su contenido, manifestados en términos de la subsistencia de los índices de siniestralidad indeseados, los deducidos de la deficiente incorporación de la prevención en la empresa –cumplimiento más formal que eficiente de las obligaciones–, y los derivados de la falta de adecuación de la normativa a las nuevas formas de organización del trabajo en especial la subcontratación y la actividad en el sector de la construcción. La Ley 54/2003, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, introduce una serie de medidas que abarcan diferentes ámbitos, entre otros: la Seguridad Social, el reforzamiento de la función de vigilancia y control de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y el establecimiento de un nuevo sistema de información en materia de siniestralidad laboral.

Destaca por su importancia el tratamiento dado a la integración de la prevención en la empresa. Cuestión que se enuncia ahora como la primera obligación de la empresa y como primera actividad de asesoramiento y apoyo al empresario por parte de los Servicios de Prevención.

Hay que señalar que inicialmente la LPRL incluía su propio régimen sancionador; circunstancia ésta que, tras las modificaciones introducidas por la Ley 50/1998, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, y por el Real Decreto Legislativo 5/2000, han vuelto a incluirse en el ámbito de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS).

Más recientemente, la ya referida Ley 54/2003, mediante su capítulo II, reforma la LISOS con el fin de mejorar el control del cumplimiento de la normativa de prevención y de combatir, entre otros aspectos, el cumplimiento meramente formal o documental de las obligaciones del empresario y de mejorar las actividades de coordinación en general, y en particular, entre las empresas de trabajo temporal y las usuarias.

6

Las Mutuas
de Accidentes
en el Trabajo
y Enfermedades
Profesionales

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) ha supuesto un punto de inflexión en el desarrollo de las actividades de las Mutuas de Accidentes en el Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. (MATEPSS)

Qué son las MATEPSS y cuáles son sus fines, es una cuestión previa que debemos conocer. Respecto del primer interrogante tenemos que indicar que se trata de: “asociaciones de empresarios” bajo la supervisión (dirección, tutela y vigilancia) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (MTAS)

En relación con el segundo, hay que significar que nacen con el objetivo de colaborar en la gestión, sin ánimo de lucro y según el principio de responsabilidad mancomunada, con el Sistema de Seguridad Social; sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas.

Entre las prestaciones que realizan se incluyen:

- a) La colaboración en la gestión de contingencias de accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP).
- b) La realización de actividades de prevención, recuperación y demás previstas en la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la referida Ley-LGSS).
- c) La colaboración en la gestión de la prestación económica de incapacidad laboral temporal derivada de las contingencias comunes.

En su acción de colaboración en la gestión de las contingencias de AT y EP, así como en las actividades de prevención reguladas en la LGSS, se limitarán a repartir entre sus asociados:

- ▶ El coste de las prestaciones por causa del AT sufrido por los trabajadores de las empresas asociadas.
- ▶ El coste de las prestaciones por EP padecidas por el personal al servicio de las empresas asociadas en la situación de incapacidad temporal y periodo de observación y, en las demás situaciones, la contribución que se les asigne para hacer frente, en régimen de compensación, a la siniestralidad general derivada de la aludida contingencia.
- ▶ El coste de los servicios y actividades preventivas relacionadas con las prestaciones ya indicadas, así como la contribución a los servicios de prevención, recuperación y demás previstos en la LGSS, a favor de las víctimas y sus beneficiarios. Hay que tener en cuenta que las actividades que las MATEPSS puedan desarrollar como Servicio de Prevención Ajenos están reguladas por la LPRL y, conforme a lo en ella dispuesto, están sujetas a acreditación por la autoridad laboral competente.
- ▶ El coste de administración de la propia entidad.

El artículo 32 de la LPRL y su desarrollo reglamentario a través del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) clarifican y delimitan la actividad de las MATEPSS en materia de prevención de riesgos laborales, deslindando las acciones que, tradicionalmente, venían desempeñando en este campo.

La Orden del MTAS, de 22 de abril de 1997, que regula el régimen de funcionamiento de estas entidades en el desarrollo de actividades de prevención (BOE 98, de 24 de abril), les reconoce dos tipos de actividades preventivas diferenciadas:

1. Las comprendidas, con carácter general, en las coberturas previstas en la LGSS (art. 68.2), antes mencionadas. Es decir, “actividades con cargo a cuotas”.
2. Las correspondientes a las funciones como Servicios de Prevención Ajenos (SPA), que sólo podrán efectuar para sus empresas asociadas siempre que estén acreditadas a tal efecto. Es decir actividades y servicios que han de estar expresamente concertados y que correrán a cargo de las empresas que, voluntariamente, los contraten.

Pese a esta diferenciación de funciones en materia de prevención de riesgos laborales, las MATEPSS ostentan una única naturaleza y personalidad jurídica.

Las actividades “con cargo a cuotas” no atribuirán derechos subjetivos a favor de los empresarios, ni les eximirá del cumplimiento de sus obligaciones en prevención de riesgos laborales; pudiéndose distinguir dos tipos:

1. Las de alcance general, no dirigida a empresa específica como los estudios, encuestas y estadísticas de siniestralidad.
2. Las de carácter singular, dirigidas a sus empresas asociadas como:
 - El análisis e investigación de las causas y factores determinantes de los AT y EP.

- La promoción de las acciones preventivas en las empresas, mediante la realización de campañas de sensibilización y educación preventivas.
- El asesoramiento sobre: La documentación básica relativa a la legislación aplicable en cada caso, edición de guías orientadoras, carteles, bibliografía, folletos informativos, visitas a los centros de trabajo, ayudas para las evaluaciones de riesgos, orientación para la elaboración e implantación de planes y programas de prevención y las acciones de formación e información que deben suministrarse a los trabajadores. La realización de jornadas y seminarios sobre actualización y puesta al día en materia preventiva.
- La capacitación de los empresarios, de manera que estos puedan asumir la gestión preventiva.
- Otras actividades de carácter sanitario como: campañas de educación dirigidas a conseguir la mejora de hábitos y actitudes sanitarias.

El desarrollo de las actividades descritas debe ser objeto de planificación por las MATEPSS, que concretarán los objetivos perseguidos, los recursos que se destinarán y como se verificará la eficacia de las acciones emprendidas, bajo las directrices que establezca el MTAS.

Estas actividades se dirigirán, preferentemente, a empresas con unas características determinadas:

- Empresas de más de 50 trabajadores y, especialmente, las de menos de seis.

- Prioridad al sector de la construcción y empresas dedicadas a actividades consideradas por el Reglamento de los Servicios de Prevención, en su anexo I, como particularmente peligrosas.
- Empresas cuyo índice de incidencia medio, de los últimos tres años, supere en un 30% al de su correspondiente sector de actividad económica (Clasificación Nacional de las Actividades Económicas 93).
- Empresas o sectores de actividad sujetos a programas de actuación prioritaria por parte de: La Inspección de Trabajo (ITSS), de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST) o de los órganos equivalentes de las Comunidades Autónomas (por ejemplo: el Consejo Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales –CAPRL- en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía).

Como SPA, ya se ha comentado, que el artículo 32 de la LPRL prevé que las MATEPSS podrán desarrollar, para sus empresas asociadas, las prestaciones que para estos servicios establece el RSP, previa acreditación de la misma para su ejercicio por la autoridad laboral competente (la del lugar donde tengan establecidas sus instalaciones principales).

En este supuesto, las actividades contempladas consisten en:

- La evaluación de los riesgos y la verificación de la eficacia de la acción preventiva en la empresa, con inclusión de las mediciones, toma de muestras o de los análisis necesarios.

- › La elaboración e implantación de los planes y programas de prevención que se deduzcan como consecuencia de la evaluación y de la necesidad de disponer de medidas correctoras para el control de los riesgos que no puedan evitarse.
- › La asistencia técnica al empresario.
- › La elaboración e implantación de los planes de emergencia.
- › La elaboración e impartición de los planes y programas formativos.
- › La vigilancia de la salud de los trabajadores, conforme a lo establecido en el RSP (art. 37.3), que se realizará, con sujeción a protocolos específicos, a través del personal sanitario con la competencia técnica, formación y capacidad acreditada según la normativa vigente (Médico del Trabajo o Médico de Empresa y ATS/DUE de empresa).

Por su parte el artículo 22 de la LPRL fija las condiciones de garantía de la vigilancia de la salud a los trabajadores, así como las de voluntariedad y confidencialidad de los datos obtenidos.

- › La aplicación de las medidas concretas que vengan establecidas por la normativa específica que en cada caso sea de aplicación.

Las MATEPSS pueden utilizar los profesionales, instalaciones y demás medios materiales de las mismas, simultáneamente, en el ejercicio de las actividades como SPA y de cobertura de las contingencias y prestaciones de la Seguridad Social. En estos casos, deberán identificar y evaluar la cuantía de los costes en los que se incurren en cada caso, a efectos de proceder a la correcta imputación de los mismos.

Para concluir, hay que significar que el control y seguimiento de estas entidades se realiza a través de un órgano de participación institucional denominado “Comisión de control y seguimiento” integradas, en mitades de sus miembros, por representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito territorial de actuación de la entidad y por representantes de los empresarios asociados, elegidos por las organizaciones empresariales de mayor representatividad; con la reserva de las facultades de dirección y tutela por el MTAS (por ejemplo: mediante sometimiento a una auditoría de cuentas, anualmente, por parte de la Intervención General de la Seguridad Social).

Al igual que ocurre en los SPA, las MATEPSS habrán de incorporar en la organización y estructura por ellas destinadas a esa actividad los recursos humanos especializados, conforme a lo dispuesto en el RSP, en las áreas de Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial, Ergonomía/Psicosociología Aplicada y Medicina del Trabajo, de manera que quede garantizada una acción técnico preventiva multidisciplinar, a efectos del análisis y valoración de los riesgos de todo tipo que puedan existir en sus empresas asociadas.

En este contexto, la formación específica de su personal y la actividad formativa generada por estas entidades y dirigida a empresarios y trabajadores estarán permanentemente actualizada y acompasada a los ritmos y exigencias de la actividad empresarial.

La incidencia social de factores como el alcoholismo y otras drogodependencias o adicciones, así como el estudio de los riesgos emergentes de carácter psicosocial (burnout, mobbing, etc.) son aspectos preventivos de especial relevancia por su singularidad y actualidad.

7

Conceptos Básicos
sobre las Drogas y
las Adicciones.
Repercusiones en el
Ámbito Laboral

Los problemas derivados del consumo de drogas constituyen uno de los principales retos del espacio sociosanitario actual. El ámbito laboral como subsistema del mismo, no escapa a esta realidad y aporta elementos diferenciadores al consumo de drogas en sus aspectos etiológicos (causas del consumo), formas de presentarse y posibilidades de actuación, así como en las repercusiones que tanto el uso/abuso de las sustancias, como de otras adicciones genera no sólo en el propio desarrollo laboral sino también en el ecosistema que lo rodea. Resulta necesario, que el propio mundo laboral asuma mayor protagonismo de cara a reducir los problemas derivados del consumo de drogas en su propio terreno. Esto afecta no sólo a los poderes públicos en cuanto a la elaboración de los marcos legislativos y de control e inspección, sino también a los propios agentes sociales tanto en su vertiente empresarial como sindical.

Desde una óptica de tipo comunitario, los problemas derivados del consumo de drogas son entendidos como ENFERMEDAD según la perspectiva ecológica del concepto de enfermedad que sostiene que: *"Cualquier enfermedad en el individuo es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características personales, entran en interacción y concluyen con la ruptura de un equilibrio llamado Salud"*.

Dicho proceso tiene su origen antes y durante la vida del ser humano, por tanto la enfermedad, y en nuestro caso los problemas derivados del uso y abuso de alcohol, otras drogas y adicciones comportamentales, responden al fenómeno de adaptación ecológica del organismo humano y a las condiciones sociales y económicas que faciliten (factores de protección) o dificulten (factores de riesgo) el proceso adaptativo.

Este proceso dinámico que es el resultante de las múltiples interacciones que se generan entre el ser humano, el medio ambiente y las sustancias, concluyendo, a veces, con manifestaciones clínicas, incapacidades y muerte, es lo que se conoce como la "HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS". Historia que, como concepto teórico-práctico, trae dos grandes aportaciones:

- a) La idea ecológica en cuanto al origen multifactorial del consumo de drogas y su mantenimiento y por tanto la necesidad de la corresponsabilidad y la multidisciplinariedad en las actuaciones.
- b) La concepción dinámica que nos sitúa ante la perspectiva de una actuación precoz, mediada y programada.

7.1. PERÍODO PRECLÍNICO

En esta etapa de la historia natural aún no se ha producido el consumo de drogas como tal, pero el individuo como ente social y, generalmente, en su fase infantil, de adolescente y joven, va formando su propia historia al interrelacionarse con el medio ambiente y el alcohol u otras drogas y actitudes presentes en él. Podemos ver, por tanto, que existen tres elementos básicos interactuando en el período preclínico:

Individuo

Los diferentes aspectos que constituyen la personalidad del individuo con sus rasgos biológicos y hereditarios y sus matices psicosociales (ignorancia, curiosidad, soledad, inconformismo, evasividad, desesperanza, hedonismo,...), psicológicos

(angustia, labilidad afectiva, inmadurez, inseguridad,...) y psicopatológicos (actuaciones que tienden al ajuste con su medio ambiente y que pueden llegar a enquistarse), pueden favorecer la demanda de drogas.

Medio Ambiente

Conjunto de condiciones e influencias externas favorecedoras del consumo de drogas:

1. El actual ambiente social: la crisis sociofamiliar, los sistemas facilitadores del consumo como son: paro, marginación, moda, desilusión, sobrepoblación, aislamientos, crisis de valores,...
2. Los elementos propios de la sociedad mercantilista, favorecedores del aumento de la oferta de drogas o presencia excesiva de ellas en la comunidad: sobreproducción, paso del rito a la industrialización, numerosos puntos de venta, transporte fácil, rápido y económico, gran movilidad geográfica de las personas, publicidad y otros métodos de promoción y carácter altamente lucrativo de la venta...
3. Los rasgos propios del ámbito laboral: categoría profesional, antigüedad en la empresa, ingresos salariales, tiempo de desplazamiento al lugar de trabajo, características de la actividad laboral, condiciones ambientales del lugar de trabajo, turnos, pluriempleo, satisfacción,...

Todo ello establece una relación dinámica que permite que el consumo de alcohol y otras drogas así como de determinados tipo de conductas se vea excesivamente favorecido, facilitando, por lo tanto, la posibilidad de la adicción y de otro tipo de repercusiones en el individuo, en el trabajo y en su familia.

Drogas

Sustancias, naturales o sintéticas, que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración son capaces de modificar psicológica y/o físicamente al individuo.

La capacidad de las drogas de inducir un estado psicológicamente vivido como placentero (PSICOACTIVIDAD), es lo que hace inicialmente que el individuo desee repetir la experiencia del consumo. Entre estos estados buscados y vividos placenteramente cabe destacar: la eliminación de sensaciones dolorosas, la euforia y los cambios en la percepción de la realidad. Igualmente, también cobra su importancia los condicionantes sociales tales como: la entrada en un grupo, el estatus social adquirido por el consumo, rito de iniciación, signo de adultez, etc...

La repetición en el consumo de las sustancias genera la aparición de unos efectos denominados "de estado", donde convergen de forma importante aspectos psicosociales y neurofisiológicos. Entre estos efectos de estado destacan la TOLERANCIA Y LA DEPENDENCIA. (conceptos definidos con posterioridad)

El proceso de consumo/no consumo de las diferentes drogas, depende de las características de estos tres elementos que agrupan una multitud de factores cuya presencia o ausencia incrementan la posibilidad de desarrollar el consumo de drogas.

7.2. PERÍODO CLÍNICO

Si los factores anteriores coinciden en un individuo susceptible y en un momento determinado, se rompe el equilibrio ecológico anterior (no consumo) y aparece el consumo de drogas, comenzando así el periodo clínico. Este período se inicia generalmente con una fase de consumo (uso integrado) que acarrea excepcionalmente complicaciones cuando el consumo se hace de forma excesiva y aguda.

Estos usos abusivos episódicos si se producen unidos a situaciones de alto riesgo, como pueden ser la toma de ciertas medicaciones, situación de embarazo, durante la conducción de vehículos o maquinaria industrial, o cualquier tarea en la que se necesite de una especial atención, adquieren una relevancia fundamental en cuanto suponen una serie de **PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS** que generalmente no son tomados con la importancia que merecen. Hay que señalar que los problemas derivados del consumo de drogas no se centran sólo en los ya conocidos estados finales de dependencia, ni en los fenómenos de intoxicaciones agudas o sobredosis.

Por tanto, se asiste a un momento de la historia del individuo donde no se observan ni signos ni síntomas específicos y/o manifiestos. Esta fase inicial del período clínico, que transcurre entre el momento de los primeros consumos de la droga y la aparición de signos y síntomas de abuso-dependencia de la misma, se denomina periodo de latencia y puede durar meses y años (como en la dependencia alcohólica) y en muchos casos nunca se llega a sobrepasar un uso integrado o normativo. Pero no debemos caer en su banalización ya que, en el ámbito laboral, representa un período generador de múltiples complicaciones y por tanto deberá

ser objeto de especial atención en los programas de actuación, sobre todo en las fases que inciden de manera específica en la prevención.

Cuando el consumo de drogas o el juego patológico han producido suficientes cambios orgánicos y psicosociales, reconocibles por un observador adiestrado, e independientemente de que el individuo los asuma como tales, nos encontramos con lo que se denomina el período clínico de la enfermedad, que es específico para cada tipo de droga, sustancia o adicción. Estamos ante un problema de DROGODEPENDENCIA y/o ADICCIÓN COMPORTAMENTAL.

La habilidad para reconocer las dependencias y las adicciones es muy importante para implementar lo más rápidamente posibles medidas correctoras. Esta destreza estriba en ser capaces de reconocer, como compañero o mando, las sutilezas que revelan no sólo si existe la dependencia, sino las que también indican su grado de desarrollo y severidad, sin olvidar que las condiciones personales y del medio ambiente moldean las formas de presentación de las dependencias y las adicciones.

Entre las características que debemos saber y reconocer tanto de la dependencia como de su nivel de gravedad se encuentran:

- › Deseo intenso e irreprimible de consumir la droga.
- › Disminución de la capacidad de control, una vez que se inicia el consumo resulta muy difícil controlar lo que se consume. Cada día que pasa resulta más complicado la abstinencia absoluta.
- › Síndrome de abstinencia, o malestares importantes físico y psíquicos cuando se abandona el consumo o cuando se disminuye mucho. Son específicos de cada sustancia.

- Tolerancia, es decir, descubrimos que se “aguanta cada día más” o para ponerse a gusto se necesita mayor cantidad de droga.
- Abandono de otras fuentes de placer. El consumo, la búsqueda o compra de la sustancia y la vivencia de los efectos que produce tras el consumo, cada día obliga más a dejar el resto de actividades que antes se llevaban a cabo.
- Aumento del tiempo para el consumo. Se invierte la situación y uno se pregunta si el resto de cosas (familia, trabajo, amigos,...) afectan la manera de consumir.
- Persistencia en el consumo a pesar de conocer los efectos perjudiciales. No se deja el consumo, o no se encuentra la manera de hacerlo, aunque se va descubriendo que le ocasiona disputas familiares y sociales y riesgos para el mantenimiento de su trabajo.

Cada característica de la dependencia está interrelacionada con el resto, de manera que la presencia o ausencia de cada una de ellas y la intensidad con la que estén presentes, determinará un grado particular de dependencia, es decir, un momento concreto de la historia natural, modelada y coloreada por la personalidad y el entorno, permitiéndonos el adecuar nuestras intervenciones a cada caso concreto.

