



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y DEL TRABAJO
DE SORIA

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO FIN DE GRADO

**Prevención de alcohol y tabaco en el
ámbito laboral español: evolución y
reflexión**

Presentado por Garazi Aguirreurreta Brea

Tutelado por: José Ángel de Miguel Pérez

Soria, junio 2022

CET

FACULTAD de CIENCIAS EMPRESARIALES y del TRABAJO de SORIA

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objeto analizar la regulación del consumo de tabaco y alcohol en las empresas españolas, estudiando en primer lugar la evolución histórica para comprender el contexto actual. De esta manera, se expone la entrevista realizada a D. Josean Fernández, licenciado en el Máster de Prevención y Drogodependencia, que ofrece una visión real y actual de dos empresas españolas. Posteriormente, se realiza un análisis de la legislación española del siglo XXI, haciendo especial mención al artículo 54.f) del Estatuto de los Trabajadores. Se plantea así el carácter preventivo, proteccionista o sancionador de la legislación española.

***Palabras clave:* alcohol, tabaco, adicción, drogodependencia, prevención.**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1	1
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	1
1.2 OBJETIVOS	1
1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	2
1.4 METODOLOGÍA	3
CAPÍTULO 2	3
2.1 PLAN DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y TABACO EN LA EMPRESA	3
2.1.1 ANÁLISIS HISTÓRICO	3
2.1.2 CONTEXTO	5
2.1.3 ELABORACIÓN DE UN PLAN DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y TABACO EN LAS EMPRESAS ESPAÑOLAS	7
CAPÍTULO 3	13
3.1 LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA	13
3.1.1 NIVEL NACIONAL	13
3.1.1.1 Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008	14
3.1.1.2 Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016	14
3.1.1.3 Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012	15
3.1.1.4 Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016	15
3.1.1.5 Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024	15
3.1.1.6 Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020	16
3.1.2 NIVEL AUTONÓMICO	16
3.1.2.1 Castilla y León	16
3.1.2.2 País Vasco	18
3.1.3 DESPIDO DISCIPLINARIO POR TOXICOMANÍA O EMBRIAGUEZ HABITUAL	23
CAPÍTULO 4	25
4.1 CONCLUSIONES	25
CAPÍTULO 5	28
5.1 BIBLIOGRAFÍA	28
CAPÍTULO 6	31
ANEXO I: Encuesta del 24 de noviembre.	31
ANEXO II: Entrevista del 7 de diciembre.	32

CAPÍTULO 1

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Este Trabajo de Fin de Grado certifica los conocimientos adquiridos durante la carrera de Relaciones Laborales y Recursos Humanos cuyo atractivo surge tras cursar la materia de Prevención de Riesgos Laborales.

El consumo de drogas es un hábito que lleva presente en nuestra sociedad desde tiempos remotos pese a los perjuicios que supone para la salud. No obstante, los hábitos de consumo y su percepción han ido cambiando con el paso del tiempo desechando la imagen del consumidor marginal, joven y delincuente para dar paso a un fenómeno social que engloba a la totalidad de la sociedad.

Por otro lado, se conoce la gran variedad de drogas que podemos encontrar, diferenciándose éstas entre las legales y las ilegales. Será ese primer grupo, centrándose en el alcohol y tabaco, la que se estudie en este trabajo con motivo de su fácil disponibilidad y uso permitido por parte de la legislación española.

El menoscabo que supone el uso de dichas sustancias por parte de la sociedad tiene directa repercusión en la población trabajadora, desencadenando múltiples problemas que van desde una pérdida de productividad hasta accidentes laborales y enfermedades. No debemos olvidar que los recursos humanos son el activo más importante con el que cuenta cualquier empresa y, es por ello que cobra importancia la necesidad de elaborar una política dirigida a la prevención de consumo de alcohol y drogas en el medio laboral.

Pese a que la prevención es una disciplina relativamente reciente en nuestro país y ha prosperado considerablemente en las últimas décadas, los conocimientos son insuficientes; más aún cuando de este tema se trata. Es decir, la disciplina ha evolucionado hasta llegar a advertir sus carencias.

1.2 OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es evaluar las políticas dirigidas a la prevención del consumo de alcohol y tabaco en las empresas además de analizar los problemas asociados a esta conducta.

Desglosando los objetivos de este trabajo, el primero de ellos es el análisis de los planes de prevención puestas en marcha en las empresas. Desde el inicio de la relación laboral, el empresario debe asegurar la salud y seguridad del trabajador en su puesto, a la vez que el trabajador debe desempeñar sus funciones con la mayor profesionalidad.

En segundo lugar, apoyándonos en la legislación, se estudiará la realidad de protocolos, planes y leyes elaborados a fin de determinar si persiguen la prevención del riesgo o protección de la salud de los trabajadores, además del análisis de las consecuencias a causa de la ausencia de matices a contemplar.

Habiendo estudiado lo previo, se concluirá con una crítica a dichos planes y protocolos seguido de un elenco de consideraciones a tener en cuenta por parte de éstas.

1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Desde el inicio de este análisis, se ha partido de la afirmación acerca del daño que provoca la ingesta de drogas para la salud de cualquier individuo; sin embargo, para poder comprender en profundidad sus efectos y repercusiones se debe analizar qué se considera salud.

Salud se refiere al *“estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”* y *“conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”* (Real Academia Española, s.f., definición 1 y 2). Dicha definición se centra tan sólo en aspectos fisiológicos. Asimismo, la explicación se puede completar alegando que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Organización Mundial de la Salud, 1948). Al igual que en la definición que ofrece la Real Academia Española, en esta también encontramos la mención al bienestar físico aunque abarca otros factores brindando una explicación más detallada.

De esta manera, se pueden resaltar cuatro factores que, conjuntamente, conforman el significado de salud. La primera de ellas es, sin lugar a duda, el factor biológico el cual se centra en lo referente al envejecimiento celular. De igual manera, existe otro factor que depende de las decisiones individuales en torno al estilo de vida. Sin embargo, existen dos factores que no dependen del individuo, como son el medio ambiente, en el que podemos incluir el medio laboral, y la atención sanitaria.

No obstante, en las anotaciones que hacen la RAE y la OMS acerca de la salud dejan entrever la posibilidad de daño o perturbación en la salud, es decir, la existencia de enfermedades. La **enfermedad** se define como *“Alteración más o menos grave de la salud”* y *“Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual”* (Real Academia Española, s.f., definición 1 y 2). A diferencia de la definición ofrecida en salud, en esta ocasión, además del daño físico también se tienen en cuenta los daños psicológicos y morales. Quiriendo perfeccionar el término, se entiende como enfermedad la *“Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”* (Organización Mundial de la Salud), de lo que se concluye que la enfermedad es un proceso paulatino.

Paralelamente, y en lo que se refiere a este trabajo, dicha alteración de la salud puede ser provocada a causa de la ingesta de alcohol y tabaco, clasificadas como **drogas**. De esta manera, *“Droga es toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo.”* (Organización Mundial de la Salud).

Analizando más en profundidad la definición, podemos observar la variedad de drogas que existen; incluyendo los medicamentos, alcohol y tabaco, incluso drogas ilegales. Además, ligando los conceptos previamente definidos, referencia a los múltiples perjuicios que pueden causar, haciendo mención a la generación de otra enfermedad, como es la dependencia.

Se define la **dependencia** como “*Disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales*” (Organización Mundial de la Salud). Centrando el concepto al consumo de alcohol y tabaco, se puede definir la dependencia como la incapacidad del individuo para dejar de ingerir sustancias pese al perjuicio que le causa. Es un problema donde interfieren múltiples factores que deriva en la desestructuración social.

1.4 METODOLOGÍA

Este juicio se ha elaborado mediante un proceso de investigación y análisis de textos legislativos junto con documentos oficiales emitidos por diversas organizaciones.

En primer lugar, han sido analizados numerosos artículos extraídos de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales y el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, como principal fuente. Asimismo, dichas normas han sido completadas con la Ley 3/1994, de 29 de marzo 1994 y la Ley 1/2016, de 7 de abril en relación con la competencia autonómica de Castilla y León y el País Vasco.

Por otro lado, siguiendo una metodología cualitativa, se incluye una entrevista al terapeuta D. Josean Fernández licenciado en el Máster en Prevención y Drogodependencia realizado en la ciudad de San Sebastián durante el primer cuatrimestre del curso académico 2021-2022. Tras un primer contacto vía electrónica con el profesional, se realizó una indagación inicial mediante un cuestionario. Sin embargo, a causa de la escasez de la información obtenida, fue necesaria una segunda cita, presencial en este caso, donde se ahondó acerca de la materia gracias a una entrevista en profundidad.

Finalmente, las fuentes anteriormente citadas han sido completadas con una selección y análisis bibliográfico de documentos electrónicos y publicaciones que abarcaran el tema.

CAPÍTULO 2

2.1 PLAN DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y TABACO EN LA EMPRESA

2.1.1 ANÁLISIS HISTÓRICO

La historia de la prevención de riesgos laborales en nuestro país se remonta a inicios del siglo XX en el contexto de la Revolución Industrial, pese a que la elaboración de políticas se pospuso hasta la llegada de la democracia. No fue hasta el año 1978 cuando se constituyó el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) a causa del elevado número de accidentes de trabajo.

Sin embargo, cuando hablamos de la evolución histórica que ha supuesto el fenómeno de las adicciones de drogas en nuestra sociedad, el recorrido es aún menor. A fin de estudiar su desarrollo hasta el día de hoy, se presenta un resumen de la historia, estructurado en cuatro etapas.

Los años ochenta

En España partimos de un modelo tradicional de consumo donde se percibía de forma natural y común la ingesta de alcohol y tabaco por parte de los hombres adultos, pese al impacto que causaba. Pero es en esta década de los ochenta donde se produce un gran cambio en la sociedad a causa de la entrada de otras sustancias no legales que, más tarde, empezaron a ser consumidas por otros colectivos como las mujeres y los jóvenes. Es decir, se produjo un cambio en el modelo de consumo y uso de éstas.

Fue este el hecho causante de la elaboración de las primeras políticas de drogas por parte de las autoridades públicas, aunque cabe destacar el gran desconocimiento sobre la drogodependencia por parte de los profesionales.

El primer Plan Nacional sobre Drogas data del año 1985, gestado en el Congreso de los Diputados. Dicho plan se caracteriza por su carácter asistencial, es decir, que era una medida de ayuda una vez manifestada la situación de necesidad. Incluso podemos tachar este plan como inespecífico ya que su objetivo era mejorar las condiciones de vida de la sociedad y evitar la marginalidad. A pesar de ello, se trataron algunos conceptos que a día de hoy se mantienen, como es la coordinación tanto de municipios como de entidades, la participación ciudadana y la promoción de la salud. Con el propósito de llevar adelante el plan, los esfuerzos se centraron en la elaboración de servicios de información en entornos escolares y comunitarios.

Los años noventa

Gracias a la creación de la red de asistencia que se gestó en la década anterior, los profesionales, donde podemos destacar el papel de los psicólogos, comenzaron a desarrollar conocimientos en torno al nuevo fenómeno. De esta manera, se crearon servicios específicos de prevención conformados por una multitud de profesionales de diferentes campos con el fin de mejorar los planes preventivos. Su evolución estuvo condicionada por la influencia de Estados Unidos donde ya estaban en marcha varios programas de prevención; aunque, en nuestro país también se apostó por la investigación del fenómeno pese a que fue mínimo.

Con la intención de mejorar los criterios de elaboración de prevención, el Plan Nacional de Drogas creó una Ponencia Técnica donde enumeró unos “Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias”. En la teoría resultaba una iniciativa adecuada, aunque dejó ver una vez más la falta de conocimientos por parte de los profesionales cuando se analizaron los criterios. Entre ellos se destaca el deber de adecuar los planes de prevención a las necesidades de cada colectivo.

En contraposición, la puesta en marcha de estas iniciativas despertó el interés de muchos profesionales. Muestra de ello es la impartición del Máster sobre Drogodependencia en varias universidades españolas; incluso la prevención de drogas se extendió a otros ámbitos como el laboral.

Los 2000

Gracias a las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas que realizó el Observatorio Español sobre Drogas en los años 1995, 1997 y 1999 se observó el aumento de consumo de alcohol en la sociedad, desvelando que aproximadamente la mitad de los ciudadanos

consumían con frecuencia semanal, superando el 14% aquellos que consumían diariamente.

En este contexto, en el año 1999 se creó la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, mejorando una vez más las medidas y técnicas aplicadas en las décadas anteriores. Es una etapa donde la promoción de la salud es considerada insuficiente y la aplicación de políticas de prevención de drogas juega un papel primordial. Una vez más, la investigación de los profesionales se vuelca en la mejora de métodos y conceptos aunque la falta de evaluación de los planes deja entrever las carencias del saber.

Actualidad

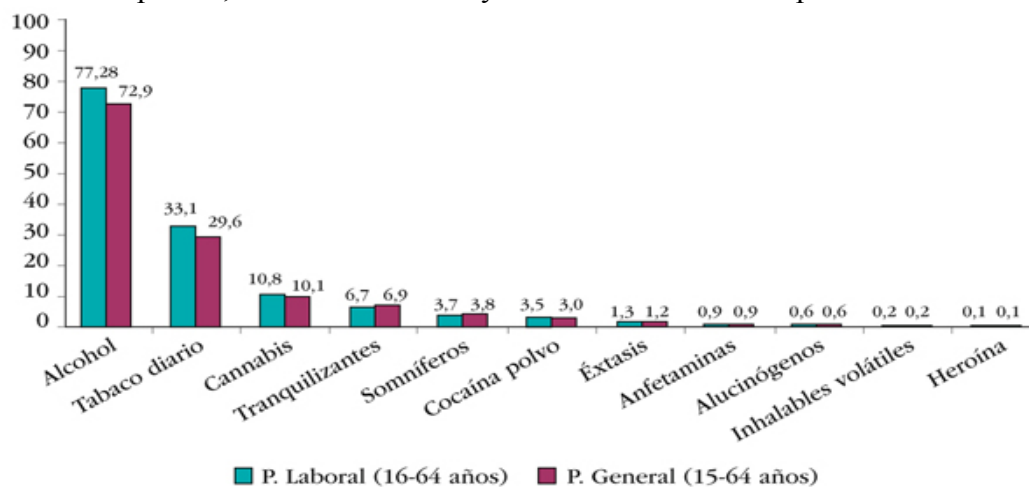
No es ningún misterio que, en pleno siglo XXI, el consumo de drogas en la sociedad española siga siendo un problema que causa multitud de perjuicios en el ámbito social y laboral, entre otros muchos. Mientras que las políticas dirigidas al control de consumo o prevención de alcohol han seguido cambiando y evolucionando paulatinamente, las políticas públicas se han topado con la riña contra el tabaquismo. A pesar de ello, cabe resaltar la inexistencia de normativa acerca de las adicciones en la empresa por parte de la Unión Europea.

En el ámbito nacional debemos prestar atención a la Ley 31/1995, del 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales pese a no contar con regulación acerca del alcohol y tabaco como riesgos laborales.

Sin embargo, es de destacar la redacción y aprobación de la Ley 28/2005 elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo que, más adelante será analizada, donde se recogen las medidas de prevención frente al tabaquismo con objeto de regular la venta y lugar de consumo. Es decir, existe regulación en torno al control de venta de sustancias, pero éstas no son consideradas un factor de riesgo laboral.

2.1.2 CONTEXTO

Las encuestas domiciliarias elaboradas anualmente por parte del Observatorio Español sobre Drogas han desvelado la elevada prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la sociedad española, siendo ésta aún mayor cuando se analiza la población activa.



Fuente: Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. EDADES. Observatorio Español sobre Drogas.

Una vez analizados los datos recogidos en las encuestas, se representa de forma visual la prevalencia de consumo de la población general y la población activa del país, plasmando en el eje de abscisas la variedad de drogas y en el eje de ordenadas el porcentaje de la población que las consume. Centrándonos en las dos drogas que nos conciernen, en ambos casos, observamos que el consumo de la columna azul, representante de la población laboral, es mayor que la población general.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2019/2020

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2	40,9	39,4
Alcohol	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6	75,2	77,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En esta ocasión, atendemos a la evolución del consumo de alcohol y tabaco en un periodo de 24 años, desvelando una disminución del consumo de tabaco con respecto al año 1997, mientras que la prevalencia de consumo de alcohol se ha visto incrementada en dicho periodo de tiempo.

Partiendo del hecho de que un 93% de la población activa ha consumido en alguna ocasión bebidas alcohólicas, el 12% consumen a niveles que resultan perjudiciales para la salud. Por si fuera poco, aproximadamente el 7% de los encuestados confiesan haber experimentado alguna vivencia negativa bajo los efectos del alcohol en el ámbito laboral, destacando los accidentes laborales, absentismo y despidos. Tanto es así que se presume el absentismo laboral de 2 a 3 veces mayor en aquellos trabajadores consumidores con respecto a empleados con hábitos más saludables. Además, se estima una media de 45 días laborales perdidos¹ por aquellos trabajadores consumidores.

En cuanto al tabaco, el 93% de la población activa confiesa haber fumado en alguna ocasión de su vida, siendo la prevalencia de consumo en el año 2019 del 77,2% en dicho colectivo.

Es frecuente encontrarse con un antiguo dato de la OIT en la que se indica que uno de cada cuatro accidentes de trabajo están causados por la ingesta de alcohol. Sin embargo, se carece de estudios e informes oficiales actuales que estudien el impacto del consumo de alcohol en los accidentes laborales.

Por este motivo, acudiendo a otras fuentes de información, se estima que “*en España se producen al año unas 20.000 muertes relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. Y aproximadamente el 15% de las personas que acuden a una consulta en atención primaria presentan un consumo de alcohol considerado de riesgo*”, asegura Francisco Pascual, presidente de Socidrogalcohol². Aunque este dato se refiere a la población española en su conjunto, sin focalizar en el colectivo de trabajadores, los datos resultan desalentadores.

¹(2018). *El 5% de los trabajadores consume alcohol de forma irresponsable en el ámbito laboral*. TeleMadrid.

² M. (2020). *El alcohol es responsable anualmente de más del doble de muertes que las causadas por COVID-19*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

Por otro lado, tal y como ocurre con los accidentes de trabajo, es complicado cuantificar los costes que supone a la empresa los actos y procesos de rehabilitación de un trabajador con problemas de dependencia. De hecho, conforme a lo dispuesto según la OIT, el 10% de los trabajadores padecen de adicciones y motivan el 80% de los problemas de personal³.

Según un estudio realizado en Barcelona⁴, las consecuencias económicas del consumo de alcohol en una organización se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Coste sanitario: gastos del tratamiento de los accidentes laborales asociados a la ingesta de alcohol.
- Costes no sanitarios: subsidio económico del trabajador en situación de baja laboral y pérdida de productividad del trabajador derivado del consumo.

Con todo ello, la importancia de la elaboración de estas encuestas domiciliarias nos permite conocer el consumo de drogas en la población, a fin de estudiar los riesgos para la salud que conlleva. En el caso del alcohol, los efectos depresores que ocasiona van desde la relajación y desinhibición hasta el sueño, amnesia y la muerte en los casos más graves. De forma análoga ocurre con el tabaco, droga clasificada como estimulante por su componente de nicotina, cuyos efectos más leves pueden ser la euforia y la sensación de bienestar pudiendo derivar éstas en la disminución del sueño y apetito. De tal forma que, mientras el alcohol ralentiza el funcionamiento cerebral, el tabaco logra acelerarla.

Esto no quiere decir que cualquier persona que consuma dichas sustancias sufra los síntomas mencionados, ya que el cuerpo humano tolera en ciertas cantidades multitud de tóxicos. En el caso del alcohol, la tolerancia es media, al igual que ocurre con la nicotina. No obstante, junto con la tolerancia se debe analizar la elevada dependencia tanto física como psíquica que ocasionan estas dos sustancias.

Asimismo, el consumo también puede derivar en más de 200 enfermedades y trastornos⁵, tales como la cirrosis hepáticas, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Además, cabe la posibilidad de desarrollar una adicción, en este caso con sustancias, donde se da una relación entre la persona, la sustancia, la conducta y el entorno socio-laboral. Es cierto que en la actualidad el problema es aceptado por las organizaciones empresariales, incluso la OMS declara la drogodependencia como una enfermedad y recomienda aplicar un plan de actuación en caso de que se materialice la contingencia. No obstante, es ese matiz de voluntariedad la que diferencia la adicción de otras enfermedades, ya que su tratamiento es aconsejable y no de carácter obligatorio.

Pero, tal y como se recoge en el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el empresario tiene la obligación de vigilar la salud de sus trabajadores, diciendo así: *“El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo”*.

³ (2018). *Hasta un 30% de los accidentes laborales están relacionados con el consumo de drogas y alcohol*. EUROPA PRESS.

⁴ RIBAS.E., PORTELLA.E., RIDAO.M., CARRILLO.E., CAMACHO.C. (1999). *Los costes derivados del consumo de alcohol para el sistema productivo de España*. ADICCIONES.

⁵ ALONSO.S. (2021). *Prevenir el consumo de alcohol desde el ámbito laboral es posible*. MC Mutual.

Desde el punto de vista empresarial, el factor de riesgo sigue siendo el consumo de sustancias en la que no se tienen en cuenta las causas laborales que pueden motivar su ingesta. Pero, son varios los estudios que demuestran que los factores de trabajo también pueden afectar al desarrollo de una adicción.

De esta manera, Cox⁶ estudió los efectos que tienen los trabajos repetitivos en la salud física y psicológica de los empleados ya que cuentan con una escasa variedad de tareas en la que no se incentiva el desarrollo de las habilidades. Este tipo de puestos de trabajo están relacionados con el aburrimiento, ansiedad y depresión, los cuales perjudican la salud mental. Pero a mayores, observó que también pueden materializarse trastornos en el sistema digestivo y cambios conductuales como el consumo de tabaco y alcohol.

Igualmente, Shields⁷ analizó la relación entre las largas jornadas laborales y los cambios en las conductas de salud. Para ello, estudió a 3.830 personas de entre 25 y 54 años que trabajaban 35 horas a la semana. Tras 2 años de investigación, se observó un incremento de peso y consumo de tabaco en los hombres, mientras que en caso de las mujeres se caracterizaba el incremento del consumo del alcohol.

Sin embargo, la adicción es un problema social multifactorial; destacando entre ellos los factores biológicos (edad, sexo, genética, etc.), psicológicos (autoestima, estabilidad emocional, madurez afectiva-emocional, conductas impulsivas, etc.) y sociales. Debemos diferenciar dentro de los factores sociales los siguientes:

- **Factores microsociales.** Se incluyen factores que pueden influir en la conducta de la persona dentro de un grupo. Entre ellos encontramos la familia, los iguales, y el entorno cercano, entre otros.
- **Factores macrosociales.** Son los factores que afectan a una sociedad o grupo de masas. En este grupo se encuentra la disponibilidad a la droga, presión social y las condiciones laborales. Dentro de este último grupo se debe prestar atención al sector de actividad, categoría ocupacional y jornada laboral.

Por tanto, nos encontramos en una situación de contraposición donde los empresarios deben velar por la salud de los empleados pero no existe obligatoriedad de elaborar un plan de prevención de drogas pese a los perjuicios que causa a la persona que consume y a su entorno familiar, social y laboral. De esta manera, a pesar de no existir regulación concreta acerca del alcohol y tabaco, si un trabajador consume, puede generar un riesgo y se deben aplicar los artículo 14 y 15 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y aplicar medidas preventivas ante el riesgo. Sin olvidar que, tal y como se recoge en el artículo 22.1 de la LPRL, acerca de las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos, *“Corresponde a cada trabajador velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas de prevención que en cada caso sean adoptadas, por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario”*.

⁶ (2010). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general*. INSST. p.44

⁷ (2010). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general*. INSST. p.54

2.1.3 ELABORACIÓN DE UN PLAN DE PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y TABACO EN LAS EMPRESAS ESPAÑOLAS

No debemos olvidar que el objetivo de un programa de actuación frente al consumo de alcohol y tabaco es la mejora de la salud de los trabajadores, lo que a nivel laboral se materializa en un aumento de la productividad empresarial.