Con referencia al juego patológico estaríamos hablando de situaciones perfectamente asimilables a las descritas. (preocupación por el juego, necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero, fracasos repetidos en los intentos de control, inquietud o irritabilidad cuando intenta ininterrumpir el jugar, estrategia para aliviar los problemas, después de perder el dinero tratar de recuperarlo, engaños, actos ilegales,...)

La historia natural del consumo de drogas, que tiene su origen en el periodo pre-clínico, puede concluir con la curación (no consumo), incapacidades, o con la muerte, dependiendo de hechos tales como: tipo de sustancia y vinculación establecida con ella, características del individuo, calidad de los servicios de atención y preventivos, condiciones socioculturales y el nivel de conocimientos que sobre la historia natural del consumo de drogas se tenga. Por ello uno de los actuales objetivos de la Salud Comunitaria y más específicamente en la Salud Laboral, es conocer, a través de observaciones e investigaciones, las diferentes etapas o componentes de la historia natural, con el propósito de intervenir lo más tempranamente posible y antes de que el deterioro de la salud siga su curso.

Podemos por tanto concluir diciendo que lo que clásicamente se ha venido desarrollando en los diferentes planes de actuación que sobre las materias relacionadas con las drogas y el alcohol se han venido realizando desde hace algunos años, en algunas empresas, engarza con la filosofía que define y defiende la vigente Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

7.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE AFECTAN EN EL MEDIO LABORAL

Aunque con posterioridad se va a proceder al análisis de los factores de riesgo que pueden facilitar el consumo y el abuso de determinadas sustancias psicoactivas dentro del ámbito laboral, merece la pena indicar que uno de los factores psicosociales más importantes que se encuentra en el sustrato de la actual situación de las relaciones laborales es la deshumanización de los procesos productivos.

Evidentemente esta deshumanización que se produce y nos acompaña desde hace bastantes lustros, no implica la potenciación de los modelos paternalistas de organización de la empresa, sino que se contemple a los trabajadores y trabajadoras como seres humanos con sus virtudes y sus defectos, pero que ponen al servicio de la producción y del desarrollo su carga y esfuerzo de trabajo a cambio no sólo de un salario digno sino de una organización y de un sistema que les permita desarrollarse, saludablemente, como personas.

Una vez realizada esta consideración se efectúa un análisis de cómo afectan las distintas sustancias al desarrollo del trabajo.

ALCOHOL

Es un depresor del Sistema Nervioso Central capaz de generar dependencia física, con tolerancia y síndrome de abstinencia. A niveles generales, provoca efectos sobre la salud de los consumidores cuando se abusa o dependen de él y es uno de los principales problemas de salud pública, en la actualidad.

A niveles orgánicos genera gastritis, úlceras, hepatitis, cáncer en el tracto digestivo, alteraciones cardíacas y trombosis, pérdidas neuronales con alteraciones intelectuales y posibilidades de crisis convulsivas, alteraciones en el sistema de la visión, en el inmunitario e impotencia. Igualmente podemos asistir a la presencia de los signos y síntomas propios del síndrome de abstinencia como son: temblores, sobre todo matutinos, náuseas, aumento de la sudoración y alteraciones del estado de ánimo.

A niveles psicológicos, presenta un efecto que podríamos llamar paradójico puesto que comienza con una fase de desinhibición, euforia y relajación que provocan un mayor aumento de la sociabilidad, debido a que inhibe los centros cerebrales del autocontrol, pero el uso continuado o abusivo termina generando dificultades para hablar, para asociar ideas y descoordinación motórica. El uso prolongado provoca la aparición de irritabilidad, paranoia y celotíпия, degenerando en la psicosis alcohólica.

En cuanto a la incidencia en las relaciones sociales, el alcoholismo provoca problemas relacionales y familiares, dando lugar, entre otros componentes, a agresiones domésticas importantes.

Centrándonos en lo laboral, el alcohol facilita un falso estado de euforia, seguridad y confianza en sí mismo que implican una sobrevaloración de la propia capacidad y una subestimación de los riesgos. Como depresor del Sistema Nervioso Central su acción puede finalizar, en un aumento de la fatiga física, con alteraciones perceptivas, de la atención y del manejo de la información.

Con todo este conglomerado es obvio determinar que el uso/abuso del alcohol da lugar a dificultades en el manejo y conducción de vehículos y de cualquier tipo de maquinaria, así como problemas con compañeros, mandos intermedios y el público y, en general todo aquello que requiera ciertas dosis de atención y reacción.

TABACO

El principio activo que genera una mayor adicción es un alcaloide denominado nicotina, su absorción se realiza a niveles bucofaríngeos y pulmonar. Se podría determinar que el tabaco no dio lugar a problemas relacionados con la salud pública hasta que se comenzaron a producir, masivamente, labores de tabaco en forma de cigarrillos.

Orgánicamente, el tabaco provoca disminución de la capacidad pulmonar con fatiga prematura en los movimientos y dificultades respiratorias que pueden llegar al enfisema pulmonar y a la bronquitis crónica así como facilitar la aparición del cáncer de pulmón, faringe y laringe. Hay disminución del gusto y del olfato, relacionándose con gastritis y úlceras, envejecimiento de la piel y alteraciones del ritmo cardíaco, provocando infartos de miocardio y anginas de pecho. Igualmente se relaciona con el cáncer de vejiga.

Psicológicamente podríamos determinar que produce una cierta sensación de relajación y de concentración en la tarea, pero esto no pasa de ser una sensación de carácter psicógeno, vinculado a conductas que han sido ampliamente reforzadas en el ámbito familiar, social y, sobretudo, con el amplio abanico de invasión publicitaria, puesto que si se está vigilante en una tarea, no se puede estar vigilante con el tabaco y viceversa.

En el entorno social y relacional han sido ampliamente investigados los efectos nocivos que produce en lo que se ha venido denominando como “fumadores pasivos”, así como durante el proceso de la gestación y la lactancia. Es igualmente importante

el efecto que provoca en los niños. Tampoco hay que desdeñar que el aroma que produce no siempre es atractivo para toda la familia o grupo de personas.

En la actividad laboral dispersa la concentración, crea mal clima de trabajo, puede provocar incendios, explosiones y accidentes de circulación. Otro efecto de sensibilidad especial con referencia a la morbilidad laboral en el que se encuentra incluido como elemento coadyuvante, es en referencia a cuando existen en el ambiente sustancias volátiles e incluso en suspensión, potenciando, por ejemplo, los ya de por sí efectos tóxicos de agentes químicos presentes en el ámbito laboral. Por su incidencia en el olfato, interfiere la percepción de las sustancias odoríferas que se usan para la detección de componentes especialmente peligrosos, pudiéndose provocar accidentes.

En la actualidad podemos añadir otro contenido "perjudicial" y es en lo referente a la mala imagen, que para algunos clientes, les puede determinar que los trabajadores que los atienden se encuentren fumando.

De hecho, una vez que ya han sido legislados los aspectos referentes a la publicidad de las labores de tabaco, nos encontramos inmersos en diversos proyectos legislativos que tienden a restringir el uso del tabaco en los centros de trabajo a escala general, independientemente de los últimos acuerdos alcanzados en el seno de la OMS durante el 2003. En Andalucía, hay normativa específica: la Orden de 21 de diciembre de 2001, en la que se prohíbe fumar en todas las dependencias administrativas dependientes de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Boja nº 149 de 29 de diciembre de 2001. A nivel nacional se encuentra el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población (B.O.E. Nº 59, de 9 de marzo de 1988).

FÁRMACOS

En este epígrafe hablamos de aquellas sustancias legales y que se dispensan en las oficinas de farmacia, aunque ya hay ciertas sustancias que también se consiguen en herbolarios y tiendas naturistas. Son de diversos tipos: contra el dolor, estimulantes, para favorecer la calma o inducir el sueño. Deben ser prescritos y administrados, sólo, bajo control médico. Contienen principios activos muy poderosos por su acción directa o secundaria en el organismo y no atajan las causas de la dolencia, sino que su finalidad es paliativa y coadyuvante en otro tipo de terapias. En el ámbito laboral, enmascaran situaciones que pueden provocar dolores continuados, por ejemplo, de carácter musculoesquelético o acontecimientos relacionados con el estrés. Su uso habitual, sin la eliminación de las causas que provocan la dolencia o la desazón, provoca dependencia y/o adicción. Presentan un problema añadido, y, especialmente complejo: la automedicación.

- **Tranquilizantes:** Deprimen la actividad del sistema nervioso central, producen sedación, disminuyen la ansiedad, miorelajación e inducen al sueño.

Orgánicamente provocan una sedación generalizada y disminución de la ansiedad.

Conductualmente generan unos efectos similares a los que induce el alcohol, desinhibición, aumento de la agresividad... Su uso continuado provoca adicción o dependencia física, con tolerancia cruzada con el alcohol, ansiedad crónica, fuerte inestabilidad afectiva y riesgo de conductas suicidas, además de un deterioro psicoorgánico importante dada la fuerte dependencia psíquica que generan. Presentan un síndrome de abstinencia que conlleva anorexia, aumento de la ansiedad, insomnio, dolores musculares y crisis convulsivas pudiendo llegar a provocar la muerte.

En el ámbito laboral, afectan a la conducción de maquinarias y la realización de tareas complejas.

- **Hipnóticos:** Son fármacos que inducen, directamente, al sueño. Un uso continuado y excesivo tiene efectos altamente tóxicos en el organismo, creando, sobre todo los que proceden de los barbitúricos, un fuerte nivel de adicción.

Su incidencia sobre la actividad laboral es más potente que la acción de los tranquilizantes.

- **Estimulantes:** Están compuestos por sustancias psicoactivas que proporcionan un aumento de la actividad del sistema nervioso central, provocando una sensación de "energía" y vigor. En el mercado hay productos como el café, el té y determinados tipos de bebidas con mayor índice de cafeína, que aunque los podemos considerar estimulantes menores también tienen un alto poder adictivo, sobretodo en determinado tipo de personalidades previas.

Las sustancias fundamentales sobre las que se fabrican las distintas especialidades farmacéuticas de carácter estimulante, provienen de las anfetaminas, estimulante sintético desarrollado a finales del XIX y ampliamente usado y dispensado en los años treinta y, especialmente, durante la II Guerra Mundial.

Orgánicamente, provocan excitación nerviosa, insomnio, locuacidad, pérdida de apetito, sequedad, aumento de las pulsaciones y de la tensión arterial, pudiendo llegar a provocar náuseas, temblores y contracciones de las mandíbulas, así como crisis convulsivas. Presentan una tolerancia alta.

Psicológicamente, provocan la ya citada sensación de fuerza y vigor. Su uso continuado y sin control médico genera crisis paranoides y de agresividad que pueden llegar a ser extremas.

- ▶ **Analgésicos:** Son los fármacos que mitigan el dolor. Pueden ser de tipo opiáceo, tanto naturales como sintéticos, o basados en otro tipo de sustancias no opiáceas. Su uso es bastante indiscriminado, aunque los que son de tipo opiáceo requieren de receta médica. Éstos unen su acción analgésica al carácter depresor del sistema nervioso central que tienen los derivados del opio. Su uso continuado puede provocar dependencia y adicción en los que son de naturaleza opiácea. Los analgésicos con otros principios activos, al generar una situación que se vive como de ausencia de malestar pueden generar automedicación y dependencia psicológica.

En el ámbito laboral son los que producen un mayor enmascaramiento de las causas que provocan las dolencias, siendo difícil, por lo tanto, determinar si las causas de las mismas se encuentran en relación directa con las condiciones laborales o son lesiones de carácter constitucional o de otra índole.

CANNABIS

El principio activo fundamental es un alcaloide denominado delta 9 tetrahidrocannabinol. La Cannabis Sativa, es una planta versátil que tiene numerosos usos industriales en la construcción, en la industria textil y en otras. Su uso psicoactivo es inmemorial, consumiéndose mezclado con comidas y bebidas así como aspirado. Su uso mezclado con cigarrillos es más reciente.

Es una sustancia modificadora de la conciencia que ha despertado una gran bibliografía histórica dada su vinculación a la palabra "asesino", debido a que era usado por determinadas sociedades integristas en la Edad Media, para la ejecución de crímenes rituales y políticos. Tiene también un efecto relajante en pequeñas cantidades. En la actualidad se está investigando su utilización en determinados tratamientos médicos relacionados, principalmente, con el cáncer y con las secuelas de la quimioterapia.

Como principales efectos orgánicos hay que hablar de aumento de las pulsaciones cardíacas, hipotensión, sudoración, somnolencia y descoordinación motórica con disminución de la fuerza muscular y enrojecimiento de los ojos. Debido a que sus componentes son de tipo oleaginoso, tiende a concentrarse en los tejidos grasos del cerebro y su uso regular mantiene residuos en sangre durante cierto tiempo.

A niveles relacionales y psicológicos facilita cierta desinhibición e hilaridad, seguida de somnolencia y decaimiento general, con alteraciones perceptivas y sensoriales y dificultades en cuanto a la expresión, concentración, medida del tiempo y aprendizaje. Puede dar lugar a reacciones de pánico y a crisis de confusión mental y ansiedad, con delirios confusionales y de despersonalización. En personalidades premórbidas puede desencadenar sintomatología psicótica e incluso auténticos cuadros esquizofrénicos.

Un abuso continuado puede generar el denominado síndrome amotivacional (apatía, astenia, postración, ansiedad, depresión...), cambios de carácter e inestabilidad emocional y trastornos en el área de la sexualidad; posiblemente también genera, alteraciones de carácter cromosómico.

Su uso durante o de manera inmediata a la actividad laboral, dificulta la realización de tareas complejas, reduce la atención y la capacidad de reacción, así como

también es especialmente importante la incidencia que sobre el trabajo tiene la alteración de la percepción y la dificultad para el recuerdo de órdenes. Incide de manera directa en la conducción de vehículos y de otro tipo de maquinarias.

COCAÍNA

En la cultura indígena andina se usaban las hojas provenientes del arbusto *Erythroxylon coca*, las cuales eran masticadas directamente provocando cierto carácter energético e inhibición del apetito, todo ello permitía la supervivencia en condiciones que podemos presuponer como extremas. Los indígenas andinos, de hecho, llegaban a medir las distancias en "cocadas" en clara relación a número de hojas que se consumían para realizar determinados trayectos. La forma de administración ha cambiado bastante, y por lo tanto el efecto sobre el organismo también. Su principio activo se aisló en el siglo XIX y en la actualidad se consume el clorhidrato de cocaína que es lo que popularmente se denomina como coca o cocaína, el sulfato de cocaína, denominado basuko, y la cocaína base o crack.

Fisiológicamente la cocaína, como ya hemos indicado, genera disminución de la fatiga y reducción del sueño, así como inhibición del apetito. En contrapartida aumenta ostensiblemente la tensión arterial, la delgadez y los riesgos cardíacos, así como las hemorragias cerebrales y las hepatopatías.

En los aspectos psicológicos podemos indicar que la cocaína da una mayor euforia y locuacidad, facilitando las relaciones sociales e insomnio, dando lugar a una aceleración mental y a hiperactividad física, ya que provoca la sensación de

aumento de la fuerza; en ocasiones provoca una fuerte desinhibición con conductas agresivas. Como principal problema psicológico que genera, se encuentra la depresión, que da lugar a un mayor mantenimiento del consumo facilitando la aparición de ideas de carácter paranoide con comportamiento antisocial grave, psicosis paranoide y alucinaciones zoomórficas (como en los estados de alcoholismo avanzado).

En el ámbito laboral, propicia un aumento de los errores y facilita una disminución de las medidas de seguridad al producir una sensación de falsa seguridad bastante ostensible.

HEROÍNA

Su uso tiene baja incidencia, según las estadísticas, en el ámbito laboral, pero ha sido una sustancia que ha creado y mantenido una gran alarma social durante las últimas décadas del siglo XX. Es un opiáceo proveniente de la morfina, muy potente y con fuerte nivel de adicción y tolerancia. Produce multitud de alteraciones orgánicas, independientemente de las que causa por el añadido de otras sustancias, debido a los altos niveles de rendimiento económico que ha supuesto en el mercado ilegal.

Prácticamente, su uso continuado ha venido siendo incompatible con el mantenimiento de una actividad laboral normalizada. En la actualidad y gracias a los Programas de Mantenimiento con Metadona, estas circunstancias pueden ser superadas con un más que aceptable nivel de eficacia.

DROGAS DE DISEÑO

Conocidas popularmente como "pastis", son derivados anfetamínicos produciendo, por tanto, una acción estimulante y en ocasiones, por la composición añadida, alucinógenas. Provocan una sensación de fuerza y, a veces, facilitan la comunicación. El éxtasis, tipo más conocido a nivel popular, se sintetizó en 1912.

Entre los efectos a nivel orgánico podemos citar que aumenta la presión sanguínea, provoca taquicardias y aumenta la temperatura corporal provocando un aumento de la sudoración. Aparecen tic nerviosos y contracciones mandibulares. Dificulta las relaciones sexuales.

Se produce una disminución de los reflejos y se distorsiona la atención. Igualmente, dada la "resaca" que conlleva su uso, facilita el absentismo laboral.

DISOLVENTES

Son sustancias volátiles, es decir, despiden vapores al entrar en contacto con el aire. Existen en una gran variedad de productos domésticos y de uso industrial. Su uso produce efectos parecidos a los que provoca una "borrachera", con sensaciones de euforia. A escala orgánica, hay un aumento del ritmo cardíaco y de la respiración, así como también aumenta la producción de adrenalina. Las diversas sustancias químicas contenidas en los disolventes afectan a los diversos órganos del cuerpo, provocando, especialmente, insuficiencia hepática y renal.

No se ha detectado adicción física, aunque desarrollan tolerancia con una cierta rapidez. A muy corto plazo genera pérdida de memoria y cambios importantes de humor.



8

Factores de Riesgo
y de Protección
en el
Ámbito Laboral



La Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), en su tercera edición en castellano de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo y la Unión Europea, a través de la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales, vienen manifestando de manera sistemática la preocupación institucional sobre el acotamiento de los factores de riesgo en relación con la salud laboral, a los que no son ajenos los consumos tanto de alcohol como de otras drogas. Es de esperar que los futuros estudios e investigaciones contribuyan a que las empresas sean espacios saludables en su acepción más integral, colaborando de manera efectiva, dada sus características poblacionales, a la mejora de la salud pública general.

Los estudios vienen indicando, sistemáticamente, que la existencia de un puesto de trabajo es un factor normalizador y protector en sí mismo. Es decir, el trabajo, independientemente de los factores de riesgo que se van a ir analizando, es un elemento que normaliza al individuo en la sociedad y le permite un desarrollo individual y social, consolidando su situación en el ecosistema en el que vive.

Los términos factor de riesgo y factor de protección hacen referencia a conceptos mucho más amplios que los considerados en este manual, pero en este caso quedan circunscritos al ámbito laboral y en relación específicamente con las drogodependencias y otras adicciones.

Factores de Riesgo

Serie de condiciones laborales que pueden aumentar, incrementar, la probabilidad de que un trabajador haga uso y/o abuso de una determinada sustancia o sustancias con el objetivo de amortiguar y/o evadirse de esas condiciones,

estableciéndose por ello pautas de consumo inadecuadas que repercuten negativamente tanto en la salud del trabajador como en el proceso productivo en el que desarrolla su actividad laboral.

Factores de Protección

Conjunto de medidas preventivas y/o correctoras que pueden reducir la probabilidad del uso y/o abuso de sustancias por parte de la población trabajadora en el lugar de trabajo, eliminando o neutralizando los factores de riesgo.

Una vez definidos los conceptos se puede dar un paso más y señalar algunos de los factores de riesgos que se han venido considerando existentes en el ámbito laboral y cuáles los factores de protección.