En este contexto donde se destaca la voluntariedad de elaboración y aplicación de dichos protocolos, se ha perseguido el análisis de plantillas elaboradas por parte de los principales sindicatos de la península y mutuas. En el ámbito laboral el consumo reúne características comunes en cuanto a causas y efectos, y es por ello que estas guías básicas cuentan con rasgos comunes pese a sus características diferenciadoras. Remarcar que todos estos protocolos son un modelo de guía adaptable a cada organización, cuya elaboración fue motivada dada la idoneidad del espacio de aplicación; es decir, el lugar de trabajo.

La primera característica en común a destacar es la necesidad de relacionar la prevención de drogas con la cultura empresarial. Aunque los avances en la prevención de drogas han sido notorios en los últimos años, las empresas, como reflejo de la sociedad en la que vivimos, no están exentas de dicha problemática y es por ello que se considera fundamental incorporar actitudes saludables en el ámbito laboral.

Tras la lectura de dichas guías, se puede extraer como objetivo principal de todas ellas la reducción y/o prevención de casos de adicción, buscando la sensibilización de los miembros de la empresa. La finalidad primera consiste en aportar información objetiva y suficiente a los trabajadores para lograr una educación y adoctrinamiento de éstos.

Sin embargo, y ligado con este primer propósito, encontramos un elenco de objetivos secundarios que varían según el carácter de cada organización. Aquellos que tienen la reducción de casos de adicción como pilar principal, apuestan por la búsqueda de mejora de la salud de los empleados, además de implantar acciones de intervención precoz para evitar los consumos abusivos. Por otro lado, las empresas que persiguen una mejora en la marcha de su actividad, priorizan objetivos como la mejora de la productividad y calidad de trabajo focalizando el esfuerzo en el progreso de las relaciones laborales, así como la prevención en la accidentalidad laboral.

Una vez marcados los objetivos, se dispone a la elaboración del plan en la que se pueden diferenciar 4 fases.

1. **Valoración.** Antes de cualquier acción es fundamental hacer un estudio previo acerca de la situación de la que se parte; es decir, hacer un estudio preliminar de la problemática. Entre otras, se deben revisar las políticas que se están aplicando y verificar la información y formación con la que cuenta el personal. Asimismo, por parte de algún protocolo, se destaca la necesidad de estudiar la existencia de colectivos de riesgo dentro de la plantilla, para que en caso de que existan, focalizar las acciones hacia ellos. En otros términos, además de evaluar la actitud empresarial se deben identificar los puestos de trabajo de riesgo.

Una vez estudiada la situación actual, la empresa se debe preguntar cuáles son las necesidades para, a continuación, poder ordenar las prioridades de actuación.

2. **Discusión y diseño.** La redacción del plan es una tarea que conlleva el esfuerzo y colaboración de múltiples miembros. Tanto es así que el protocolo de

intervención elaborado por parte del sindicato UGT considera necesario la creación de la *Comisión Técnica de Prevención de Drogodependencias y Adicciones*. Por otra parte, encontramos otra alternativa planteada por CCOO en la que se apuesta por la labor del Comité de Seguridad y Salud para redactar el protocolo.

Son diversas las tareas que se realizan en esta segunda fase, pudiendo destacar la asignación de responsables, implantación de medidas de conducta, protección de la confidencialidad de los trabajadores, instauración de los procedimientos de actuación y el calendario de implantación.

Pero para que el borrador tenga validez y pueda ser incorporado a la política empresarial debe ser aprobado. Por regla general, la decisión de implantación o abolición del plan recae en manos de la dirección empresarial junto con el comité de empresa. Sin embargo, existen quienes consideran necesario el consenso de los representantes sindicales. Es decir, la decisión de implantación no sólo recae en la alta dirección sino que los propios trabajadores tienen la opción de velar y promover la salud en el trabajo.

3. Ejecución. Para el desarrollo de un plan eficaz es necesario fijar los niveles de actuación, las cuales han resultado ser comunes en las guías estudiadas, aunque con matices en cada fase.

a. Prevención. Se puede definir la prevención como las estrategias que tienen como objetivo reducir los casos de adicción promoviendo la salud. En este primer nivel todos tienen como factor común la divulgación de información, considerándolo un elemento clave, al igual que en cualquier otro programa preventivo. Más concretamente, la información que se debe facilitar trata sobre el consumo, sus consecuencias y riesgos en el ámbito laboral; así como hacer accesible a toda la plantilla la normativa interna y el nuevo procedimiento de actuación.

Igualmente, de la mano de la información, es vital la labor de formación; donde las guías sindicales han estado de acuerdo para dividirla en dos niveles. Se cree necesario diferenciar la formación de mandos intermedios y representantes de los trabajadores con el objetivo de detectar indicadores de consumos abusivos y orientar a los trabajadores hacia los mecanismos de asistencia; para, en segundo lugar, informar a los trabajadores acerca de los dispositivos de ayuda que existen.

Además, se dan matices como es la prevención en la fuente donde se persigue la reducción de la oferta y demanda de conductas adictivas; es decir, eliminar la venta y consumo de sustancias en el entorno de trabajo.

b. Asistencia. Una vez detectados los casos de consumo y adicción se debe proceder al tratamiento que mejor se adapte con vistas a que el trabajador pueda mantener su puesto de trabajo. Por regla general, se derivará al trabajador al centro especializado en adicciones.

c. Rehabilitación. El objetivo principal de este último nivel es conseguir que la persona se reincorpore a su actividad laboral tras su tratamiento. Pese a que en la mayoría de ocasiones se recomienda la derivación del

trabajador a centros especializados, el protocolo de UGT detalla que es imprescindible que los tratamientos cuenten con 3 fases: desintoxicación, deshabitación y reinserción.

Es en esta última fase donde inciden todas las guías en la necesidad de realizar Análisis de Puestos de Trabajo (APT). Una vez el trabajador tenga el alta, se reincorporará al puesto de trabajo que se considere conveniente a ojos del servicio médico; sin olvidar la posibilidad de no reincorporación a causa de las condiciones de trabajo. Como carácter diferenciador podemos destacar la iniciativa de la guía de CCOO donde se menciona la necesidad de crear un equipo coordinador del plan conformado por el empresario, trabajadores y técnicos especialistas, quienes evaluarán la reincorporación del trabajador al puesto.

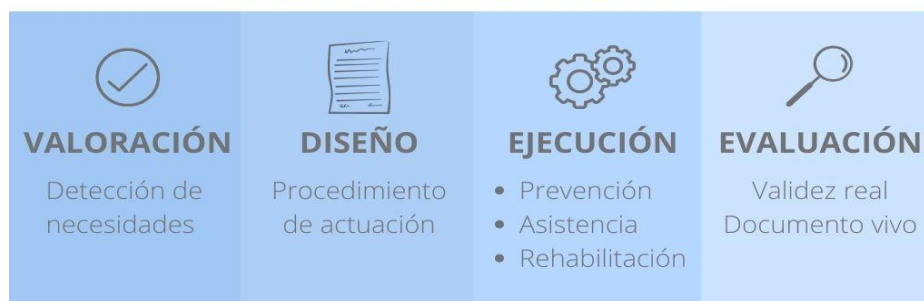
4. **La evaluación y mejora.** En la última fase de la aplicación del plan es fundamental realizar una evaluación a fin de conocer la validez de ésta. Aunque es un elemento común en todas las guías, se proponen varias maneras de llevar a cabo la evaluación.

Por una parte, se plantea la posibilidad de analizar el protocolo tanto durante como después de su puesta en marcha. Para ello, se debe realizar un análisis de situación del punto de partida, y evaluar el proceso con el objeto de estudiar el desarrollo de las estrategias.

De otra manera, cabe la opción de evaluar el plan de forma individual (centrándose en los trabajadores que hayan participado en el programa) o colectiva (estudiando periódicamente la salud y otros indicadores de los trabajadores).

Sin embargo, es fundamental evaluar el plan ya que permite introducir mejoras y modificaciones a fin de adaptarlo a las necesidades que se han detectado en la fase 1: valoración.

Elaboración del Plan de Prevención



Fuente: elaboración propia

Tal y como se ha previsto, las propuestas de protocolos cuentan con principios comunes para todos, donde juega un papel esencial la protección de la confidencialidad de los trabajadores. El desarrollo de un protocolo de tal envergadura supone salvaguardar la esfera privada de los trabajadores, limitando la información a las personas que participen en el plan, sobre todo en relación a las pruebas que se lleven a cabo, tal y como ocurre con los reconocimientos médicos. Y no puede ser de otra manera, que dichas pruebas gocen de carácter voluntario, pese a la controversia que existe acerca de la práctica de controles de detección de consumo.

Por otro lado, cabe señalar la importancia que delega el protocolo de UGT al principio de voluntariedad, donde presenta una señal de diferenciación y plantea otro recurso de actuación. Se trata de una vía de comunicación entre el enfermo, su familia y la empresa, la cual sólo se podrá iniciar con la autorización del trabajador. Además, con esta iniciativa, da a entender que el consumo de drogas o la adicción debe ser tratada como una enfermedad, y por ello, estar reconocida en los Convenios Colectivos.

Sin embargo, todo lo anterior no se cumplirá si el plan no está integrado en la política de salud de la empresa, la cual debe ser accesible y aplicable para cada estrato laboral. Asimismo, debe gozar de carácter global en el que participen todos los agentes del entorno.

En pocas palabras, para llevar a cabo una buena gestión de prevención de drogas en la empresa se debe elaborar un plan consensuado por parte de todos los estratos laborales, plasmarlo por escrito y hacerlo parte del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de manera real.

Pese a elaborar planes de prevención y su rediseño, no existe una organización concreta en la que reunir los grupos implicados e interesados en ellas. Ciertamente es que los profesionales que intervienen, están directamente ligados a la salud; destacando entre ellos administraciones sanitarias, profesionales de la medicina y asociaciones relacionadas con las adicciones.

Con el objetivo de estudiar un Plan de Prevención de Drogas real y compararlos con los textos sin valor normativo (planes, recomendaciones, etc.), así como conocer los efectos y consecuencias de su aplicación, se ha contactado con D. Josean Fernández Sánchez, pensionista, que además de contar con un Máster en Prevención de Conductas Adictivas y Drogodependencia, es presidente y fundador de AERGI, Asociación de Alcohólicos y Adictos en Rehabilitación Gipuzkoa. Para la recopilación de datos para dicha investigación descriptiva se ha realizado una encuesta y entrevista, recogidas en los ANEXOS I y II.

La motivación del estudio acerca de las conductas adictivas nació en el terapeuta por el deseo de dar respuesta a múltiples preguntas que se planteaba a raíz de conocer su adicción al tabaco y al alcohol. De esta manera, comenzó estudiando cursos que ofrecía la Universidad de Valencia logrando la titulación de *Técnico de Tratamiento en Alcoholismo y Mediador Social en Alcoholismo y Drogodependencia*. Sin embargo, su motivación por conocer en profundidad la enfermedad lo impulsó a licenciarse en el Máster en Prevención de Conductas Adictivas y Drogodependencia, aunque en la actualidad las ganas de saber e investigar sobre el tema persisten en él.

Tras conocer el proceso psíquico y neurobiológico que engloba una adicción, observó una necesidad en su entorno. En Gipuzkoa existían dos tipos de tratamiento de adicciones: unas encaminadas a procesos intuitivos, en la que podemos destacar el papel de Alcohólicos Anónimos; y otra alternativa, ofrecida por comunidades terapéuticas que se rigen por procesos de internamiento, pudiendo señalar a Proyecto Hombre. En dicho contexto, el terapeuta decidió crear AERGI, “ *una comunidad para tratamiento de adicciones hecho por y para adictos* ” (J.Fernández Sánchez, comunicación personal, 7 de diciembre de 2021). Gracias a los conocimientos técnicos que había desarrollado, fue capaz de crear un método de trabajo destinado a ofrecer un proceso abierto pero intenso con el objetivo de dar respuesta a las preguntas que se hacían los demás. Es de destacar, que su trabajo además de ayudar a muchas personas ha sido reconocido, pasando a formar parte de la comunidad científica de Socidrogalcohol.