En el último estudio publicado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción “La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001”, se apuntan una serie de factores de riesgo, que citamos a continuación:

FACTORES FAMILIARES

- Los padres beben o toman drogas
- Mala situación económica familiar
- Trabaja y hace tareas domésticas
- Malas relaciones padres – hijos
- Malas relaciones de pareja

FACTORES SOCIALES

- Consumo de drogas en el grupo
- Insuficientes alternativas de ocio
- Dinero y poder lo más importante
- Insolidaridad social
- Marginación social
- No participación social

FACTORES PERSONALES

- Siente soledad
- Se siente insatisfecho
- Agobiado y en tensión
- Pérdida de confianza en sí mismo
- No puede superar sus dificultades
- Tiene dificultades para relacionarse

FACTORES LABORALES (condiciones de trabajo)

- Peligrosidad en el trabajo
- Trabajos nocturnos
- Destajo o alto rendimiento
- Tareas rutinarias o monótonas
- Largas ausencias de casa
- Jornadas de trabajo prolongadas
- Agobio y estrés en el trabajo
- Turnos rotatorios y cambiantes
- Cansancio intenso en el trabajo

FACTORES LABORALES (insatisfacción-limitaciones)

- No ajuste preparación – trabajo
- Insatisfacción trabajo que realiza
- Insatisfacción trato superiores
- Se siente poco capacitado
- Se siente mal pagado

FACTORES LABORALES

- Contrato laboral temporal
- Periodos con poco trabajo
- Inseguridad futuro laboral

En la investigación realizada por la Consejería de Asuntos Sociales: “Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones - 2002”, correspondiente a una población situada entre los 14 y 29 años, se detectan también los factores de riesgo existentes en los distintos ámbitos:

FACTOR FAMILIAR

- Malas relaciones padres - hijos.
- Malas relaciones de pareja.
- Abuso alcohol - drogas por padres.
- Mala situación económica.

FACTOR SOCIAL

- Consumo de drogas en el grupo.
- Uso de drogas en lugares de diversión.
- Facilidad para obtener drogas.
- Marginalidad en el barrio.
- No participación social.

FACTOR PERSONAL

- Sensación de no poder superar dificultades.
- Pérdida de confianza en sí mismo.
- Insatisfacción en su vida actual.
- Insatisfacción en los estudios.
- Sensación de agobio o tensión.

FACTOR LABORAL

- Mala situación contractual o paro.
- Trabajo a destajo o alto rendimiento.
- Jornadas de trabajo prolongadas.
- Insatisfacción en el trabajo.
- Cansancio intenso o estrés en el trabajo.

Seguidamente se pasará a analizar los elementos cualitativos de algunos de los factores de riesgo que mayor interés presentan tanto para organizaciones sindicales como para otras de carácter científico-técnico, así como aportar un resumen de los factores de protección que dichas organizaciones proponen.

- › Turnos rotatorios y trabajo nocturno.
- › Trabajos a destajo o alto rendimiento.
- › Jornadas de trabajo prolongadas.
- › Estrés en el trabajo
- › Insatisfacción en el trabajo.
- › Precariedad laboral.
- › Interrelaciones personales

8.1. TURNOS ROTATORIOS Y TRABAJO NOCTURNO

La intensificación de la producción y la organización de la sociedad, han traído consigo la introducción masiva del trabajo a turnos y el trabajo nocturno, lo que es fuente de numerosas patologías físicas y mentales. Expertos de la O.I.T. afirman que “cada quince años de trabajo nocturno se produce un envejecimiento de unos cinco”.

Entre las repercusiones más importantes del trabajo a turnos podríamos destacar las siguientes:

1. Repercusiones sobre el equilibrio fisiológico y la salud.
 - a. Alteraciones del sueño.
 - b. Alteraciones digestivas.
 - c. Alteraciones nerviosas.

2. Repercusiones sobre la vida familiar y social.
 - a. El trabajo en el sistema de turnos rotatorios produce una marcada perturbación en la vida familiar y social de los trabajadores. Especialmente durante la realización del turno de noche, el ritmo de vida del trabajador va a des-tiempo con el de su familia y el del resto de la sociedad. Cuando se trabaja, los demás descansan y cuando se descansa los demás están en plena actividad. Se altera así la posibilidad del trabajador/a de tener una relación normal con su familia y con quienes le rodean.

Estas alteraciones tanto fisiológicas (alteraciones del sueño, digestivas, nerviosas, etc.) como las relacionadas con la vida familiar y social pueden precipitar a la población trabajadora a consumir una serie de sustancias relajantes para poder dormir de día o de noche y sustancias estimulantes para estar despiertos y vigilantes durante la jornada laboral. También pueden precipitar el consumo de fármacos para aliviar los problemas digestivos debido a las alteraciones en los ritmos de alimentación y para disminuir los trastornos nerviosos, la fatiga e irritabilidad.

El trabajo a turnos y el trabajo nocturno se da en numerosos sectores productivos:

- › Siderometalúrgico.
- › Textil.
- › Sanidad
- › Alimentación.
- › Trabajo de mantenimiento en casi todos los sectores.

En la rama de transportes (pilotos de aviación, conductores de líneas interurbanas y de transportes por carretera, maquinistas...) estas situaciones se agravan pues la jornada laboral no empieza ni acaba todos los días a la misma hora.

FACTORES DE PROTECCIÓN

1. Los trabajadores que realizan turnos nocturnos deberán contar con un adecuado cómputo de la jornada semanal, y el reposo entre turno y turno, que será el más oportuno en beneficio de los intereses de los mismos.
2. Debido a que la curva fisiológica de rendimiento del organismo va a influir en una menor capacidad de trabajo durante la noche, se debe negociar sindicalmente que el trabajo durante este periodo de tiempo, se adapte a esta situación.
3. Las Centrales Sindicales indican que se debe procurar que sean los propios trabajadores/as quienes elijan el ritmo de rotación de los turnos de acuerdo a sus preferencias. Igualmente aconsejan la adopción de ritmos muy cortos, de dos o tres días, pues se infiere que de esta manera el organismo sufre menos el efecto del cambio en su ritmo fisiológico.

4. Según los Sindicatos, se debería dividir el turno de noche en dos mitades. De esta manera al hacer la rotación nocturna, cada trabajador trabajaría cuatro horas y podría dormir cuatro horas en la noche, con las ventajas fisiológicas consecuentes.
5. Fijar un número máximo de años para trabajar en este ritmo y reducir la edad exigida para la jubilación de los trabajadores de turnos.
6. No trabajar en sistemas de turnos más de quince años y luego pasar a un régimen de jornada normal, sin disminución de categoría ni de sueldo. Esta medida también es un planteamiento de negociación sindical.
7. Proporcionar a los trabajadores comidas calientes en los horarios correspondientes y con las pausas adecuadas para ingerir los alimentos, que no deberían ser inferiores a 45 minutos.
8. Trabajar con el Servicio de Prevención para que ejerza adecuadamente su función preventiva con el objeto de reconocer los signos y/o síntomas que señalan una desadaptación del organismo al trabajo rotatorio.
9. Reconocer como enfermedades profesionales aquellas alteraciones que pudieran aparecer con mayor prevalencia en los trabajadores/as de turnos.

8.2. DESTAJO O ALTO RENDIMIENTO

El trabajo a destajo suele ir asociado a ritmos y condiciones laborales inadecuadas. La fijación del precio por producto terminado o por unidad de trabajo establecido, suele fijarse a la baja y depende en la mayoría de las ocasiones de

acuerdos individuales entre trabajadores/as y empresarios, sin que exista ninguna o una escasa protección social y laboral ante eventos que puedan producirse.

La relación de este factor de riesgo con la salud y con el uso abusivo de sustancias, radica en que el exceso de horas de trabajo provoca en numerosas ocasiones fatigas y sobrecarga de trabajo. Estas condiciones de trabajo pueden precipitar al trabajador/a al consumo o uso abusivo de sustancias o comportamientos adictivos, para mantener un alto rendimiento o para disminuir las consecuencias físicas y psíquicas del sobreesfuerzo.

El trabajo a destajo se presenta en sectores como:

- › El de los trabajadores/as de la tierra.
- › En el textil.
- › En la fabricación de zapatos.
- › En la construcción.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores o medidas de protección consistirían de manera general en:

1. Mejorar las condiciones laborales.
2. Cumplimiento estricto de la ley.
3. Ampliación de la Negociación Colectiva y de la Protección Social.

8.3. JORNADA DE TRABAJO PROLONGADA

En la calidad de vida y salud de un trabajador van a influir de manera determinante tanto el número de horas de trabajo como la manera en que esas horas se distribuyen a lo largo de la jornada laboral.

Las jornadas laborales prolongadas o excesivas van a influir directamente reduciendo el tiempo que el trabajador tiene para la realización de otras actividades de diversa índole y de gran importancia como:

- › Actividades relacionadas con el tiempo libre.
- › Actividades relacionadas con la convivencia familiar.
- › Actividades de participación social.

Si a las jornadas de trabajo prolongadas le unimos el poco tiempo para el descanso y para actividades de ocio y participación social, las jornadas prolongadas se convierten en un factor de riesgo que atenta no sólo contra la seguridad en el trabajo sino también contra el bienestar personal.

La población trabajadora afectada por las jornadas prolongadas realiza pausas informales, no reguladas de manera formal, aprovechándose en ocasiones estas pausas o descansos para fumar, siendo muchas veces el tabaco el pretexto para realizar la pausa.

Las condiciones resaltadas en los párrafos anteriores van a constituir un factor de riesgo que puede precipitar el consumo y/o abuso de sustancias.

Entre los sectores productivos que se caracterizan por este tipo de jornadas, podríamos destacar los siguientes:

- › Transporte.
- › Hostelería.
- › Construcción.
- › Trabajo agrario.

FACTORES DE PROTECCIÓN

1. Las pausas para el descanso son factores de protección moduladores de la fatiga y la tensión y por tanto necesarias para la seguridad en el trabajo y la salud.
2. Las pausas y sus características deberán estar reguladas en su duración, número, remuneración... en el marco de la negociación colectiva.
3. Regulación en convenio colectivo de las pausas breves que serán especialmente importantes en aquel tipo de actividad laboral que requiera un ritmo de trabajo rápido con alto grado de atención y cuando el ritmo de producción viene impuesto por las máquinas y las tareas son interdependientes.

8.4. ESTRÉS EN EL TRABAJO

El estrés se podría definir como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse a presiones internas y externas. El estrés laboral se presenta cuando hay una ruptura del equilibrio entre la persona, el puesto

de trabajo y la propia organización y el trabajador/a percibe que no puede hacer frente con eficacia a su actividad laboral debido a la falta de recursos suficientes.

Con relación a los agentes estresores cabría destacar:

- Es imposible elaborar una lista detallada con todos los agentes estresores existentes.
- Sí es posible afirmar que existen una serie de agentes externos que tienen mayor probabilidad de generar estrés que otros.
- Los factores de estrés existentes en el medio laboral se pueden clasificar en:
 - Estresores del ambiente físico:
 - Iluminación inadecuada.
 - Ruido.
 - Temperatura. Exceso de calor o bajas temperaturas.
 - Ambientes contaminados.
 - Estresores con relación al contenido de la tarea:
 - Carga mental.
 - Control sobre la tarea.
 - Estresores con relación a la organización:
 - Conflicto y ambigüedad del rol.
 - Jornadas de trabajo prolongadas.
 - Malas relaciones interpersonales.
 - Promoción y desarrollo de la carrera profesional.

Las consecuencias negativas para la salud se van a presentar tanto a nivel físico como psicológico.

Plano físico:

- › Trastornos gastrointestinales.
- › Trastornos cardiovasculares.
- › Trastornos respiratorios.
- › Trastornos endocrinos.
- › Trastornos sexuales.
- › Trastornos dermatológicos.
- › Trastornos musculares.

Plano psicológico:

- › Preocupación excesiva.
- › Falta de concentración.
- › Mal humor.
- › Sensación de desorientación.
- › Exceso de sensibilidad a las críticas
- › Consumo de fármacos, alcohol, tabaco...

El mantenimiento de estos efectos negativos puede generar los siguientes problemas psicofisiológicos:

- › Trastornos del sueño.
- › Ansiedad, miedos y fobias.
- › Adicción a alcohol o a otras drogas.

- Depresión y otros trastornos afectivos.
- Cambios en los hábitos de alimentación

FACTORES DE PROTECCIÓN⁹

Según María Angeles del Hoyo , se destacan las recomendaciones del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de EE.UU. (N.I.O.S.H.) y de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, recogidas en su obra Estrés Laboral.

Medidas preventivas recomendadas por el **Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de EE.UU.** en relación con el estrés:

- Horario de trabajo: diseñar los horarios de trabajo de manera que eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles.
- Participación/control: dejar que los trabajadores/as aporten ideas a las decisiones o acciones que afecten a su trabajo.
- Carga de trabajo: comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador y permitir su recuperación después de tareas físicas o mentales particularmente exigentes.

⁹ Estrés laboral. María Angeles del Hoyo Delgado. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1997

- Contenido: diseñar las tareas de forma que confieran sentido, estímulo, sensación de plenitud y la oportunidad de hacer uso de las capacitaciones.
- Papeles (Roles): definir claramente los roles y responsabilidades en el trabajo.
- Entorno social: crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo moral y la ayuda directamente relacionados con el trabajo.
- Futuro: evitar la ambigüedad en temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional.

Medidas preventivas recomendadas por la **Fundación para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo** en relación con el estrés:

- Mejorar el contenido y la organización del trabajo para controlar los factores de riesgo psicosocial.
- Controlar los cambios en la situación de trabajo, en la salud de los trabajadores y en su interrelación.
- Aumentar la sensibilización, informar, preparar y educar.
- Ampliar los objetivos y estrategias de los servicios de salud laboral o prevención de riesgos.

8.5. INSATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

La satisfacción laboral hace referencia a la medida en que se adecuan las características de la actividad laboral desarrollada por el trabajador con los deseos, aspiraciones, expectativas o necesidades del trabajador. Tan importante es el encontrarse bien con la tarea que la persona realiza, como con los mandos con los que tiene que relacionarse, así como con los compañeros/as de trabajo con los que se comparte la actividad laboral.

Una situación de insatisfacción mantenida en el tiempo se relaciona con síntomas de estrés, absentismo laboral, cambios de puestos solicitados por el trabajador/a o con una actitud negativa hacia la seguridad en el trabajo.

La persona en un intento de aliviar esta situación, trata de aislarse desarrollando una actitud fría y distante en la relación con los demás y con las exigencias de su puesto de trabajo, consumiendo sustancias que le posibiliten evadirse de esta realidad.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Unas relaciones de calidad contribuyen al bienestar de la persona. Para aumentar el grado de satisfacción en el trabajo hay que tener en cuenta los siguientes factores:

1. El contenido del trabajo y las exigencias que plantea.
2. La organización de las tareas y el nivel de intervención del trabajador en las mismas.
3. Las oportunidades del puesto de trabajo y la posibilidad de promocionar en el mismo.
4. La posibilidad de tener contacto y apoyo de los compañeros/as.

8.6. PRECARIEDAD LABORAL

El nivel salarial influye directamente en la satisfacción en el trabajo y en el grado de motivación del trabajador/a. Si el salario es bajo, la persona necesita aumentar su jornada laboral para llegar a tener una remuneración suficiente para cubrir sus necesidades vitales, esto implica una mayor carga de trabajo.

La remuneración por horas y por días fomenta la inseguridad en el empleo, frente a una remuneración mensual que da una mayor seguridad y estabilidad en los ingresos. La remuneración por rendimiento favorece un ritmo excesivo de trabajo, un alto esfuerzo físico, mayor fatiga y estrés.

La precariedad en el trabajo, las malas condiciones laborales, el no poder planificar la vida personal, las expectativas negativas de futuro y la preocupación por no cubrir las necesidades económicas con la jornada laboral, son factores estresantes y de riesgo de consumo de drogas.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Normativas más adecuadas a las situaciones actuales y que primen al individuo que existe tras todo trabajador o trabajadora. Individuo cuya única función en la vida no es el trabajo, sino colaborar al desarrollo integral de la sociedad. El trabajo es lo que le permite el sustento económico, independientemente de que pueda tener otros aspectos compatibles con la promoción personal y/o profesional.

8.7. INTERRELACIONES LABORALES

Nos referimos fundamentalmente a un término que en la actualidad se encuentra en una situación ascendente: Mobing. Literalmente, el término inglés, lo podríamos definir como atacar, atropellar... en definitiva, se caracteriza por ejercer, por parte de los mandos, una serie de actuaciones hostiles. Estas actuaciones hostiles pueden ser ejercidas de manera clara y directa, o basadas en sutilezas difíciles de percibir en una primera instancia. La característica fundamental es que se practican de manera continuada hacia el trabajador, en relación con su reputación, dignidad, imposibilidad de establecer canales de comunicación adecuados, sobre su capacidad profesional, e incluso sobre el género y el estilo de vida privada.

FACTORES DE PROTECCIÓN

La formación sobre la percepción de esta serie de conductas vejatorias sobre el individuo, así como el análisis sistemático de las denuncias que se vayan presentando en este sentido, por parte de los Comités de Seguridad y Salud, de los Servicios de Prevención y de los representantes sindicales.

9

Indicaciones Básicas
sobre la Prevención
e Intervención en las
Drogodependencias
y las Adicciones

La interrupción de la cadena de acontecimientos que constituye la historia natural del consumo de drogas es responsabilidad de todos los miembros de la sociedad y por tanto de los diferentes estamentos del ámbito laboral, ya que las drogodependencias obedecen a múltiples causas o factores de riesgo cuyo control no puede ser abordado ni por unos profesionales en particular ni por diferentes agentes sociales desconectados entre sí.

Se propone una metodología de intervención cuyos pilares básicos son:

- › Drogodependencias como proceso multifactorial
- › Prevención en Educación para la Salud
- › Implicación consciente de los individuos
- › No aceptar soluciones preestablecidas

Que use como herramienta fundamental el “Grupo de Trabajo” donde estén representados todos los estamentos de la empresa, y que permita conocer la realidad de forma efectiva y amplia, que genere actuaciones flexibles y exitosas, y que trabaje en base al modelo operativo (con sus fases de contextualización, cognoscitiva, programación y operativa), es decir que el grupo se constituye en acelerador de cambio dentro del propio ámbito laboral, al recoger información, diagnosticar la situación, programar, realizar y evaluar las actuaciones. Todo ello deberá repercutir en la elaboración consensuada y sancionada de un plan de intervención en la empresa.

Dicho plan deberá estar capacitado para colocar barreras en diferentes puntos del continuo no consumo - dependencia de drogas. Estas barreras se denominan niveles de Prevención y se agrupan en:

- › Nivel de Prevención Primaria.
- › Nivel de Prevención Secundaria.
- › Nivel de Prevención Terciaria.

9.1. NIVEL DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Con relación a este concepto, el II P.A.S.D.A., indica que “Su misión clave será evitar y retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, haciendo especial hincapié en el tabaco y el alcohol por ser éstas las primeras drogas con las que se toma contacto en nuestra sociedad y por los efectos devastadores, en términos de salud pública, que la adicción a las mismas, ha demostrado.”

La prevención primaria va dirigida a las personas que aún no muestran ningún tipo de consumo o complicaciones y se dirige bien directamente a las personas o al medio.

Sus objetivos e instrumentos fundamentales son, facilitar información, modificar pautas de consumo, crear ambiente favorable (modificar condiciones sociolaborales negativas) y por supuesto, reducir la oferta de drogas.

Las estrategias básicas a desarrollar se pueden resumir en:

- La Promoción de la Salud, como mecanismo de prevención inespecífica y entendida como *"una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una tarea de responsabilidad hacia lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como a desarrollar sus actividades para participar de manera constructiva en la vida en comunidad"*. (ALMA ATA)
- La Protección Específica, bien sea de los problemas derivados del consumo de una droga en particular o del conjunto de todas las drogas.

Las medidas a desarrollar pueden ir encaminadas principalmente a la disminución de la Oferta: Medidas de carácter normativo o legal (prohibición de la venta de drogas en el ámbito laboral, eliminación de la publicidad, restricciones de horarios,...). O bien a incidir en la demanda a través de la Educación para la salud, entendida como: *"cualquier combinación de actividades de información y educación, que lleve a una situación en la que la persona desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite"* (O.M.S.).

Por tanto se apuesta teóricamente por una prevención primaria del consumo de drogas en el ámbito laboral, insertada en la promoción de la salud, usando la educación para la salud de una manera participativa y comunitaria que implique de manera consciente a los individuos que integran la comunidad.

9.2. NIVEL DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tal y como se indica en el II P.A.S.D.A, el objetivo fundamental de la Prevención Secundaria es evitar que el consumo se estructure en drogodependencia.

Cuando ya se ha iniciado el consumo de alcohol o de otras drogas, es necesario recurrir a la segunda barrera o nivel de prevención secundaria, las grandes metas a lograr serían: la reducción del número de personas con problemas de consumo de drogas, evitar el avance en el deterioro de la Salud, y lograr una detección y orientación precoces.

Por tanto el objetivo fundamental queda resumido en: "Identificar personas o grupos de alto riesgo, limitar incapacidades o secuelas, generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precoces y encauzar correctamente los casos detectados".

Para ello se deben poner en marcha las siguientes medidas:

- Revisar periódicamente a los trabajadores, de una manera individualizada o bien a través de encuestas colectivas. Existen buenos instrumentos diagnósticos para detectar precozmente los problemas derivados del consumo de drogas y no existirían grandes inconvenientes para incorporarlos a los reconocimientos sanitarios o sociales de los trabajadores, respetando principios de voluntariedad y confidencialidad, previa negociación y acuerdo en el marco de la negociación colectiva y considerando las características del trabajo a desarrollar e incluido en el Plan de Prevención de Drogodependencias y Adicciones.

- ▶ Desarrollar protocolos de intervención ante situaciones de crisis provocadas por el consumo de alcohol o de otras drogas y que faciliten que el trabajador desee pedir y aceptar ayuda para eliminar lo más pronto posible el consumo.
- ▶ Poner en marcha programas de información y educación en el ámbito laboral, orientados de forma amplia hacia valores de Salud y sobre todo a cómo actuar ante problemas derivados del consumo de alcohol o de drogas de uno mismo o de sus compañeros de trabajo, evitando actitudes moralizadoras y de rechazo y facilitando actitudes terapéuticas y de apoyo que de una manera sólida influyan en la cultura de la empresa y hagan que la persona con problemas de alcohol o de otras drogas no desee ocultarse y pueda pedir la ayuda necesaria de una manera precoz, voluntaria y colaboradora.
- ▶ Hacer que los servicios de atención a problemas derivados del consumo de alcohol y de otras drogas estén disponibles para cualquier trabajador que lo necesite, facilitándole su accesibilidad y aceptabilidad. En este sentido cabe resaltar que la asistencia dentro del Plan Andaluz es universal y gratuita.
- ▶ Definir claramente, en la política de actuación, cuáles serán las funciones a desempeñar por cada estamento, en aras a evitar confusiones y falsas solidaridades y asegurar en todo momento que los procesos de detección, diagnóstico, orientación, tratamiento, evaluación, reinserción y toma de medidas disciplinarias están garantizados y son clara responsabilidad del estamento y profesional correspondientes.

9.3. NIVEL DE PREVENCIÓN TERCIARIA

Las propias características del consumo y dependencia de drogas, sumado al fracaso de las medidas preventivas anteriores hace que se asista con demasiada frecuencia a la presencia de secuelas, incapacidades y muerte, y por ello debe contarse con el tercer nivel de prevención o Prevención Terciaria.

Este nivel está dado por el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes y enfocadas, entre otros elementos hacia lo que se viene denominando como reducción de riesgos y daños.

El II PASDA indica “Las acciones exclusivas de reducción de **reducción de riesgos y daños** son aquellas que, una vez instaurado el consumo e independientemente de la frecuencia del mismo, se preocupan por contrarrestar los efectos negativos que de él se desprenden sin que en ningún momento el objetivo inmediato sea que el consumo no se produzca.”

En el ámbito laboral toma una vital importancia la definición, en los planes de actuación, de los elementos claves para las intervenciones, ya que el conjunto de medidas terapéuticas corresponde a programas o servicios especializados.

Se pueden destacar como elementos claves en las intervenciones los siguientes:

1. Priorizar el conjunto de medidas encaminadas a la formación, educación e información de todos los trabajadores.
2. Se debe autorizar la intervención y se ofrecerá asistencia cuando el consumo de drogas perjudique la actividad laboral. Los mandos intermedios, delegados

de prevención u otros trabajadores dentro de la empresa, deberán recibir una formación específica para la detección y orientación precoz.

3. La política empresarial debe exponer y hacer llegar de forma clara a todos los trabajadores:
 - Los objetivos de las intervenciones
 - Los asuntos relacionados con:
 - Confidencialidad de la información
 - Estabilidad laboral
 - Prestaciones por parte de la empresa
 - Medidas disciplinarias
4. Importancia de la existencia y buen funcionamiento de los Comités de Seguridad y Salud.
5. La empresa facilitará al trabajador el buscar orientación de forma voluntaria e individualizada.
6. Los trabajadores deben de reconocer sus responsabilidades en la búsqueda de su Salud y la de la colectividad.
7. La participación "reglada" en un tratamiento no afectará la estabilidad ni la protección laboral del empleado.
8. Las prestaciones de permiso por enfermedad se aplicarán como en cualquier otro caso médico.

10

Plan de
Prevención de las
Drogodependencias
y Adicciones en el
Ámbito Laboral

Introducción

Desde 1991, la actual Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones viene desarrollando programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. En ese mismo año, puso en marcha el programa de prevención en la Compañía Sevillana de Electricidad, a instancias de su dirección médica.

El 29 de marzo de 1994, la Consejería de Asuntos Sociales, firma un Protocolo de Acuerdo, en la sede de la Presidencia de la Junta de Andalucía, con la Confederación de Empresarios de Andalucía, la Unión General de Trabajadores de Andalucía y Comisiones Obreras de Andalucía, para la Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral. Este Acuerdo, en el punto segundo, recoge que la Administración de la Junta de Andalucía, a través del Comisionado para la Droga, "... debe intervenir como agente impulsor de iniciativas de carácter preventivo en el ámbito laboral...".

Con posterioridad y al amparo de dicho Protocolo, se firman acuerdos bipartitos con cada una de las Centrales Sindicales mayoritarias en Andalucía, U.G.T.-A y CC.OO.-A, posibilitando la creación y el funcionamiento de los departamentos de prevención de las drogodependencias con el apoyo técnico del Comisionado para la Droga, en el marco del Primer Plan Andaluz sobre Drogas.

En este sentido, se consideró prioritario la elaboración de un material institucional divulgativo, en soporte vídeo, realizado en colaboración con la Universidad de Sevilla denominado "Las drogas y el Trabajo", con la finalidad de que fuera utilizado como instrumento de trabajo en las sesiones informativas y formativas de los

distintos agentes implicados en la prevención de las drogodependencias como son: sindicatos, empresas y trabajadores. Además ha constituido un medio de difusión para aproximar la situación de las drogas en el mundo laboral a la sociedad en general.

La Ley 4/1997, de 19 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas en Andalucía, viene a constituir el marco legal necesario que nos va permitir emprender las distintas líneas de trabajo que se van a desarrollar. En el Título II, artículo 12 contempla que: “La Administración de la Junta de Andalucía, en colaboración con los organismos competentes y las organizaciones sindicales y empresariales fomentará:

- a) Programas específicos de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito laboral, a incluir en la negociación colectiva.
- b) Programas de salud laboral que incluyan actividades informativas y de formación de los trabajadores y empresarios en los problemas derivados del consumo de drogas.

En el diseño, ejecución y evaluación de dichos programas se fomentará en cada empresa la participación de los sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comité de seguridad y salud. Asimismo se apoyará las acciones informativas que por su cuenta realicen las empresas y sindicatos.”

A finales de 1997, comienza un trabajo de campo con el fin de elaborar una Memoria de Investigación “Las Drogas en el Mundo Laboral de Andalucía”, editada con posterioridad por la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Dicho trabajo tiene como objetivos delimitar pautas de intervención y

recoger datos sobre el consumo de drogas en nuestra Comunidad Autónoma complementándose con datos recogidos en los estudios bianuales de la serie “Los Andaluces ante las Drogas”.

El trabajo realizado y la colaboración y participación activa de la Administración Pública, las Organizaciones Sindicales y las Organizaciones Empresariales se ha plasmado en el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (II PASDA), al que se hace referencia, ampliamente, en el capítulo IV del presente manual. Dicho Plan incorpora un elemento novedoso, el Ámbito Laboral se constituye como uno de los tres pilares básicos para la Prevención de las Drogodependencias y de las Adicciones comportamentales. Además, regula y amplía los compromisos de colaboración que hasta la fecha se han alcanzando y propone nuevas líneas de trabajo.

La experiencia acumulada en Andalucía en esta materia ha permitido el diseño de un marco general para los programas de prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, contemplando dos ideas básicas:

- 1) Que el escenario laboral es adecuado para la realización de campañas informativas y formativas de carácter universalista como complemento indispensable en la transversalidad comunitaria.
- 2) Que es susceptible de planes específicos en aquellas empresas que cuenten con cierta vulnerabilidad o sensibilidad sobre la consecuencia negativa de los consumos, independientemente de que éstos sean potenciados por características personales, sociales o de factores de riesgo existentes en el propio medio laboral, como se señala en el capítulo 8 de este Manual.

La intervención en prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral se gestionará desde un enfoque de creación de climas saludables en las empresas. Este planteamiento lleva, necesariamente, a realizar medidas tanto de educación y promoción para la salud de los trabajadores y trabajadoras, como de optimización de las condiciones y medio ambiente de trabajo para mejorar la calidad de vida.

El esquema clínico tradicional de intervención se ha centrado con exclusividad en responsabilizar al trabajador de sus problemas, o de realizar medidas individuales no interviniendo sobre el medio ambiente de trabajo. Sin embargo, mientras no se eliminen o mejoren determinadas condiciones laborales que puedan ser factores de riesgo para la salud, lo único que se conseguirá es sustituir síntomas y provocar recaídas o agotamiento de la persona.

Las condiciones en las que trabajamos y el consumo de drogas afecta negativamente a la salud de los trabajadores y a la actividad de la empresa. Por ello, los programas de prevención en drogodependencias y adicciones se deben plantear enmarcados en la educación para la salud, en la prevención de riesgos laborales y en la reducción de daños asociados al consumo.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la trayectoria seguida en este campo, se presenta una propuesta de Plan de Prevención en Drogodependencias y Adicciones (PPDA) en el ámbito laboral con el fin de garantizar información, asesoramiento y formación de los trabajadores en general y conseguir la rehabilitación e integración sociolaboral de aquellos que se encuentren afectados por las drogodependencias y/o adicciones comportamentales.

10.1. REQUISITOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE PREVENCIÓN PARA LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

Para optimizar la efectividad del Plan de Prevención para las Drogodependencias y Adicciones en el Ámbito Laboral es necesario contar con la participación y el compromiso activo de los agentes intervinientes en el marco de las relaciones laborales, es decir, los agentes sociales y económicos, articulándose los acuerdos alcanzados en esta materia en el correspondiente convenio de colaboración (Anexo I), acuerdo con el que se garantiza el desarrollo del Plan. Por tanto, los requisitos mínimos para la puesta en marcha serán los siguientes:

- Debe garantizar en todo momento el mantenimiento de la relación laboral y las expectativas de promoción profesional a todos aquellos participantes del PPDA.
- Será de aplicación a todo el personal de la empresa, en el sentido de contemplar igualitariamente el ámbito de participación en el PPDA, desde directivos a todos los trabajadores.
- La confidencialidad, a través de la reserva y el respeto, asegura la intimidad de los trabajadores al no utilizar datos médicos salvo para fines estrictamente terapéuticos.
- La voluntariedad implica que la participación en el PPDA debe ser voluntaria y a petición del propio empleado y del empresario.

10.2. ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES (PPDA)

Según la Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, la Administración Pública de la Junta de Andalucía es el órgano responsable de impulsar actuaciones dirigidas a la prevención, facilitando los mecanismos necesarios que generen espacios adecuados de negociación con las empresas implicadas para la puesta en marcha del PPDA. Dentro de este marco, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, ofrecerá su estructura técnica como elemento de coordinación y asesoramiento en la aplicación de dicho Plan.

Por tanto, el desarrollo del PPDA tendrá una acción participativa entre la Dirección de la empresa y los representantes sindicales en el seno del Comité de Seguridad y Salud, con la coordinación y supervisión de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones y demás componentes recogidos en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El Plan negociado contemplará los siguientes aspectos: Prevención, Atención y Rehabilitación.

Para la puesta en marcha del PPDA, es necesario realizar un análisis previo del contexto laboral de la empresa, con el fin de diseñar una planificación adecuada y priorizar objetivos. Esta identificación y evaluación de necesidades constituye un requisito básico para este Plan. Según los resultados obtenidos, la aplicación efectiva del PPDA irá enfocada a la Prevención Primaria o hacia la necesidad de incorporar elementos de la Prevención Secundaria y/o actividades específicas de reducción de

daños o riesgos así como de rehabilitación laboral y otras medidas encaminadas a la recuperación del trabajador afectado (Prevención Terciaria). El análisis incluirá, entre otros, los siguientes datos, que a su vez serán indicadores para la evaluación que se desarrolle.

- a) La descripción de los/as trabajadores/as del sector y empresa.
- b) Perfil y número aproximado de personas que consumen, si las hubiera.
- c) Índices de bajas laborales.
- d) Condiciones de trabajo.
- e) Factores psicosociales y de organización.
- f) Valoración de los recursos existentes.

Características Principales del PPDA

- **Concreto:** planes específicos por empresas. En aquellas empresas donde por su actividad existan sectores diferenciados, distintos centros de trabajo o convenios de planta, el Plan debe contemplar las distintas situaciones.
- **Negociado:** entre la Dirección de la empresa, Servicio de Prevención y Representantes Legales de los Trabajadores. La inclusión en convenios colectivos es una gran garantía.
- **Participativo:** en todas las fases se implicarán los delegados y delegadas de prevención y todos los agentes que intervienen en la empresa, en coordinación con los dispositivos de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Este nivel participativo legitima el Plan entre aquellos a los que va destinado, le confiere fortaleza y optimiza tanto su planificación como su desarrollo.

- › **Integral:** aborda desde el análisis de la situación hasta la evaluación del Plan y contempla tanto acciones preventivas como de atención y rehabilitación.
- › **Universal:** debe ser de aplicación a todo el personal de la empresa, desde los directivos a los trabajadores, con la orientación adecuada a cada nivel de responsabilidad.
- › **Confidencial:** ninguna persona u organismo que participe en el proceso debe revelar datos de los participantes sin la expresa autorización por escrito de los mismos, asegurándose la no utilización del historial médico salvo para fines estrictamente terapéuticos.
- › **Voluntario:** ningún trabajador y empresario puede ser obligado a participar y toda implicación en el Plan debe ser voluntaria y a petición del propio trabajador. La voluntariedad genera compromiso y, por lo tanto, mayores posibilidades de éxito terapéutico, así como de prevención de las recaídas y la no generación de falsas expectativas.
- › **No punitivo:** se negociarían la no aplicación de sanciones (recordemos que desde la “lógica de la enfermedad”, éstas no se castigan, se tratan).
- › **Gestión:** el programa se realizaría dentro del Plan de Prevención Integral de la empresa.

10.2.1. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

Para la definición de objetivos, deben tenerse en cuenta las necesidades detectadas, guiándonos por objetivos de salud y no por criterios punitivos y asumiendo por todas las partes los beneficios de los resultados del Plan tanto en términos sociosanitarios como económicos.

Entre los objetivos generales a alcanzar por el Plan se encuentran:

- Prevenir el consumo de drogas para mejorar el nivel de salud, tanto a nivel personal como familiar y social.
- Prevenir para reducir la siniestralidad laboral.
- Incrementar la calidad del trabajo.
- Reducir determinadas situaciones de absentismo.
- Mejorar las condiciones de trabajo, consiguiendo un clima laboral más positivo.
- Proporcionar información y asesoramiento y, en su caso, tratamiento a los trabajadores y trabajadoras con problemas de consumo.
- Apoyar las estrategias de inserción/reinserción en el puesto de trabajo

10.2.2. FASES DEL PLAN DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

El Plan de Prevención sobre Drogodependencias y Adicciones se va articular en diferentes programas, ya sea a nivel primario, secundario o terciario, tal y como se expresaba en punto 10.3 de este capítulo. Por tanto, el Plan de Prevención se entiende como un proceso dinámico en el que, en cada momento, podemos introducir aspectos nuevos que se consideren necesario a la hora de su puesta en marcha. Esto nos va permitir organizar y estructurar el plan en distintas fases que serán las siguientes:

I FASE	Análisis de situación del problema, detección de factores de riesgo y evaluación de necesidades.
II FASE	Elaboración de estrategias de intervención con fijación de metas y objetivos.
III FASE	Intervención.
IV FASE	Evaluación del Plan de Prevención en Drogodependencias y Adicciones.

103. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN

La metodología a utilizar va a ubicar al trabajador/a como elemento primordial a la hora de llevar a cabo las acciones informativas, formativas de atención y rehabilitación. Los métodos basados en el conocimiento de la información valoran, especialmente, el aprendizaje de procedimientos y destrezas. Para conseguir los objetivos propuestos de este Plan de Prevención en Drogodependencias y Adicciones, los participantes estarán asesorados individualmente, siempre que lo requieran y de forma confidencial, para recibir respuestas concretas de aquellas cuestiones que les vayan surgiendo en el periodo formativo.

Para poner en marcha el Plan de Prevención en Drogodependencia y Adicciones partiremos de los conocimientos previos de los participantes, del análisis de la realidad de su contexto laboral y otras experiencias. En ese sentido, se deberán contemplar tres líneas de actuación:

- › La de Prevención
- › La de Atención
- › La de Rehabilitación

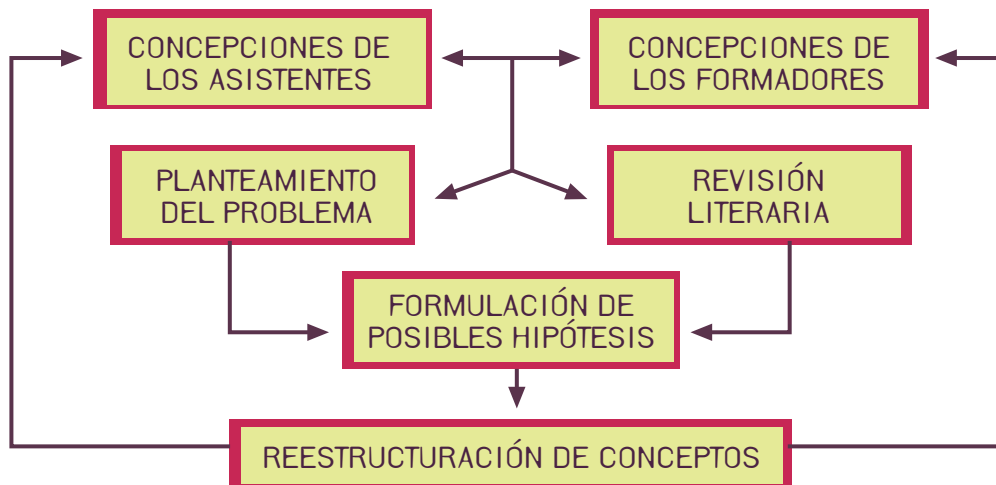
Las Acciones Informativas y Formativas, serán el eje de la línea de Prevención:

- a) Las acciones **informativas** irán dirigidas a todos los trabajadores en general, a través de los medios de comunicación internos existentes en la propia

empresa, como pueden ser: tabloneros de anuncios, circulares, carteles y folletos, boletín de difusión, intranet...