Además de celebrar las numerosas reuniones de rehabilitación, el experto tuvo tiempo para elaborar un Plan de Prevención de Drogas para el ámbito laboral. Alega que al cursar el Máster y asistir a las clases de Alcoholismo en el Medio Laboral despertó su curiosidad por analizar el entorno de trabajo.

Una vez AERGI comenzó su actividad, el terapeuta observó que entre sus asistentes destacaba un elevado número de trabajadores de GUREAK, empresa dedicada a servicios integrales cuya plantilla está conformada por trabajadores con discapacidades físicas y/o psíquicas. De esta manera, gracias a la participación de los técnicos de prevención y miembros del departamento de Recursos Humanos de dicha organización, Josean comenzó con la elaboración del Plan.

La actividad principal del Plan se fundamenta en el proceso de formación dirigida a cada componente de la empresa que, además de dar a conocer aspectos técnicos, también tiene como finalidad sensibilizar y desestigmatizar la enfermedad. Entre los pasos a seguir, D. Josean Fernández destaca el reparto de folletos en las taquillas y la implantación de carteles informativos en el centro de trabajo que propicie un ambiente donde dialogar sobre las adicciones. El trato de la adicción como una enfermedad más hace que su política de actuación se aborde desde la perspectiva de la salud y con carácter participativo de todos los estratos laborales. De esta manera, es imprescindible contar con la opinión de los trabajadores. Asimismo, dicha iniciativa se ve complementada por la impartición de encuestas sobre hábitos tóxicos, asegurando en todo momento la privacidad de los trabajadores. El acceso de esta información a los profesionales les permitirá identificar las personas con hábitos tóxicos y evaluar la situación para posteriormente concertar una entrevista personal a fin de asesorar a la persona. Es así como un profesional puede derivar a un trabajador a tratamientos de rehabilitación.

A pesar de un largo año de trabajo donde se fueron matizando los planes de actuación y proyectos de formación, el Plan no fue aceptado por el Comité de Trabajadores sin haber obtenido mayor explicación acerca de su rechazo.

De forma semejante ocurrió en la empresa Arcelor Mittal, productor siderúrgico y minero con presencia en dos pequeños pueblos de Gipuzkoa, como son Bergara y Zumarraga. Dichos centros urbanos se destacan por su carácter rural donde la presencia de esta empresa dota de trabajo a los ciudadanos, creando un ambiente familiar y cercano en el ámbito laboral. En esta ocasión, fue el Departamento de Recursos Humanos, más concretamente el Servicio Médico de la empresa, quien se puso en contacto con Josean para la propuesta de elaboración de un Plan. Su aplicación comenzó

por la instrucción de los altos mandos de la empresa, destacando la presencia del director general. Sin embargo, las dificultades surgieron cuando el plan se propuso a los mandos intermedios, los cuales median entre los trabajadores base y la alta dirección y se mostraron reticentes a la ejecución del plan alegando la intromisión en la intimidad de los trabajadores. Una vez más, tras la negativa del Comité de Empresa, el plan quedó paralizado.

Tras dos intentos de puesta en marcha del plan, el terapeuta alega que no ha tirado la toalla y que ha seguido insistiendo en otras organizaciones como Michelin aunque, sin obtener resultados favorables. Persiste su motivación en lograr dar con una empresa donde enseñar qué es una adicción, cómo afecta y qué rendimientos puede obtener una organización que cuenta con trabajadores adictos rehabilitados.

Gracias a los estudios que cursó el profesional previamente mencionados, se pueden detectar puntos en común con las propuestas de planes que se han analizado en dicho capítulo. La primera característica a nombrar es la condición global del plan, la cual siempre está dirigida a la totalidad de la plantilla, puesto que un mismo puesto de trabajo puede afectar de diferentes maneras a dos personas distintas. Un ejemplo de ello puede ser el trabajo de producción, la cual puede ser desempeñada por un trabajador de forma amena, mientras que la misma labor puede generar altos niveles de estrés para otro trabajador. En el tema que nos concierne, cabe la posibilidad que ese segundo trabajador se haga valer del alcohol o nicotina para liberar su tensión, pudiendo o no derivar su ingesta en la adicción, ya que desarrollar una drogodependencia es sólo uno de los riesgos de consumir drogas.

Asimismo, la información es la herramienta por la que apuestan tanto los protocolos como el plan de actuación del experto, siendo esta segunda más concreta con la utilización de folletos y carteles además de sesiones informativas.

Lo mismo ocurre con los planes de detección precoz, iniciativa que apoyan todas las organizaciones y en la puesta en práctica se opta por el reparto de encuestas. Ligado a ello, D. Josean Fernández menciona la práctica de test de consumo en el centro de trabajo, al igual que él los realiza de forma aleatoria y puntual en AERGI. Señala que llevar a cabo dichas pruebas no tiene que ser motivo de violación de privacidad siempre que se proteja la privacidad del usuario tal y como ocurre en los reconocimientos médicos.

Sin embargo, en el análisis teórico que se ha hecho sobre la propuesta de planes, muchas de las organizaciones apostaban por el papel y trabajo del Comité de Trabajo a la hora de estudiar su validez y redacción. En la práctica, en cambio, se han mostrado dos ejemplos donde dicho órgano representativo de los trabajadores ha paralizado el proyecto. Tras la falta de explicaciones al respecto, el entrevistado da a conocer su opinión acerca del temor de los trabajadores a ser juzgados y pudiendo ser despedidos.

CAPÍTULO 3

3.1 LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

En este apartado se estudian las medidas y estrategias adoptadas por la legislación española, país donde se desarrolla el trabajo, que velan por la seguridad y salud de los ciudadanos. Asimismo, su estudio se focalizará en dos comunidades autónomas como son Castilla y León y el País Vasco siendo ambas pioneras, junto con Cataluña, en la redacción de protocolos de prevención en drogas. El análisis irá de lo más general (nivel nacional) a lo más específico (nivel autonómico) a fin de estudiar las instituciones que toman parte en dichas estrategias y el enfoque que cada una ofrece.

3.1.1 NIVEL NACIONAL

El Gobierno Español comenzó con su actividad contra las drogas en el año 1985; año en el que se elaboró el primer *Plan Nacional Sobre Drogas* (PNSD) en un contexto donde el consumo de la heroína representaba uno de los mayores problemas sanitarios, sociales y de seguridad. Es este el motivo por el que multitud de Ministerios participaron en su elaboración, pudiendo destacar el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Asuntos Exteriores, Ministerio de Educación y Ciencia, y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Es decir, el problema de las drogas es multifactorial y es necesaria la coordinación de múltiples agentes para intervenir de manera eficaz. Además, podemos destacar la creación de dos órganos específicos:

- Grupo Interministerial del Plan Nacional sobre Drogas cuya función principal se centra en la coordinación de la actuación de los departamentos del estado.
- Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas cuyo cometido es armonizar las actuaciones a nivel nacional y autonómico.

3.1.1.1 Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

Con posterioridad a la redacción del PNSD de 1985 y un largo proceso de investigación y estudio acerca de las drogas y adicciones, se crea la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 en la que se destaca el carácter preventivo como pilar de sus acciones.

Nos encontramos en un contexto donde el consumo de heroína que se mencionaba anteriormente se redujo, no ocurriendo lo mismo con los problemas sanitarios y sociales dado que el consumo de alcohol se vio incrementado; tanto es así que la prevalencia de consumo de alcohol de la población activa en el año 1995 era del 68,5% llegando a ser del 78,1% en el año 2001⁸. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurrió con la heroína décadas antes, el aumento del consumo de alcohol no supuso una alarma social dado su arraigo cultural y poca percepción del riesgo hacia su consumo, que en muchas ocasiones se da de forma recreativa. Así lo muestran las encuestas sobre alcohol y drogas en España que se realizan con periodicidad anual donde se confirma que alrededor del 40% de los consumidores de alcohol lo hacen porque les resulta divertido y les agrada la sensación de su efecto.

⁸ INFORME 2021 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

Dicha coyuntura obligó a la Estrategia marcarse como objetivo principal el control sobre el fenómeno de la drogodependencia persiguiendo la sensibilización de la población acerca de los daños asociados al consumo. De esta manera, uno de los proyectos que se quiso poner en marcha giraba en torno a la educación de jóvenes y niños a fin de que contarán con herramientas que les permitieran la buena toma de decisiones para su salud.

3.1.1.2 Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

Esta estrategia tiene como propósito proteger los derechos de las personas afectadas por las drogas, ofreciendo una solución real y eficaz, y es por ello que busca garantizar la asistencia sanitaria mediante la terapia. Pero para saber a qué situación hacía frente se hicieron Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España donde se mostraba un descenso del consumo de tabaco y situación estable del consumo de alcohol desde la aplicación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. En el caso del tabaco, la prevalencia de consumo anual en el año 2001 alcanzaba el 46%, cifra que se redujo hasta los 42,8% al llegar al año 2009.

3.1.1.3 Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012

Un plan constituye una iniciativa política que define el marco de futuras actuaciones, un conjunto de medidas de coordinación, planificación y acción, para un periodo de tiempo determinado y sometido a un posterior sistema de evaluación (Arenilla, 2000).

Se trata de una herramienta que persigue alcanzar los objetivos marcados en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y que a su vez se hace valer de los resultados obtenidos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Se trata de un instrumento accesible para todas las personas adictas o que consumen a fin de mejorar la calidad de la atención recibida.

A su vez, y dando continuidad a las iniciativas anteriormente citadas, dicho plan mantiene las acciones formativas de los jóvenes para dotarlos de capacidades personales que hagan mejorar su salud y, a su vez, retrase la edad de inicio de contacto con las drogas. Se destaca la pronta edad de inicio de consumo la cual se agudiza en el caso de los hombres. Atendiendo al informe de alcohol, tabaco y drogas que presenta el Ministerio de Salud de España se observa la leve o nula efectividad de dicho plan.

Evolución de la edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas en la población 15-64 años. España, 1995-2019/2020

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4	16,6	16,6
Alcohol	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6	16,6	16,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

3.1.1.4 Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016

Dicho plan se engloba dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 previamente citada. Como toda acción cuenta con un listado de propuestas de acciones que se fijan en función de los objetivos, los cuales podemos clasificar como:

1. Reducir la demanda. Para ello se fijaron objetivos como la promoción de una conciencia social que hiciera aumentar las habilidades de la resistencia a las drogas y así conseguir retrasar la edad de inicio de consumo.
2. Mejora del conocimiento básico. Se debe partir del análisis de la situación de partida la cual se estudió mediante encuestas; para, a partir de ahí, seguir investigando en la materia y evaluar los programas aplicados hasta el momento.
3. Mejorar y ampliar la formación de los profesionales del campo.

3.1.1.5 Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024

Dicha estrategia atiende además de la lucha contra el consumo de drogas institucionalizadas, el procedimiento contra conductas adictivas. En un contexto de preocupación social por el creciente consumo patológico de alcohol por parte de menores y jóvenes, se destaca la facilidad de acceso a la sustancia por parte de la población, así como la baja percepción del riesgo que puede causar su consumo.

De esta manera, la estrategia se fija como el principal objetivo el atraso de la edad de inicio de consumo de sustancias, a la vez que incluye otras actividades como el uso de internet. Ligado a ello, se fija como meta la disminución de la presencia y consumo de sustancias con potencial adictivo.

3.1.1.6 Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020

El Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020 pretende definir la marcha de actuación de la estrategia descrita en el apartado anterior. A diferencia de planes más antiguos, ésta introduce nuevos enfoques como son las adicciones conductuales. Para llevar a cabo los objetivos fijados y perseguir la búsqueda de una sociedad más saludable se marca las siguientes áreas de actuación:

1. Prevención y reducción del riesgo.
2. Atención integral y multidisciplinar.
3. Reducción de daños.
4. Incorporación social.
5. Reducción y control de la oferta.
6. Revisión normativa.
7. Cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional.

3.1.2 NIVEL AUTONÓMICO

En este apartado, persiguiendo un estudio más concreto, se presenta el análisis de las políticas de prevención de drogas adoptadas por las comunidades autónomas, asumiendo la competencia que el Estado de Autonomía les otorga en materia de sanidad. La autonomía administrativa que es otorgada a las Comunidades Autónomas les permite plantear y resolver sus problemas, en este caso sanitario y social, con mayor

efectividad. De esta manera se compara la visión y actuación de Castilla y León y el País Vasco.

Dichas comunidades autónomas han sido seleccionadas por varias razones. La primera de ellas consiste en la localización de la elaboración del trabajo, la cual se ubica en la provincia de Soria. Por otro lado, las grandes diferencias demográficas, geográficas, industriales y culturales de ambas comunidades son motivo de interés para comparar los puntos en común y disparidades entre los planes. Además, ambas comunidades presentan tasas de consumo de bebidas alcohólicas superiores a la media nacional. Finalmente, la accesibilidad de los planes y personal involucrado en el tema que concierne en ambas comunidades ha facilitado su estudio.

3.1.2.1 Castilla y León

Castilla y León representa una de las comunidades más extensas de la península española, la cual agrupa a nueve provincias. Sin embargo, demográficamente representa el 5,04% de toda la población española, y con tendencia declive, sobre todo en áreas rurales y pequeñas ciudades. Se caracteriza por una población envejecida, baja natalidad y una tasa de mortalidad representativa a la media española. Es decir, la población castellano leonesa cuenta con una esperanza de vida mayor que la media nacional.

Atendiendo a las características económicas, Castilla y León destina gran parte de sus recursos a la explotación del sector primario, haciendo uso de la extensa superficie agrícola con la que cuenta. De este modo, en la actualidad, su actividad representa el 15% de la producción agrícola española. Sin embargo, la industria más desarrollada se centra en una pequeña zona del territorio, como es Valladolid, Palencia, Burgos, Miranda de Ebro y Aranda de Duero. Además, en las últimas décadas, el sector terciario ha ido cogiendo peso, aprovechando el valor histórico, cultural, natural y gastronómico de la zona.

En dicho ámbito autonómico, pronto comenzó la preocupación acerca de la problemática de la drogodependencia, de manera que se redactó la Ley 3/1994, de 29 de marzo de 1994 *Normas reguladoras de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León*. Se trata de una norma compuesta por cincuenta y cinco artículos la cual se modificó con la Ley 3/2007, de 7 de marzo. Pese a que la redacción de la ley contempla todas las drogas, presta mayor atención a las institucionalizadas marcándose como uno de los objetivos la regulación y coordinación de actuación en la prevención de drogodependencias. Asimismo, desde su primera redacción contempla la asistencia de terceras personas afectadas por las adicciones, posición que se refuerza con la posterior reforma de la norma.

Aunque la prevención es uno de los principios rectores de dicha ley, Castilla y León antepone otras líneas de actuación como son la incorporación social de adictos, la reducción de daños y la intervención asistencial.

Entre los principales objetivos que se marca, la comunidad autónoma dirige sus esfuerzos en evitar el acceso y consumo de las drogas, es decir, persigue la reducción de la oferta. Así nos lo muestra en su artículo 5.1 “*Reducir la presencia, promoción, venta y niveles de consumo de drogas*”. Aunque su objetivo se complementa con la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos haciéndose valer de programas y actividades educativos.

Además, es necesario analizar quién es el destinatario de los planes a desarrollar. En este caso, la difusión se dirige al ámbito comunitario haciendo especial hincapié en sectores concretos de la población, en concreto, al colectivo juvenil según marca el artículo 7. De igual modo, considera a este colectivo como una población de intervención primaria cuando se trata de jóvenes con percepción favorable al consumo.

Asimismo, dicha norma considera la prevención de la drogodependencia como una tarea social colectiva, lo que hace que la Administración Pública no sea la única responsable de su planificación, colaborando con entidades privadas y servicios específicos. Entre ellas, debemos señalar la labor de los servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales gracias a los cuales se ofrecen programas asistenciales individualizados mediante un régimen ambulatorio. Asimismo, busca impulsar acciones en el ámbito laboral.

En cuanto a los recursos económicos, sin los cuales la aplicación del plan no sería posible, se destaca en el Título VII su financiación. Tal y como se indica, la dotación anual para el desarrollo de estos planes es el 0,35% del Presupuesto de Ingresos de la Comunidad de Castilla y León, posicionándolo en uno de los más bajos. De su mano, también se puede destacar la insuficiencia de personal para el desarrollo de planes aunque su evolución es progresiva.

En lo que concierne a este trabajo, la norma de Castilla y León, en su séptimo artículo muestra un carácter activo en la actuación frente al control de programas tendientes a reducir el consumo de drogas. De esta manera, promueve la elaboración de programas preventivos en el ámbito laboral, señalando así en su artículo 7.1.e) *“La realización de programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral, especialmente dirigidos a las principales drogas institucionalizadas y a sectores de producción con alta prevalencia de consumo de drogas, así como a otros en los que su uso pueda poner en peligro la vida de terceras personas”*. Dicha cita se complementa con el artículo 12 acerca de la propuesta de medidas generales en la que se señala la elaboración de programas por parte de sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comités de prevención de riesgos laborales. Asimismo, impulsa a dichos órganos representantes a proteger al trabajador reservando su puesto de trabajo durante el proceso de rehabilitación.

Por lo pronto, dichas medidas representan el control de demanda a través de medidas preventivas, las cuales se complementan con medidas de control para la reducción de la oferta recogidas en el Título III. Dicho título se conforma de 4 capítulos en los que brinda importancia a las drogas institucionalizadas. Entre sus múltiples artículos, es de destacar el 23.4.a) acerca de la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas en los centros de trabajo, ya sean éstas públicas o privadas, salvo que el consumo se realice en lugares expresamente habilitados. Sin embargo, a fin de analizar qué medidas se toman frente al consumo de tabaco, encontramos la derivación a la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Dicha ley incorporó al ordenamiento español la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003 tras el análisis de la problemática de salud y la alta tasa de fallecimientos a causa del tabaquismo.

En este caso, al igual que en las medidas de control de la demanda, se prohíbe fumar en los centros de trabajo públicos y privados salvo en los espacios al aire libre. Sin embargo, en el título cuarto acerca de las medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica, la

Administración Pública promueve el desarrollo de dichos planes en los centros de trabajo además de otros entornos.

Por último, cabe destacar las sanciones a las que debe hacer frente cualquier ciudadano que infrinja dicha norma. El hecho de consumir o fumar de forma excepcional en el centro de trabajo da lugar a una infracción leve tanto para la persona que consume como para el titular del centro. Sin embargo, consumir en tres ocasiones en el centro de trabajo en un plazo de 6 meses, hará que la infracción se convierta en grave. Estas infracciones serán sancionadas con multas económicas que, en caso de infracciones leves pueden variar entre 30 y 600 euros, pudiendo alcanzar los 10.000 euros en caso de infracciones graves.

3.1.2.2 País Vasco

El País Vasco es una pequeña comunidad autónoma limitada por el mar Cantábrico y Francia. A pesar de ello, engloba 3 provincias con alta tasa demográfica, llegando a conformar una área metropolitana en caso de Bilbao y San Sebastián. Su elevada tasa demográfica se debe en gran medida a las oleadas de inmigración que tuvieron lugar el pasado siglo a causa de la revolución industrial. Sin embargo, es una de las zonas donde menor tasa de natalidad se da, provocando una recesión demográfica.

Económicamente, se trata de una de las regiones más dinámicas de España donde la industria juega un papel fundamental. A pesar de ello, el sustento económico de muchas ciudades vascas se da gracias al turismo, es decir, el sector terciario.

Al igual que se explicaba en el caso de Castilla y León, en esta comunidad autónoma también se aprecia una gran preocupación por tal complejo fenómeno social. De esta manera, junto con Cataluña, en el País Vasco se redactó una de las leyes pioneras en la materia; en concreto, la Ley 15/1988, de 11 de noviembre sobre la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias, la cual ha servido para asentar las bases de las siguientes leyes hasta llegar a la actualidad. Tras una década, con la intención de mejorar la norma, se redactó la Ley 18/1998, de 25 de junio sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias donde se incorporaron las directrices del acuerdo del 30 de junio de 1994 de la Comisión sobre las Drogodependencias del Parlamento Vasco.

Posteriormente, con objeto de incorporar las exigencias de la OMS acerca del consumo de tabaco, la ley sufrió una reforma, dando así lugar a la Ley 1/2011 del 3 de febrero. Finalmente, dicha norma fue modificada y dio paso a la Ley 1/2016, de 7 de abril, sobre la atención integral de adicciones y drogodependencias en el País Vasco, con vigencia en la actualidad, compuesta por 97 artículos.

En esta última modificación se destaca como objetivo principal la promoción de la salud disponiendo de planes en materia de adicciones, haciendo especial hincapié tanto en las drogas como en las adicciones comportamentales (juego patológico y conductas excesivas en el uso de las tecnologías). Asimismo, entre sus objetivos, coincide con la ley castellano leonesa en la protección de terceras personas afectadas.

Aunque el fomento de la salud sea el principal objetivo, encontramos un elenco de metas en su quinto artículo, pudiendo destacar el facilitar la inclusión de las personas adictas, retrasar la edad de inicio de consumo, corregir los comportamientos de la

población y ser capaces de responder a los nuevos patrones de consumo. Es decir, podemos destacar un carácter preventivo en cuanto a sus principios.

En cuanto a la prevención, al tratarse de una materia tan amplia y dirigida a la sociedad en su conjunto, se trabaja en el capítulo segundo dicha materia desde 10 ámbitos diferentes:

1. Ámbito familiar
2. Ámbito comunitario
3. Ámbito educativo
4. Ámbito de las personas menores de edad y la juventud en situación de alto riesgo.
5. Prevención en el medio laboral
6. Medidas de prevención en el ámbito laboral
7. Ámbito de los medios de comunicación social.
8. Ámbito del deporte, ocio y tiempo libre.
9. Ámbito del medio ambiente y urbanístico.
10. Ámbito judicial, penitenciario y de seguridad.

Asumiendo la temática que implica a este trabajo, cabe señalar los puntos 5 y 6 que tratan acerca del ámbito laboral en la que se impulsan los acuerdos entre empresas y sindicatos para integrar medidas preventivas. De igual manera, en dichos acuerdos también se deben negociar sobre las potestades disciplinarias del empresario, la conservación del empleo y la reserva del puesto de trabajo cuando se inicie un proceso de rehabilitación.

El objetivo de la prevención en el medio laboral consiste en ofrecer entornos laborales saludables y hacerse valer de ese entorno como herramienta para la deshabitación del consumo. Para ello, se explican múltiples medidas de prevención en función de su carácter general o específico en caso de dirigirse a un colectivo de trabajadores en situación de riesgo. Se destacan entre las medidas generales la elaboración de protocolos y guías de salud así como planes de detección precoz y prevención de adicciones.

Gracias a la segmentación de los colectivos por ámbitos, podemos considerar que el plan está dirigido a la totalidad de la población ya que cualquier persona puede ser incluida en uno o varios grupos. Mientras que la atención que ofrece la norma tiene carácter particular en caso de colectivos especialmente vulnerables.

Pero para poder ofrecer dicha atención especializada es necesario que cuente por la investigación acerca de la enfermedad. Por ello, se recoge en el artículo 62 la creación y la labor del Observatorio sobre Adicciones como órgano de apoyo y asistencia a fin de estudiar la problemática y promover la investigación con base científica. Es de señalar a su vez la creación del DAK (Centro Coordinador de Drogodependencias - Droga Arazo Koordinakundea) en el año 1981, centro que se creó con el propósito de dar solución a la falta de experiencia, recursos y asistencia en el mundo de las adicciones a sustancias. Es considerado un órgano pionero a nivel estatal que además aportó una visión multidisciplinar en el tratamiento de la problemática.