- b) Las acciones **formativas** irán dirigidas a los profesionales del servicio de prevención, mandos intermedios y a los representantes legales de los trabajadores y otros. Una vez concluida esta primera fase de la formación, este personal será el encargado de formar al resto de los trabajadores de la empresa, lo que se denomina formación en cascada.

Estas acciones se desarrollarán bajo la reestructuración de conocimientos, gracias a la interacción entre los asistentes y el formador.



Los contenidos formativos se estructuran cinco módulos (Anexo II), que a su vez están organizados en bloques de contenidos:

- MÓDULO I: *“Drogas y adicciones”*
- MÓDULO II: *“Drogas legales”*
- MÓDULO III: *“Factores de riesgo y de protección ante las drogodependencias y las adicciones en el ámbito laboral”*
- MÓDULO IV: *“Marco legislativo”*
- MÓDULO V: *“Cómo facilitar la intervención en el ámbito laboral”*

La duración del Programa Formativo será de 20 horas para el servicio de prevención, mandos intermedios y representantes legales de los trabajadores y de 2 horas para los trabajadores/as.

Las líneas de **Atención** serán cubiertas por La Red Pública de Atención a las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía (Anexo IV), contando con la colaboración del Servicio de Prevención y el seguimiento de los representantes sindicales y bajo la coordinación de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Para el desarrollo adecuado de esta línea del Plan de Prevención en Drogodependencias y Adicciones, conviene tener en cuenta los siguientes aspectos, entre otros de carácter particular:

- Si el tratamiento no fuera compatible con la actividad laboral, se realizaría la adaptación del puesto de trabajo, flexibilizando horarios para permitir la asistencia a programas terapéuticos, cambio de turnos, traslados de centro, así

como cualquier otra medida de adaptación del puesto que se considere necesaria. Estas medidas están condicionadas por el proceso terapéutico, y serán adoptadas tan sólo a petición del trabajador/a, con el asesoramiento y la mediación con los agentes sociales que hayan participado.

- › Facilitar la movilidad geográfica y posibilitar la rehabilitación, tanto si el trabajador está alejado de su familia, y ésta pueda participar en el proceso de tratamiento, como la existencia de un centro de tratamiento adecuado.

Los Programas de **Rehabilitación** contemplarán, en función de la situación socio-sanitaria en la que se encuentre el trabajador/a una vez que haya recibido la atención terapéutica prescrita, los siguientes aspectos:

- › Incluir los elementos necesarios para su mantenimiento dentro de la plantilla de la empresa.
- › Garantizar los mecanismos de apoyo para la rehabilitación laboral, ya sea por necesidad de reciclaje, adaptación al puesto de trabajo, en caso de un periodo de baja laboral prolongado, debido al tratamiento o las posibles modificaciones técnicas y tecnológicas que se hubieran producido.

10.3.1 RECURSOS DEL PLAN DE PREVENCIÓN

Para aplicación del Plan de Prevención en Drogodependencias y Adicciones es necesaria la previsión y dotación de recursos humanos, técnicos y económicos con el fin de garantizar su viabilidad.

Entre los **recursos humanos** sería conveniente contar con:

- › El Comité de Seguridad y Salud que actuaría como órgano coordinador del Plan.
- › Técnicos del Servicio de Prevención.
- › Técnicos expertos en drogodependencias y adicciones, dependientes de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- › Delegados de Prevención.
- › Trabajadores/as especialmente sensibilizados con la temática, si los hubiere.

Entre los **recursos materiales** estarán:

- › Material divulgativo de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- › Material formativo específico diseñado por la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- › Medios tecnológicos disponibles en las empresas, si los hubiera.
- › Otros decididos y diseñados por las estructuras organizativas.

10.4. SISTEMA DE EVALUACIÓN EN EL PLAN DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

La evaluación de las actuaciones persigue conocer la validez y el impacto de las mismas en la población y ámbito a los que se dirigen. Por tanto, son instrumentos legitimadores de las actuaciones emprendidas de las cuales se desprenden oportunidades para la reconducción, mejora y perfeccionamiento de los planteamientos teóricos-metodológicos formulados.

Evaluar es imprescindible para conseguir que la prestación del servicio se lleve a cabo con criterios de eficiencia y racionalidad. Evaluar y conocer los resultados es necesario para los profesionales que trabajan en el Programa dado que les devuelve una imagen clara de la situación, en cuanto a la efectividad de sus actuaciones desde los recursos concretos, que la realidad cotidiana -con la visión parcial que ofrece- no permite o lo hace parcialmente.

Podemos considerar diferentes aspectos a la hora de evaluar este Plan de Prevención, que son los siguientes:

- Evaluación de cobertura o impacto, que permite conocer el alcance de las acciones.
- Evaluación de proceso o actividad, que nos permite conocer si el desarrollo del Plan se ajusta a lo planificado/previsto.
- Evaluación de resultados: grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

El Plan de Prevención de las Drogodependencias y Adicciones en el Ámbito Laboral contempla un sistema de indicadores, siempre adaptándose a las características peculiares de cada empresa, que a continuación se señalan:

Indicadores de Cobertura o Impacto

- Estimación del número de trabajadores a los que se ha accedido a través de las diferentes acciones informativas en el ámbito laboral en términos absolutos y en cuanto a porcentaje sobre el total de la población andaluza activa.
- Número de empresas a los que se ha accedido a través de las diferentes acciones informativas en el ámbito laboral en términos absolutos y en cuanto a porcentaje sobre el total de empresas en Andalucía.
- Número de mutuas y órganos de gestión de los polos industriales implicados en campañas y actividades educativas desarrolladas en el ámbito laboral en términos absolutos y relativo al total de mutuas y órganos de gestión existentes en total y por provincia.
- Número de colectivos del ámbito laboral a las que se ha accedido a través de las diferentes acciones formativas sobre drogas, adicciones y hábitos de vida saludables, en total, por provincia, en términos absolutos, en cuanto al porcentaje que representan sobre el total de los colectivos de este ámbito.

Indicadores de Actividad o Proceso

- Número de campañas informativas/formativas realizadas anualmente en su totalidad y por provincia analizando según colectivo/s diana (plantillas de empresa...)

- › Contenidos (sustancia, tipo de adicción...)
- › Objetivos generales (prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria)
- › Objetivos específicos (promoción de hábitos de vida saludables, información-educación, preventivas...)
- › Integrada en un programa o intervención/puntuales.

Indicadores de Resultados

- › Grado de información sobre las sustancias y las consecuencias de su consumo en el ámbito laboral en valor absoluto y relativo con relación a la última medición realizada en encuestas en las plantillas laborales en las que se incluyan cuestiones sobre conocimiento de drogas y adicciones.

10.5. ESTRUCTURA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN

Para el desarrollo del PPDA, es imprescindible la participación activa por parte de la dirección de la empresa, que será la encargada de firmar un Convenio de colaboración con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y facilitar las tareas informativas y formativas que se lleven a cabo así como no plantear acciones disciplinarias sobre los trabajadores que se encuentren en vías de recuperación por consumo abusivo de drogas, acometer las modificaciones organizativas o estructurales que se recomienden.

Por otro lado, el Servicio de Prevención es un soporte básico a la hora de plantear los factores de riesgo, estudiar las posibles soluciones a plantear y llevar el control de los indicadores propuestos de cara a la posterior evaluación

La Administración Pública Andaluza, a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, es la encargada de facilitar y coordinar recursos técnicos específicos así como otros elementos que fueran necesarios para el Plan, adaptando las generalidades del Plan a las características propias de la empresa, tanto en sus aspectos específicos como de coordinación con los Planes Locales y/o Provinciales, a través de las Delegaciones Provinciales para la Igualdad y Bienestar Social, tal y como recoge el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Ante la demanda de un trabajador, los Delegados y Delegadas Sindicales, como elementos más cercanos, independientemente de su participación institucional en el desarrollo del Plan tienen otras funciones como las de proporcionar información y apoyo.

Dichas funciones han de ir acompañadas de una actitud positiva y facilitadora, no moralista y ante todo, práctica, respetando el clima de confidencialidad adecuado. La tarea del delegado consiste en indicar los mecanismos de los que puede servirse el trabajador para solucionar el problema.

La figura del delegado es especialmente importante en la fase de atención y adaptación al puesto de trabajo:

- › Si es el de procedencia
 - Informará al trabajador sobre los aspectos legales de su I.T. (Incapacidad Temporal) y lo apoyará ante el médico si fuera necesario.

- Hará un seguimiento de la IT de cara a no fomentar, inconscientemente, el mantenimiento del consumo, sino potenciar la solución del problema.
- › Si la reincorporación se realiza en un puesto de trabajo alternativo
 - Que el trabajador no pierda poder adquisitivo
 - Que mantenga su categoría profesional.
 - Que la nueva ubicación no suponga, en ningún caso, el aislamiento del trabajador o el “aparcarle” en un lugar seguro, donde no suponga ningún “riesgo”.

A niveles generales hay una serie de variables que el Delegado debe contemplar, como figura cercana al trabajador que se encuentra en tratamiento:

- › Queda el vacío de la droga y por tanto, la necesidad de ocupar el tiempo.
- › Han de establecerse nuevas relaciones sociales.
- › Han de implicarse en actividades alternativas e incompatibles con el consumo.

Para ello, el delegado sindical, deberá informar sobre:

- › Actividades de ocio que se desarrollen en la empresa.
- › Recursos de los sindicatos. Actividades de ocio y tiempo libre gestionadas por los Sindicatos.
- › Cursos de formación, cualificación o perfeccionamiento.

11

Bibliografía

LEGISLACIÓN

1. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre.
2. Real Decreto 39/1997, del Reglamento de los Servicios de Prevención, de 17 de enero.
3. Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 27 de junio de 1997.
4. Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de 22 de abril de 1997 reguladora del régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales.
5. Ley 42/1997, Reguladora de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de 14 de noviembre.
6. Real Decreto Legislativo, del Texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social, de 4 de agosto.
7. Real Decreto Legislativo 1/1994, del Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, de 20 de junio.
8. Ley 14/1996, General de Sanidad, de 25 de abril.
9. Ley 21/1992, de Industria, de 16 de julio.
10. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

11. Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materias de Drogas. BOJA, 19 de julio de 1997
12. Ley 2/1998, de 15 de junio. Ley de Salud de Andalucía. BOJA, 4 de julio de 1998

SALUD, ALCOHOLISMO, DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

1. Alvira Martín, F. Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid – 2000
2. Amigo, S. Guía del uso racional de las drogas. Oikos-Tau – 2000
3. Arenas Domínguez, F y Bermudo Albalá, M^a V. Mapa de Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía – 2003
4. Arenas Domínguez, F y otros, Programa de Tratamiento con Metadona, manual clínico. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía – 2000.
5. Bandura, A. Y Walters, R. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza Editorial – 1990
6. Baumann, U y Perrez, M. Manual de Psicología Clínica. Herder – 1994
7. Caballo, V.E., Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Siglo XXI – 1993

8. Cabrera Bonet, R y Torrecillas Jiménez, J.M (coords). Manual de Drogodependencias. Cauce Editorial – 1998
9. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. Las Drogas en el Mundo Laboral de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales - 1999
10. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía. – 2003
11. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. Guía para Padres y Madres Preocupados por las Drogas – 2002
12. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)
13. Consejería de Asuntos Sociales, Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones 2002. Consejería de Asuntos Sociales – 2003
14. Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. Los Andaluces ante las Drogas VIII. Consejería de Asuntos Sociales – 2003
15. Consejería de Salud y Consejería de Asuntos Sociales. Programa de mantenimiento con Metadona, manual de orientación. C^º de Asuntos Sociales - 1996
16. Escohotado, A. Aprendiendo de las drogas. Anagrama – 1995
17. Escohotado, A. H^º General de las Drogas. Espasa Forum – 2000
18. European monitoring centre for drugs and drugs adictions. Directrices para la evaluación sobre programas de drogas. Luxembourg office for official publications of the european communities – 1998

19. Fericgla, J.M^º. Al trasluz de la Ayahuasca. Los libros de la liebre de marzo – 1997
20. Fernández-Montalvo, J y Echeburúa, E. Manual Práctico de Juego Patológico. Pirámide – 1997
21. Gallo Vallejo, F. J; Barranco Navarro, J y Fajardo Alcántara, A. Concepto de Salud y de Calidad de Vida. Manual del Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Editorial JM&C – 1993.
22. Gil F. y otros. Habilidades Sociales y Salud. Eudem – 1992
23. Gil Rodríguez, F. y Alcover de la Hera, C. M^º. Introducción a la Psicología de los Grupos. Ediciones Pirámide – 1999
24. Grup IGIA y cols. Contextos, Sujetos y Drogas: Un manual sobre Drogodependencias. FAD – 2000
25. Kaplan, H. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. Ediciones Científicas y Técnicas 1989
26. Lorenzo, P. y otros. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Legislación. Panamericana – 1998
27. Madge, T. Polvo blanco. Ha cultural de la cocaína. Península – 2002
28. Martínez Delgado, J. M. Validación de los Cuestionarios Breves: AUDIT, CAGE y CBA, para la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en atención primaria (IV premio Andaluces de Investigación en Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales – 1999.
29. Masip Segarra, J. M. Prevención de Riesgos Laborales. Editorial Síntesis – 1999.

30. Mc Crady, B y otros. Los problemas de la bebida. Ediciones Pirámide – 1998
31. Megías, E. “Prevenir Consumos en las Empresas... ¿Exigencia o Moda?” Revista Itaca I, 1 pp. 31-50. 1996.
32. Merino, B., y otros (adapts). La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. M^o de Sanidad y Consumo – 2000
33. Miller, W y Rollnick (compils.). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós – 1999
34. Millon, T y Davis, R. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Masson – 1998
35. Navarro Botella, J. Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Plan Municipal contra las Drogas, Ayuntamiento de Madrid – 2000
36. Navarro Botella, J. y Jiménez Marín, J. La Incidencia de las Drogas en el Mundo Laboral, 2001. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción - 2002
37. Olcina Rodríguez y otros. Manual de Intervención Médica en Drogodependencias. Generalitat Valenciana – 1996
38. Palacios García, F. A. Y otros. Las drogas: Tópicos, luces y sombras. Debate – 2001
39. Ríos Vera, J.E. El alcohol en la literatura, la historia y la publicidad. Asociación Juvenil Ancla Joven, Cádiz
40. Rodríguez Piedrabuena, J. A. ¿Por qué nos drogamos?, del poder y otras adicciones. Estudio psicoanalítico. Biblioteca Nueva – 1996

41. Ruiz, M^a C. Actualización en drogodependencias. Formación Alcalá.- 2001
42. Salvador Liviana, T; Suelves J. M.; del Pozo Iribarria, J. Mano a mano, programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones – 2003
43. Schivelbush, W. H^a de los estimulantes. El paraíso, el sentido del gusto y la razón. Anagrama – 1995
44. Smith, E y Mackie, D. Psicología Social. Panamericana – 1997
45. Solomon, J. y otros. Diagnóstico Dual. Ediciones en Neurociencias –1996
46. Stockley, D y EDEX kolektiboa. Drogas, guía ilustrada para agentes de policía. Edex kolektiboa - 1997
47. Stoppard, M. Qué son las Drogas. Javier Vergara Editor – 2000.
48. Varios, DSM-IV. Masson – 1995
49. Varios. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. M editor y J.J. López-Ibor – 1999
50. Varios. Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo a la Reinserción en Andalucía. C^a de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía. – 2003
51. Varios. Programa de Intervención en Comunidades Terapéuticas en Andalucía. C^a de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía – 2002
52. Varios. Protocolo de actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias. C^a de Asuntos Sociales, C^a de Salud, Junta de Andalucía – 2002

I

II

III

IV

V

VI

VII

Modelo Convenio de Colaboración con las Empresas

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA Y LA EMPRESA EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

REUNIDOS

De una parte,

La Excm. Sra. D^g Micaela Navarro Garzón, Consejera para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Y de otra,

El Sr. D. Empresa

INTERVINIENDO

La primera en función del cargo que ostenta y de las facultades que le otorga el artículo 39 de la Ley 6/1983, de 21 de julio, de Gobierno y Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El segundo, en calidad de

MANIFIESTAN

PRIMERO. La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social tiene atribuidas las competencias relativas a las actuaciones frente a las drogodependencias, así como la coordinación técnica de las actuaciones de las distintas instituciones implicadas en la materia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, tal como se deriva del artículo 148.1.20 de la Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978; del artículo 13.22 de la Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, del Estatuto de Autonomía para Andalucía, y de los Decretos 11/2004, de 24 de abril y 205/2004, de 11 de mayo, sobre reestructuración parcial de Consejerías y de estructura orgánica de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, respectivamente, así como de la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas (art. 10.4).

SEGUNDO. Que la empresa (se describe el compromiso o los mecanismos existentes en la empresa para la puesta en marcha del Convenio).

TERCERO. Que la Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, partiendo de un enfoque global de las drogodependencias, plantea un modelo asistencial en el que incluye como elementos de vital importancia, la prevención e integración social, disponiendo un conjunto de actuaciones orientadas a dar respuesta a las consecuencias sociales derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, de ahí que el medio laboral sea uno de los ámbitos clásicos de intervención a través de programas de formación por un lado y del establecimiento de una línea de subvenciones dirigidas a las empresas a fin de facilitar la incorporación social de los drogodependientes como es el caso del Programa Arquímedes.

CUARTO. Que atendiendo a la grave problemática ocasionadas por las drogodependencias ambas partes se encuentran interesadas en participar en la realización de una serie de actuaciones de estudio y evaluación conjuntas, con objeto de posibilitar la optimización de los recursos necesarios para la consecución de los objetivos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Por consiguiente, en atención a las consideraciones que preceden, las partes intervinientes en este acto, reconociéndose mutuamente capacidad jurídica suficiente, suscriben en nombre de sus respectivas Entidades el presente Convenio que articulan a tenor de las siguientes:

ESTIPULACIONES

PRIMERA

El objeto del presente Convenio consiste en sentar las bases de la colaboración entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Empresa con la finalidad de contribuir a la prevención a las drogodependencias así como coadyuvar a la incorporación social de los drogodependientes.

SEGUNDA

Al objeto de hacer efectivos los objetivos definidos en la cláusula anterior, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones se compromete a:

- Prestar información y asesoramiento en materia de drogodependencias y adicciones.
- Realizar acciones formativas dirigidas al personal de la empresa en materia de prevención de drogas y adicciones.

- Asesorar y facilitar el desarrollo de actuaciones para la incorporación sociolaboral en la empresa de personas con problemas de drogodependencia a través de los Programa de Incorporación Sociolaboral que se desarrollen como: “Arquímedes”, Red de Artesanos y otros programas.
- Facilitar el acceso a los Centros de Tratamientos de las Drogodependencias y Adicciones de los trabajadores de la empresa con problemas de adicciones.

TERCERA

Por su parte, la empresa, se compromete a:

- Facilitar los medios materiales, técnicos y humanos necesarios para la puesta en marcha de las acciones a desarrollar en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.
- Impulsar la contratación de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en fase de tratamiento a través del Programas de Incorporación Sociolaboral “Arquímedes”.
- Divulgar y distribuir el material informativo complementario de las actuaciones a realizar.