En cuanto a los criterios de actuación, la Comunidad Autónoma de Euskadi apuesta por una asistencia individualizada de las personas afectadas haciéndose valer de recursos asistenciales extrahospitalarios, sistemas de hospitalización parcial y atención a

domicilio con objeto de evitar la hospitalización. Aunque también se harán valer de recursos comunitarios y sociales a fin de ofrecer una asistencia integral que asegure la continuidad del proceso.

Asimismo, en su artículo 56 hace mención a la colaboración con entidades privadas que ofrezcan programas de desintoxicación y deshabituación, que guarda relación con el artículo 78 sobre las entidades privadas sin ánimo de lucro: “*Las entidades e instituciones sin ánimo de lucro que colaboren con las administraciones públicas en materia de adicciones serán consideradas y reconocidas (...)*”. Encontramos un claro ejemplo en la asociación de AERGI, la cual mantiene una estrecha relación con el departamento de Salud Mental y gracias a su colaboración se facilita la continuidad del proceso terapéutico del paciente.

Quiriendo controlar el consumo de bebidas alcohólicas, el artículo 33 recoge la prohibición del consumo a algunos trabajadores:

- a) *Personas que conducen vehículos de servicio público.*
- b) *Personal de los centros sanitarios, sociales o educativos, públicos o privados.*
- c) *Miembros de cuerpos armados y demás profesionales que, por el desempeño de sus funciones, porten armas de fuego.*
- d) *Personal que trabaje con personas menores de edad.*
- e) *En general, todas aquellas cuya actividad, de realizarse bajo influencia de bebidas alcohólicas, pudiera poner en riesgo o causar un daño contra su vida o integridad física o las de terceras personas.*

Es de destacar que el País Vasco es el las pocas Comunidades Autónomas, junto con Galicia, Aragón y Valencia, que considera la prohibición de trabajar bajo los efectos de la influencia del alcohol .

En cuanto al tabaco, en consonancia a la norma previamente mencionada, Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco; se prohíbe fumar en todo centro de trabajo, ya sea ésta de carácter público o privado, con la excepción de los espacios al aire libre.

Para cerrar el estudio de esta ley, es preciso mencionar las infracciones y sanciones que recoge el título séptimo, en la que se reconoce la responsabilidad civil y penal, entre otras, ante la omisión de la ley. De esta manera, en el artículo 86 se clasifican los hechos de infracción leve, grave o muy grave. No obstante, en lo que atañe a consumos en el ámbito laboral, fumar o la toma de bebidas alcohólicas representa una infracción leve cuya responsabilidad podrá imputarse tanto a la persona que cometa la infracción como a la persona que hubiera infringido el deber de vigilancia o titular del centro. Asimismo, incurrir en 3 infracciones leves en el plazo de un año dará lugar a una infracción grave.

La sanción a la que se expone un trabajador que consume en el centro de trabajo de forma aislada puede tratarse de un apercibimiento o una multa económica de hasta 30 euros, pudiendo incrementarse ésta hasta los 600 euros en caso de ser un hecho repetitivo. Del mismo modo que, la autoridad competente puede derivar a la persona a la realización de trabajos en beneficio de la comunidad o la inclusión de la persona en programas preventivos de carácter formativo o tratamiento.

	CASTILLA Y LEÓN	PAÍS VASCO
Modificaciones	Ley 3/1994, de 29 de marzo Ley 3/2007, de 7 de marzo	Ley 15/1988, de 11 de noviembre Ley 18/1998, de 25 de junio Ley 1/2011, de 3 de febrero Ley 1/2016, de 7 de abril
Área de intervención	Control de la oferta	Prevención
Planificación	Grupo de trabajo técnico	Centro Coordinador de Drogodependencia (TAK)
Destinatario	Colectivo juvenil	Población general
Recursos económicos	Bajo	Medio
Actuación	Ambulatorio e individualizado Prevención laboral	Individualizado
Infracción leve	Multas económicas	Apercibimiento Multa económica Trabajos en beneficios a la sociedad Programa preventivo

Fuente: elaboración propia

Se puede decir, que las Comunidades Autónomas gracias a las leyes de drogodependencia logran regular de forma explícita la situación de un trabajador adicto y el consumo en el medio laboral, coordinando éstas con la política nacional que, en ocasiones, aborda el fenómeno de forma inespecífica. De igual manera, en el artículo 31.5 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se hace mención a la posibilidad de participar con otros profesionales, herramienta que ha sido utilizada por ambos territorios analizados.

Aunque se trate de planes con muchas características en común, en cada una de ellas se destaca alguna peculiaridad que lo distingue del otro. Este hecho puede deberse a las múltiples modificaciones que ha soportado la norma vasca en comparación a la castellano leonesa, la cual le ha permitido estar a la orden del día en algunos aspectos como es la consideración de las adicciones conductuales.

Por otro lado, a pesar del protagonismo de la acción preventiva en la materia, cada ley enfoca sus esfuerzos a diferentes áreas de actuación, como es el caso de Castilla y León donde cobra importancia el control sobre la oferta de sustancias. De la misma manera que la visión de cada norma es diferente, su público también difiere. En general dichos planes están dirigidos a la generalidad de la población; no obstante, en el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla y León apuesta por formar a la población más joven.

Por otra parte, a primera vista puede parecer que, de manera análoga ocurre con la implantación de infracciones y sus respectivas sanciones. Mientras que coinciden en que un consumo esporádico en el centro de trabajo es un incumplimiento leve de la normativa, la reiteración de este hecho da lugar a una infracción grave, aunque en cada caso las condiciones varían. En el caso del País Vasco consumir en tres ocasiones en el

cómputo anual hace que la infracción pase a ser grave; mientras que en el caso de Castilla y León los tres consumos pueden darse en un periodo de seis meses, que en cómputo anual serían seis consumos dentro del centro de trabajo. Con ello podemos demostrar una mayor preocupación de la legislación vasca en cuanto al consumo y abusos excesivos en el ámbito laboral. Asimismo, las sanciones impuestas en caso de la norma vasca abarcan mayores opciones, pudiendo pasar desde una llamada de atención hasta una iniciativa de acción invitando al afectado a participar en programas preventivos ya que su colaboración se materializa con el consentimiento del trabajador.

3.1.3 DESPIDO DISCIPLINARIO POR TOXICOMANÍA O EMBRIAGUEZ HABITUAL

En un contexto donde el empresario tiene el deber de vigilancia de la salud y seguridad de los trabajadores, la embriaguez habitual y toxicomanía es uno de los motivos de despido disciplinario recogido en el artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores (ET). “*Se considerarán incumplimientos contractuales: (...)*”

f) *La embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo.”*

Aunque dicho artículo puede parecer una contradicción a la legislación preventiva, la embriaguez ya era motivo de despido incluso antes de que este artículo fuera incorporado al marco jurídico, ya que los efectos del consumo estaban ligados a la indisciplina y a la minoración del rendimiento. Sin embargo, mediante la Ley de Jefatura del Estado del 6 de noviembre de 1941, en pleno régimen franquista, la embriaguez habitual se incorporó a la legislación laboral como motivo de despido disciplinario. Esta modificación supuso la incorporación de dos elementos innovadores en comparación al anterior artículo 89 de la Ley de Contrato de Trabajo, como son la habitualidad y la culpabilidad.

Cierto es que el elemento de habitualidad no se recoge en nuestro ordenamiento jurídico como algo específico que se pueda cuantificar en un número de veces. En este caso, corresponde a los tribunales el deber de concretar la noción de habitualidad apostando por la repetición de un número de casos significativos en un periodo de tiempo relativamente corto. Del mismo modo, el consumo debe responder a una situación de gravedad suficiente para motivar el despido; de lo contrario, la sanción será de menor alcance.

Se muestra el caso de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Sala de lo Social de Albacete del 02/12/2021 (Recurso nº1630/2021) donde una vigilante de seguridad de un Centro de Atención Integral a Personas sin Hogar fue despedida motivada por dicho artículo. Tanto en la sentencia como en la carta de despido se enumeran las ocasiones en las que la trabajadora tuvo que ser sustituida por algún compañero a causa de su estado de embriaguez. Más concretamente, fueron 5 los casos en un periodo de tiempo de 11 meses. Asimismo, la entidad demandante hace mención del convenio colectivo nacional donde se recoge como infracción muy grave “*la embriaguez probada y habitual si repercute gravemente en el trabajo*”. De esta manera, probando el concepto de habitualidad al que se refiere el artículo del Estatuto de los Trabajadores, esta trabajadora fue despedida de manera disciplinaria.

Es de señalar que la embriaguez habitual no se refiere al consumo de alcohol sino al efecto del consumo de ésta, dando a entender que no es lo mismo un bebedor habitual

que un estado de embriaguez habitual. Es decir, la finalidad de esta disposición es sancionar los efectos derivados del consumo cuando se rebasa un nivel de tolerancia, la cual difiere en cada individuo. Por tanto, en esta reforma se quiso diferenciar entre la embriaguez habitual, que responde a un recurso de despido; y el alcoholismo, la cual es catalogada como una enfermedad y, a diferencia de la extinción, se podría proceder a una suspensión del contrato mientras tenga lugar su recuperación.

Para ejemplificar este último hecho, acudimos a la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Sala de lo Social de Oviedo (Recurso nº2083/2021) donde se presenta el caso de un camionero con un cuadro clínico de dependencia al alcohol y trastorno del estado de ánimo inducido por éste. Dicho camionero, desde el año 2018 recibió atención médica y seguimiento de salud mental al detectar su dependencia, proceso que llevó a cabo durante un periodo de Incapacidad Temporal (IT) y que agotó su plazo máximo (545 días). Es decir, se consideró la dependencia al alcohol como una enfermedad y pudo suspender su relación laboral para participar en planes de rehabilitación como desintoxicación ambulatoria, hospitalaria o centro terapéutico. Una vez finalizado el plazo de la IT, el trabajador recurrió para obtener una Incapacidad Permanente (IP) ya que se encontraba en una situación de “*apatía, actitud pasiva vital y miedo a conducir*”. Sin embargo, su oposición a asistir a dichos tratamientos o su asistencia bajo los efectos del alcohol a las reuniones de rehabilitación, hizo que el tribunal no le concediera la Incapacidad Permanente.

Siguiendo con el análisis histórico de este artículo, fue en la década de los 60 cuando los términos embriaguez habitual y alcoholismo se equipararon pese a ser considerado el alcoholismo una enfermedad. Posteriormente, en el año 1980, mediante la Ley 8/1980 de 10 de marzo del Estatuto de Trabajadores, al motivo de despido por embriaguez habitual se le incorporó el término de toxicomanía, la cual se mantiene hasta la actualidad y hace referencia al consumo no patológico.

Para materializar el despido, no es suficiente hacer alusión a este artículo en la carta de despido, sino que el empresario o empleador debe justificar el despido con pruebas de incumplimiento. En la mayoría de casos los acontecimientos utilizados para justificar el despido consisten en el requerimiento de atención médica⁹, la necesidad de un compañero para mantener el equilibrio¹⁰ y otros hechos del estilo. Son esos hechos los que el empresario deberá justificar y demostrar en caso de que el trabajador impugne la medida sin que el empleador pueda alegar otros sucesos distintos a los descritos en la carta de despido, tal y como se ha mostrado anteriormente en la STSJ de Albacete de 02/12/2021 (Recurso nº1630/2021).

Ante dicha problemática, son varias las corrientes y opiniones acerca del tema, así como los pronunciamientos de los tribunales. Tal y como hemos podido observar en el análisis de sentencias recientes, algunos tribunales se posicionan a favor del despido disciplinario cuando los hechos están justificados y se demuestran los elementos de habitualidad y culpabilidad. Por otro lado, hay quienes apuestan por la suspensión de la relación laboral a fin de ofrecer al adicto una vía de rehabilitación. En este caso, se conoce que el alcohólico puede padecer una ausencia de conciencia de su enfermedad, lo que le lleva a no aceptar el tratamiento en un inicio. Cuando esto ocurre, la negativa o el rechazo al tratamiento se tiene como una característica más de la enfermedad y no se entenderá la enfermedad como definitiva.

⁹ STSJ Murcia 9 de febrero de 2004 (JUR 92206)

¹⁰ STSJ Comunidad Valenciana 21 marzo 2006 (JUR 255141)

Por otro lado, existe un pensamiento basado en la no culpabilidad del trabajador, fundamentado en la inconsciencia de los actos de los trabajadores alcohólicos. En relación con ello, el consejo de Administración de la Organización Internacional de Trabajo expuso sugerencias para tratar los problemas relacionados con las drogas en el medio laboral. En esta lista de buenas prácticas se considera el alcoholismo un problema de salud laboral ante el cual los empleadores deben ofrecer asesoramiento y rehabilitación a las personas afectadas como medida anticipada al despido. Ello no elude la posibilidad de sancionar a aquellos trabajadores cuya conducta sea indebida.

En este aspecto, también existen diferencias entre las drogas. En concreto, focalizando la temática en el alcohol y tabaco, existen quienes diferencian el consumo de cada una en función del punto de vista médico, y hay quienes equiparan su tratamiento al ser complejo determinar la repercusión negativa en el trabajo y sus efectos. En el caso del alcohol, consumir durante el horario laboral es motivo suficiente para ser sancionado ya que incumple la normativa y provoca una disminución del rendimiento. Pero en el caso del tabaco, fumar antes o después de la jornada laboral no supone un problema para el ámbito laboral.

En la actualidad, dicho artículo sigue en vigor aunque ha sido motivo de propuesta de derogación al tratarse de una medida discordante con el resto de la legislación. La propuesta de abolición se presentó por parte del Partido Popular, iniciativa que tuvo gran acogida y fue apoyada por numerosos sindicatos y mutuas. Sin embargo, los principales sindicatos a nivel estatal, como son UGT y CCOO, no tardaron en dar a conocer su opinión en la que manifestaban la insuficiencia de la medida ya que es posible que la relación contractual se extinga por los demás motivos de despido que se recogen en el mismo artículo 54 y 52 del Estatuto de los Trabajadores.

Sin embargo, el abuso del consumo del alcohol en el medio laboral no es un problema que afecte aisladamente a España, sino que cualquier empresa del mundo puede ser afectada. Así ocurrió en Estados Unidos, donde en el año 2015, uno de cada diez trabajadores confesaban haber sufrido problemas a raíz del consumo de sustancias psicoactivas, de modo que tanto empleadores como empleados tomaron conciencia de la necesidad de aplicación de los Programas de Asistencia al Empleo (PAE).

Los PAE se crearon en la década de los 40 a raíz de la influencia de los programas elaborados por Alcohólicos Anónimos. Su aplicación se difundió hasta llegar a 4.400 organizaciones durante el mandato de Harold Everett Hughes, quien además de impulsarlos creó el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo para solventar el problema.

En la actualidad, la aplicación y elaboración de dichos planes está incluida en la ficha oficio de los trabajadores del Departamento de Recursos Humanos aunque su puesta en marcha es tarea del supervisor del trabajo. Es éste quien debe detectar los bajos rendimientos de los trabajadores y estudiar si se deben o no a un consumo de sustancias. En caso afirmativo, deberá informar al trabajador sobre las consecuencias de su comportamiento y ofrecerle el uso del PAE. Sin embargo, cuando concurren resultados médicos que prueben el consumo, la negativa a participar en el programa dará lugar a consecuencias más graves como el despido o pérdida de privilegios adquiridos a lo largo de la vida laboral. A pesar de ello, se ha demostrado que una conversación inicial es efectiva para lograr un cambio de actitud del trabajador y dar inicio a la aplicación del programa. Además, es de destacar que los programas también han evolucionado adaptándose a la problemática actual incluyendo numerosos tratamientos a mayores de

la búsqueda del bienestar del trabajador, donde destacamos la resolución de problemas en el trabajo, la conciliación de la vida laboral y personal, asesoramiento y apoyo jurídico, etc.

Asimismo, existen en Estados Unidos empresas de desarrollo de tecnologías de prevención cuya finalidad es ofrecer tecnología no invasiva que permita a las organizaciones detectar de forma anticipada posibles problemas de alcohol entre sus empleados¹¹. De esta manera, la prevención está priorizando la reducción de coste de seguros privados, el aumento de medidas de seguridad y la protección de responsabilidades frente a accidentes debido al consumo de alcohol.

En pocas palabras, la comunicación acerca de la existencia y efectividad de los programas ha hecho que en Estados Unidos la prevención de la drogodependencia forme parte de otra actividad más dentro de la empresa.

¹¹ (2022). *La mitad de accidentes industriales involucran alcohol*. Opportimes.

CAPÍTULO 4

4.1 CONCLUSIONES

Se deben recordar los objetivos planteados en este proyecto, siendo el primero de ellos el análisis de la legislación acerca del consumo de alcohol y tabaco en el medio laboral. Tras dicho estudio, cobra importancia relacionar cada una de ellas para extraer conclusiones.

Afrontar el consumo de alcohol y tabaco en las empresas es un reto al que se enfrentan miles de organizaciones a lo largo de todo el mundo. Pese a conocer la alta prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la población activa, se carece de normativa a nivel europeo para prevenir dicho problema. Tan solo encontramos la Ley 28/2005 sobre la prevención frente al tabaquismo redactada en un contexto de elevada tasa de mortalidad a causa de este fenómeno.

A nivel estatal, tras detectar las altas tasas de consumo de sustancias en la sociedad, se inició un periodo de investigación y regulación a fin de frenar el fenómeno. Muestra de ello han sido los Planes de Acción y las Estrategias Nacionales. Podemos decir que durante mucho tiempo, se ha perseguido el objetivo de la reducción del consumo de drogas, la cual ha sido efectiva durante un periodo pero, en la actualidad, resultan insuficientes ya que las tasas de prevalencia en la población activa siguen siendo elevadas en comparación a la población total.

Sin embargo, dichos planes han estado dirigidos a la población en general, sin prestar atención a la población trabajadora. De esta manera, han sido las comunidades autónomas quienes se han encargado de regular su situación. En consecuencia, tras el análisis de dos comunidades autónomas, observamos las diferencias que existen, evidenciando las desigualdades que puede haber entre las 17 comunidades de España.

De esta manera, podemos destacar el carácter más activo del País Vasco en comparación con Castilla y León en cuanto a la actualización de la ley, además de invertir tiempo y recursos económicos a su investigación; aunque ambas cuentan con una estructura muy similar. Tanto es así que, uno y otro detallan las medidas adoptadas para reducir la oferta y demanda de dichas sustancias, su investigación, los órganos de participación y las sanciones. Entre toda esta materia, es de destacar la posibilidad de consumo en los centros de trabajo en las zonas permitidas para ello y la necesidad de una sanción económica cuando el consumo no se hace en dicho perímetro.

Asimismo, estas leyes autonómicas, aunque con sus objetivos, se centran en la imposición de prohibiciones en el ámbito laboral implantando las sanciones correspondientes a cada infracción. Por el contrario, en ninguno de los dos casos se ha observado la necesidad de realización de APT o estudio de adaptación del trabajador al puesto de trabajo.

Por otro lado, a lo largo de este trabajo, nos encontramos ante dos derechos fundamentales como son el derecho a la salud y el derecho al trabajo. Desarrollar una drogodependencia es un riesgo que se puede materializar al consumir drogas, y a pesar de que dicha ingesta no progrese a una adicción, el consumo siempre supondrá perjuicios a la salud, tanto del individuo como de las personas de las que se rodea. Es por ello, que es necesario aplicar planes de prevención que tengan en cuenta esta circunstancia.

En el ámbito empresarial, se puede decir que las técnicas empleadas ante dicha problemática han vivido una evolución que pasa de la sanción a la aplicación de medidas preventivas, la formación y la rehabilitación ante un caso de consumo abusivo o adicción. Sin embargo, parece que dicho plan de acción resulta insuficiente o un simple trámite que impide progresar en la materia, tal y como se ha mostrado en los ejemplos de las empresas facilitadas por el experto. Destacar, asimismo, que en ambos casos los planes preventivos fueron cancelados por los propios trabajadores.

De la misma manera, podemos aplicar el mismo ejemplo para analizar la legislación española. Es el caso del artículo 54.2.f) del Estatuto de los Trabajadores, el cual se redactó en 1980 con carácter garantista de los derechos sociales, y que permite al empresario terminar con la relación laboral a causa de la toxicomanía o embriaguez habitual; donde se aprecia el matiz sancionador de la que se hace mención. Se trata de un artículo de difícil aplicación dada su necesidad de justificación, tal y como se ha estudiado a lo largo del trabajo. Sin embargo, toxicomanía y embriaguez habitual son términos que pueden llevar aparejado la drogodependencia, la cual no es estudiada por los empresarios y jueces. Es decir, detrás de esta terminología existe la posibilidad de estar frente una persona que padece de adicción y a la que se está castigando en vez de dar ofrecerle un tratamiento.

Con todo ello se muestran las contradicciones en la ley, donde a nivel autonómico se establece la posibilidad de consumo en zonas determinadas del centro de trabajo, pero el Estatuto de los Trabajadores recoge como despido disciplinario la embriaguez habitual en el desempeño de las funciones del trabajo.

Aunque se haya propuesto la derogación del artículo recientemente, la iniciativa se ha visto paralizada además de considerarse como medida insuficiente al existir otros artículos que permitan al empleador extinguir la relación laboral por el mismo motivo. Es decir, los efectos psicosociales que conlleva padecer una adicción puede hacer que el trabajador no se adapte al puesto de trabajo o no desempeñe adecuadamente sus tareas. De modo que, esta situación puede ser motivo de despido objetivo por ineptitud del trabajador o falta de adaptación.

Para ultimar con las conclusiones y, con el objetivo de aportar mis propias valoraciones, debo reconocer que, a pesar de creer insuficientes muchas de las medidas, el progreso de la legislación, la investigación y la labor tanto de profesionales como de ciudadanos de a pie, es de reconocimiento, dado que su labor hace que además de seguir progresando hagamos del alcoholismo y el tabaquismo una enfermedad más.

Aunque a título personal creo necesaria una legislación que haga de obligado cumplimiento la aplicación de Planes de Prevención de Drogas en las empresas, debo reconocer que es una tarea complicada dada la normalización del consumo de sustancias en muchos sectores económicos. Sin embargo, no quiero confundir esta idea con la imposibilidad de su aplicación ya que, a mi modo de ver, es un proceso, al igual que la evolución que se dio en el pensamiento de las personas en cuanto a la utilización de Equipos de Protección Individual.

Asimismo, muestro mi conformidad con la necesidad de adoctrinamiento de los trabajadores, así como de la sociedad en su conjunto, para conocer el alcance de dicha problemática pero, sobre todo, hacer que el trato de la enfermedad deje de ser tabú. En relación con ello, pienso que sería posible la normalización del fenómeno, y que ello

podría conducir a la aplicación de pruebas de detección en los centros de trabajo sin que se pusiera en duda la privacidad de los trabajadores.

Para finalizar, abordar un fenómeno multifactorial como este no debería hacerse desde un sólo foco de actuación, sino que deberíamos analizar el entorno en su conjunto, de manera que creo necesario estudiar el centro de trabajo y sus condiciones. Más concretamente, realizar un efectivo Análisis de Puestos de Trabajo que permita asignar la persona que mejor se adecúe al puesto, sus exigencias y condiciones. De esta manera, lograremos paliar la probabilidad de que un trabajador necesite consumir a causa de la carga o tareas de su trabajo, a la vez que encontramos el lugar idóneo para una persona adicta la cual puede ser mucho más productiva dado su carácter rutinario.

Con todo ello, y dando respuesta al segundo de los objetivos del trabajo, concluyo que la legislación española aboga en mayor medida por el castigo que por la prevención, siendo escasa la protección de los trabajadores ante dicha problemática. Desde los inicios se ha asociado el consumo a una conducta indebida que ha sido castigada y, que a pesar de tratarse de una dependencia, dicho fenómeno ha sido sancionado. Sin embargo, a día de hoy, la implantación de actividades que eviten llegar a situaciones perjudiciales para el trabajador siguen siendo opcionales para las organizaciones. Aunque, gracias a los planes autonómicos, se evita la venta de sustancias en el centro de trabajo a fin de proteger al trabajador del factor de riesgo.