CUARTA

Las actuaciones concretas para el desarrollo de las líneas de actuación establecidas en el presente Convenio son las que figuran en los Anexos del mismo y que son fijadas de mutuo acuerdo por ambas partes.

QUINTA

Para el seguimiento y evaluación de las actividades derivadas del presente Convenio se constituirá, dentro de los treinta días siguientes a la firma del mismo, una Comisión de Seguimiento, de composición paritaria integrada por seis miembros, tres en representación de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones y tres por la Empresa Esta Comisión podrá invitar al personal técnico que considere conveniente.

Esta Comisión tendrá las siguientes funciones:

- Informar sobre el cumplimiento de las Cláusulas del presente Convenio.
- Interpretar el Convenio cuando fuera necesario
- Proponer la revisión, cancelación o prórroga del mismo.
- Realizar la evaluación o balance final del Convenio

La Comisión de Seguimiento se reunirá al menos una vez cada seis meses y siempre que los solicite una de las partes.

Con independencia del plazo anteriormente indicado, esta comisión con carácter extraordinario, se reunirá en un plazo no inferior a diez días naturales, a contar desde la firma del presente convenio, a los efectos de concretar y plasmar las estipulaciones en él establecidas.

SEXTA

El presente Convenio podrá ser modificado cuando se produzcan alguna de las siguientes circunstancias:

- › La alteración en las condiciones tenidas en cuenta para su firma.
- › La obtención concurrente de subvenciones o ayudas concedidas por otras administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales aplicadas al mismo fin para el que se suscribe el mismo.

SÉPTIMA

Las partes firmantes se comprometen a mantener una relación de fluidez en la información y cooperación conjunta para la resolución de problemas e iniciativas, impulsando un sistema de comunicación directa e inmediata.

OCTAVA

Las partes firmantes colaborarán en todo momento de acuerdo con los principios de la buena fe y eficacia para que los fines reflejados en este Convenio puedan ser llevados a cabo con éxito.

NOVENA

El presente Convenio entrará en vigor en el momento de su firma teniendo una duración anual siendo prorrogable por periodos iguales por acuerdo tácito entre las partes.

DÉCIMA

Las causas de resolución del presente Convenio son las siguientes:

- Por mutuo acuerdo entre las partes
- Por denuncia por cualquiera de las partes ante el incumplimiento de alguna de sus cláusulas.

UNDÉCIMA

Las cuestiones litigiosas que puedan surgir en la interpretación y cumplimiento del presente Convenio serán de conocimiento y competencia del Orden jurisdiccional de lo Contencioso - Administrativo.

En prueba de conformidad, las partes intervinientes firman el presente documento, por duplicado y a un solo efecto en lugar y fecha arriba indicados.

LA CONSEJERA PARA LA IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

LA EMPRESA.....

PROGRAMA DE INFORMACIÓN-FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES EN LA EMPRESA

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

La finalidad de este programa es estimular e implementar estrategias y acciones preventivas relativas al uso y/o abuso de drogas y otras adicciones entre los trabajadores y trabajadoras de la empresa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar, elaborar y distribuir material impreso de apoyo específico que permita identificar las distintas acciones que se emprendan.
2. Realizar una campaña informativa de carácter general sobre las drogas y las adicciones y sus efectos sobre la salud individual y colectiva, el ambiente de trabajo y la calidad del mismo.
3. Formar sobre las drogodependencias y otras adicciones a mediadores de la empresa como son: Servicio de Prevención, Mandos Intermedios, Delegados Sindicales, Delegados de Prevención de la empresa, con la finalidad de acreditarles como formadores para el desarrollo de los cursos dirigidos a los trabajadores de la empresa.

4. Organizar Jornadas informativas/formativas dirigidas a los trabajadores y trabajadoras de la empresa a través de mediadores formados existentes en la empresa.
5. Desarrollar protocolo de derivaciones a la Red Pública de Atención a las Drogodependencias y Adicciones de aquellos trabajadores y trabajadoras de la empresa que así lo requieran y soliciten.

ACTIVIDADES CONCRETAS A DESARROLLAR POR CADA OBJETIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

- › Diseño de una **imagen y logotipo** por parte de los técnicos que participen para la divulgación del programa a través de carteles, folletos, dípticos, etc. que presentarán a la Comisión de Seguimiento del Convenio de Colaboración que seleccionará el más adecuado.
- › Elaboración de **material impreso** específico de apoyo (carteles, folletos, dípticos,...) con el logotipo, imagen y lema seleccionados por la Comisión de Seguimiento del Convenio.
- › **Distribución** del mismo entre los trabajadores/as, por parte de la empresa.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

- › Elaboración de una **Campaña de Información**, por parte de los mediadores de la empresa y su difusión a través de los medios de comunicación existentes en la empresa, como pueden ser: Intranet, si la hubiese, prensa, tablón de anuncios y otras actuaciones a desarrollar en prevención de las drogodependencias y adicciones.

- Divulgación, a través de los **medios de comunicación existentes** en la empresa, de mensajes y recomendaciones relativos al consumo o abuso de alcohol y otras drogas y adicciones, información científica sobre la materia y de la red de recursos de atención a las drogodependencias y adicciones existentes en Andalucía.
- **Distribución** por los mediadores de la empresa del material informativo impreso existente sobre las diversas sustancias que edita la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- Cualquier **otra iniciativa** que se pacte en el seno de la Comisión de Seguimiento y que vaya encaminada a la difusión informativa sobre el programa específico o sobre las diversas sustancias y adicciones, incluyendo propuestas de limitación de dispensación de determinados productos dentro de las instalaciones de la empresa.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

- Impartición de al menos un **Curso de Formación para los mediadores** de la empresa por parte de personal técnico dependiente de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, con las siguientes características:
 - **Metodología.** Combinará la exposición de los ponentes con la participación activa por parte de los asistentes.
 - **Asistentes.** El número de asistentes será en torno a veinte, seleccionados entre los distintos colectivos citados en el objetivo específico como mediadores.

- **Duración.** Los cursos tendrían una duración de veinte horas.
- **Docentes.** Expertos en drogodependencias y adicciones propuestos por el Comisionado para las Drogodependencias.
- **Material didáctico.** El material de apoyo de los cursos será el editado por el Comisionado para las Drogodependencias.
- **Contenidos del Curso dirigido a los Mediadores.** Está organizado en módulos de contenido y son los siguientes:

INTRODUCCIÓN PLAN DE PREVENCIÓN

MÓDULO I

"Drogas y adicciones". Duración: 4 horas 30 minutos

- I.I Conceptos básicos: Salud, drogas, drogodependencias, adicción sin sustancias, uso/abuso, hábito, dependencia, tolerancia, intoxicación aguda, politoxicomanía, síndrome de abstinencia, desintoxicación, recaída...
- I.II Clasificación de las drogas: Evolución de las clasificaciones y sus tipos.
- I.III Drogas ilegales: cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis. Su origen, historia, vías de administración, efectos, riesgos y su prevalencia. Consecuencias en el ámbito laboral.
- I.IV Recursos comunitarios para el tratamiento de las drogodependencias desde el II Plan andaluz sobre drogas y adicciones.

MÓDULO II

"Drogas legales". Duración: 4 horas 30 minutos

II.I Tabaco, alcohol y fármacos: Su origen, historia, vías de administración, efectos, riesgos y prevalencia. Consecuencias en el ámbito laboral.

II.II El juego patológico.

MÓDULO III

"Factores de riesgo y de protección ante las drogodependencias y las adicciones en el ámbito laboral". Duración: 4 horas 30 minutos

III.I Concepto y definiciones de condiciones de trabajo: Factores de riesgo y de protección.

III.II Relación entre trabajo y adicciones: Factores relacionados con el medio ambiente y con los elementos psicosociales de carácter laboral.

MÓDULO IV

"Marco legislativo". Duración: 2 horas

IV. I Recomendaciones internacionales.

IV.II Constitución Española, Estatuto de los Trabajadores, Ley General de Sanidad. Las Mútuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)

IV.III Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales. Delegados de Prevención, Comités de Seguridad y Salud, Servicios de Prevención.

IV.IV La Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

IV.V II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2002-2007.

MÓDULO V

"Cómo facilitar la intervención en el ámbito laboral"

Duración: 4 horas 30 minutos

V.I Consideraciones previas

V.II Comunicación interpersonal

V.III Técnicas de acercamiento

V.IV Niveles de intervención

V.V Planificación

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

- › Organización y desarrollo por los mediadores formados en drogodependencias y adicciones de Jornadas informativas-formativas dirigidas a los trabajador@s.
- **Metodología.** Combinará la exposición de los ponentes con la participación activa por parte de los asistentes.
- **Asistentes.** El número de asistentes será de 15 a 20 trabajadores/as de diferentes áreas de la empresa.

- **Duración.** Las jornadas tendrán una duración de 2 horas.
- **Docentes.** El Curso será impartido por los mediadores de la empresa acreditados como formadores en drogodependencias y adicciones.
- **Material didáctico.** El material de apoyo de los cursos será el editado por el Comisionado para las Drogodependencias.
- **Contenidos del Curso dirigido a los trabajadores.** La Comisión de seguimiento y los mediadores de la empresa que han participado en el Programa de Información-Formación elaborarán un curso específico y adaptado a las necesidades de la Empresa y tendrá una duración de **2 horas**.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5

- › Establecimiento de un Protocolo de Derivación a los Centros Asistenciales dependientes del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones para los trabajadores/as de la empresa que lo soliciten.

Preguntas más frecuentes

1.- ¿QUÉ ES LA COMUNIDAD?

Podemos definir a la Comunidad como el territorio donde vive una población, con organizaciones de grupos formales e informales, con recursos colectivos tanto públicos como privados, con el fin de satisfacer sus necesidades de salud, educación, trabajo, convivencia, relación...

2.- RAZONES PARA INTERVENIR DESDE EN LAS EMPRESAS

La Empresa se constituye como un elemento estructurador y organizativo del tiempo y del espacio, así como un lugar de relación e intercambio, que favorece la realización de tareas preventivas, ya que cuenta con una población homogénea, con recursos propios tanto a nivel humano como organizativo que posibilitan la realización y el seguimiento de programas a lo largo del tiempo. Igualmente posibilita la motivación y el control terapéutico y sindical, así como la rehabilitación y reinserción de los trabajadores que se pudieran encontrar afectados o afectadas.

3.- ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE DROGAS?

Fundamentalmente son tres tipos: las que **Estimulan** al Sistema Nervioso, las que **Deprimen** al Sistema Nervioso y las que **Distorsionan** la percepción de los objetos, de las ideas y de las sensaciones.

- **Estimulantes:** Cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina, antidepresivos...
- **Depresoras:** Alcohol, hipnóticos, ansiolíticos, opiáceos y sus derivados (entre ellos la heroína), tranquilizantes...
- **Distorsionadoras:** Alucinógenos (LSD, Peyote, Mescalina...), cannabis, disolventes...

4.- ¿CUÁLES SON LAS DROGAS QUE MÁS SE USAN EN EL ÁMBITO LABORAL?

El Tabaco, el Alcohol y los Fármacos, especialmente los analgésicos para calmar el dolor.

5.- ¿PORQUÉ EL ALCOHOL ES UNA DROGA?

Porque modifica la función natural del organismo; provocando un primer estado de cierta excitación y ayudando a distorsionar parte de la realidad, aunque posteriormente provoca un fuerte decaimiento o depresión del Sistema Nervioso Central. Después de un cierto periodo de uso, genera dependencia física, psíquica y social, además es una sustancia que presenta tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad del producto para obtener los mismos efectos que al principio), que es otra característica de las drogas.

6.- ¿A QUIÉN PODEMOS CONSIDERAR COMO DROGODEPENDIENTE O ALCOHÓLICO?

A aquella persona que mantiene una relación de **Dependencia** con alguna droga o sustancia.

Por dependencia se entiende: el estado psíquico y físico que se establece en el individuo como resultado de la relación de este con la sustancia, y que se caracteriza por la tendencia a mantener dicha relación, para continuar experimentando sus efectos y/o evitar la incomodidad de su ausencia.

Es decir, el alcohólico o la alcohólica sería aquella persona que necesita beber alcohol como elemento indispensable para poder desarrollarse con “normalidad” en la vida.

7.- ¿DÓNDE SE ENCUENTRAN LAS CAUSAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y DEL ALCOHOLISMO?

No podemos hablar de causas únicas en el tema del alcoholismo, ni en ninguna otra drogodependencia. Puede que el individuo, la familia, o determinadas situaciones conflictivas sin resolver de tipo familiar, social, laboral, etc, sean factores facilitadores e incluso precipitantes del consumo y/o abuso de sustancias. Es decir, que un ambiente familiar deteriorado o determinados elementos sociales adversos, pueden contribuir al uso o abuso de sustancias, pero también hay elementos facilitadores y precipitantes para el consumo en el ámbito laboral (condiciones de trabajo adversas, factores de riesgo, disponibilidad de las sustancias...) y en la propia estructuración de la sociedad (publicidad, presión social...)

8.- EL DROGODEPENDIENTES O EL ALCOHÓLICO ¿LO ES PORQUE QUIERE SERLO?

Como en todos los tipos de drogadicción, se puede decir que quizás hubo una cierta “libertad” de decisión en las primeras veces en las que comenzó el consumo,

pero una vez que se implanta la dependencia, ya hablamos directamente de proceso patológico y de la presencia de la enfermedad. Lo que sí es claro es que precisamos de una cierta y decidida voluntad por parte del enfermo para que los procesos terapéuticos lleguen a buen puerto, y el/la alcohólico/a sea integrado/a en la sociedad, en su familia y entre sus amigos.

9.- EL DROGODEPENDIENTE O EL ALCOHÓLICO ¿ES IRRECUPERABLE?

Siguiendo las indicaciones terapéuticas y los tratamientos adecuados, puede ser recuperable, especialmente si cuenta con el apoyo de sus familiares y de sus compañeros/as de trabajo.

La recuperación de un enfermo drogodependiente o alcohólico, cuando se encuentra insertado en un ambiente de trabajo, cuenta con mayores posibilidades, ya que la drogodependencia y el alcoholismo son enfermedades muy desestructuradoras y el entorno laboral presenta un adecuado y estable nivel de apoyo para la estructuración tanto del espacio como del tiempo. No obstante debemos partir de que la recuperación de estos enfermos es un proceso largo y para nada fácil y en el que las recaídas están presentes.

10.- ¿CÓMO INCIDE EL TRABAJO EN EL USO Y ABUSO DE LAS SUSTANCIAS?

Los factores de riesgo que generan tanto el sistema productivo como la incidencia psicosocial: La sobrecarga, los turnos, la precariedad en el empleo, la no participación en los niveles de producción, la distancia, los ambientes con exceso de calor, frío, humedad y polvo...

Por otro lado tenemos también una serie de factores que inciden y entre los que podemos incluir la facilidad para obtener la sustancia (máquinas expendedoras, taberna...) y los ritos habituales de funcionamiento en algunos ámbitos laborales y productivos: la “cervecita” al salir del tajo, etc...

11.- ¿SE PUEDE OBLIGAR A CURARSE AL DROGODEPENDIENTE Y AL ALCOHÓLICO?

En el ámbito laboral tenemos herramientas adecuadas para posibilitar a los trabajadores enfermos su recuperación, aunque es cierto que no se puede obligar a nadie a ponerse en tratamiento, ya que en esta enfermedad se necesita la colaboración activa del trabajador/a. En definitiva el ámbito laboral proporciona al drogodependiente y/o alcohólico un apoyo en el camino de la curación, pero es necesaria una cierta voluntad de decisión por parte del enfermo/a.

12.- ¿CÓMO PODEMOS CONVENCER AL TRABAJADOR O A LA TRABAJADORA PARA QUE INICIE UN TRATAMIENTO?

Cada caso es distinto y necesita una atención personalizada, pero en definitiva se trata de no tomar actitudes **paternalistas** y/o **excesivamente represoras**, sino mantener una acción amplia de colaboración en el caso de que iniciara algún paso hacia su recuperación.

Debemos tener en cuenta que por las propias características de la enfermedad de la drogodependencia y/o alcoholismo, las recaídas son un elemento que hay que tener presente.

13.- ¿QUÉ SE PUEDE HACER DESDE EL TRABAJO PARA AYUDAR AL TRABAJADOR/A AFECTADO/A?

Tomar conciencia de que se trata de enfermos que requieren de nuestra ayuda y participación activa en su proceso de cura. Por otra parte no podemos asumir posiciones proteccionistas, ni pensar que en nuestra mano se encuentra la solución. Es un problema sociosanitario que requiere la atención personalizada de los especialistas adecuados. La labor del sindicalista o del compañero consiste en seguir fielmente las indicaciones que proporcionan los técnicos, manifestando el apoyo necesario.

14.- ¿DE QUÉ MANERA PUEDE INTERVENIR EL SINDICATO?

Los delegados y delegadas sindicales son un elemento prioritario en la salud de los trabajadores y de las trabajadoras, y una garantía, con su presencia en los órganos de decisión y de consulta de la Empresa, de que no se van a cometer acciones disciplinarias que vayan en contra de los intereses (artículo 54. 2. F. del Estatuto de los Trabajadores) y de la propia salud de los trabajadores y trabajadoras.

Al mismo tiempo la cercanía con los trabajadores y las trabajadoras, necesaria para el desarrollo de una buena gestión de la acción sindical, sitúa a los delegados y delegadas sindicales en una posición privilegiada de cara a la superación de los problemas que genera cualquier adicción o dependencia de las sustancias psicoactivas, o del juego patológico.

15.- ¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN EN LA EMPRESA?

Como en todos los órdenes de la vida la mejor estrategia pasa por la Prevención. Esta tiene como objetivo llevar a cabo acciones encaminadas a evitar o disminuir las probabilidades de aparición de problemas relacionados con el uso inadecuado y/o abuso de sustancias, fomentando conductas y hábitos de vida saludables, promocionando el no consumo a través de la formación e información de los trabajadores/as. La prevención de las drogodependencias en las empresas, en los lugares de trabajo, deben encuadrarse dentro de los planes globales de promoción de la salud establecidos a tal efecto, ya que la adicción de sustancias es una cuestión de salud, y como tal hay que abordarla.

16.- ¿QUÉ CONLLEVA PARA LA EMPRESA EL HACER PLANES DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES?

Hay dos factores importantes: En primer lugar, una Empresa que genere una buena salud para sus trabajadores/as es una empresa más competitiva y desarrollada; en segundo lugar una pequeña inversión en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones, genera amplios dividendos a medio plazo.

La drogodependencia y las adicciones en el trabajo, supone unos costes directos:

Tiempo improductivo en atenciones médicas provocadas por la adicción, pago de primas de seguro, gastos médicos no asegurados (Servicio de Prevención de la Empresa), pérdida de productividad debido a la inactividad de las máquinas o puestos afectados, indemnizaciones, formación y adaptación del sustituto, o, en su defecto, del puesto de trabajo.

Y unos costes indirectos:

Costes de la investigación de accidentes provocados por los enfermos drogodependientes, caída de la producción (disminución del rendimiento del sustituto y demás trabajadores), pérdidas de productos defectuosos por las mismas causas, coste de daños producidos en máquinas, equipos, instalaciones, coste de tiempo perdido por los operarios no accidentados (ayuda, comentarios, etc.), menor rendimiento al incorporarse al trabajo, pérdidas comerciales (pedidos), pérdida de tiempo por motivo jurídico (responsabilidades).

Recursos de Atención a las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía

DELEGACIONES PROVINCIALES PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

	DIRECCION	C. POSTAL	TELEFONO	FAX
ALMERIA	TIENDAS, 12	04003	950 006100	950 006171
CADIZ	PLAZA DE ASDRUBAL. S/N	11071	956 007000	956 007001
CORDOBA	RAMON Y CAJAL, Nº 6	14071	957 005400	957 005448
GRANADA	ANCHA DE GRACIA, 6	18001	958 024600	958 024694
HUELVA	MORAS CLAROS, 4	21001	959 005700	959 005773
JAEN	PASEO DE LA ESTACION, 19 5ª PLANTA	23007	953 013084-85	953 013118
MALAGA	AVDA. MANUEL AGUSTIN HEREDIA, 26 4ª PLANTA	29071	95 1036400	951 036596
SEVILLA	LUIS MONTOTO, 89	41071	95 5006700	955 006710

CENTROS PROVINCIALES DE DROGODEPENDENCIAS

	Entidad/DIRECCIÓN	COD. POSTAL	TELÉFONO	FAX
			E-MAIL	
ALMERÍA	C/ LA REINA, 55	04002	950 281032	950 273442
			cpd@dipalme.org	
CÁDIZ	VALENZUELA, 1 1ª PLANTA	11071	956 228018-604	956 229133
			drogodependencias@dipucadiz.es	
CÓRDOBA	Patronato Provincial de Servicios Sociales Unidad de Drogas y Adicciones AVDA. MEDITERRANEO, S/N	14011	957 463588	957 463648
			servicios_sociales@dipucordoba.es	
GRANADA	Hospital San Juan de Dios SAN JUAN DE DIOS, 11	18001	958 202101	958 276228
			noalasdrogas@dipgra.es	
HUELVA	CANTERO CUADRADO, S/N	21003	959 494767	959 494770
			cpd@diphuelva.es	
JAÉN	Recinto Hospitalario Princesa de España CTRA. MADRID, S/N	23071	953 248108-09	953 248020
			cddjaen@promojaen.es	
MÁLAGA	ALCALDE JOSE LUIS ESTRADA, S/N (ROTONDA DE SUAREZ, S/N)	29011	95 2071400	95 2284312
			cpdmalaga@sopde.es	
SEVILLA	Centros Sociales de Miraflores CTRA. DE MIRAFLORES, S/N	41080	95 4553020	95 4553021

(*) Estos centros cuentan con un equipo para el Programa de Apoyo a Instituciones Penitenciarias

FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

	DIRECCIÓN	COD. POSTAL	TELÉFONO	FAX
SEVILLA	AVDA. HYTASA, EDF. TOLEDO II, PLANTA 2, OFIC. 3	41006	955 053270	955 053280

Glosario de Siglas y Términos

GLOSARIO DE SIGLAS

A.T.

Accidentes de trabajo

B.O.E.

Boletín Oficial del Estado

B.O.J.A.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía

C.A.P.R.L.

Consejo andaluz de prevención de riesgos laborales

C.E.

Constitución española

C.E.E.

Comunidad económica europea (actual Unión Europea)

C.E.O.E.

Confederación española de organizaciones empresariales

C.E.P.Y.M.E.

Confederación española de pequeñas y medianas empresas

C.I.S.N.S.

Consejo interterritorial del sistema nacional de salud

C.N.A.E.

Clasificación nacional de actividades económicas

C.N.S.S.T.

Comisión nacional de seguridad en el trabajo

C.P.R.L.

Centros de prevención de riesgos laborales

C.S.S.

Comité de seguridad y salud

CC.OO.

Confederación sindical de comisiones obreras

E.P.

Enfermedades profesionales

E.T.T.

Empresas de trabajo temporal

F.P.R.L.

Fundación para la prevención de riesgos laborales

I.N.S.H.T.

Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo

I.T.

Incapacidad temporal

I.T.S.S.

Inspección de trabajo y seguridad social

L.G.S.S.

Ley general de la seguridad social

L.I.S.O.S.

Ley de infracciones y sanciones en el orden social

L.P.R.L.

Ley de prevención de riesgos laborales

M.A.T.E.P.S.S.

Mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social

M.T.A.S.

Ministerio de trabajo y asuntos sociales

N.I.O.S.H.

Instituto nacional de seguridad y salud laboral de Estados Unidos

O.I.T.

Organización internacional del trabajo

O.M.S.

Organización mundial de la salud

O.N.U.

Organización de las naciones unidas

R.D.

Real decreto

R.S.P.

Reglamento de los servicios de prevención

S.P.A.

Servicio de prevención ajeno

U.G.T.

Unión General de Trabajadores

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adicción

Necesidad orgánica de la presencia constante de la/s sustancia/s psicotrópicas con el fin mantener un cierto nivel en sangre.

Adormidera

Planta de la familia de las Papaveráceas, originaria de Oriente, por incisiones en las cápsulas verdes de su fruto, se extrae el opio.

Alcaloide

Cada uno de los compuestos orgánicos nitrogenados de carácter básico producidos casi exclusivamente por vegetales. En su mayoría producen acciones fisiológicas características, en que se basa la acción de ciertas drogas, como la morfina, la cocaína y la nicotina. Muchos se obtienen por síntesis química.

Alma Ata (Conferencia de)

Hace referencia a una declaración internacional sobre el cuidado médico pri-

mario, surgida de la Conferencia Internacional auspiciada por la OMS, celebrada en Alma Ata (URSS) en septiembre de 1978. Entre otros, reafirma el derecho humano fundamental a la Salud ("Salud para todos en el año 2000")

Alucinaciones zoomórficas

Alucinaciones (percepciones sin objeto) de animales generalmente pequeños y en movimiento. Suelen aparecer durante el Delirium Tremens (cuadro clínico grave que aparece durante la abstinencia de la dependencia de bebidas alcohólicas)

Betel

Planta trepadora de la familia de las Piperáceas, que se cultiva en el Extremo Oriente.

Celotipia

Pasión de los celos. Convicción de infidelidad de la pareja, establecida por vía patológica.

Delirios

Ideas falsas, irrefutables a toda argumentación lógica y que surgen por vía patológica. Ej.: “Yo soy Napoleón”

Dependencia

Compulsión por consumir la sustancia o realizar la actividad, para experimentar un estado afectivo agradable o librarse de un estado afectivo desagradable.

Depresión

Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas.

Empresas saludables (Plan de)

Convenio de colaboración suscrito entre las Consejerías de Salud, de Empleo y para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, la Confederación de Empresarios de Andalucía y los Sindicatos Comisiones Obreras de Andalucía y Unión General de Trabajadores de Andalucía, para desarrollar programas y actividades dirigidas a promover la salud de los

ciudadanos y ciudadanas en el lugar de trabajo.

Enfisema pulmonar

Dilatación de los alveolos pulmonares acompañado de atrofia de los elementos elásticos y de la consiguiente pérdida de la elasticidad pulmonar. Se altera la capacidad respiratoria.

Esquizofrenia

Grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por una disociación específica de las funciones psíquicas

Fobias

Temor irracional compulsivo

Gastritis

Inflamación del estómago

Mobing

Se caracteriza porque los mandos ejercen una serie de actuaciones hostiles hacia los trabajadores. Éstas pueden ser ejercidas de manera clara y directa, o basadas en sutilezas difíciles de percibir en una primera instancia.

Morbilidad

Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado

Opio

Sustancia estupefaciente, amarga y de olor fuerte, que resulta de la desecación del jugo que se extrae de las cabezas de adormideras verdes.

Paranoia

Perturbación mental fijada en una idea o en un orden de ideas.

Personalidad premórbida

Rasgos de la forma de ser de una persona, que anuncian, en un futuro inmediato, la presencia de un trastorno mental.

Psicosis

Enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia.

Servicios de Prevención

Conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo al empresario, a los trabajadores y sus representantes y a los órganos de representación adecuados.

Tolerancia cruzada

Fenómeno por el cual si una sustancia es consumida en repetidas ocasiones, no sólo aparece tolerancia a la misma, sino también a otras cuyos efectos sobre el organismo son similares. Por ejemplo: Alcohol y Barbitúricos.

TABACO

El consumo de tabaco diario, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	OCUPADOS	PARADOS
España '96	48.3	46.0
C. Madrid '96	47.0	44.4
Andalucía '97	44.5	46.6
C.Valenciana'99	42.8	48.4
Canarias '99	38.5	40.0
España '01	47.3	46.3

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D.

Aunque se ha producido una disminución porcentual de un punto entre el estudio del 1996 y el del 2000, cabe resaltar que en números absolutos, hay una mayor incidencia de fumadores, ya que hay una mayor cantidad de trabajadores en activo.

Consumo de tabaco en la población andaluza

CONSUMO TABACO	%
Nunca han fumado	49.9
No fuma, ante sí	14.5
Fuma ocasionalmente	6.2
Fuma diariamente	29.4

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

Los fumadores diarios según género y edad

SEXO	%
Hombres	35.2
Mujeres	23.7
EDADES	%
14-15	9.8
16-20	28.1
21-24	39.7
25-34	35.9
35-44	42.5
45 y más	22.7

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

ALCOHOL (abusivo)

El consumo de alcohol abusivo general, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	OCUPADOS	PARADOS
España '96	14.4	16.0
C. Madrid '96	12.4	13.2
Andalucía '97	8.7	9.7
C.Valenciana'99	9.7	12.0
Canarias '99	10.0	12.0
España '01	12.3	12.9

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D.

Es patente que el consumo de alcohol entre la población laboral comienza, tímidamente, a disminuir, tanto entre los ocupados como entre los parados. Esto tiene una mayor validez considerando que la metodología de la prueba incorpora un número mayor de trabajadores que en el referente de 1996.

Consumo de alcohol en la población andaluza

CONSUMO ALCOHOL	%
Alguna vez	80.9
Últimos doce meses	67.5
Último mes	59.2
Última semana	39.5
Día anterior	31.6

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

Tipología consumo de alcohol en la población andaluza

TIPOLOGÍA	DÍAS LABORABLES	FIN DE SEMANA	PROMEDIOS GENERALES
Abstinentes	73.5	61.5	68.4
Ligeros	12.2	13.4	12.5
Moderados	11.0	14.8	12.7
Altos	1.4	3.7	2.4
Excesivos	1.1	4.1	2.4
Gran Riesgo	0.8	2.5	1.6
Abusivos (Altos+Excesivos+Alto riesgo)	3.3	10.3	1.6

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

Bebedores abusivos en la población andaluza

SEXO	%	EDADES	%
Hombres	9.4	16-20	7.6
Mujeres	3.4	21-24	11.7
		25-34	7.8
		35-44	9.3
		45 y más	3.9

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

CANNABIS

El consumo de cannabis en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	11.7	17.7	9.1	13.4
C. Madrid '96	10.7	19.6	7.8	17.1
Andalucía '97	5.7	12.4	4.8	7.2
C.Valenciana'99	13.5	21.0	9.9	16.0
Canarias '99	9.0	15.6	6.3	13.0
España '01	12.4	21.4	8.3	16.6

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Lo más significativo es el aumento del consumo que se ha producido, especialmente entre los trabajadores desempleados. Hay que considerar que este grupo de trabajadores está compuesto por una población más joven, siendo el cannabis la sustancia ilegal que mayores índices de consumo presenta entre la población española.

El consumo de cannabis en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	18.2	8.5	10.1	4.4	6.0

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

COCAÍNA

El consumo de cocaína en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ULTIMO AÑO		ULTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	4.5	6.7	3.1	3.5
C. Madrid '96	5.3	7.7	3.8	5.5
Andalucía '97	1.7	3.9	1.0	2.9
C.Valenciana'99	7.3	6.5	5.3	2.9
Canarias '99	4.6	6.5	2.7	6.0
España '01	3.7	7.9	1.6	4.1

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Al igual que ocurre con el cannabis, el aumento más significativo se produce, con respecto al estudio nacional de 1996, entre los trabajadores desocupados, el comentario, puede ir en la misma línea del anterior. Hay que incidir en la prevención entre las capas poblacionales más jóvenes.

El consumo de cocaína en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	5.9	3.2	4.1	1.1	1.6

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

CRACK

El consumo de crack en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	-	// -	-	// -
C. Madrid '96	-	// -	-	// -
Andalucía '97	0.1	// 0.3	0.1	// 0.3
C.Valenciana'99	0.4	// 0.6	0.3	// 0.0
Canarias '99	0.2	// 2.0	0.2	// 0.6
España '01	0.0	// 0.0	0.0	// 0.0

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Esta sustancia aparece por primera vez estudiada en el trabajo andaluz de 1997, en el que se detecta una incidencia muy baja. Sorprende el dato de Canarias del año 1999, en los trabajadores parados, con un consumo del 2% durante el último año.

El consumo de crack en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	0.8	0.2	0.1	0.0	0.04

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

HEROÍNA

El consumo de heroína en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	0.4	1.0	0.3	0.6
C. Madrid '96	0.8	1.3	0.7	1.1
Andalucía '97	0.4	1.6	0.1	1.2
C.Valenciana'99	1.0	1.6	0.7	1.0
Canarias '99	0.7	1.0	0.5	1.0
España '01	0.2	0.2	0.1	0.1

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Aunque la prevalencia sigue siendo baja, se ha producido una disminución del consumo desde el año 1996 al 2001, no obstante se percibe una cierta dispersión en cuanto al consumo, en las distintas Comunidades Autónomas estudiadas.

El consumo de heroína en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	1.0	0.5	0.6	0.1	0.2

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

DROGAS DE SÍNTESIS

El consumo de drogas de síntesis en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ULTIMO AÑO		ULTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	2.3	3.7	1.8	2.7
C. Madrid '96	3.9	6.4	3.0	5.4
Andalucía '97	0.4	2.6	0.2	1.8
C. Valenciana '99	2.8	4.4	2.1	2.7
Canarias '99	2.3	4.5	2.0	3.0
España '01	1.8	6.8	0.8	4.0

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Se ha producido un cierto aumento del consumo de estas sustancias en la población laboral desocupada. Esto puede indicarnos que hay que aumentar las campañas de información entre las poblaciones más jóvenes, dado que, como ya se ha venido comentando en otras tablas es la mayoritaria entre los desempleados, así como la que tiene una mayor precariedad laboral.

El consumo de Éxtasis en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	3.1	1.7	1.7	0.7	0.8

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

ALUCINÓGENOS

El consumo de alucinógenos en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	0.9	1.7	0.6	0.3
C. Madrid '96	2.3	4.2	1.5	1.9
Andalucía '97	0.6	2.6	0.4	1.3
C.Valenciana'99	1.5	3.4	1.0	1.4
Canarias '99	1.8	3.5	1.2	3.0
España '01	1.2	2.9	0.4	0.8

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Se ha producido un discreto aumento del consumo en la población trabajadora activa, aunque con una mayor incidencia entre los desempleados, sobretodo en el tamo de los últimos doce meses, es necesario incidir en las campañas hacia las capas poblacionales más jóvenes.

El consumo de alucinógenos en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	2.4	0.7	0.6	0.4	0.1

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

SPEED Y ANFETAMINAS

El consumo de speed y anfetaminas en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ULTIMO AÑO		ULTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	-	// -	1.6	// 2.0
C. Madrid '96	-	// -	1.9	// 3.9
Andalucía '97	-	// -	0.3	// 1.3
C.Valenciana'99	-	// -	2.3	// 2.4
Canarias '99	-	// -	1.9	// 3.0
España '01	1.8	// 1.7	0.6	// 0.6

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

De entre los datos, se observa una cierta disminución del consumo con referencia al uso durante el último mes. No hay datos de uso con referencia al último año.

El consumo de anfetaminas en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	2.3	0.4	0.1	0.4	0.2

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

TRANQUILIZANTES

El consumo de tranquilizantes en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	-	// -	5.7	// 7.3
C. Madrid '96	-	// -	3.6	// 6.4
Andalucía '97	-	// -	3.9	// 7.3
C.Valenciana'99	-	// -	8.4	// 7.0
Canarias '99	-	// -	6.2	// 7.0
España '01	5.4	// 6.4	4.0	// 4.5

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Al igual que en la tabla anterior, con respecto a los datos de los que disponemos, se ha producido una disminución en el uso durante el último mes, pero no disponemos de datos comparativos con referencia a su uso durante todo un año.

El consumo de tranquilizantes en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	8.9	4.7	1.9	5.1	3.2

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

HIPNÓTICOS

El consumo de hipnóticos en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	-	// -	1.4	// 2.3
C. Madrid '96	-	// -	1.5	// 2.3
Andalucía '97	-	// -	1.4	// 2.4
C.Valenciana'99	-	// -	3.4	// 1.1
Canarias '99	-	// -	1.9	// 2.5
España '01	2.4	// 2.8	1.7	// 1.3

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Respecto al estudio del 1996, y en referencia al uso de hipnóticos durante el último mes, se ha producido un discreto aumento en la población ocupada y una disminución entre la desocupada.

El consumo de hipnóticos en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	3.9	2.4	1.7	2.4	1.7

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

SUSTANCIAS VOLÁTILES

El consumo de sustancias inhalables en los últimos doce meses y en el último mes, en los distintos estudios en población laboral

ESTUDIO/AÑO	ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	O	P	O	P
España '96	0.2	// 0.7	0.1	// 0.1
C. Madrid '96	0.3	// 0.9	0.2	// 0.3
Andalucía '97	0.3	// 0.3	0.1	// 0.0
C.Valenciana'99	0.8	// 1.6	0.2	// 0.4
Canarias '99	0.5	// 1.5	0.3	// 1.4
España '01	0.4	// 1.3	0.2	// 0.3

La incidencia de las drogas en el mundo laboral 2001. F.A.D. O: Ocupado P: Parado

Se ha producido un cierto incremento del consumo, con respecto al estudio de 1996, en todos los parámetros. El más significativo ha sido entre los parados que han usado estas sustancias durante los últimos doce meses.

El consumo de inhalables en la población andaluza

TOTAL	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS DOCE MESES	ÚLTIMOS SEIS MESES		ÚLTIMO MES
			Hombre	Mujer	
%	1.0	0.2	0.3	0.0	0.1

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas VIII (Datos 2003)

PERSONAS AFECTADAS AL JUEGO PATOLÓGICO

El uso en los últimos seis meses de máquinas tragaperras, según el género y la edad, en %

GENERO	TOTAL	EDAD			
		14-15	16-19	20-24	25-29
Hombres	5.0	3.1	2.6	8.4	3.9
Mujeres	0.8	1.3	0.5	0.7	1.0
Totales	3.0	2.3	1.6	4.6	2.5

Fuente: Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones 2002

El uso en los últimos seis meses de videojuegos, según el género y la edad, en %

GENERO	TOTAL	EDAD			
		14-15	16-19	20-24	25-29
Hombres	45.8	69.1	62.8	46.1	23.8
Mujeres	18.4	34.2	20.7	20.9	8.6
Totales	32.4	52.2	42.3	33.7	16.3

Fuente: Los Jóvenes Andaluces ante las Drogas y las Adicciones 2002

Catálogo de Materiales

Independientemente de las publicaciones que se realizan desde la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, esta dispone de un centro de Documentación en el que se encuentra una amplia bibliografía y videoteca en relación con las drogodependencias y las adicciones, que se ha ido desarrollando durante los años de existencia de la propia Oficina.

Seguidamente, pasamos a indicar la Relación de Materiales existentes en el Centro de Documentación de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, relacionados con las drogodependencias en el ámbito laboral, incluyendo libros, videos y artículos. El material viene indicado en función de la organización que se tiene establecida en dicho centro de documentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS "MEDIO LABORAL-DROGAS"

PREVENCION

Este apartado indica la información que sobre intervenciones preventivas y análisis de sustancias se han ido elaborando tanto por UGT como por CC.OO. Independientemente el Centro de documentación de la Oficina del Comisionado, dispone de publicaciones sobre prevención del consumo, así como folletos sobre las distintas sustancias que complementan la información, y, cuyo uso también está indicado para este ámbito.