La sociedad debe tomar conciencia colectiva sobre dicha problemática para, sobre todo, combatir el estigma. Para ello, el lugar de trabajo es un ambiente propicio para iniciar cambios y poner en marcha la Responsabilidad Social Corporativa que reduzca el absentismo laboral, la siniestralidad, reduzca las incapacidades laborales transitorias y mejore el clima laboral. Pero sobre todo, concienciar que el alcoholismo y tabaquismo no tratado repercutirá un mayor gasto sanitario y social.

CAPÍTULO 5

5.1 BIBLIOGRAFÍA

- ROYO. J. (2020). *Desarrollo del plan de prevención de riesgos laborales en la escuela de vela del club náutico de Jávea*. Universidad politécnica de Valencia. Disponible en: https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/157799/TFG%20Juan%20JosA%C2%A9%20Royo_15990652362721199301757515474646.pdf?sequence=1
- MENDOZA. A. (2016). *Drogas, historia, consumo y medidas tomadas en relación a su uso*. Universidad de Zaragoza. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/58878/files/TAZ-TFG-2016-4786.pdf>
puedo utilizarlo como referencia para escribir las ccaa
- FUENTE. I. (1984). *El movimiento del “caballo”*. El país. Disponible en: https://elpais.com/diario/1984/04/15/espana/450828017_850215.html
- Cortes de Castilla y León. Ley 3/1994, de 29 marzo 1994. Normas reguladoras de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. BO Castilla y León 6 abril 1994, núm. 65/1994 [pág. 1937]. Recuperado de: https://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/919/936/37633481_134_DOCSLEG_LCyL_1994_152.dat.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_delaPresidencia&blobnocache=true
- Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. BO País Vasco, núm. 105, de 2 de mayo de 2016, páginas 29220 a 29276 (57 págs.). Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/04/1601527a.shtml>
- FERNÁNDEZ. M. (2008). *Las políticas de prevención de drogodependencias en las comunidades autónomas españolas: debilidades y fortalezas*. Universidad de Málaga. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Papers/article/view/130719/180461>
- MATABANCHOY. S. (2012). *Salud en el trabajo*. Scielo. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000100008
- MONCADA. S; PALMERÍN. A. (2007). *La prevención del consumo de drogas en España: el papel de los psicólogos*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828104.pdf>
- SÁNCHEZ. L. (2002). *Consumo alcohólico en la población española*. Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/542/534>
- TORVISCO. M; RODRÍGUEZ. J; HERNÁNDEZ. E. (2016). *Formación sindical en drogodependencia*. Comisiones Obreras. Disponible en:

<https://www.ccoo.es/491b0b2b3a1e53e4f2a4fa9929efb339000001.pdf>

- LIZARBE. V; VILLAR. M; ASTORGA. A. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OCHOA. E. (2011). *Consumo de alcohol y salud laboral. Revisión y líneas de actuación*. Scielo. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500011
- BARRIO. G; SÁNCHEZ. A; MATA. M; INFANTE. C; LLORENS. N; RAMÍREZ. V; BRAVO. M; RUIZ. A; DOMINGO. A; RAMÓN. I. (2007). *Informe 2007 del observatorio español sobre drogas: situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Observatorio Español sobre Drogas. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed-2007.pdf>
- OTERO. C. (2011). *Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo*. Scielo. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500010
- SERRA PALLISA. J. (2018). *El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral*. ASEPEYO. Disponible en: https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/LIBRO-CASTELLANO_ALCOHOL-Y-DROGAS-2018-02-web.pdf
- Ley 3/2007, de 7 de marzo, por la que se modifica la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León. BOE núm. 80, de 3 de abril de 2007, páginas 14529 a 14539 (11 págs.). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-7034
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm. 309, de 27/12/2005. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-21261>
- TEJERO. R; FERNÁNDEZ-ALBA. A; GRAÑA. J; PEÑA. M. (2002). *Implicaciones psico-legales del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral*. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2516757>
- SUÁREZ FERREIRO. V. (2020). *La embriaguez habitual y la toxicomanía como causa del despido disciplinario*. Universidad de León. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/13242/SU%c3%81REZ%20FERREIRO%2c%20Ver%3%b3nica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Disponible en:

https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/801/180209_ESTRATEGIA_N.ADICIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf

- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf
- OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD (2012). *Sanidad y Consumo celebra los 30 años de la creación del DAK*. Irekia. Disponible en: <https://www.irekia.euskadi.eus/es/news/9187-sanidad-consumo-celebra-los-anos-creacion-del-dak>
- SAN MARTÍN. A. (2020). *Aproximación al abuso de sustancias en el lugar de trabajo en Estados Unidos y en España*. Dialnet. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7572657>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, Informe 2021, alcohol, tabaco, y drogas ilegales en España. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ. J.J. (2014). *Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral*. CEOE. Disponible en: https://www.adirelab.es/wp-content/uploads/2016/04/CEOE_-informe-ejecutivo-sobre-consumo-de-alcohol-drogas-y-otras-sustancias-en-el-ambito-laboral.pdf
- FERNÁNDEZ. J. (2018). *Información estructural de respuesta al consumo de alcohol y otras drogas*. AERGI.
- PALACIOS RUBIO. P. (2022). *Alcohol y drogas en el trabajo, una realidad silenciada*. Noticias de Navarra. Disponible en: <https://www.noticiasdenavarra.com/opinion/tribunas/2022/03/04/alcohol-drogas-trabajo-realidad-silenciada/1235513.html>
- M. (2020). *El alcohol es responsable anualmente de más del doble de muertes que las causadas por COVID-19*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías. Disponible en: <https://socidrogalcohol.org/el-alcohol-es-responsable-anualmente-de-mas-del-doble-de-muertes-que-las-causadas-por-covid-19/>
- (2018). *El 5% de los trabajadores consume alcohol de forma irresponsable en el ámbito laboral*. TeleMadrid. Disponible en: <https://www.telemadrid.es/noticias/sociedad/trabajadores-consume-alcohol-irresponsable-laboral-0-2004399552--20180418125753.html>
- (2018). *Hasta un 30% de los accidentes laborales están relacionados con el consumo de drogas y alcohol*. EUROPA PRESS. Disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-30-accidentes-laborales-estan-relacionados-consumo-drogas-alcohol-20180622150217.html>

CAPÍTULO 6

ANEXO I: Encuesta del 24 de noviembre.

El miércoles, 24 de noviembre, el siguiente cuestionario fue enviado a D. Josean Fernández vía electrónica a fin de tener un primer contacto con él. Se trata de una encuesta de preguntas, en su mayoría abiertas, que además de obtener información objetiva de los hechos, también brinda la oportunidad de conocer vivencias del experto.

1. ¿Qué ha estudiado?
2. ¿Cuál es su profesión?
3. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo el puesto?
4. ¿Ha ocupado anteriormente algún puesto relacionado con la prevención en las empresas?
5. Según tengo entendido ha elaborado algún plan de prevención de alcohol y tabaco, ¿qué le impulsó a hacerlo?
6. Con la finalidad de conocer más acerca del plan...
 - a. ¿Cuándo lo elaboró?
 - b. ¿Qué tipo de plan de prevención ha hecho (tabaco, alcohol, drogas en general)?
 - c. ¿A qué sector económico pertenecen las empresas a las que elaboró el plan?
 - d. ¿Con cuántos trabajadores cuentan dichas empresas?
 - e. ¿El plan es de aplicación para toda la organización o está dirigido a un colectivo de trabajadores?
7. En su elaboración...
 - a. ¿Necesitó de colaboración por parte de alguien que no fuera el empresario y los trabajadores?
 - b. ¿Qué método de trabajo utilizó para detectar los riesgos, evaluarlos, etc.? Artículo 15 de LPRL
 - c. ¿Con qué dificultad o facilidad se encontró en su elaboración?
 - d. ¿Cuánto tiempo le llevó elaborarlo ?
 - e. ¿Se puso en marcha?:
 - i. SÍ:
 1. ¿Su implantación fue fácil?
 2. ¿Hubo rechazo por parte de algún colectivo en su puesta en marcha?
 3. ¿Se ha realizado alguna evaluación tras su puesta en marcha?
 - ii. NO:
 1. ¿Por qué?
 - f. ¿El plan recoge sólo aspectos preventivos de consumo o también incluye algún protocolo para la detección de posibles dependencias a sustancias?
8. ¿Se recoge en el plan aspectos sobre la confidencialidad del trabajador?
9. ¿Podría destacar las actividades esenciales que se realizan en los planes?
10. Haber redactado planes de prevención de drogas en el ámbito laboral le ha requerido de mucho esfuerzo y es por ello que quisiera saber sobre su opinión acerca de:
 - a. ¿Quién cree que debería elaborarlos?

- b. ¿Qué opina acerca del carácter voluntario de la implantación de éstas en el ámbito laboral cuando las cifras muestran que el consumo de alcohol y tabaco acarrea multitud de enfermedades y accidentes además de degenerar el clima laboral?
 - c. ¿Cree que las empresas que cuentan con un comité de trabajadores o sindicato muestran un carácter más proactivo?
 - d. ¿Cuál cree que es el motivo por el que los empresarios no aplican planes de este tipo?
11. Siendo las dos sustancias drogas legales se observan distinciones a la hora de su regulación. Por ejemplo, apreciamos en el artículo 54 del ET la posibilidad de un despido disciplinario en caso de embriaguez habitual o toxicomanía. Aunque el tabaco es un tóxico no suele estar asociado a las consecuencias de este artículo. ¿Por qué cree que ocurre esto?
 12. En relación a la regulación de nuestro país acerca de las drogas legales, ¿cree que las medidas que se adoptan están dirigidas a la prevención, protección o castigo?
 13. Podemos decir que el consumo de drogas es un problema multifactorial. Entre esos factores, ¿considera que las condiciones de trabajo pueden ser uno de ellos?
 14. A su juicio, ¿cuál cree que es el mejor método para impulsar la implantación de dichos planes? Es decir, ¿se debería comenzar por pequeños gestos como la concienciación y educación sobre drogas en las empresas o, en cambio, favorecería que se implantara una ley que hiciera obligatorio la aplicación de los planes al considerar las condiciones de trabajo un factor de riesgo?

ANEXO II: Entrevista del 7 de diciembre.

Tras un primer contacto, fue necesario citar al experto de manera presencial en su despacho de AERGI donde el martes 7 de diciembre se celebró el encuentro. Tras un diálogo basado en las siguientes preguntas y que rebasó la hora, se obtuvo información suficiente para la elaboración del punto 2.1.3 Elaboración de un plan de prevención de alcohol y tabaco en la empresa.

1. ¿Cuáles fueron los pasos que diste para la elaboración del plan?
2. Aunque el plan es de aplicación para todos los miembros de la empresa, ¿su puesta en marcha debería iniciarse por un colectivo o es indiferente?
3. El plan lo presentó en 2 empresas, ¿tuvo acceso al organigrama empresarial de éstas?
4. El GRUPO GUREAK solicitó su colaboración para la redacción del plan. Mientras duró la relación, ¿mantuvo el contacto con algún trabajador?
5. Ante la negativa de ambas empresas, ¿viste mermado su interés por implantar el plan en alguna empresa o lo ha seguido intentando?
6. El motivo de la no aplicación fue la negativa del Comité de Empresa; es decir, fueron los propios trabajadores. ¿Cree que pudo ser causado por las posibles repercusiones que pudieran sufrir como es el despido disciplinario?
7. Además de la prevención, me consta que ha elaborado un plan de detección precoz. ¿Podría detallar en qué consiste dicho plan?
8. ¿Cómo debe actuar un trabajador que sospecha sobre la posible adicción o consumo abusivo de algún compañero?

9. ¿Cree que la implantación de una ley con sus respectivas sanciones puede hacer que el problema se normalice?
10. El Gobierno Español apuesta por la educación de los menores en los centros educativos como medida preventiva. ¿Se imparte dicha educación en la actualidad?
 - a. En caso afirmativo, ¿Ha participado en alguno?