- INFORME: "CURSO DE FORMACION BASICA SOBRE DROGODEPENDENCIAS"
EDITA: CC.OO. COMISIONES OBRERAS DE ANDALUCIA
- "MANUAL DE FORMACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL PARA DELEGADOS Y DELEGADAS SINDICALES"
U.G.T. ANDALUCIA
- GUIA: "ESTRATEGIAS DE ACERCAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS"
VARIOS
MADRID:SECRETARIA CONFEDERAL DE MEDIO AMBIENTE Y SALUD LABORAL. DEPARTAMENTO DE DROGODEPENDENCIAS, 2001
- FOLLETO: "PREVENCION ESPECIFICA DE LAS DROGAS DE DISEÑO"
EDITA: UGT - JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
- FOLLETO: "PREVENCION ESPECIFICA DE LA COCAINA"
EDITA: UGT - JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
- FOLLETO: "PREVENCION ESPECIFICA DEL ALCOHOL"
EDITA: UGT - JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
- FOLLETO: "PREVENCION ESPECIFICA DEL TABACO"
EDITA: UGT - JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA
- FOLLETO: "20 PREGUNTAS - 20 RESPUESTAS"
EDITA: CC.OO.-A - CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES. JUNTA DE ANDALUCIA

ASPECTOS LEGALES

La información sobre los aspectos legales del ámbito laboral, excede a esta publicación, pero sí se ha considerado importante introducir alguna referencia bibliográfica de la que dispone el Centro de Documentación específicamente útil. No obstante existe una amplia documentación legal que parte del desarrollo de la propia Constitución española y demás Leyes Básicas.

- INFORME: "ASPECTOS JURIDICOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LA EMPRESA"
- LEGISLACION: "LEGISLACION LABORAL Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL"
GALIANA MORENO, J.M^º; SEMPERE NAVARRO, A. (EDITORES)
PAMPLONA: EDITORIAL ARANZADI, 1998
- LEGISLACION: "REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCION (REAL DECRETO 39/1997, DE 17 DE ENERO; ORDEN DE 27 DE JUNIO DE 1997)"
SEVILLA: JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE TRABAJO E INDUSTRIA, 1998
- LEGISLACION: "LEY DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES"
SEVILLA: JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE TRABAJO E INDUSTRIA, 1996

PROGRAMAS Y SERVICIOS

Incluye el material disponible, con un contenido muy variado en cuanto a los distintos programas de intervención, así como informes evaluativos y diversos materiales sindicales orientados hacia la intervención.

- LIBRO: "ORIENTACIONES SOBRE INTERVENCION SINDICAL EN DROGODEPENDENCIAS"
DIAZ MARIANO (ET.AL.)
MADRID: SECRETARIA CONFEDERAL DE ACCION SINDICAL DE CC.OO., 1992
- LIBRO: "EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION A DROGODEPENDIENTES EN LA EMPRESA"
SANCHEZ PARDO, L.
MADRID: FUNDACION MAPFRE MEDICINA, 1994

- LIBRO: "CONDICIONES DE TRABAJO Y CONSUMO DE DROGAS"
ORTIZ ESCRIBANO, J
DEPARTAMENTO CONFEDERAL DE SERVICIOS SOCIALES, UGT, 1994
- LIBRO: "PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES. ESTRATEGIAS, GESTIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL MUNDO LABORAL"
MASIP SEGARRA, J.M.
MADRID: EDITORIAL SINTESIS, 1999
- INFORMES: "III SEMANA EUROPEA DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS"
VARIOS
MADRID: DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, 2000
- GUIA: "LAS DROGAS EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES"
MEJIAS, E. Y CASTAÑEDA, O (COORDINADORES)
MADRID: FAD, 2000
- LIBRO: "JORNADAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL"
AREA DE DROGODEPENDENCIAS DE LA SECRETARIA DE POLITICA SOCIAL DE UGT
SEVILLA: UGT, 1999
JORNADAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL REALIZADAS EN SEVILLA EL 9 Y 10 DE DICIEMBRE DE 1999
- INFORME: "EXPERIENCIA LLEVADA A CABO EN INTERQUISA EN MATERIA DE ALCOHOLISMO LABORAL"
COELLO SUANZES A., PEREZ MORA A.
INTERQUISA. MARZO/88
- INFORME: "PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MUNDO LABORAL"
GRUPO ANDALUZ DE INVESTIGACION Y ASISTENCIA PSICOSOCIAL
CURSO REGULAR DE MEDICOS DE EMPRESA. CADIZ MAYO-JUNIO 1989
- INFORME: "PROGRAMA DE REINSERCIÓN LABORAL. PROPUESTA PARA 1990"
COMISIONADO PARA LA DROGA
- INFORME: "PROGRAMA DE INFORMACION EN DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO LABORAL. INTERVENCIÓN EN SEVILLANA"
COMISIONADO PARA LA DROGA

- INFORME: "PROGRAMA DE INTERVENCION EN TABAQUISMO EN EL MEDIO LABORAL. RESULTADOS PRELIMINARES"
MARIN E., GONZALEZ QUINTANA J., RUIZ OLALLA J.
UNITAT TABAQUISMO, DEPARTAMENT SANITAL (GENERALITAT CATALUNYA)
COMUNICACIONES A LA MESA REDONDA 1. PROGRAMAS EMPRESARIALES DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y OTRAS DROGODEPENDENCIAS
- ARTICULO: "PLANTEAMIENTO INTEGRAL DE LUCHA ANTIALCOHOLICA EN EL MEDIO LABORAL"
CANTERA LOPEZ JAVIER
CURSO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO EN LA EMPRESA
- INFORME: "PROGRAMA: PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL"
COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL
MADRID: COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID, 1990
- INFORME: "II JORNADAS DE DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO LABORAL"
ZARAGOZA:SERVICIO DE ASESORAMIENTO E INSERCIÓN,DEP. DE SERVICIOS SOCIALES,UGT ARAGON, 1993
- GUIAS: "GUIA PARA DELEGADOS SINDICALES. PREVENCION DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LAS EMPRESAS"
DEPARTAMENTO CONFEDERAL DE SERVICIOS SOCIALES (UGT)
- FOLLETO: "LA PREVENCION DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO LABORAL. CUADERNO DE FORMACION"
SERVICIO DE ASESORAMIENTO E INSERCIÓN. SAI
ZARAGOZA: UNION REGIONAL DE ARAGON, 1993
- CONVENIO: "CONVENIO ENTRE LA CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL -PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS- Y LA ASOCIACION PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES "APTA" PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DE DROGAS EN EL AMBITO LABORAL"
COMUNIDAD DE MADRID; CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL
MADRID, 1993
- CONVENIO: "CONVENIO DE PREVENCION DE TOXICOMANIAS ENTRE LA CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL Y LA UNION GENERAL DE TRABAJADORES UNION DE MADRID"
COMUNIDAD DE MADRID; CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL
MADRID, 1993

- INFORME: "DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL: CRITERIOS BASICOS DE ACTUACION" ASOCIACION PARA LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES (APTA) MADRID
- INFORME: "PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO LABORAL. EVALUACION DE LAS JORNADAS REALIZADAS EN LA COMPAÑIA SEVILLANA DE ELECTRICIDAD S.A." JUNTA DE ANDALUCIA; COMISIONADO PARA LA DROGA SEVILLA, 1992
- CONVENIO: "CONVENIO ENTRE LA CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL -PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS- Y COMISIONES OBRERAS URMR PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DE DROGAS EN AMBITO SINDICAL" COMUNIDAD DE MADRID; CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL MADRID, 1993
- GUIAS: "INTERVENCION SINDICAL EN DROGODEPENDENCIAS" CONFEDERACION SINDICAL DE CC.OO.; PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS; IPSS SEVILLA: CC.OO. ANDALUCIA. SECRETARIA DE SALUD LABORAL Y MEDIO AMBIENTE. DEPARTAMENTO DE DROGODEPENDENCIAS, 2000
- MEMORIAS: "PROGRAMA DE ACTIVIDADES 1999-2000 PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL" CC.OO. ANDALUCIA. DEPARTAMENTO DE DROGODEPENDENCIAS SEVILLA: CC.OO. ANDALUCIA. DEPARTAMENTO DE DROGODEPENDENCIAS, 2000
- DOCUMENTO PDF: "EL ALCOHOL Y EL MAR. CAMPAÑA DE PREVENCION SOBRE EL ALCOHOL" COMISION NACIONAL DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO LABORAL
- GUIA: "MATERIAL BASICO PARA LA FORMACION DE MEDIADORES SINDICALES" CC.OO. CONFEDERACION SINDICAL DE COMISIONES OBRERAS. SECRETARIA DE SALUD LABORAL Y MEDIO AMBIENTE. DEPARTAMENTO CONFEDERAL DE DROGODEPENDENCIAS

SECTORES

Algunos estudios específicos, así como recomendaciones de la OIT

- INFORME: "LA ACTITUD DE LAS EMPRESAS ESPAÑOLAS ANTE EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS"
 CONFEDERACION SINDICAL DE CC.OO.
 MADRID: CONFEDERACION SINDICAL DE CC.OO., 1992
- LIBRO: "DROGAS Y ALCOHOL EN EL AMBITO LABORAL"
 CAMPBELL, D. Y GRAHAM, M.
 ARGENTINA: TRES TIEMPOS S.R.L., 1991
 1º EDICION: 1988
- FOLLETO: "LUGARES DE TRABAJO LIBRES DE DROGAS"
 MELERO, J.C. Y ORTIZ, M.A.
 BILBAO: EDEX KOLEKTIBOA, 1997
- LIBRO: "TRATAMIENTO DE CUESTIONES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL Y LAS DROGAS EN EL LUGAR DE TRABAJO."
 REPERTORIO DE RECOMENDACIONES PRACTICAS DE LA OIT
 OFICINA INTERNACIONAL DE TRABAJO. OIT
 GINEBRA: OFICINA INTERNACIONAL DE TRABAJO, 1996
- MANUAL: "ALCOHOLISMO Y OTRAS DROGODEPENDENCIAS EN LOS CENTROS DE TRABAJO. MANUAL PARA DELEGADOS Y DELEGADAS SINDICALES"
 AREA DE DROGODEPENDENCIAS. SECRETARIA DE POLITICA SOCIAL.UGT ANDALUCIA
 SEVILLA: UGT-ANDALUCIA. SECRETSRIA DE POLITICA SOCIAL, 1999

CONDUCTAS ADICTIVAS

- LIBRO: "SOCIOLOGIA Y CAUSAS DEL ALCOHOLISMO"
 ARBOLES, J.
 BARCELONA: EDICIONS BELLETERRA, 1995
 1º EDICION: SEPTIEMBRE 1995

EFFECTOS Y PATOLOGIAS

- LIBRO: "APORTES DE LA ETICA Y EL DERECHO AL ESTUDIO DEL SIDA"
FUENZALIDA PUELMA, H.; LINARES PARADA, A.M.; SERRANO LAVERTU, D.
WASHINGTON: OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1991

TRATAMIENTO

- LIBRO: "ACTUALIZACION DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO"
AIZPIRI DIAZ, J. Y MARCO FRIAS, J.F.
BARCELONA: MASSON, 1996

SUSTANCIAS

- LIBRO: "VISION GLOBAL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL DOCUMENTO DE INFORMACION Y REFLEXION"
COORDINADORA DE ONGS QUE INTERVIENEN EN DROGODEPENDENCIAS
MADRID: COORDINADORA DE ONGS QUE INTERVIENEN EN DROGODEPENDENCIAS, 1998
SERIE: CUADERNOS DE INFORMACION, Nº 5

ASPECTOS GENERALES

- GUIA: "ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. GUIA INFORMATIVA"
SANCHEZ PARDO, L. Y DULANTO ANGULO, C.
MADRID: FAD, 1998

EPIDEMIOLOGIA

En los últimos diez años ha habido una profusión de los estudios relacionados con el alcoholismo y otras drogas y adicciones en el ámbito laboral, en nuestro país. Estos trabajos han ido afinando en algunos de los elementos que conforman esta disciplina.

- MANUAL: "PROBLEMAS DE ALCOHOL EN EL AMBITO LABORAL"
 RODRIGUEZ-MARTOS, A.
 MADRID: FAD, 1998
- MEMORIA: "LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL DE ANDALUCIA. MEMORIA DE INVESTIGACION"
 EQUIPO DE INVESTIGACION SOCIOLOGICA. EDIS
 SEVILLA: COMISIONADO PARA LA DROGA.CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES. JUNTA DE
 ANDALUCIA, 1999
- INFORMES: "LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL DE ANDALUCIA"
 EDIS
 SEVILLA:JUNTA DE ANDALUCIA.CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCILES.COMISIONADO PARA LA
 DROGA, 1998
- LIBRO: "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MEDIO LABORAL DE LA COMUNIDAD VALENCIA-
 NA"
 NAVARRO J.; MEGIAS, E.; GOMEZ, E.
 MADRID: GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL, DIRECCION GENERAL
 DE DROGODEPENDENCIAS Y FAD, 1999
- LIBRO: "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL, 1996"
 EDIS
 MADRID: FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION, 1996
- LIBRO: "LA INCIDENCIA DE LAS DROGAS EN EL MUNDO LABORAL EN LA COMUNIDAD DE
 MADRID"
 NAVARRO BOTELLA, J. Y GOMEZ GONZALEZ, E.
 MADRID: CAUCE EDITORIAL.COMUNIDAD DE MADRID.AGENCIA ANTIDROGA, 1998

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

- LIBRO: "EL DESPIDO POR EMBRIAGUEZ Y TOXICOMANIA"
 CISCART BEA, N.
 BARCELONA:BOSH,CASA EDITORIAL S.A., 1998
- ARTICULO: "LA ACTITUD DE LAS EMPRESAS ESPAÑOLAS ANTE EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS"
 DIAZ M., ESCALONA M., RODRIGUEZ, C.
 COMUNIDAD Y DROGAS Nº 12 AÑO 1989. PG. 23-50

- INFORME: "EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA SOCIO - LABORAL EN LA EMPRESA"
COMISION DE REHABILITACION DE ALCOHOLISMO. FACTORIA DE ENDASA
BILBAO: VII CONGRESO NACIONAL DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS, 1978
- INFORME: " INFORME OFICIOSO DE LA PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL SECTOR PRIVADO ANTE LOS PROBLEMAS DE DROGAS EN LA COMUNIDAD LABORAL"
SEVILLA, 1993

MEMORIAS DE ACTIVIDADES

- MEMORIAS: "DROGAS. PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS. MEMORIA 1992"
COMISIONADO PARA LA DROGA
SEVILLA: JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LA DROGA, 1992

TRABAJO Y EMPLEO

- MONOGRAFIA: "DROGAS & TRABAJO: BUSCANDO SOLUCIONES"
COMITE CIENTIFICO MAPFRE MEDICINA
MADRID: FUNDACION MAPFRE MEDICINA, 1993
REVISTA MAPFRE MEDICINA. VOL. 4 SUPLEMENTO III 1993
- GUIA: "ESTRES LABORAL"
DEL HOYO DELGADO, M^º.A.
MADRID: INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, 1997
SERIE: DOCUMENTOS DIVULGATIVOS
- LIBRO: "PSICOSOCIOLOGIA DEL TRABAJO"
VARIOS
BARCELONA: INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO, 1995
- GUIAS: "GUIA DEL DELEGADO Y DELEGADA DE PREVENCION"
BOIX, P.; UBERTI-BONA, V.; GADEA, R.
MADRID: INSTITUTO SINDICAL DE TRABAJO, AMBIENTE Y SALUD (ISTAS), 2000
EDICION: 2^º REVISADA, 1999

- > INFORMES: "SUBSTANCE ABUSE AND THE WORKPLACE: CURRENT STATE OF RESEARCH AND FUTURE NEEDS (ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL LUGAR DE TRABAJO: ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACION Y NECESIDADES FUTURAS)"
 CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE
 CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE, 1997
 REPORT PREPARED FOR THE INTERNATIONAL LABOUR OFFICE BY THE CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE, DECEMBER 1997
 Preparado en castellano por Francisco J. Pardo, Departamento Confederal de Drogodependencias de CC.OO., Febrero, 2000

REINSERCIÓN

- > GUIA: "GUIA PARA LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE DROGODEPENDIENTES"
 SANCHEZ DELGADO, F.M.
 VALLADOLID: CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL.JUNTA DE CASTILLA Y LEON, 1999

PATRONES DE CONSUMO

- > ARTICULO: "LA INCIDENCIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO LABORAL"
 NAVARRO J.
 MADRID: UGT, 1987
 COMUNIDAD Y DROGAS Nº 7 MARZO 1988

SANIDAD

- > LIBRO: "MEDICINA DEL TRABAJO"
 MARTI MERCADEL J.A., DESOILLE H.
 BARCELONA:MASSON S.A., 1993
 1ª EDICION: MARZO 1986
 1ª REIMPRESION: SEPTIEMBRE 1990
 2ª EDICION: FEBRERO 1993

- MANUALES: "MANUAL PARA PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD LABORAL"
SANCHEZ PARDO, L.
MADRID: FUNDACION MAPFRE MEDICINA; FAD, 1996
- "PSICOLOGIA Y SALUD LABORAL"
REVISTA: PAPELES DEL PSICOLOGO. Nº 65 AÑO 1996

ASPECTOS GENERALES

- GUIAS: "LAS DROGODEPENDENCIAS Y EL ALCOHOLISMO EN EL TRABAJO"
MONTES, J. (COORDINADOR)
CC.OO. ANDALUCIA. SECRETARIA DE SALUD LABORAL Y MEDIO AMBIENTE. DEPARTAMENTO DE DROGODEPENDENCIAS
- GUIAS: "+ INFORMACIÓN – RIESGOS"
EDEX-MELERO, J.C. Y PÉREZ ARROSPIDE, J.A.
MINISTERIO DEL INTERIOR, DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, SECRETARÍA GENERAL TECNICA, 2001

FACTORES DE RIESGO

Este apartado debe de complementarse con el de epidemiología, ya que en varios de los estudios epidemiológicos se analizan los factores de riesgo y de protección, así como con los estudios que sobre población general se están editando recientemente.

- CAPITULO-LIBRO: "FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACION LABORAL"
NAVARRO BOTELLA, J.
PONENCIA DEL VI ENCUENTRO NACIONAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y SU ENFOQUE COMUNITARIO (3,4,5, DE NOVIEMBRE DE 1999)

VIDEOS

- "LUGARES DE TRABAJO LIBRES DE DROGAS"
 EDITA: GOBIERNO VASCO
 TIEMPO: 20'
- "LAS DROGAS Y EL TRABAJO"
 EDITA: JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LAS DROGA
 TIEMPO: 20'
- "Y TU,¿QUÉ TIPO DE PILAS TE PONES?"
 EDITA: CC.OO. SECRETARIA ACCION SINDICAL. COMISION CONFEDERAL DE DROGODEPEN-
 DENCIAS
 TIEMPO: 20'
- "SOBRE LAS DROGAS Y EL TRABAJO"
 EDITA: CC.OO. - FOREM - A.
- "MATERIAL BASICO PARA LA FORMACION DE MEDIADORES SINDICALES EN DROGODEPEN-
 DENCIAS"
 EDITA: CC.OO.
- "EL ALCOHOL Y EL MAR"
 EDITA: COMISION NACIONAL DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS
 EN EL AMBITO LABORAL
- "ALCOHOL Y LUGAR DE TRABAJO"
 EDITA: SECRETARIA DE ACCION SOCIAL. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES UGT-PV
- "ABRE LOS OJOS: ÁMBITO LABORAL"
 EDITA: EMA-RTV, ONDA LOCAL DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES, COMISIO-
 NADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS. JUNTA DE ANDALUCÍA.



Fondo Social Europeo



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL



 drogadicciones.cibs@juntadeandalucia.es

teléfono informativo: 900 84 50 40



JUNTA DE ANDALUCÍA